

Capítulo 11

SÍNDROMES GERIÁTRICAS: OS 7 I'S DA GERIATRIA

FELIPE RIGONI BARROS¹
GABRIEL COUTO REGAL VIEIRA E SILVA¹
YUSSEF ZENUN MESSIAS GONÇALVES¹

¹*Discente – Graduando em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais campus Poços de Caldas*

Palavras-Chave: *Atenção à Saúde Geriátrica; Assistência a Idosos; Síndrome da Fragilidade.*

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que se observa globalmente, impactando todos os continentes e gerando profundas consequências para a saúde pública e os sistemas de assistência social. A rápida transição demográfica, especialmente em países em desenvolvimento, está relacionada ao aumento da prevalência de doenças crônicas e degenerativas, entre as quais as demências se destacam. O crescimento da expectativa de vida combinado a diversos estilos de vida corroboram para as transformações na estrutura familiar e social, contribui para o aumento significativo do número de idosos com algum tipo de incapacidade (PRINCE *et al*, 2003; HERRERA *et al*, 2002).

Incapacidade Cognitiva

A Doença de Alzheimer é uma das principais causas de incapacidade cognitiva entre os idosos, levando a uma progressiva deterioração das funções intelectuais e comunicativas. Diante desse cenário, a identificação precoce de indivíduos com risco de desenvolver demências tornou-se uma prioridade global. A detecção precoce pode permitir intervenções terapêuticas mais eficazes, reduzir o estresse familiar, minimizar riscos de acidentes e prolongar a autonomia do idoso, com a possibilidade de retardar ou até evitar o início do processo demencial (PETERSEN *et al*, 2001).

O conceito de Declínio Cognitivo Leve (DCL) tem sido tema de pesquisas e práticas clínicas relacionadas à demência. O DCL, especialmente na sua forma amnésica, é visto como uma fase intermediária entre o envelhecimento normal e os estágios iniciais da Doença de Alzheimer. Definido como uma condição de comprometimento subjetivo e objetivo da memória, o DCL é um importante preditor de desen-

volvimento de demência. Entretanto, os critérios diagnósticos para o DCL são frequentemente alvo de críticas devido à sua aplicação inconsistente em diferentes populações e à falta de padronização nos testes neuropsicológicos utilizados (PETERSEN *et al*, 2001).

Epidemiologicamente, é amplamente reconhecido que idosos com DCL têm um risco significativamente maior de progressão para demência, particularmente aqueles com comprometimento da memória episódica (LARRIEU *et al*, 2002; BENNETT, 2002). No Brasil, essa associação é especialmente preocupante, uma vez que o comprometimento cognitivo está fortemente relacionado à mortalidade e à perda de independência em idosos residentes em áreas urbanas (RAMOS, 2001).

Do ponto de vista neuropatológico, indivíduos com DCL, frequentemente apresentam alterações cerebrais similares às observadas em pacientes com Alzheimer. Essas alterações incluem a presença de placas senis e emaranhados neurofibrilares nas regiões temporais mediais, como o hipocampo e o córtex entorrinal, que são cruciais para a formação e recuperação de memórias (MORRIS, 2001). Estudos de neuroimagem têm corroborado nesses achados, demonstrando uma redução significativa nos volumes hipocampais e no córtex entorrinal em indivíduos com DCL amnésico, reforçando seu papel como biomarcador para o diagnóstico precoce de DA (KILLIANY *et al*, 2000; DE LEON *et al*, 2001).

Neuropsicologicamente, o declínio da memória episódica, especialmente a anterógrada, é uma das primeiras e mais evidentes manifestações cognitivas em indivíduos em estágio pré-demencial (FICHMAN-CHARCHAT, 2003; DALY, 2000). A disfunção no centro executivo da memória operacional, que compromete tanto a codificação quanto a recuperação de informa-

ções, é um dos mecanismos centrais desse declínio e está fortemente associado ao desenvolvimento da Doença de Alzheimer (DALY, 2000; NITRINI, 2004).

A demência também tem um impacto profundo nas funções executivas, que são cruciais para a tomada de decisões, planejamento e realização de tarefas diárias. À medida que a doença progride, as funções executivas se deterioram, prejudicando a capacidade de adaptação a novas situações e a execução de tarefas que exigem altos níveis de abstração e complexidade (WOODWARD, 2013). A perda dessas habilidades cognitivas não só limita a independência do idoso, mas também contribui para o surgimento de comportamentos desafiadores, como resistência ao cuidado e agitação, especialmente quando o idoso percebe uma falta de respeito ou dignidade na interação com o cuidador (HERMAN, 2009).

No último ano de vida, 83% dos idosos estão incapacitados de executar as atividades de vida diária, 37% apresentavam demência moderada a severa, enquanto 45% tinham demência mínima a leve ou algum comprometimento cognitivo. Sintomas como sofrimento, dor, depressão e delírio afetaram de 40% a 50% dos pacientes, e apenas 10% não relataram sintomas (FLEMING *et al*, 2017). Esse cenário destaca a necessidade de estratégias de cuidado que preservem a autonomia e promovam a participação ativa dos idosos em atividades físicas e cognitivas, como forma de manter sua capacidade funcional e prevenir a progressão para demência (TRINDADE *et al*, 2013).

