

SÉRIE ENFERMAGEM E PANDEMIAS



VOLUME II

2ª EDIÇÃO REVISADA

ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA NO CUIDADO AO IDOSO EM TEMPOS DA COVID-19

2



ROSIMERE FERREIRA SANTANA

Organização



DEPARTAMENTO
CIENTÍFICO
DE ENFERMAGEM
GERONTOLÓGICA



COMO CITAR

Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19 - 2. ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. 177 p. (Série Enfermagem e Pandemias, 2). doi: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02>



DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA

Rosimere Ferreira Santana

Associada da ABEn Seção Rio de Janeiro
(Coordenadora Nacional e Sudeste)

Fernanda Farias de Castro

Associada da ABEn Seção Amazonas
(Coordenadora Região Norte)

Maria Célia de Freitas

Associada da ABEn Seção Ceará
(Coordenadora Região Nordeste)

Rosemeiry Capriata Souza Azevedo

Associada da ABEn Seção Mato Grosso
(Coordenadora Região Centro-Oeste)

Angela Maria Alvarez

Associada da ABEn Seção Santa Catarina
(Coordenadora Região Sul)

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Diretoria Nacional e Conselho Fiscal
Gestão novembro/2019 – junho/2020

Francisca Valda da Silva

Presidente

Regina Maria dos Santos

Vice Presidente

Jacinta de Fatima Senna da Silva

Secretária Geral

Iraci do Carmo de França

Diretora do Centro Financeiro

Suderlan Sabino Leandro

Diretor do Centro de Desenvolvimento da Prática
Profissional e do Trabalho de Enfermagem

Romulo Delvalle

Diretor do Centro de Publicações e Comunicação Social

Cássia Barbosa Reis

Diretora do Centro de Estudos e Pesquisas em
Enfermagem

Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira

Diretora do Centro de Educação

CONSELHO FISCAL – TITULARES

Luiza Mara Correia

Ednara Nunes Gonçalves

Paula Cristina da Silva Cavalcanti

CONSELHO FISCAL – SUPLENTE

Andréa de Sant'Ana Oliveira

E56 Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19 / Organização Rosimere Ferreira Santana.--. 2.ed.rev. Brasília, DF : ABEn/DCEG, 2020. 177 p. : il., color. ; (Série enfermagem e pandemias, 2)

ISBN 978-65-89112-03-7

e-Book (PDF)

Texto de vários autores.

Inclui bibliografia.

Enfermagem geriátrica. 2. Idoso, prevenção e cuidados. 3. Cuidador de idoso. 4. COVID-19. 5. Oficina de memória. 6. Cuidados de enfermagem. 7. Idoso, lesão por pressão. I. Associação Brasileira de Enfermagem. II. Santana, Rosimere Ferreira (Org.). II. Série.

CDU 616-053.9

Ficha catalográfica elaborada por Iza Antunes Araujo CRB1/079

2021.v2





APRESENTAÇÃO

O segundo E-book do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica (DCEG) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), trata da produção conjunta dos DCEGs Regionais, liderados em 18 estados por uma equipe que dissemina a formação e organização científica da especialidade com mais de 300 enfermeiros dedicados ao cuidado ao idoso, são eles: 1- Santa Catarina – Dra Nina Jordeli; 2- Rio Grande do Sul – Dra Maria Cristina Santana; 3- Paraná – Dra Lígia Carreira; 4- São Paulo – Dnda Luciana Misue; 5- Rio de Janeiro – Ms. Romulo Delvalle; 6- Minas Gerais – Dra Sonia Soares; 7- Mato Grosso – Dra Joana Cardoso; 8- Goiás – Dra Valeria Pagliotto; 9- Tocantins – Dra Guiomar Vilela; 10- Pará – Dnda Viviane Ferraz; 11- Manaus – Dra Cleisiane Xavier; 12- Ceará – Dra Maria Celia Freitas; 13- Recife – Dra Fabia Lima; 14- Rio Grande do Norte – Dra Luciane Oliveira; 15- Piauí – Dra Ana Maria Ribeiro; 16- Alagoas – Dra Elisabeth Moura; 17- Paraíba – Dra Fabíola Medeiros; 18- Rondônia – Ms Valéria Moreira da Silva. E tem-se ainda mais seis (6) estados interessados e se organizando para constituir os DCEG em seus estados: Bahia – Dra Larissa Silva; Distrito Federal; Mato Grosso do Sul; Maranhão; Amapá e Acre.

Essa equipe tem marcado frente para mitigação dos efeitos da Pandemia nas pessoas idosas, desde a Atenção Primária, Centro de especialidades, Centro de Convivência para Idosos, Hospitais, Home Care, Cuidados Paliativos e Instituições de Longa Permanência para Idosos. Pela abrangência e urgência na formação contínua das enfermeiras gerontológicas no Brasil urge o papel da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn que completou 94 anos esse ano no reconhecimento da importância da área no cenário político-social Brasileiro, oferecendo inclusive, a prova de títulos para enfermeiros a cada dois anos.

A Pandemia reforçou mitos e estereótipos do envelhecimento em uma sociedade que vem se reconhecendo a cada dia que não é tão “País de Jovens”, e que medidas sociopolíticas amplas devem ser impenetradas para constituição de uma cultura do envelhecimento.

E desse modo a série de E-books do DCEG foi constituída visando contribuir para de modo amplo difundir as estratégias e inovações que enfermeiras e equipes interdisciplinares desenvolveram no país para o Cuidado as Pessoas Idosas em meio a Pandemia da COVID-19.

Nossos agradecimentos aos autores que voluntariamente contribuíram na construção desse E-book, aos leitores e a ABEn nossa entidade histórica que trava lutas diárias para o reconhecimento profissional e melhoria da saúde da população.

Rosimere Ferreira Santana

Coordenadora do Departamento Científico de Enfermagem
Professora Associada da UFF
Pesquisadora do CNPq





PREFÁCIO

O DCEG na estrutura da ABEn Nacional, tem cumprido sua missão de participar da organização política e científica dos profissionais de Enfermagem que buscam se qualificar rumo a um cuidado autônomo e competente dirigido às pessoas idosas e suas famílias. Esta missão se torna um imperativo ético, considerando a pandemia por COVID-19 pois a mortalidade por esta síndrome respiratória aumenta linearmente com a idade, sendo de 3,6% na faixa etária entre 60-69 anos, de 8% entre 70-79 anos e de 14,8% naqueles com mais de 80 anos¹.

A população idosa apresenta maior vulnerabilidade às formas graves da doença e evolução para óbito, sobretudo entre idosos frágeis, portadores de comorbidades e residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). As enfermeiras gerontológicas têm um papel de destaque no cuidado ao idoso em todos os níveis de atenção, razão pela qual a sociedade espera que elas se posicionem e estejam preparadas para atuar, orientando e gerindo o cuidado aos idosos e suas famílias neste tempo de pandemia.

Por outro lado, as pessoas idosas apresentam uma diversidade de condições de saúde, influenciadas tanto por seu estado de funcionalidade quanto pelas comorbidades, agravos e riscos que apresentam. Portanto, cada idoso possui um perfil clínico-funcional único, sendo a gestão de cuidados a esse segmento populacional bastante complexa. Tal complexidade justifica a necessidade da especialidade de enfermagem gerontológica, ainda mais quando é necessário abordar o cuidado, a prevenção e o tratamento da Síndrome Respiratória Aguda por COVID-19.

No momento em que a sociedade se volta para o enfrentamento da pandemia, o DCEG se faz presente através desta série de e-books. O Departamento cumpre seu propósito de congregar os associados, profissionais (enfermeiros assistenciais, docentes e pesquisadores), assim como os estudantes, para o fortalecimento da especialidade e para a consolidação da área.

Esta iniciativa vai de encontro ao preconizado no Regimento interno do DCEG-ABEn, que dentre outras diretrizes aponta que compete ao Departamento atuar na capacitação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem para o cuidado de pessoas idosas; propor medidas necessárias à defesa e consolidação do trabalho em Enfermagem Gerontológica; produzir e divulgar, resultados de trabalhos e estudos de interesse para as áreas de saúde física, mental e social da pessoa idosa.

Este e-book está organizado em seis módulos: idosos no contexto domiciliar; intervenções de enfermagem gerontológica na pandemia; ações de enfermagem nas ILPIs; iatrogenias geriátricas e o cuidado de enfermagem; populações vulneráveis e situações de vulnerabilidade e; ressignificação do cuidado e ensino em gerontologia. Cada módulo reflete um aspecto da prática da Enfermagem Gerontológica.

O primeiro módulo aborda o idoso no contexto domiciliar, em isolamento social durante a pandemia. A enfermeira especialista precisa avaliar o ambiente neste contexto e este é o tema do primeiro capítulo deste módulo. Os idosos que residem sozinhos em grandes centros urbanos e estão distanciados socialmente necessitam um olhar atento principalmente pelo risco de isolamento. Os cuidadores em situação de pandemia também precisam ser cuidados. Por fim, a questão da finitude, vida e morte entram em cena de forma dramática durante a pandemia e é o tema que encerra o módulo sobre o contexto domiciliar.