Incapacidade Comunicativa

No contexto da incapacidade comunicativa, que frequentemente acompanha o declínio cognitivo, as funções corticais superiores, como a linguagem, são particularmente afetadas. A demência, em seus estágios moderado e avan-

çado, compromete severamente a capacidade de comunicação dos idosos, levando a dificuldades na formação de frases, na expressão de ideias e, eventualmente, ao mutismo (WOODWARD, 2013; WEINER *et al*, 2008). Esses déficits comunicativos não apenas isolam os idosos socialmente, mas também dificultam o cuidado diário, pois apresentam dificuldades na compreensão de suas necessidades e desejos (HINGLE, 2009).

Os cuidadores, tanto formais quanto informais, enfrentam desafios significativos ao lidar com a incapacidade comunicativa dos idosos com incapacidade comunicacional. A comunicação infantilizada, a falta de paciência e a ausência de estratégias adequadas muitas vezes resultam em frustração tanto para o idoso quanto para o cuidador, agravando os problemas comportamentais e aumentando a sobrecarga do cuidador (WILLIAMS *et al*, 2009; CUNNINGHAM, 2007). É imprescindível investir em capacitação em habilidades de comunicação para aprimorar a interação entre os cuidadores e os idosos, assegurando que haja uma comunicação adequada aos desafios cognitivos e incentivando um ambiente mais empático e receptivo (EGGENBERGER, 2013).

A incapacidade comunicativa e o declínio cognitivo formam um ciclo vicioso, onde a deterioração de uma área exacerba as dificuldades na outra. A resistência ao cuidado, por exemplo, pode ser desencadeada por uma comunicação inadequada, que muitas vezes transmite uma mensagem de incompetência ao idoso, minando sua autoestima e desencadeando respostas emocionais negativas (WILLIAMS *et al*, 2009; CUNNINGHAM, 2007). Esses comportamentos desafiadores, por sua vez, aumentam a sobrecarga emocional e física dos cuidadores, que precisam lidar não apenas com as demandas físicas do cuidado, mas também com as com-

plexas interações emocionais envolvidas (HERMAN, 2009).

A sobrecarga do cuidador está fortemente associada à dificuldade de comunicação e aos comportamentos problemáticos dos idosos com demência (SAVUNDRANAYAGAM, 2005). Estudos mostram que cuidadores que desenvolvem e aplicam estratégias de comunicação eficazes, como a repetição de informações e o uso de perguntas fechadas, tendem a relatar menores níveis de ansiedade e perceber sua relação com o idoso de maneira mais positiva (WILSON *et al.*, 2012).

O impacto do envelhecimento sobre a comunicação é ainda agravado pela rápida evolução das tecnologias da informação e comunicação (TIC), que muitas vezes deixam os idosos desconectados do mundo digital, exacerbando sentimentos de solidão e isolamento social (LIMA, 2015 & AZEREDO, 2016). A dificuldade de adaptação às TIC, aliada às alterações fisiológicas do envelhecimento, como presbiacusia e presbifonia, contribuem para a diminuição da participação social e para o aumento da sensação de desconexão com o ambiente ao redor (BRAGA, 2008).

Instabilidade Postural

A síndrome de instabilidade postural no idoso é definida pela sua fragilidade e é considerada como um conjunto de componentes fenotípicos que, quando presentes, podem identificar indivíduos em alto risco de desfechos adversos significativos (FRIED *et al.*, 2016). A instabilidade postural é vista como uma síndrome ampla devido à elevada incidência entre os idosos que tem maior propensão a desenvolver novas incapacidades. Para avaliar a fragilidade é necessário basicamente de cinco marcadores biológicos: velocidade ao caminhar, força muscular no aperto manual, perda de peso involuntária, nível de atividade física e relato de

fadiga e exaustão. O idoso que apresenta três ou mais desses marcadores é classificado como frágil, aquele com um ou dois está no estágio de pré fragilidade, e aqueles sem nenhum dos componentes é considerado não frágil (MORAES *et al.*, 2019).

Em 2016 foi investigada a fragilidade, utilizando dados do *Cardiovascular Health Study*, que incluiu uma amostra de 5201 idosos entre homens e mulheres com 65 anos ou mais. Os resultados principais indicam que a fragilidade é um fenômeno comum nessa população e está associada a uma série de desfechos, como hospitalizações, quedas, aumento da incapacidade nas atividades diárias e mortalidade. O estudo ainda sugere que a fragilidade não apenas representa um estado de vulnerabilidade em idosos, mas também pode ser um indicador importante para intervenções clínicas. A identificação precoce da fragilidade pode permitir que profissionais de saúde implementem estratégias para melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos (FRIED, 2016).

Outro estudo indica que há uma associação significativa entre a fragilidade física e a instabilidade postural, com componentes como lentidão, fraqueza e perda de peso fortemente relacionados à incapacidade dos idosos. A amostra foi composta por 381 idosos, refletindo o perfil da população atendida no ambulatório, e a coleta de dados incluiu avaliações cognitivas e físicas utilizando instrumentos padronizados (OPHET VELD *et al.*, 2015).

Ressalta-se então a importância da intervenção na gestão da fragilidade física em idosos, sugerindo que as ações deverão incluir a promoção da atividade física, a redução da polifarmácia e a adequada ingestão de nutrientes, como vitamina D e suporte calórico-proteico, para minimizar os efeitos da instabilidade postural.

O estudo também enfatiza a necessidade de uma abordagem interdisciplinar na assistência a idosos fragilizados, destacando o papel dos profissionais de saúde, na implementação de cuidados adequados. Além disso, o foco na assistência ambulatorial é um aspecto inovador que pode fornecer novos subsídios para a prática de enfermagem e para a melhoria da qualidade de vida dos idosos (OP HET VELD *et al*, 2015).

A velocidade de caminhada, amplamente reconhecida como um indicador de desempenho físico, mostrou variações significativas entre 1791 idosos estudados, com idades de 62 a 91 anos. Esses resultados revelaram uma média de 0,61 m/s nos grupos com pior desempenho físico e de 0,74 m/s nos grupos com melhores condições, e essas diferenças podem ser diretamente comparadas ao impacto da fragilidade em idosos, uma vez que está associada a um declínio geral na capacidade funcional e na mobilidade. Além disso, a instabilidade postural também está intimamente relacionada à diminuição da velocidade de caminhada, pois indivíduos com instabilidade corporal tendem a se mover mais lentamente para evitar quedas e outros acidentes. Essa comparação evidencia que tanto a fragilidade quanto a instabilidade contribuem para a redução na velocidade de marcha, servindo como marcadores de um processo mais amplo de perda de funcionalidade nos idosos (ALRAWAILI *et al*, 2024).

A força muscular em idosos é frequentemente usada como um indicador da saúde geral, e sua redução está associada a desfechos negativos, como doenças crônicas, incapacidades funcionais e mortalidade por todas as causas. A fragilidade e a instabilidade postural, que afetam diretamente a mobilidade e o equilíbrio, desempenham um papel crucial nesse processo de perda de força muscular, sendo fatores determinantes no desenvolvimento de incapacidade e

aumento do risco de quedas. Compreender esse processo permite o desenvolvimento de intervenções que retardem a progressão da incapacidade, melhorando os resultados de saúde e promovendo maior autonomia (MCGRATH *et al*, 2018).

Analisou-se as estimativas de mortalidade geral em idosos relacionadas às mudanças de peso, com dados de coortes observacionais em países ocidentais e asiáticos. Em comparação com indivíduos que apresentaram variações de peso (perda, ganho e flutuações), os idosos com peso estável apresentaram um risco menor de mortalidade. Sugestionam que a perda de peso acelerada ocorre entre três a nove anos antes da morte, dependendo da causa. Embora o ganho de peso também tenha se mostrado associado a um aumento do risco de mortalidade, esse efeito foi considerado mais brando do que o da perda de peso (ANDRES, 1993). A literatura sugere que o ganho de peso leve não tem um impacto significativo na mortalidade mas deve ser interpretado com cautela. Pesquisas anteriores mostraram que os indivíduos mais velhos com flutuações de peso não recuperavam a massa magra perdida durante a fase de perda de peso, o que pode contribuir para o aumento do risco de mortalidade (CHENG, 2015).

Um estudo canadense investigou as associações entre o tempo diário dedicado à atividade física, ao sedentarismo, ao sono e a qualidade de vida em idosos. Utilizando uma análise de dados composicionais, foram analisados 7.918 adultos canadenses com 65 anos ou mais a partir do *Canadian Longitudinal Study on Aging*. Os resultados mostraram que a composição do comportamento ativo estava significativamente associada à qualidade de vida. O tempo relativo gasto em comportamento sedentário foi negativamente associado à qualidade de vida, enquanto o tempo gasto em sono teve uma associação

positiva. A análise indicou que o fator de piora na qualidade de vida ocorre quando o tempo dedicado à atividade física foi reduzido e substituído por comportamento sedentário. Essas informações sugerem que a redução do comportamento sedentário e o aumento da atividade física e do sono podem levar a melhorias na qualidade de vida dos idosos (HAKIMI, 2024).

A fadiga e a exaustão são características centrais da fragilidade, frequentemente observadas entre idosos sedentários, e que podem impactar significativamente a qualidade de vida. Um estudo observacional buscou identificar a prevalência de fragilidade e os fatores associados, revelando que a exaustão foi a característica mais prevalente entre os participantes. A fragilidade não se limita apenas à capacidade física, mas também pode influenciar a capacidade cognitiva, comprometendo a independência e a realização de atividades diárias (JONES *et al*, 2024).

Incontinência Esfincteriana

A incontinência esfincteriana é um problema de saúde significativo que afeta uma parte substancial da população idosa, manifestando-se principalmente de duas formas: incontinência urinária e fecal. É considerada uma das principais causas de institucionalização entre os idosos, sendo a segunda mais frequente. Embora afete principalmente a população idosa, as mulheres apresentam uma maior vulnerabilidade, possivelmente devido aos danos traumáticos associados ao parto (OLIVEIRA, 2006).

A incontinência urinária refere-se à perda involuntária de urina em quantidade e frequência, com ou sem esforços e que é suficiente para causar desconforto ao indivíduo, podendo variar de uma urgência frequente até uma perda total de controle. Esta condição é frequentemente desencadeada por alterações hormonais, fraqueza muscular e disfunções neurológicas, im-

pactando severamente a vida social e emocional dos indivíduos afetados. No Brasil, a prevalência dessa condição entre idosos que residem em áreas urbanas varia de 17% a 30,5% para os homens e de 31,1% a 69,5% para as mulheres (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022; BO-LINA, 2013).

Os dados de um estudo sobre incontinência fecal revelam que entre 1.023 idosos estudados, 15,4% relataram também apresentar incontinência urinária. A taxa foi mais alta em pessoas com 80 anos ou mais, atingindo 27,5%, e mais baixa em indivíduos sem outras morbidades, com uma prevalência de 7,9%. A análise revelou ainda que o risco de incontinência urinária aumentava para aqueles com 80 anos ou mais, que sofreram quedas recentemente ou que tinham três ou mais problemas de saúde (CESARA, 2018).