O módulo sobre intervenções de enfermagem aborda uma originalíssima proposta de oficina de memória via aplicativo de mensagem instantânea. Também discute as estratégias de acompanhamento a distância de

1 Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., Gu, X., et al. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet Lond. Engl.*





idosos participantes de centros de convivência impedidos de manter suas atividades devido à pandemia. A estimulação sensório-motora durante o isolamento social é outro tema que mostra a relevância do trabalho da enfermagem na prevenção do declínio funcional e cognitivo, o que também pode ser alcançado com a abordagem das práticas artísticas no domicílio, que é o tema seguinte. E por fim, o módulo é encerrado com um capítulo sobre a teleconsulta de enfermagem durante a pandemia.

As ações de enfermagem nas ILPIs são o próximo módulo. É abordada a organização das ações para idosos saudáveis, suspeitos e com diagnóstico confirmado de COVID-19 e no capítulo seguinte as possibilidades de implementação dos planos de contingência. A seguir, são relatadas as experiências de prevenção e controle da COVID-19 em uma ILPI pública em Fortaleza – Ceará. Por fim, é discutida a estratificação da capacidade funcional de idosos em ILPI durante a pandemia.

O módulo sobre iatrogenias geriátricas se inicia contextualizando o cuidado de enfermagem durante a pandemia. A seguir são abordados aspectos da segurança do paciente relacionados à terapêutica medicamentosa no tratamento da COVID-19. O cuidado ao idoso com doenças respiratórias crônicas durante a pandemia é um tema necessário, pela característica da COVID-19 ser uma síndrome respiratória agudas. A seguir temos dois capítulos sobre lesão por pressão em ILPI. O primeiro aborda os atenuantes das lesões por pressão e o segundo aborda as lesões relacionadas aos equipamentos de proteção individual. O módulo é encerrado com um capítulo sobre prevenção do tromboembolismo venoso.

As populações vulneráveis e situações de vulnerabilidade são o próximo módulo. Inicialmente é abordada a situação dos idosos ribeirinhos da Amazônia no enfrentamento da pandemia. A seguir, os idosos em situação de rua e depois, a violência contra a pessoa idosa em dois capítulos.

O último módulo trata da ressignificação do cuidado e ensino em gerontologia a partir da pandemia. Iniciando com os dilemas em promoção da qualidade de vida da pessoa idosa, seguindo com a atuação das ligas acadêmicas frente à pandemia e concluindo com uma reflexão sobre o cuidado intergeracional como um caminho de esperança, diante de um cenário de incertezas.

Todos os temas possuem a mais alta relevância para a assistência e o ensino da Enfermagem Gerontológica. Portanto, parabênizo a iniciativa da gestão do DCEG, que soube tão bem responder às demandas e desafios que surgem com o enfrentamento da Pandemia por COVID-19.

Celia Pereira Caldas





SUMÁRIO

IDOSOS NO CONTEXTO DOMICILIAR

7 CAPÍTULO I

AMBIENTE DOMICILIAR SEGURO PARA O CUIDADO DE IDOSOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

14 CAPÍTULO II

DISTANCIAMENTO SOCIAL E IDOSOS QUE RESIDEM SOZINHOS EM GRANDES CENTROS URBANOS

20 CAPÍTULO III

CUIDADORES DE IDOSOS EM SITUAÇÃO DE PANDEMIA: REFLEXÕES SOBRE O CUIDAR E SER CUIDADO

25 CAPÍTULO IV

PANDEMIA E DECISÃO DA PESSOA IDOSA SOBRE VIVER E MORRER

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA NA PANDEMIA

30 CAPÍTULO V

OFICINA DE MEMÓRIA PARA IDOSOS VIA APLICATIVO DE MENSAGEM INSTANTÂNEA: ESTRATÉGIA DE MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES

36 CAPÍTULO VI

CENTRO DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS EM TEMPOS DE PANDEMIA: ESTRATÉGIAS DE ACOMPANHAMENTO A DISTÂNCIA

42 CAPÍTULO VII

ESTIMULAÇÃO SENSORIO-MOTORA DE PESSOAS IDOSAS EM ISOLAMENTO SOCIAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

47 CAPÍTULO VIII

PRÁTICAS ARTÍSTICAS PARA ENFRENTAMENTO DO ISOLAMENTO PELO IDOSO NO DOMICÍLIO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

54 CAPÍTULO IX

TELECONSULTA DE ENFERMAGEM APLICAÇÕES PARA PESSOAS IDOSAS NA PANDEMIA DA COVID-19

AÇÕES DE ENFERMAGEM NAS ILPI

60 CAPÍTULO X

ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS EM ILPI: AÇÕES PARA IDOSOS SAUDÁVEIS, SUSPEITOS E CONFIRMADOS COM COVID-19

67 CAPÍTULO XI

PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA COVID-19 EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: O IDEAL E O POSSÍVEL

75 CAPÍTULO XII

EXPERIÊNCIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA COVID-19 EM UMA UNIDADE ABRIGO - ILPI PÚBLICA DE FORTALEZA-CEARÁ

83 CAPÍTULO XIII

ESTRATIFICAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA DURANTE A PANDEMIA





IATROGENIAS GERIÁTRICAS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

89 CAPÍTULO XIV

IATROGENIAS NO CUIDADO AO IDOSO NO CONTEXTO PANDEMIA COVID-19

95 CAPÍTULO XV

SEGURANÇA DO PACIENTE IDOSO RELACIONADA À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA NO TRATAMENTO DA COVID-19

101 CAPÍTULO XVI

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS NA PANDEMIA DA COVID-19

108 CAPÍTULO XVII

LESÃO POR PRESSÃO EM IDOSOS NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: ATENUANTES NA PANDEMIA DA COVID-19

116 CAPÍTULO XVIII

LESÕES POR PRESSÃO RELACIONADA À EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

122 CAPÍTULO XIX

CUIDADO AO IDOSO EM DISTANCIAMENTO SOCIAL DURANTE A PANDEMIA: PREVENÇÃO DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO

POPULAÇÕES VULNERÁVEIS E SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE

131 CAPÍTULO XX

IDOSOS RIBEIRINHOS DA AMAZÔNIA BRASILEIRA NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

139 CAPÍTULO XXI

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A IDOSOS EM SITUAÇÃO DE RUA NA PANDEMIA DE COVID-19

144 CAPÍTULO XXII

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA EM TEMPO DE PANDEMIA DA COVID-19

150 CAPÍTULO XXIII

ASPECTOS MULTIDIMENSIONAIS DE VULNERABILIDADE DA PESSOA IDOSA À VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA

RESSIGNIFICAÇÃO DO CUIDADO E ENSINO EM GERONTOLOGIA

157 CAPÍTULO XXIV

LIGAS ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA FRENTE A PANDEMIA COVID-19

165 CAPÍTULO XXV

DILEMAS EM PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA NA PANDEMIA DA COVID-19

172 CAPÍTULO XXVI

IDOSOS NO CENÁRIO DE INCERTEZAS DA PANDEMIA COVID-19: CAMINHOS PARA ESPERANÇA MEDIANTE O CUIDADO INTERGERACIONAL



<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c01>

AMBIENTE DOMICILIAR SEGURO PARA O CUIDADO DE IDOSOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

Viviane Ferraz Ferreira de Aguiar¹

ORCID: 0000-0003-3025-1065

Dayara de Nazaré Rosa de Carvalho¹

ORCID: 0000-0001-8569-3392

Daiane de Souza Fernandes¹

ORCID: 0000-0001-6629-4222

Fabianne de Jesus Dias de Sousa¹

ORCID: 0000-0002-8151-3507

Stelacelly Coelho Toscano Silveira¹

ORCID: 0000-0003-2006-7686

Sara Melissa Lago Sousa¹

ORCID: 0000-0002-8319-3981

Lucia Hisako Takase Gonçalves¹

ORCID: 0000-0001-5172-7814

¹Universidade Federal do Pará.
Belém, Pará, Brasil.

Autor Correspondente:

Viviane Ferraz Ferreira de Aguiar
E-mail: vferraz@ufpa.br



Como citar:

Aguiar VFF, Carvalho DNR, Fernandes DS, Sousa FJD, Silveira SCT, Sousa SML, et al. Ambiente domiciliar seguro para o cuidado de idosos em tempos de pandemia da covid-19. In Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 7-13. (Série Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c01>

INTRODUÇÃO

Encontramo-nos em plena pandemia da COVID-19, e apesar de uma avalanche de informações, notícias e aconselhamentos veiculados todos os dias na mídia, nem todas as pessoas na comunidade se tornam bem informadas, cientes e preparadas para enfrentar a situação em seu entorno familiar e doméstico. Pairam em suas cabeças dúvidas e perguntas que nos são feitas, a todo momento, e cujas respostas e aconselhamentos são devidos, considerando sermos enfermeiras(os). Profissionais que se encontram na linha de frente dessa pandemia e de quem esperam ensinamentos e apoios necessários também em proteção e segurança de seus entes queridos e população.

Afinal, quem não foi questionado: que doença terrível é essa, é mesmo tão contagiosa? Há mesmo, como se defender dela? Estão dizendo aí que os idosos são mais suscetíveis de pegá-la, podendo tornar-se mais grave e até morrer? É verdade que não há tratamento, restando apenas seguir as medidas de isolamento e distanciamento social? Mas, como é isso? Como fazê-lo em casa? Uns devem sair todos os dias porque trabalham em serviços essenciais; às mulheres, além de cuidar da casa e das crianças, precisam cuidar dos seus idosos, pois o pai com 80 anos está doente e acamado e a mãe idosa de 72 anos que cuidava dele não está mais conseguindo fazê-lo sozinha e também necessita de ajuda ... e agora?

Cabe a nós enfermeiras(os) essa missão de cuidados sanitários junto à população que a nós ocorre, mesmo não conhecendo inteiramente ainda as condutas de enfrentamento dessa pandemia, mas ao envolvermos em cada contexto sociocultural e geográfico das famílias iremos construindo juntos as melhores estratégias possíveis de convivência e de cuidados que assegurem proteção a cada um dos membros da unidade familiar segundo as especificidades de sua estrutura e dinâmica no contexto doméstico.



Identificado pela primeira vez na cidade de Wuhan, na China, essa doença denominada COVID-19 é causada pelo novo coronavírus (SARSCoV-2)⁽¹⁾. O Coronavírus é um vírus zoonótico, um RNA vírus, da família *Coronaviridae*, descoberto inicialmente em aves domésticas e causador de infecções do trato respiratório. Atualmente, os tipos de coronavírus conhecidos são: alfa coronavírus HCoV-229E e alfa coronavírus HCoV-NL63, beta coronavírus HCoV-OC43 e beta coronavírus HCoV-HKU1, SARS-CoV (causador da síndrome respiratória aguda grave ou SARS), MERS-CoV (causador da síndrome respiratória do Oriente Médio ou MERS) e SARS-Cov-2 (BRASIL, 2019)⁽²⁾.

Diante da pandemia provocada pela COVID-19 a população idosa ganhou maior destaque, por ser um grupo em que as alterações decorrentes da senescência e/ou senilidade, que predispõem ao maior risco de infecção, exigindo medidas específicas de prevenção e controle de propagação da infecção para essas pessoas idosas por parte de seus corresidentes, familiares cuidadores e cuidadores formais¹ para manter um ambiente doméstico seguro e protegido.

A regra de ouro para deter essa Pandemia está em controlar a fonte de infecção, interromper a rota de transmissão e proteger as pessoas susceptíveis e, representa a diretriz norteadora dos protocolos das frentes de ação sanitária para a situação vigente. Côncios desse papel que lhes cabe, os profissionais da saúde têm se empenhado na luta por salvar vidas daqueles acometidos pelo Coronavírus, ao mesmo tempo em que se protegem, resguardam os demais em seu entorno, buscando evitar a disseminação da infecção, mesmo em meio a um contexto de precárias condições de trabalho no atual sistema de saúde⁽³⁾.

No dizer das especialistas da Enfermagem Gerontológica⁽⁴⁾, o corpo de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) tem se destacado pelo seu trabalho, atuando na linha de frente, não apenas com coragem, mas com racionalidade, paciência e o incipiente conhecimento disponível. Elas enfatizam que a busca por documentos oficiais de órgãos sanitários resultou quase em uma tentativa infrutífera, pela escassez e incipiência de material técnico voltado para o cuidado da população idosa na questão do enfrentamento da pandemia, mesmo havendo o consenso da susceptibilidade do idoso em contrair a COVID-19, o que justifica a intenção de escrever essa proposição prática.

OBJETIVO

Desenvolver uma reflexão prática propositiva sobre enfrentamento da pandemia da COVID-19 em contexto domiciliar onde prevaleçam relações seguras de cuidado entre familiares, cuidador e a pessoa idosa.

MÉTODOS

Considerando a escassez de material técnico orientador para ações de cuidado nas famílias com pessoas idosas para enfrentar a pandemia da COVID-19, o presente capítulo pretende ser uma proposição prática de ações orientadoras para serem dadas pelas(os) enfermeiras(os) em situação particular de idosos coabitando em suas casas com familiares.

De natureza descritiva, o capítulo pauta-se em reflexão de práticas sustentadas por subsídios encontrados na literatura sobre o assunto, aliados às nossas próprias experiências profissionais de situações similares deduzidas por analogia.

Os arranjos de coabitação de membros familiares com seus idosos é uma realidade observada em famílias de baixa renda, certamente para não os deixar sós; também para amenizar as dificuldades financeiras da unidade familiar; para facilitar o cuidado requerido pelo idoso; além de usufruir do cuidado dos netos pelos avós idosos⁽⁵⁾.

Nesses arranjos de sobrevivência, encontramos domicílios de idosos onde coabitam filhos e netos, outros parentes e, por vezes, agregados. Mais preocupante: encontramos também casais de idosos vivendo sozinhos, ou ainda idosa (o), viúva (o) ou não, vivendo só.

É nesse cenário de arranjo doméstico que as (os) enfermeiras (os) de Atenção Básica de Saúde e de Estratégia de Saúde da Família encontram usuários idosos e idosas necessitando de atenção, orientação e ensinamentos

detalhados nesses tempos de pandemia, para que todos que coabitam a casa do idoso se adaptem e mantenham o ambiente em condições seguras contra contaminação pelo coronavírus, como também reaprendam e pratiquem condutas higiênicas específicas, inclusive os idosos, para que previnam a transmissão da COVID-19.

As três categorias descritas a seguir resumem as proposições práticas para a proteção e segurança do binômio idoso - familiar cuidador no contexto das relações de cuidado em ambiente familiar durante a pandemia vigente.

RESULTADOS

ORGANIZAÇÃO, ADAPTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE AMBIENTE DOMICILIAR SEGURO

Como geralmente a unidade familiar envolve até três gerações, é necessário reorganizar o modo de convivência dos diferentes coabitantes no ambiente domiciliar. A seguir relaciona-se medidas de segurança da casa em seu todo:

- Todos os membros da família que saírem de casa porque trabalham em serviços essenciais ou porque têm de fazer compras para abastecer a casa, ao chegarem da rua, à porta da casa, devem desinfetar a sola do sapato em tapete umedecido com solução de água sanitária (diluir 2 ½ colheres de sopa de água sanitária em 1L de água)⁽⁶⁾, e deixar os sapatos usados no exterior, ao lado da porta;
- Reservar na entrada da casa um espaço para pendurar capas e casacos pesados (de preferência local ventilado e ensolarado) borrifando-os com álcool 70%, assim como bolsa e outros pertences usados na rua;
- Compras e sacolas de compras de supermercado devem ser-lhes limpas com pano embebido em solução de água sanitária (com mesma diluição) ao desfazer os pacotes;
- Ao adentrar-se na casa, calçar chinelo ou outro calçado só de uso interno, movimentar-se na casa sem se encostar em nada e dirigir-se ao banheiro, lavar as mãos com água e sabão, retirar as roupas e colocar em balde grande, próprio para roupa suja, com tampa. Tomar banho (se necessário) e vestir roupa limpa. Assim, poderá se movimentar livremente no interior da casa, lembrando sempre de manter-se com a máscara para proteger-se e proteger os outros ao seu redor de aerossóis e gotículas de espirro e tosse.
- A limpeza diária, deve agora ser uma desinfecção diária a ser aprendida por todos os corresidentes, a saber: limpeza das superfícies de todos os cômodos da casa (paredes, portas, janelas, maçanetas, corrimões, móveis e utensílios) com pano embebido em solução de água sanitária (diluir 2 ½ colheres de sopa em 1L de água)⁽⁶⁾ e, demais partes da casa (cozinha, lavanderia e banheiro) limpando como de costume usando produtos domésticos desinfetantes recomendados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária como a água sanitária e desinfetantes de uso geral (hipoclorito de sódio, ácido peracético, quaternários de amônia e fenólicos);
- As roupas sujas e as máscaras usadas devem ficar de molho na solução de água sanitária (diluição de 200 ml ou 1 copo para 20 litros de água), após serem lavadas normalmente devem ser colocadas para secar de preferência ao sol. Apesar disso, a maior segurança está em passar a roupa com ferro quente e guardá-las em gavetas limpas.
- Dentro do possível, manter todos os recintos da casa arejados e janelas abertas ou semiabertas. Manter uma conduta, já bastante enfatizada, de higienização das mãos lavando-as com água e sabão, sempre que necessário, ou quando impossível usando álcool gel, cuidando para não levar as mãos à boca, nariz e olhos.
- Deixar em algumas partes da casa, além de álcool gel, pacote de papel toalha macio para utilizá-lo sempre que for tossir ou espirrar e esse papel usado deve ser bem amassado e jogado na lixeira protegida.
- Os lixos da casa devem ser removidos diariamente colocando-os em saco plástico maior e resistente, devidamente fechado e colocado na rua perto do horário da passagem do caminhão de coleta da prefeitura.

Todas essas orientações e ensinamentos para manter o ambiente domiciliar seguro devem ser feitas pela(o) enfermeira(o) em visitação domiciliar para poder ensinar demonstrando cada procedimento e realizá-lo junto

com cada familiar, inclusive com o idoso, naquilo que lhe couber. Também se aconselha que familiares que servem como cuidadores do idoso em regime de rodízio se empenhem com o idoso, reforçando as orientações e convencendo-o continuamente acerca da finalidade de todos esses cuidados exigidos para evitar a transmissão do vírus da pandemia vigente.