A incontinência urinária é uma das principais causas de isolamento social e declínio na saúde mental dos idosos. Com o envelhecimento, a prevalência da incontinência urinária aumenta e a interação com comorbidades como diabetes e hipertensão agrava ainda mais a situação (REIS, 2003). O tratamento eficaz da incontinência urinária frequentemente envolve estratégias multifacetadas que incluem mudanças no estilo de vida, terapia comportamental e, em alguns casos, intervenção médica ou cirúrgica (MENDEZ *et al*, 2022).

A incontinência fecal é uma disfunção que resulta na perda involuntária de fezes, que podem ser líquidas, pastosas e sólidas. O funcionamento normal do intestino depende da ação coordenada dos músculos esfincterianos anais e do assoalho pélvico, juntamente com o reflexo inibitório reto anal, a consistência das fezes e o tempo de trânsito intestinal. No entanto, diversas condições clínicas podem interferir nesses mecanismos, como diarreias, diabetes, doenças

autoimunes, síndrome do intestino irritável e doenças inflamatórias intestinais que podem resultar em incontinência fecal. Esses episódios frequentes e inesperados de evacuação podem levar a uma série de consequências negativas. Os idosos afetados podem enfrentar sentimento de insegurança e perda de autoestima, além de angústia e depressão (QUINTÃO, 2010). O transtorno físico associado a esta condição pode ser exacerbado por problemas como a exposição prolongada a fezes e umidade, que são comuns em pessoas com mobilidade reduzida ou deficiência cognitiva (BRITO, 2015).

Os dados de um estudo sobre incontinência fecal revelam que a baixa escolaridade e o estado civil dos participantes, com muitos sendo viúvos e analfabetos, refletem desafios adicionais que podem dificultar o acesso a cuidados adequados. A falta de atividade física também é uma característica comum, com a maioria dos participantes não praticando exercícios regularmente, o que pode contribuir para a deterioração da saúde geral e agravamento dos sintomas (BARBOSA, 2007 & GUEDES, 2017).

Além disso, a polifarmácia é uma característica prevalente entre os idosos com incontinência fecal, e o uso de múltiplos medicamentos pode complicar a gestão da condição. A monitorização cuidadosa da polifarmácia é essencial para evitar interações adversas e efeitos colaterais que podem agravar a incontinência fecal (LAGE et al., 2019). A falta de tratamento específico e a utilização universal de fraldas geriátricas refletem a necessidade de uma abordagem mais estruturada e personalizada (BRASIL, 2020).

Ambas as incontinências representam um desafio considerável para a saúde pública e estão frequentemente associadas a comorbidades como diabetes, hipertensão e disfunções neurológicas que agravam a situação. A necessidade

de uma abordagem integrada e personalizada para o manejo dessas condições é fundamental para melhorar a qualidade de vida dos idosos e promover um envelhecimento mais saudável e digno.

Insuficiência Familiar

A insuficiência familiar é descrita como uma complexa interação psicossocial, caracterizada principalmente pelo enfraquecimento do apoio social ao idoso e pelas relações familiares comprometidas. As consequências da insuficiência familiar incluem uma maior deterioração da saúde psicológica e funcional tanto quanto uma redução da qualidade de vida e um processo de envelhecimento menos satisfatório (SOUZA, 2015).

As dificuldades familiares no cuidado ao idoso representam um problema significativo, refletindo a condição desfavorável enfrentada por essa população. Fatores como a estrutura familiar atual, o envelhecimento populacional, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a diminuição do número de familiares disponíveis e o distanciamento emocional e físico entre gerações contribuem para essa situação. Além disso, o aumento das doenças crônicas e degenerativas exige cuidados diretos, sobrecarregando a atenção básica à saúde (ALMEIDA, 2023).

O aumento da expectativa de vida no Brasil é uma realidade, impulsionada pela queda nas taxas de mortalidade, controle de doenças infecciosas e avanços na assistência à saúde. No entanto, essa mudança demográfica traz consigo um aumento nas condições de dependência entre a população idosa, que inevitavelmente demandarão cuidados mais intensivos (LINI, 2016). Em face de complicações, como doenças crônicas e dificuldades nas atividades diárias, torna-se assim imprescindível o acompanhamento profissional, que pode levar ao encami-

nhamento para instituições de longa permanência (ILPI) (MICHEL, 2012).

Um estudo feito em 2022 indica que a gravidade da fragilidade física entre os idosos é diretamente proporcional ao nível de insuficiência familiar. O estudo revelou que a maior parte dos idosos avaliados era classificada como pré-frágil (55,2%), seguida pelos não frágeis (30,7%) e frágeis (14,1%). Dados semelhantes foram observados em outros contextos nacionais e internacionais, onde 51,1% dos idosos foram considerados pré-frágeis e 21,5% frágeis (RIGO, 2021). A prevalência de pré-fragilidade reflete a necessidade de detecção precoce, pois essa condição responde melhor a intervenções como exercícios físicos, redução de polifarmácia e suplementação de vitamina D (DENT *et al.*, 2019). Outras pesquisas destacaram a influência da funcionalidade familiar sobre a fragilidade e qualidade de vida dos idosos, além de associações entre sarcopenia e menor funcionalidade familiar. Fatores como sedentarismo, isolamento social e depressão foram apontados como preditores de fragilidade, enfatizando a importância de intervenções multidisciplinares para o cuidado dos idosos (SETOGUCHI *et al.*, 2022).