PRESERVANDO RELAÇÃO SAUDÁVEL DE CUIDADOS ENTRE A(S) CUIDADORA(S) E A PESSOA IDOSA

Especial atenção deve ser dada ao idoso quando é instado a ficar em isolamento ou quarentena por 14 dias por haver mantido contato com um infectado pelo coronavírus. O idoso em isolamento por essa condição deve manter distância dos demais na casa, com exceção da cuidadora, que deverá chegar-se ao idoso devidamente paramentada com Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e seguindo todas as regras de higienização. O material de uso pessoal do idoso como utensílios de cozinha (pratos, talheres, copo, xícara) devem ser separados. Suas roupas de uso pessoal, de cama e de banho devem ser desinfetadas e lavadas separadamente da roupa dos demais residentes desta casa. Igualmente, o avental, o gorro e a máscara da cuidadora.

Pois, devido à fragilidade ou a danos em sua capacidade funcional, o idoso tende a necessitar de auxílio para a realização de suas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), o que pode torná-lo dependente de cuidados de seus familiares. Há ainda o idoso que já adquiriu a COVID-19, hospitalizou-se, curou-se e de volta para casa, continua necessitando de cuidados para sua total recuperação física. Ele deve ser mantido em distanciamento social, igualmente a qualquer outro idoso, com observância de todas as regras impostas de higienização considerando que até o momento atual não há evidências seguras de que aqueles que já adoeceram adquirem ou não imunidade duradoura.

Segundo a experiência, geralmente o cuidado em família cabe às mulheres, que se tornam cuidadoras sem nenhuma preparação prévia, situação que gera múltiplas necessidades e sentimentos antagônicos, podendo gerar conflitos na relação de cuidado do binômio familiar cuidadora e pessoa idosa⁽⁷⁾. Nesse contexto, a pandemia com a exigência de manter o distanciamento social é um desafio ainda maior para quem cuida de um idoso dependente, como de convencer idoso a manter o distanciamento, de não sair de casa, ou do uso de máscaras, mas sobretudo das visitas suspensas para a sua própria proteção⁽⁴⁾.

O consenso de manter uma única cuidadora para diminuir o risco de disseminação do vírus, permeia uma responsabilidade com aumento de sobrecarga de trabalho podendo acarretar no crescimento do número de casos de mais variados tipos de violência com as pessoas idosas⁽⁸⁾, durante o distanciamento social dentro de suas próprias residências. Convém ainda relembrar a situação de muitas idosas que são cuidadoras de seus maridos⁽⁸⁾. Essas devem ser apoiadas nessa função em tempos de pandemia por ser uma população vulnerável, e contar com a ajuda de familiares ou rede pode ser um desafio.

Nesse caso, deve a (o) enfermeira (o) em visita de orientação, dialogar com a família e encontrar alternativas para promover o rodízio, por exemplo, entre as filhas da pessoa idosa, para exercer a função de cuidadora sem se sobrecarregarem. Certamente isso implicará no aumento da necessidade de seguir as regras de higienização e distanciamento, uso de EPIs, e regras que devem ser seguidas ao se chegar a casa. Inclui igualmente aqui as cuidadoras formais, quando a família assim decidir contratá-las.

O uso pelas cuidadoras de EPIs é essencial, junto ao idoso: avental do tipo hospitalar produzido artesanalmente, calçado de uso interno, cabelos presos e com gorro descartável ou artesanal e máscara artesanal. Não fazer uso de anéis, brincos, colares, piercing e relógio de pulso. O idoso cuidado também deve usar máscara, contudo em casos em que o idoso por razões como de doenças demenciais ou outras que rejeita usá-la, a cuidadora, nestes casos, deverá dobrar os seus cuidados de distanciamento inclusive usando máscara cirúrgica.

Quanto à orientação e ensinamentos da (o) enfermeira (o) às cuidadores familiares incluem medidas de uso dos EPIs, cuidados a dispensar ao idoso e seus propósitos, quando o próprio idoso deve participar desse ensinamento para o seu autocuidado, dentro de suas possibilidades. Muito útil e necessário usar recursos disponíveis de cartilhas e notas técnicas sobre a pandemia da COVID-19, publicadas pelo Ministério da Saúde e ANVISA (Agência Nacional

de Vigilância Sanitária) para ensino e aprendizagem de condutas de enfrentamento e medidas preventivas no ambiente domiciliar. Salienta-se aqui medidas de precaução ao idoso e a cuidadora, como o ato de higienização das mãos de modo eficaz, utilizando água e sabão, antes e após a execução de cuidados, demonstrando a técnica correta, observando em seguida sua realização por ambos, até que eles se sintam seguros¹.

De igual modo, é essencial orientar seguir todas as regras preventivas ao sair de casa somente quando necessário, incluindo o uso de máscaras (artesanais ou cirúrgicas), evitando no trajeto ao destino, transportes públicos cheios, respeitando o distanciamento mínimo, higienização das mãos e utilizando ferramentas higienizáveis como o cartão de crédito para evitar contato com cédulas e moedas no ato de compras, por exemplo. Retornando ao domicílio, todas aquelas práticas de higienização para impedir a contaminação do ambiente domiciliar, devem ser cumpridas⁽⁹⁾.

DESAFIOS PARA PRESERVAR A SAÚDE MENTAL DA PESSOA IDOSA E DOS FAMILIARES, EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

A saúde mental da pessoa idosa e das cuidadoras também deve ser alvo de avaliação e orientação de cuidados preventivos pelo distanciamento físico de seus entes queridos e pelos cuidados exercidos de modo solitário, naquela relação do binômio cuidadora e idoso, gerando momentos de ansiedade e tristeza.

Cumpra salientar que as visitas costumeiras ficam suspensas durante a pandemia, embora estratégias devam ser discutidas e negociadas para favorecer a preservação da saúde mental de ambos^(7,10), tais como: telefonemas diários em um horário estabelecido e quando possível substituir por reunião de familiares e amigos via vídeo pelo WhatsApp, a fim de que ambos possam esperar diariamente por aquele momento prazeroso, amenizando sentimento de solidão.

Desse modo é necessário entender que os idosos podem apresentar manifestações de solidão e depressão levando-os a maior passividade e inatividade, alheando-se das atividades de vida diária, tão ameaçadoras para o aumento de sua fragilidade e aparecimento de complicações, como insuficiência cardíaca, fraqueza, quedas e aparecimento ou piora de sintomas cognitivos e comportamentais da demência⁽¹¹⁾.

Por isso é imprescindível encorajar os idosos a preservar a rotina diária, respeitando as medidas preventivas e suas condições funcionais, como realizar pequenas tarefas domésticas, confecciona artesanatos ou atividades de seu costume, pequenas caminhadas dentro de casa ou praticar exercício físico devidamente orientado, com o intuito de ocupar o tempo e evitar que se torne cada vez mais dependente de sua cuidadora⁽¹⁰⁾.

Convém reafirmar que o isolamento físico não deve ser necessariamente um distanciamento emocional. As chamadas de videoconferência, por exemplo, podem significar momentos de afeto e afago anteriores, reduzindo a carga de estresse. A criatividade deve ser explorada nesta nova forma de vivência, explorando estratégias de abraços, com estímulos virtuais ou utilização de recursos mínimos como capas de chuva aderidas em painel impermeável, permitindo contato físico mas, com mínima exposição ao contágio, como divulgado na mídia e nas redes sociais. Se bem utilizadas, essas medidas podem amenizar a carência dos contatos familiares, melhorando o cuidado à saúde desses idosos e cuidadoras.

O idoso frágil necessita de um cuidado mais intenso e, portanto, para manter a segurança e proteção para evitar a contaminação do ambiente, a cuidadora redobra sua atenção às atividades realizadas, podendo ela também predispor-se a desenvolver estresse e depressão⁽¹²⁾. Em meio à turbulência da pandemia vigente, é mister o acompanhamento na comunidade pela Atenção Primária a Saúde. E, em linhas gerais, mesmo as adversidades de precariedade de serviços de nosso sistema de saúde, ainda mais nesse momento de vigência da pandemia, as (os) enfermeiras (os) atuantes na linha de frente da atenção básica e da Saúde da família certamente estiveram a postos para atender as famílias com idosos, atendendo-as com os próprios recursos que a sua unidade dispõe e a comunidade.

Mas certamente buscando reforços intersetoriais, encaminhando-as para atendimentos específicos e sobretudo propondo e auxiliando a criação de redes de atendimento a linha do idoso com atenção a demanda

e a complexidade dos casos de forma ordenada e com vinculação territorial. Associado as ações sociais locais com os mais variados apoios necessários como confecção artesanal por costureiras da região de máscaras, gorros e aventais para uso como EPIs pelas cuidadoras; recolhimento por voluntários de roupas, alimentos, material doméstico de desinfecção e distribuídos às famílias necessitadas e instituições.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DA ENFERMAGEM

Espera-se que por essa reflexão possa-se subsidiar possíveis mudanças em práticas cuidativas no contexto domiciliar, levantando-se questionamentos aos enfermeiros de como melhor poderão compreender e incorporar cuidados ao binômio idoso-cuidador frente a contribuir a vivência e assistência segura disponibilizada pelos cuidadores familiares ou mesmo formais, nesse momento pandêmico de enfrentamento coletivo a COVID-19.