Cuidadores também enfrentam desafios significativos, muitas vezes sem o conhecimento adequado sobre as necessidades dos idosos. Idosos em situações de insuficiência familiar são mais vulneráveis a declínios funcionais, comprometendo sua autonomia (CALAFIORI *et al.*, 2023). A qualidade de vida dos cuidadores de idosos é influenciada principalmente pela sobrecarga e pelo vínculo estabelecido com os idosos. É fundamental capacitar os profissionais de saúde para desenvolver estratégias de intervenção que promovam vínculos terapêuticos com as famílias dos idosos, identificando

suas necessidades e, assim, reduzindo o estresse e a sobrecarga (ALMEIDA, 2021).

Cerca de 80% dos idosos analisados em um estudo multicêntrico relataram ter pelo menos uma doença crônica, e 36% necessitavam de assistência para realizar atividades diárias, sendo que essa ajuda é, em sua maioria, fornecida por familiares. O estudo evidenciou ainda que a família desempenha um papel crucial no apoio aos idosos, sendo essencial para a preservação da autonomia e da qualidade de vida e conclui que a perda de funcionalidade dos idosos está intimamente ligada à insuficiência do suporte familiar (CALAFIORI *et al.*, 2023). Para garantir um envelhecimento saudável, é imprescindível que a sociedade se adapte e ofereça o apoio necessário aos idosos e suas famílias.

Iatrogenia

O termo "iatrogenia" possui raízes gregas, e se conceitua em quaisquer condições patológicas, danos à saúde física, psíquica ou social, e efeitos adversos e/ou complicações, resultantes à um paciente, não a partir de sua doença base, mas de seu cuidado, tratamento e da administração de sua saúde por parte médica. Não se trata de um fenômeno voluntário, se caracterizando como uma consequência da conduta médica, não intencional (FREITAS *et al.*, 2013).

O processo de envelhecimento traz consigo um aumento da probabilidade do desenvolvimento de um status multimórbido. Os pacientes polifármacos são mais propícios a ter prescrições inapropriadas e sofrerem por interações medicamentosas, ocasionando um contexto farmacoterápico instável, no qual não é incomum se observar o surgimento de efeitos adversos (PRAXEDES, 2021).

Esse contexto, somado à assistência por múltiplos profissionais tomando condutas distintas devido à escassez de comunicação inter-

disciplinar, internação prolongada, e a errônea presunção de que as patologias do paciente advêm exclusivamente de sua idade avançada, culminam em fatores que tornam a iatrogenia na geriatria alarmantemente recorrente. Além disso, revisões sistemáticas e integrativas atuais apontam um crescente desconhecimento do processo de senescência em si, o que contribui para uma visão fragmentada sobre o idoso (JÚNIOR, 2020).

Nos últimos avanços, alguns autores expandem suas considerações para três tipos de iatrogenias: físicas (intervenções instrumentais, manobras semióticas, medicamentos etc), psíquicas (inadvertência, ignorância, má fé, diálogo imprudente) e as sociais (por vezes atreladas a diagnósticos incorretos que desencadeiam dilemas e discriminação do paciente para com seu núcleo de vivência social e familiar) (JÚNIOR, 2020).

Há uma relação estabelecida do conceito de iatrogenia para o risco natural que o tratamento farmacológico intrinsecamente proporciona, já que não existem fármacos completamente seguros. Logo, com intensidades variadas, todos podem desencadear uma reação adversa a medicamentos (SALES, 2023). Mesmo assim, vale pontuar que Iatrogenia se diferencia de erro médico, ao passo que não acarreta responsabilidade civil para o profissional de saúde, por ser decorrente de um agir tecnicamente correto e por estar dentro do escopo das diretrizes, normas e princípios ditados na sua área de atuação. Por outro lado, o erro médico refere-se a uma conduta não intencional, caracterizada por negligência, imprudência ou imperícia, que pode evoluir para consequências jurídicas (GIOVANINI, 2014)

Estudos acerca de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) na idade avançada têm sido cada vez mais populares. MPI são os

fármacos que os riscos da administração superam os benefícios, principalmente na presença de uma possibilidade terapêutica mais plausível para o paciente, em uma perspectiva individualizada (PRAXEDES, 2021). Dentre as classes mais estudadas, são as mais prevalentes nos idosos os anti-inflamatórios, benzodiazepínicos, anti-hipertensivos e diuréticos.

As estatísticas nacionais são alarmantes: a prevalência dos MPI chega a 59,2% em contexto domiciliar e a 85,9% em hospitalar, e, em ambos os ambientes, estão fortemente atrelados a desfechos desfavoráveis e aumento da morbimortalidade (PRAXEDES, 2021).

A prevalência da iatrogenia segue no manejo geriátrico, potencializando outras patologias, fatores de risco e as demais síndromes, originando complicações como delírio, quedas, declínio funcional e/ou mental, imobilidade, sofrimento, dentre outros. A identificação precoce dos efeitos iatrogênicos é oportuna e normalmente assertiva, proporcionando uma janela de intervenção maior, e diminuindo significativamente as possibilidades de um desfecho desfavorável (JÚNIOR, 2020).