O idoso frágil necessita de um cuidado mais intenso e, portanto, para manter a segurança e proteção para evitar a contaminação do ambiente, a cuidadora redobra sua atenção às atividades realizadas, podendo ela também predispor-se a desenvolver estresse e depressão⁽¹²⁾. Em meio à turbulência da pandemia vigente, é mister o acompanhamento na comunidade pela Atenção Primária a Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente cenário atípico de pandemia do Coronavírus a população idosa vem ganhando visibilidade por sua condição de maior vulnerabilidade ao risco de infecção. Dessa forma, é oportuno refletir sobre as melhores proposições de prestação de cuidados a esse estrato populacional, principalmente no contexto de vivência familiar em âmbito domiciliar, haja vista a presença de fatores agravantes da situação, como desgaste físico e mental das cuidadoras, conflito nas relações de cuidado ao idoso, e outros que poderão prejudicar a qualidade da dinâmica de cuidados familiares, que deve ser protetora e segura para o idoso sob cuidados.

A pandemia da COVID-19 escancarou uma nova realidade e mudanças na rotina do idoso e de seu cuidador, em função do cumprimento de exigências emanadas de órgãos sanitários, como distanciamento e isolamento social visando à proteção do idoso contra a contaminação pelo coronavírus. Destaque-se que o cuidado prolongado, geralmente a cargo de uma única pessoa, pode gerar um ambiente desafiador de sobrecarga de trabalho com esgotamento físico e mental interferindo na saúde do cuidador, com consequências negativas sobre a dinâmica de relações de cuidado do binômio cuidador-idoso, logo, ideias criativas são esperadas e desenvolvidas pelas enfermeiras gerontológicas como alternativas de ações na preservação da saúde.

FOMENTO/AGRADECIMENTO

Universidade Federal do Pará.

Agradecemos ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica do Estado do Pará pelo apoio e realização deste estudo e ao DCEG Nacional pela oportunidade de divulgação do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota técnica nº 05/2020 GVIMS/GGTES. Orientações para a Prevenção e Controle de Infecções pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2) em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Brasília (DF); [Internet]; 2020; [citado em junho de 2020]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnicn-05-2020-gvimggtes-anvisa-orientacoes-para-a-prevencao-e-o-controle-de-infecoespelo-novocoronavirus-sars-cov-2-ilpi>.
2. Ministério da saúde (BR). Coronavírus: o que você precisa saber e como prevenir o contágio (2019-nCov). Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875

3. Zhang W. Manual de Prevenção e Controle da Covid-19. São Paulo: Polo Books; 2020.
4. Hammerschmidt KS de A, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia covid-19. *Cogitare enferm.* 25: e72849, 2020. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>
5. Aguiar ACSA; Menezes, TMO; Camargo, CL. Arranjos familiares com pessoas idosas: fatores contributivos. *Av. Enferm.* 2018; 36(3):292-301. doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.68425>
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota técnica nº 47/2020 SEI/COSAN/GHCOS/DIRE3/ANVISA. Recomendações sobre produtos saneantes que possam substituir o álcool 70% e desinfecção de objetos e superfícies, durante a pandemia de COVID19. Brasília (DF); [Internet]; 2020; [citado em junho de 2020]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/Nota+T%C3%A9cnica+47.pdf/242a3365-2dbb-4b58-bfa8-64b4c9e5d863>
7. Rangel RL, Santos LB, Santana ES, Marinho MS, Chaves RN, Reis LA. Avaliação da sobrecarga do cuidador familiar de idosos com dependência funcional. *Rev Aten Saúde.* 2019; 17(60):11-18. <http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol17n60.5564>.
8. Camarano AA. Cuidados para a população idosa e seus cuidadores: demandas e alternativas. Nota Técnica. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Rio de Janeiro: Ipea, 2020.
9. Groisman D, Santos AGS, Chagas DC, Lordello IMS, M Bernardo MH, Duarte YAO. Orientações para Cuidadores Domiciliares de Pessoa Idosa na Epidemia do Coronavírus – Covid-19. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2020.
10. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, Silva LN, Demenech LM. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estud. psicol.* 2020; 37(18). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>.
11. Steinman MA, Perry L, Perissinotto CM. Meeting the Care Needs of Older Adults Isolated at Home During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Intern Med.* 2020[cited 2020 Jun 16];180(6):819–820. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2764748>.
12. Lightfoot E, Moore RP. Caregiving in Times of Uncertainty: Helping Adult Children of Aging Parents Find Support during the COVID-19 Outbreak. *Journal of Gerontological Social Work* 2020[cited 2020 Jun 16]; 25: 1-11. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01634372.2020.1769793>

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c02>

DISTANCIAMENTO SOCIAL E IDOSOS QUE RESIDEM SOZINHOS EM GRANDES CENTROS URBANOS

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte^I

ORCID: 0000-0003-3933-2179

Luciana Mitsue Sakano Niwa^I

ORCID: 0000-0002-9342-7454

Pamella Cristina de Carvalho Lucas^I

ORCID: 0000-0003-3661-3290

Shirley da Rocha Afonso^{II}

ORCID:0000-003-1824-0451

Daniela Garcia Damaceno^{III}

ORCID: 0000-0001-8656-009X

Suely Itsuko Ciosak^I

ORCID:0000-0001-5884-2524

^IUniversidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II}Centro Paula Souza. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{III}Universidade do Oeste Paulista. Presidente Prudente, São Paulo, Brasil

Autor Correspondente:

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte
E-mail: yedausp@gmail.com



Como citar:

Duarte YAO, Niwa LMS, Lucas PCC, Afonso SR, Damaceno DG, Ciosak SI. Distanciamento social e idosos que residem sozinhos em grandes centros urbanos. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontologica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 14-19. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c02>

INTRODUÇÃO

Nos últimos meses o mundo tem assistido a evolução de uma pandemia de causa infecciosa denominada *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), doença de origem multissistêmica, grave, provocada pelo vírus SARS-CoV-2, de alta transmissibilidade, com maiores taxas de mortalidade entre pessoas idosas, pessoas com doenças crônicas, gestantes e puérperas¹.

As pessoas idosas representam cerca de 14,3% da população brasileira e estão entre os principais grupo de risco. No Brasil, dois grandes fenômenos acompanharam o envelhecimento populacional brasileiro nas últimas décadas: transição demográfica e transição epidemiológica. O primeiro, está diretamente relacionada à diminuição da mortalidade infantil, ao declínio da fertilidade e ao aumento da expectativa de vida e, o segundo, à mudança do perfil de morbimortalidade da população².

Tais mudanças foram acompanhados por novos padrões de comportamento e rearranjos familiares que contribuíram para que parte dos idosos apresentassem comprometimento de sua rede de suporte social, com poucos ou nenhum membro existente³. Muitos idosos vivenciam eventos como a morte do cônjuge, levando-os a uma rápida mudança em seu arranjo domiciliar, passando, muitas vezes a residirem sozinhos condição essa que ocorre com 16% das pessoas idosas residentes no Município de SP (n=290.772 pessoas) mais predominante entre as mulheres comparativamente aos homens (20,1% e 10,7% respectivamente)⁴.

Envelhecer residindo sozinho, também denominados domicílios unipessoais, pode se constituir um uma opção das pessoas idosas pois traz a elas a sensação de liberdade, de controle da própria vida e a expressão máxima de sua autonomia ou, por outro lado, ser o retrato de uma falta de opção, pela inexistência de familiares ou outros membros de uma rede social próxima, o que pode associar-se a diferentes desfechos de saúde, inclusive óbito⁵⁻⁶.



Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013) mostraram uma proporção de 15,3% de idosos morando sozinhos no Brasil, a maioria com comorbidades, dificuldades para a realização de atividades instrumentais de vida diária, piores condições alimentares e maior tempo de comportamento sedentário⁷. Idosos que moram em megalópoles como São Paulo, a sétima maior cidade do mundo, podem tornar-se mais vulneráveis frente a COVID-19.

Segundo a Constituição Brasileira, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso⁸ é dever da família, da sociedade e do Estado o cuidado das pessoas idosas que assim o necessitarem, mas esse tripé, na prática não é cumprido. Apenas as famílias são responsabilizadas e culpabilizadas em caso de ausência de cuidado. Entre os idosos que residem sozinhos e que não contam com nenhuma rede social de apoio, passa a ser de responsabilidade do Estado e da sociedade civil, as medidas necessárias para garantir seu cuidado em caso de necessidade como, por exemplo, as ações e intervenções nesse momento de pandemia e distanciamento social.

Diante do exposto, é imprescindível refletir e propor ações exequíveis e duradouras para a atenção aos idosos que residem sozinhos em grandes centros urbanos.

OBJETIVO

Refletir sobre o impacto do distanciamento social imposto pela COVID-19 sobre as condições de vida e saúde das pessoas idosas que residem sozinhas tecendo considerações a respeito das possibilidades e desafios para as políticas públicas vigentes.