Imobilidade

Essa síndrome geriátrica é caracterizada pela impossibilidade de realização de movimentos básicos do corpo, como caminhar ou se levantar. Trata-se de uma condição comum e de etiologia multifatorial, resultado de doenças crônicas, sequelas, dores e/ou astenia insidiosa, e como citado anteriormente, iatrogenias, além de outras possíveis causas (FREITAS *et al*, 2013). Consequentemente, os pacientes desenvolvem um conjunto de sinais e sintomas físicos e psicológicos, que advêm da sua restrição no leito ou poltrona por grandes períodos de tempo e levam à falência progressiva dos distintos sistemas do corpo, podendo levar o indivíduo a óbito (QUINTELA, 2015).

Não é incomum que o próprio idoso se encontre em situações conflituosas, e involuntariamente assume condições e toma atitudes que causam risco a sua saúde e das pessoas ao seu redor. Tais posturas, bem como o próprio entendimento de sua condição física em si, por vezes passam despercebidos aos seus julgamentos, conseqüentemente permanecendo insolucionadas. Logo, o processo de orientação e detecção dessas morbidades cai sobre responsabilidade do profissional de saúde, que deve possuir os olhares críticos e empáticos para proporcionar o melhor cuidado possível (SCARMAGNAN, 2021).

O contexto biopsicossocial é frequentemente associado a essa síndrome geriátrica: a debilidade funcional para os pacientes geriátricos é por muitas vezes sinônimo de impotência e perda de sua independência. Ao se encontrarem nesse estado, a frustração e a angústia inevitavelmente os abalam, tornando seu cuidado mais delicado e complexo, em decorrência de depressão, perda de autoestima e isolamento social. As conseqüências no organismo do paciente podem ser preocupantes, como nos casos de úlceras por pressão, osteoporose, trombozes e constipação. Em uma óptica mais modernizada, observou-se que a autopercepção do paciente perante sua própria fragilidade, gera medo de quedas e da realização de tarefas básicas, tendendo a permanecer por um maior período no leito (QUINTELA, 2015).

Não é possível afirmar que confinamento no leito é sinônimo de imobilidade. O paciente confinado no leito não necessariamente está acometido por essa síndrome geriátrica: existe

uma classificação temporal que distingue repouso como permanência no leito de 7 a 10 dias, de imobilização, de 10 a 15 dias e decúbito de longa duração por períodos superiores a 15 dias. O diagnóstico de imobilidade é descrito a partir do seu critério maior, o déficit cognitivo médio a grave e múltiplas contraturas, e de seu critério menor, os sinais de sofrimento cutâneo ou úlcera de decúbito, disfagia leve a grave, dupla incontinência e afasia (Universidade de Brasília).

A utilização de escalas auxilia no diagnóstico, e inegavelmente contribui de maneira significativa para a avaliação das mobilidades total e parcial, além de associá-las às outras síndromes, outros sintomas e patologias, bem como a própria saúde do idoso em si, tanto no monitoramento como na prevenção. Apesar disso, não devem sob nenhuma hipótese, substituir o olhar clínico treinado, a anamnese e o exame físico individualizado (QUINTELA, 2015).

Uma intervenção interdisciplinar é de vital importância no manejo clínico dos pacientes imobilizados, e deve incluir sessões de fisioterapia, terapia ocupacional, medidas para minimizar o tempo de repouso, uma retirada gradual do leito, além de profissionais da saúde competentes para resolver quaisquer complicações físicas que o organismo desenvolver. A internação hospitalar é atualmente investigada como uma das principais causas de imobilidade, e estratégias de mobilização em tempo hábil e programas de reabilitação são fundamentais para prevenir e tratar o declínio funcional, e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (PEREIRA, 2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA A.F., REIS A.C.R., LIMA, I.M., GONÇALVES, M.T.T.A., ALMEIDA, K.V.L.R. (2021). Qualidade de vida de cuidadores de idosos: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 15, e282101523024. ISSN 2525-3409. Doi: 10.33448/rsd-v10i15.23024
- ALRAWAILI, S.M., *et al.* A Longitudinal Decline in Walking Speed Is Linked with Coexisting Hypertension and Arthritis in Community-Dwelling Older Adults. *J Clin Med*. 2024; 13(18):5478. doi: 10.3390/jcm13185478. PMID: 39336965.
- ANDRES, R., MULLER, D.C., SORKIN, J.D. Long-term effects of change in body weight on all-cause mortality. A review. *Ann Intern Med*. DOI 1993; 119(7 Pt 2):737–43.
- AZEREDO, Z de AG Sá; AFONSO, MA. Loneliness from the perspective of the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2016; 19:313-324.
- BARBOSA, J.M.M.; DIASB, R.C.; PEREIRA, L.S.M. (2007). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal: uma revisão da literatura. *Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia*; 10(3):383-399.
- BENNETT, DA *et al.* História natural do comprometimento cognitivo leve em idosos. *Neurology*. 2002; 59(2):198-205.
- BOLINA A.F., DIAS F.A., SANTOS N.M.F., TAVARES D.M.S. (2013). Incontinência urinária autorreferida em idosos e seus fatores associados. *Revista Rene*. 14(2):354- 63.
- BRAGA, CD; MARQUES, AL. Comunicação e mudança: a comunicação como elemento facilitador do processo de mudança organizacional. *Revista da FAE*. 2008; 11(1).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta Nº 1, de 09 de Janeiro de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Incontinência Urinária não Neurogênica. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 jan. 2020.*
- BRITO, M.M.S. (2015). Prevalência de incontinência urinária e fecal e fatores associados no escopo da síndrome da fragilidade em idosos comunitários: estudo da rede fibra. / Márcio Moreira Silva Brito – 2015. 96 f., enc.: il.
- CALAFIORI, A. L. S., *et al.* (2023). O envelhecimento populacional e a insuficiência familiar na pessoa idosa. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 16089–16099. DOI: 10.34119/bjhrv6n4-166.
- CESARA, J.A.; MARMITTB L.P.; DZIEKANIAKC, A.C.; CHERSTANID M.A.D. (2018). Incontinência Urinária entre idosos: um estudo em áreas pobres do Norte e Nordeste do Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v42.n2.a2605. doi: 10.22278/2318-2660.
- CHENG, F.W., GAO, X., JENSEN, G.L. Weight Change and All-Cause Mortality in Older Adults: A Meta-Analysis. *J Nutr Gerontol Geriatr*. 2015; 34(4):343-68. doi: 10.1080/21551197.2015.1090362. PMID: 26571354.]
- CUNNINGHAM, J; WILLIAMS, KN. Um estudo de caso de resistência ao cuidado e à fala dos mais velhos. *Pesquisa e teoria para a prática de enfermagem*. 2007; 21(1):45.
- DALY, E *et al.* Prevendo a conversão para a doença de Alzheimer usando informações clínicas padronizadas. *Archives of neurology*. 2000; 57(5):675-680.
- DE LEON, MJ *et al.* Predição de declínio cognitivo em idosos normais com 2-[18F] fluoro-2-desoxi-D-glicose/tomografia por emissão de pósitrons (FDG/PET). *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2001; 98(19):10966-10971.
- DENT E., *et al.* (2019) Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. *J Nutr Health Aging*. 23(9):771-87. <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-019-1273-z>. PMID:31641726