MÉTODOS

Trata-se de um texto teórico-reflexivo sobre o impacto do distanciamento social imposto pela COVID-19 sobre as pessoas idosas que residem sozinhas. As reflexões foram pautadas em publicações internacionais e nacionais relacionados ao tema, dados do Estudo SABE (Saúde, Bem estar e Envelhecimento), estudo longitudinal de múltiplas coortes sobre as condições de vida e saúde das pessoas idosas residentes no Município de SP e vivências das autoras. Os resultados foram categorizados nos seguintes subtemas: Autonomia; Perfil dos idosos que residem sozinhos no Município de SP; Representações sociais do envelhecimento; e Ações solidárias aos idosos em tempos isolamento social pela COVID-19.

RESULTADOS

AUTONOMIA

Para um envelhecimento digno e com qualidade é primordial que a pessoa idosa tenha assegurado condições mínimas de existência e possibilidade de participação ativa na sociedade. Nesse sentido, é essencial garantir que a autonomia da pessoa idosa seja respeitada⁹.

Autonomia é expressa pela capacidade de tomar decisões e agir segundo seus próprios valores e crenças, com reconhecimento das possibilidades de atuação própria. Envolve autodeterminação e projeto histórico de individualidade da pessoa. O avançar da idade não deve ser considerado como um fator incapacitante para que idosos deixem de participar da sociedade ou decidir sobre a condução de própria vida⁹⁻¹⁰.

É frequente se observar, no cuidado em saúde da pessoa idosa, julgamentos equivocados entre a dependência física e o cerceamento da autonomia individual do idoso. Não raro, identifica-se tomadas de decisão que frustram os desejos e o anseios do idoso com justificativas atreladas ao envelhecimento¹⁰.

Alguns idosos escolhem morar sozinhos porque gostam de manter suas rotinas e por não querer se sentir um peso, optam por não morar com algum outro familiar. Em algumas situações, morar com amigos e parentes pode representar um certo cerceamento da autonomia individual do idoso.

Morar sozinho, no entanto, não significa dispensar ajuda, quando necessária, para as atividades do dia-a-dia. Pessoas idosas com risco de quedas podem precisar de companhia para caminhar, fazer compras etc. e, precisam compreender a necessidade de aceitação da presença de um acompanhante familiar ou profissional que possa garantir sua segurança. Atualmente, por estarmos vivendo em tempos de desenvolvimento tecnológico, pode-se contar com a ajuda de serviços de telemonitoramento ou teleassistência remotos onde a pessoa idosa ao tocar um determinado dispositivo, aciona uma central e conversa com o atendente que a auxilia ou providencia um serviço de saúde para investigar a demanda e auxiliar a pessoa idosa.

É importante ressaltar que nem todos os idosos optam por morar sozinhos. Há os que moram sozinhos por falta de opção, pois não possuem rede de suporte e não tem a quem pedir ajuda. Nesse contexto, observam-se poucas iniciativas do Estado no sentido de oferecer equipamentos sociais e de saúde, como alternativa para os mesmos. Em outros países existem a possibilidade de escolha por centros-dia, onde a pessoa idosa pode ficar parte ou um período inteiro, fazer sua terapia, receber refeições e aumentar seus vínculos sociais com outros idosos. Podem também, optar por auxílio em casa, onde a comunidade provê as refeições e profissionais/voluntários o auxiliam em sua higienização, limpeza da casa, realização de compras, organização dos medicamentos etc. Podem ainda, optar por morar em repúblicas e instituições de longa permanência para pessoas idosas (ILPIs).

Apesar dos esforços para alavancar as ações políticas voltadas ao idoso, especialmente aquele que vive sozinho, as iniciativas práticas ainda são pequenas, frente a demanda exigida. Se todas as premissas, recomendações e exigências descritas no estatuto do idoso, fossem cumpridas poderíamos ter um cenário diferente para idosos que vivem sozinhos em tempos de pandemia.

Em outras palavras, o direito à autonomia é a capacidade de determinar a forma de viver e conviver na sociedade, percebendo e assumindo as consequências de suas tomadas de decisão. Considerando que, o processo de envelhecimento não é uma condição para a perda da liberdade de escolha da pessoa¹¹.

A participação do idoso durante as tomadas de decisões é fundamental para o planejamento do cuidado centrado na pessoa e possibilita o desenvolvimento de uma assistência de saúde ampla e interdisciplinar. Ou seja, o respeito à autonomia do idoso e a garantia da participação na tomada de decisão permite a divulgação das informações coerentes e promove o estabelecimento de opções de tratamentos com pressupostos éticos¹².

PERFIL DOS IDOSOS QUE RESIDEM SOZINHOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Dados da última onda do Estudo SABE – Saúde, Bem estar e Envelhecimento⁴ mostraram que, em São Paulo, dos cerca de 300 mil idosos que residem sozinhos nessa cidade, sendo 28,6% com idade ≥ 80 anos e 7,8% ≥ 90 anos; 63,1% referem multimorbidades, 47,2% utilizam polifarmácia, 65,1% (n=189.292 idosos) estão em processo de fragilização e 26,7% tem dificuldades no desempenho de atividades básicas de vida diária, necessitando do auxílio de um cuidador, muitas vezes inexistente.

Para vivenciar o distanciamento social imposto pela pandemia, essas pessoas necessitam garantir sua própria subsistência (água, alimentos, higiene pessoal) e o controle de suas doenças crônicas, geralmente feito com o uso de medicamentos. Dessa forma, é necessária uma ajuda externa ou o contato com o meio externo para aquisição de tais itens. Verificou-se que apenas 26,6% deles (n=77.345 idosos) utilizam computador ou internet e 32,9% (n=95.663 idosos) não possuem, não utilizam ou tem dificuldade para utilizar telefone (fixo ou celular) o que os coloca fora de contato com o meio externo nas condições de distanciamento social. Soma-se a essas informações que pouco mais de 8,4 mil pessoas idosas referiram não ter a quem pedir ajuda caso necessitassem pois não possuíam uma rede de suporte social que, nesse momento, torna-se um problema a ser resolvido considerando as condições de saúde apresentadas por esse grupo⁴.

Felizmente, vivencia-se que, frente a atual pandemia, a sociedade desenvolveu ações solidárias, de maior ou menor porte, trazendo de certa forma, visibilidade e ajuda a esses idosos solitários, invisíveis e esquecidos. Medidas efetivas que garantam que as necessidades básicas sejam atendidas e medidas de cuidado cheguem até essa população, precisam ser tomadas, para evitar que este grupo, já tão vulnerável e discriminado, passe por essa crise sem ser cuidado.

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

Para muitos familiares, sociedade, autoridades sanitárias e políticas, a velhice é representada como um retorno à infância, uma fase de incapacidades. Essa visão relaciona-se, em grande parte às alterações decorrentes do processo de envelhecimento que acarretam limitações funcionais para realizar suas atividades cotidianas. A infantilização da população idosa e o desprezo por suas experiências e histórias pregressas, podem levar os idosos à dependência emocional e, conseqüentemente, à perda de sua autonomia¹³.

No contexto da pandemia do COVID-19, essa população foi a alvo de destaque, devido às suas vulnerabilidades. Entretanto, verifica-se que a visão estereotipada e estigmatizada divulgada pelas redes sociais, instigou sua ridicularização e o ageísmo. Nesse sentido, embora as ações de proteção à pessoa idosa, assim como as estratégias de distanciamento social e a estratificação de risco sejam positivas para a organização dos serviços, em muitas situações reforçaram a visão preconceituosa acerca dessa parcela populacional com a veiculação de vídeos, fotos e músicas supervalorizando suas características negativas¹⁴.

Nesse cenário, percebe-se que os conflitos intergeracionais provenientes das medidas de isolamento social impostas a esta população por autoridades e familiares, sem considerar as pluralidades e especificidades do envelhecimento, impactam diretamente em sua saúde física e mental. Assim, além das mudanças na rotina, os efeitos da pandemia se potencializam quando o medo de se sentir sozinho é somado às alterações do processo de envelhecimento¹⁴.

As notícias sobre a pandemia, o distanciamento/isolamento social, excesso e/ou instabilidade de informações, problemas econômicos e conflitos familiares contribuem com o aumento de crises de pânico, distúrbios do sono e aumento nas taxas de suicídio¹⁵⁻¹⁶.

As modificações na composição familiar, com a maior participação da mulher no mercado de trabalho, a diminuição das taxas de natalidade e a evidente mudança nos sistemas de valores, contribuíram para as alterações nas relações das famílias e de seus idosos. Dessa forma, o aumento do individualismo, da valorização da vida independente e o enfraquecimento de laços de solidariedade intergeracional, contribui para o aumento de idosos residindo sozinhos¹⁷.

No contexto da pandemia, o impacto na saúde mental de idosos que residem sozinhos é ainda mais significativo. A falta de convivência com familiares e amigos produzem prejuízos profundos aos idosos, levando-os, muitas vezes, ao desenvolvimento de transtornos depressivos. Por isso, tem sido estimulado o uso de ferramentas tecnológicas, contudo, a população idosa brasileira, majoritariamente, apresenta baixa escolaridade e dificuldade de acesso a essas ferramentas.