EGGENBERGER, E; HEIMERL, K; BENNETT, MI. Treinamento de habilidades de comunicação no cuidado da demência: uma revisão sistemática da eficácia, conteúdo do treinamento e métodos didáticos em diferentes cenários de cuidado. *International psychogeriatrics*. 2013; 25(3):345-358.

FICHMAN-CHARCHAT, H; SAMESHIMA, K. Heterogeneidade neuropsicológica no processo de envelhecimento: Transição do normal aos estágios iniciais da Doença de Alzheimer. 2003.

FLEMING, J., *et al.* Cambridge City over-75s Cohort (CC75C) study. Dying comfortably in very old age with or without dementia in different care settings - uma população representativa de "idosos muito velhos". *BMC Geriatr*. 2017; 17(1):222. doi: 10.1186/s12877-017-0605-2. PMID: 28978301; PMCID: PMC5628473.

FREITAS EV, *et al.* Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

FRIED, L., *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56A(3):146-56.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (2022). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Principais Questões sobre Incontinência e Urgência Urinária. Rio de Janeiro.

GUEDES, M.B.O.G.G.; LIMA, K.C.L.; CALDAS, C.P.; VERAS, R.P. (2017). Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis* 27(04). Doi: 10.1590/S0103-73312017000400017

HAKIMI, S., MARTIN, L.J., ROSENBERG, M. A compositional analysis of time spent in physical activity, sedentary behaviour and sleep with quality of life in Canadian older adults aged 65 years and above: Findings from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2024. doi: 10.1139/apnm-2023-0516. PMID: 39316837.

HERRERA JR, E *et al.* Levantamento epidemiológico de demência em uma população brasileira residente na comunidade. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 2002; 16(2):103-108.

HINGLE, S; ROBINSON, S. Melhorando a comunicação com pacientes mais velhos no ambiente ambulatorial. *Seminars in Medical Practice*. 2009. p. 1-7.

HERMAN, RE; WILLIAMS, KN. Influência do Elderspeak na resistência ao cuidado: Foco em eventos comportamentais. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*. 2009; 24(5):417-423.

JONES, R., *et al.* Assessment of Frailty Among Older Adults in the Physical Activity Daily Trial. *J Appl Gerontol*. 2024; 43(10):1428-1437. doi: 10.1177/07334648241244690. PMID: 38655762.

JÚNIOR, D. C., SCARMAGNAN, G. S., PRAXEDES, M. F. S. Ocorrência e riscos de iatrogenia em idosos: uma revisão integrativa. *Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*. 2020;12(3):2.

KILLIANY, RJ *et al.* Uso de ressonância magnética estrutural para prever quem terá a doença de Alzheimer. *Annals of Neurology: Jornal Oficial da American Neurological Association e da Child Neurology Society*. 2000; 47(4):430-439.

LAGE, M.A., *et al.* (2019). Prevalência de incontinência urinária e fecal nos idosos matriculados na Universidade da Maturidade (UMA), no município de Palmas (TO). *Revista Humanidades e Inovação*. v.6, n.11.

LIMA, SC; ALMEIDA, LV de O S. Letramento digital de idoso no contexto da EJA em Mossoró-RN. *Tear: Revista de Educação, Ciência e Tecnologia*. 2015; 4(1).

LINI E.V., PORTELLA M.R., DORING D. (2016) Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 19(6): 1004-1014

LARRIEU, S *et al.* Incidência e resultado de comprometimento cognitivo leve em uma coorte prospectiva de base populacional. *Neurology*. 2002; 59(10):1594-1599.

MCGRATH, R.P., *et al.* Handgrip Strength and Health in Aging Adults. *Sports Med*. 2018; 48:1993–2000. Doi: 10.1007/s40279-018-0952-y.