Assim, embora se reconheça o potencial de aproximação social proporcionado pela tecnologia, ela possui limitações, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias que atendam às necessidades e particularidades dessa população¹⁴.

Buscar e reinventar formas de comunicação como cartas e bilhetes, podem estimular o imaginário dos idosos alfabetizados. Além disso, considerar atividades lúdicas que podem ser desenvolvidas de forma individual e prazerosas com antigos “hobbies” como bordar, crocheter, tricotar, jardinagens e outras artes manuais devem ser estimuladas.

AÇÕES SOLIDÁRIAS AOS IDOSOS EM TEMPOS ISOLAMENTO SOCIAL PELO COVID-19

A pandemia da COVID-19 tem ampliado o olhar da sociedade para os idosos. É possível identificar, nesse período, experiências exitosas, que empregam esforços a favor da promoção de sua saúde e bem-estar. Inúmeras iniciativas têm ocorrido em todo o país buscando proteger, assistir e acolher os idosos, principalmente os que residem sozinhos. Vizinhos solidários tem se colocado a disposição para as compras, transporte de alimentos e medicamentos. Instituições filantrópicas e religiosas tem se movimentado para prover alimentos preparados, vestimentas, máscaras e álcool em gel para esses idosos.

Iniciativas de serviços públicos como contato telefônico para monitorar os idosos têm sido, também, realizadas. Entretanto, muitos idosos não tem telefone ou não conseguem manejá-lo adequadamente, sendo necessária a realização de outras abordagens como visitas domiciliares e ajuda dos vizinhos para garantir o bem-estar do idoso. Apoio social e psicológico realizado por profissionais de saúde, colaboração das universidades, estímulo ao uso de ferramentas tecnológicas, que possibilitam a aproximação social, por meio de mídias sociais, de videoconferência, uso de aplicativos de prestação de serviços, como serviços de orientação médica, monitoramento de atividades entre outros vem sendo empreendidas.

Tais iniciativas são reflexos de uma sociedade que, aparentemente, está se reinventando, se adaptando e se comprometendo, pois, parece compreender a importância em estabelecer relações interpessoais com os idosos, principalmente, entre diferentes gerações. Isto significa uma alteração qualitativa do pensamento colaborativo e compartilhado, observação essa sob a perspectiva do positivismo, que a crise de saúde atual tem demonstrado, na valorização e ressignificação da “cultura do envelhecimento”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivencia-se um momento histórico onde é fundamental minimizar comportamentos individuais e preconceituosos contra os idosos e desenvolver uma consciência social e solidária da sociedade.

Sabe-se, no entanto, que ainda há muito a ser feito para auxiliar os idosos que residem sozinhos e que necessitam de ajuda. Isso vai além desse momento, mas a importância desse, é ter dado visibilidade para essa situação. É fundamental que, a partir de agora, ações estratégicas de transmissão de conhecimentos objetivos, simples e adequados, sejam planejadas para possibilitar a comunicação efetiva com as pessoas idosas além de desenvolver estratégias que possibilitem a inclusão em grupos familiares e sociais diminuindo a solidão e a tristeza, se reinventando a cada dia e buscando motivação para viver.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Chan JF et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet* 2020.
2. Camarano AA. The new demographic paradigm. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(12):3446-7.
3. Melo NCV, Teixeira KMD, Barbosa TL, Montoya AJA, Silveira MB. Household arrangements of elderly persons in Brazil: analyses based on the national household survey sample. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(1):139-51.
4. Duarte YAO. SABE Saude, bem-estar e envelhecimento. Estudo longitudinal de múltiplas coortes sobre as condições de vida e saúde dos idosos do município de São Paulo- 2015-2019pdf. Escola do Parlamento – Câmara Municipal de São Paulo, 2019.
5. Persequino MG, Horta ALM, Ribeiro CA. A família frente a realidade do idoso de morar sozinho. *Rev Bras Enferm*. 2017; (2):251-7.
6. Ng KH. Future of family support: projected living arrangements and income sources of older people in Hong Kong up to 2030. *Australas J Ageing*. 2016;35(2):113-8.
7. Negrini ELS, Nascimento CF, Silva A, Antunes JLF. Quem são e como vivem os idosos que moram sozinhos no Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, Rio de Janeiro, 2018; 21(5): 542-550. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180101>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso 3. ed., 2. reimpr. - Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 70 p. ISBN 978-85-334-1845-5 1.
9. Gama GCN, Mattos MM, Nunes ML. Velhice digna: escolha do tratamento médico. *Revista da Faculdade de Direito-RFD-UERJ [Internet]*. 2016 [citado 2020 Jun 11]; 30:173-195. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rfduerj/article/view/26903>.

10. Gaspar RB, Silva MM, Zepeda KGM, Silva IR. O enfermeiro na defesa da autonomia do idoso na terminalidade da vida. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jun 11]; 72(6). Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n6/pt_0034-7167-reben-72-06-1639.pdf.
11. Pereira MIT. O direito do idoso à autodeterminação nos cuidados de saúde. Mestrado em Direito. Coimbra: Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; 2018 [citado 2020 Jun 11]. 143 p. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/85820/1/Disserta%3%a7%c3%a3o%20final%20pdf.pdf>.
12. Paranhos DGAM, Albuquerque A. A autonomia do paciente idoso no contexto dos cuidados em saúde e seu aspecto relacional. *R. Dir. sanit.* [Internet]. 2018 [citado 2020 Jun 12] 19(1): 32-49. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/148123/141735>
13. Santos RAAS, Corrêa RGCF, Rolim ILTP, Coutinho NPS. Atenção no cuidado ao idoso: infantilização e desrespeito à autonomia na assistência de enfermagem. *Revista Pesquisa em Saúde.* 2016 sep/ dec; [cited 2020 jun 13]; 17(3):179-83. Available from: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6793/4335>
14. Hammerschmidt KS de A, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2020 jun 13]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>.
15. Roy D, Tripathy S, Kar SK, Sharma N, Verma SK, Kaushal V. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 2020. 51. 102083. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083>
16. Vahia IV, Blazer DG, Smith GS, Karp JF, Steffens DC, Forester BP, Tampi R, Agronin M, Jeste DV, Reynolds III CF. COVID-19, Mental Health and Aging: A Need for New Knowledge to Bridge Science and Service. *Am J Geriatr Psychiatry* (article in press) 2020. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.03.007>
17. Carrara BS, Espírito Santo PMF. Velhice institucionalizada em tempos pós-modernos: a identidade em universo paralelo? *REv.enferm.UFPE online*;10 (5):1672-1684

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c03>

CUIDADORES DE IDOSOS EM SITUAÇÃO DE PANDEMIA: REFLEXÕES SOBRE O CUIDAR E SER CUIDADO

Guiomar Virginia Vilela Assunção de Toledo Batello^I

ORCID: 0000-0003-3774-732X

Maria Sortênia Alves Guimarães^I

ORCID: 0000-0001-6648-2530

Izabel Antonio de Carvalho Pereira^{II}

ORCID: 0000-0002-7840-0456

Monica Bandeira^I

ORCID: 0000-0003-0043-0513

Daniella Pires Nunes^{III}

ORCID: 0000-0002-4679-0373

^I Universidade Federal do Tocantins.
Palmas, Tocantins, Brasil.

^{II} Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica - ABEn/TO.
Palmas, Tocantins, Brasil

^{III} Universidade Estadual de Campinas.
Campinas, São Paulo, Brasil

Autor Correspondente:

Guiomar Virginia Vilela Assunção de Toledo Batello
E-mail: guivilelatoledo@uft.edu.br



Como citar:

Batello GVVAT, Guimarães MAS, Pereira IAC, Bandeira M, Nunes DP. Cuidadores de idosos em situação de pandemia: reflexões sobre o cuidar e ser cuidado. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 20-24 (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c03>

INTRODUÇÃO

O mundo tem presenciado a evolução da pandemia de *Coronavírus Disease* 2019 (COVID-19). É uma doença nova causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), sendo os primeiros casos detectados em dezembro de 2019, na China, e em fevereiro de 2020, no Brasil. Ainda não há evidências de tratamento específico para a COVID-19, no entanto, organizações internacionais e nacionais recomendam mudanças no estilo de vida para a contenção da propagação do vírus, a saber: higienização das mãos, etiqueta respiratória, uso de máscaras e o distanciamento social⁽¹⁾.

Estudos apontam a relação entre COVID-19 e idade, considerando a população idosa como o grupo mais vulnerável a apresentar condições clínicas mais severas e óbito. Tal fato justifica-se pela imunossenescência e condições crônicas preexistentes. Ademais, as consequências físicas e emocionais (sedentarismo, fragilidade, redução da mobilidade física, sintomas depressivos e ansiedade) decorrentes do distanciamento social podem predispor o idoso ao comprometimento funcional⁽²⁻³⁾.

Dados os riscos que os idosos enfrentam com a COVID-19 e a incapacidade funcional, também aumenta-se a demanda por cuidados. Camarano⁴ estimou que cerca de 3 milhões de idosos brasileiros apresentam comprometimento nas atividades básicas de vida diária que necessitam de cuidado informal. No que tange às características dos cuidadores, em sua maioria, são mulheres, cônjuge ou filhas, com baixa escolaridade, não remuneradas e que não foram capacitadas para exercer essa função^(5,6,7).