MENDEZ, L.M.G. *et al* (2022). Terapia comportamental no tratamento da incontinência urinária: qualidade de vida e gravidade. *Fisioterapia em Movimento*, v. 35, Ed Esp, e356014.0 - DOI: 10.1590/fm.2022.356014.0

MICHEL T., LENARDT M.H., BETIOLLI S.E., NEU D.K.M. (2012) Significado atribuído pelos idosos à vivência em uma instituição de longa permanência: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 21(3):495-504

MORAES, D.C., *et al.* Postural instability and the condition of physical frailty in the elderly. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019; 27. doi: 10.1590/1518-8345.2655-3146.

MORRIS, JC. Versão atual e regras de pontuação do Clinical Dementia Rating (CDR). *Neurology.* 1993; 43(11):2412-2412-a.

NITRINI, R *et al.* Desempenho de idosos não dementes, analfabetos e alfabetizados, em dois testes de memória de longo prazo. *Journal of the International Neuropsychological Society.* 2004; 10(4):634-638.

OLIVEIRA L. (2006) Incontinência fecal. *Jornal Brasileiro Gastrologia*, 6(1): 35-7.
OP HET VELD, L.P., *et al.* Fried phenotype of frailty: cross-sectional comparison of three frailty stages on various health domains. *BMC Geriatr.* 2015; 15:77. doi: 10.1186/s12877-015-0078-0.

PEREIRA, H. C. B., SALES, W. B., SCARMAGNAN, G. S. *et al.* Intervenção fisioterapêutica na Síndrome da Imobilidade em pessoas idosas: revisão sistematizada. *Archives of Health Investigation.* 2017;6(11).

PETERSEN, RC *et al.* Conceitos atuais em comprometimento cognitivo leve. *Arquivos de neurologia.* 2001; 58(12):1985-1992.

PRAXEDES, M. F. S., SALES, W. B., SCARMAGNAN, G. S. Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos segundo os Critérios de Beers: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2021;26:3209-3219.

PRINCE, M. *et al.* Diagnóstico de demência em países em desenvolvimento: um estudo de validação transcultural. *The Lancet.* 2003; 361(9361):909-917.

QUINTÃO, M.G.; OLIVEIRA, S.A.S.; GUEDES, H.M. (2010) Incontinência fecal: perfil dos idosos residentes na cidade de Rio Piracicaba, MG. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro, 13(2):191-201.

RAMOS, LR; SIMOES, EJ; ALBERT, MS. Dependência em atividades da vida diária e comprometimento cognitivo predizem fortemente a mortalidade em idosos residentes urbanos no Brasil: um acompanhamento de 2 anos. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2001; 49(9):1168-1175.

REIS R.B.; COLOGNA A.J.; MARTINS A.C.P., TUCCI Jr S, S. (2003). Incontinência urinária no idoso. *Acta Cirúrgica Brasileira.* vol 18 suppl 5

RIGO I.I.I., BÓS A.J.G. (2021). Disfunção familiar em nonagenários e centenários, importância das condições de saúde e suporte social. *Cien Saude Colet.* 26(6):2355-64. doi: 10.1590/1413- 81232021266.15082019. PMID:34231745

SALES, W. B., JUNIOR, D. C., PEREIRA, H. C. B. Relação da iatrogenia e polifarmácia em idosos: uma revisão integrativa. *Revista Arquivos Científicos (IMMES).* 2023;6(1):1-8.

SAVUNDRANAYAGAM, MY; HUMMERT, ML; MONTGOMERY, RJ. Investigando os efeitos de problemas de comunicação na sobrecarga do cuidador. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences.* 2005; 60(1)

SCARMAGNAN, G. S., PRAXEDES, M. F. S., SALES, W. B. A complexidade da tarefa afeta negativamente o equilíbrio e a mobilidade de idosos saudáveis. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* 2021;24.

SETOGUCHI L.S., *et al.* (2022). Insuficiência familiar e fragilidade física de idosos. *Escola Anna Nery.* 26:e20210375

SOUZA A., PELEGRINI T.S., RIBEIRO J.H.M., PEREIRA D.S., MENDES M.A. (2015) Concept of family insufficiency in the aged: critical literature analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 68(6):864-73. doi: 10.1590/0034-7167.2015680625i

TRINDADE, APNT *et al.* Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioterapia em movimento*. 2013; 26:281-289.

WEINER, MF *et al.* Linguagem na doença de Alzheimer. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008; 69(8):1223-1227.

WILSON, R *et al.* Examinando o sucesso de estratégias de comunicação usadas por cuidadores formais que auxiliam indivíduos com doença de Alzheimer durante uma atividade da vida diária. 2012.

WILLIAMS, KN *et al.* Comunicação Elderspeak: Impacto no tratamento da demência. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 2009; 24(1):11-20.

WOODWARD, M. Aspectos da comunicação na doença de Alzheimer: características clínicas e opções de tratamento. *International Psychogeriatrics*. 2013; 25(6):877-885

ALMEIDA M.A.B. (2023). A Insuficiência Familiar no Cuidado ao Idoso e Seus Reflexos na Atenção Primária à Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais, Trabalho de Conclusão de Curso.

QUINTELA, José Miguel de Resende Franco. Síndrome da imobilidade no idoso. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, 2015.

GIOVANINI, A.E.P.P. Conselho Regional de Medicina do Paraná. Iatrogenia e erro médico. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/Iatrogenia-e-erro-medico-13-32046.shtml>. 2014