O ato de cuidar ainda é invisível socialmente, cuja provisão é realizada principalmente pela família que assiste o idoso nas demandas das atividades domésticas, de autocuidado e de apoio afetivo, emocional e financeiro^(4,5,6). Em tempos de pandemia, o cuidador continua a fornecer os cuidados à pessoa idosa, os quais podem ser intensificados em resposta à vulnerabilidade do idoso à COVID-19.



Consequentemente, a tensão ocasionada por este cenário propicia ao cuidador desgaste físico, emocional e relacional que podem comprometer o ato de cuidar e o ser cuidado.

Neste contexto, a reflexão sobre o cuidador de idosos se faz necessária para instigar à comunidade, aos gestores e profissionais de saúde sobre a relevância do papel deste ator social no processo de cuidar, possibilitando maior visibilidade e reconhecimento. Ademais, possibilitará o reconhecimento da necessidade de suporte aos cuidadores na manutenção da sua saúde mental e física, em especial, durante a pandemia.

OBJETIVO

Refletir acerca dos cuidadores de idosos em tempos de pandemia de COVID-19, considerando o ato de cuidar e o ser cuidado.

MÉTODOS

Trata-se de uma análise teórico-reflexiva, construída a partir de leituras sobre a temática cuidador de idosos disponíveis em artigos científicos, em bases eletrônicas de dados. A produção teórica foi categorizada em três eixos: Cuidar de idosos no cenário de pandemia de COVID-19; abordagem reflexiva do cuidado e do cuidador; e, escuta qualificada como uma estratégia de cuidado ao cuidador: contribuição da enfermagem gerontológica.

CUIDAR DE IDOSOS NO CENÁRIO DE PANDEMIA DE COVID-19

Assumir o papel de cuidador, normalmente, ocorre por um acordo entre os membros familiares ou por falta de opções⁽⁶⁾. O cuidar extrapola-se ao cuidado do corpo físico, mas exige a compreensão dos sentimentos, emoções e particularidades da pessoa cuidada a fim de manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer⁽⁸⁾.

A demanda por cuidador dependerá do nível de comprometimento funcional da pessoa idosa, que poderá assisti-lo de forma esporádica ou em tempo integral. Assim, em seu cotidiano, desempenhará funções voltadas para o auxílio nas atividades básicas de vida diária como o cuidado com a higiene, alimentação e locomoção. Também poderá assumir responsabilidades que perpassam por todo o ambiente doméstico e se exteriorizam aos serviços de saúde, bancos, supermercados e farmácias⁽⁹⁾.

Diante de situações de crise como a pandemia, o cuidado à pessoa idosa tornou-se redobrado por ser o grupo mais susceptível a complicações da COVID-19. Assim, as recomendações de segurança com idosos vão muito além das que já eram realizadas diariamente pelo cuidador. Faz-se necessário agora, que este intensifique os cuidados e a atenção para ações preventivas ligadas diretamente ao comportamento e à higiene. Ações que compreendem o uso de máscara, lavagem constante das mãos, desinfecção de produtos alimentares ou não, uso de álcool em gel, zelando também pelo respeito e mediando boas relações familiares⁽¹⁰⁾.

A recomendação do distanciamento social gerou alteração na rotina tanto dos idosos quanto dos cuidadores. Membros familiares que ocasionalmente, cuidavam de seus entes reorganizaram-se para fornecer apoio, como aquisição de alimentos, medicamentos ou outras necessidades⁽³⁾. Por outro lado, idosos mais dependentes e seus cuidadores ficaram restritos aos domicílios, não podendo receber visitas, e a sensação de solidão, desamparo e isolamento podem ser referidas por estes. Chama-se a atenção para a ênfase da participação da rede de apoio social para que estes sintam-se protegidos e acolhidos. Cita-se o uso das tecnologias para minimizar a distância física como realização de ligações telefônicas, chamadas de vídeos, envio de mensagens de texto ou e-mail.

Outra peculiaridade experienciada pelos idosos, nesse tempo de pandemia, tem sido a violência por parte dos membros familiares e cuidadores. O cuidador é, muitas vezes, o único a ter contato físico, como também o responsável por cuidar de forma integral, sem ter direito de escolha. Em consequência, o risco de violência contra o idoso pode-se agravar, ocorrendo de diferentes formas como: violência psicológica, física, negligência de cuidados, abandono emocional, abuso financeiro, que frequentemente é sofrida em silêncio e encoberta, devido à proximidade entre a vítima e o agressor, gerando medo de abandono e retaliações⁽¹¹⁾.

No entanto, o ato de cuidar é uma atividade laboral complexa e tão importante e ao mesmo tempo tão solitária. Pensar no cuidador é, por consequência, pensar no idoso, visto que este precisa estar bem para cuidar bem⁽¹²⁾.

ABORDAGEM REFLEXIVA DO CUIDAR E DO CUIDADOR

O olhar, o pensamento e o planejamento da família e da sociedade precisam incluir o cuidador não só como executor das ações planejadas, mas como sujeito principal na promoção e qualidade do cuidado. A visibilidade do papel do cuidador se faz urgente e necessária, por estar na “linha de frente anônima” no cuidado à pessoa idosa durante a pandemia.

Sentimentos restritos, queixas orgânicas desconhecidas para os outros, são o esboço desse cuidador que, sem perceber e sem ser percebido abre mão de sua vida para viver a vida de quem ele cuida. Por si o ato de cuidar gera eventos negativos como frustração, angústia, tristeza, sintomas depressivos e ansiedade, aumentando o estresse e a sobrecarga de cuidado⁽¹³⁾. Aproximadamente um terço dos cuidadores familiares refere sobrecarga que desmotiva e reduz o limiar de tolerância deste em relação a algumas situações, consequentemente expondo o idoso a cuidados impróprios ou escassos⁽⁶⁾.

Com circunstâncias resultantes da restrição social bem como a atenção redobrada para evitar o contágio pelo coronavírus, os cuidadores tendem a apresentar sobrecarga de trabalho, que é um dos desafios a serem enfrentados. Aliado a isso, visitas estão suspensas para a proteção do idoso, a responsabilidade se concentra em um só indivíduo, o que aumenta o risco de sua exaustão física e mental.

Diante desse cenário, oportunidades de socialização virtuais entre familiares e amigos são necessárias para acolher os cuidadores “físicamente isolados”. O reconhecimento da rede e o suporte recebido pelos cuidadores sinaliza o núcleo de proteção e ajuda ao provedor de cuidado, sendo a possível fonte para apoio emocional, psicológico e organizacional. O compartilhamento de experiências sociais deve ser fortalecido, e o cuidador sentir-se reconhecido, acolhido e apoiado.

ESCUA QUALIFICADA COMO UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO AO CUIDADOR: CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA

Ao pensar na Enfermagem enquanto uma prática social, insere-se um olhar para o cuidado que vai além dos conhecimentos e das técnicas do modelo tradicional da ciência para se cuidar integralmente da pessoa. O cuidar integral é nutrir e alimentar o ser completo na sua singularidade, na perspectiva das diversas dimensões do viver. Diante disso, o enfermeiro deve reconhecer que o cuidador é um ser individual e coletivo, participante ativo de uma comunidade e deve-se respeitar seus significados e sua liberdade de ação e tomada de decisão em sua vida⁽¹⁴⁾.

Na perspectiva do cuidado humanizado, o respeito pela integridade, dignidade e autonomia da pessoa são preceitos da prática do cuidado integral. Assim, encontra-se o acolhimento que é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e é entendido como recebimento, acalento, acomodamento e agasalhamento, que permeia a atenção, o zelo, o bom trato e o olhar afetivo com o outro.

O acolhimento é uma ‘tecnologia leve ou relacional’, baseada na escuta qualificada. Nesse sentido, pode-se identificar claramente a articulação entre o acolhimento e a integralidade, no conceito de linhas de produção do cuidado. Assim, na perspectiva da integralidade do cuidado, a escuta qualificada possibilita um diálogo efetivo e afetivo, que propicia uma escuta sensível e acolhedora de forma integral que contribui para o estabelecimento do vínculo terapêutico, que a diversidade e a singularidade prevaleçam no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado, além de reforçar o protagonismo do sujeito cuidador.

O acolhimento, por meio da escuta, possibilita ao cuidador que fale sobre seus anseios, dificuldades, sentimentos de angústia e sofrimento. Tal estratégia permite que ele sinta-se amparado e fortalecido para executar o cuidado, tomando para si o papel de protagonista da tarefa de cuidar. Frente à complexidade da

pandemia de COVID-19, imprime-se a necessidade de ações de acolhimento e proteção à pessoa idosa bem como de seus cuidadores.

Diante disso, cita-se a experiência do *Projeto Escuta Solidária*, cuja proposta inicial realiza escuta qualificada de idosos e ocorre em três municípios brasileiros: Viçosa (MG), Palmas (TO) e Campinas (SP). O projeto foi idealizado por docente da Universidade Federal de Viçosa (UFV) e, posteriormente expandiu-se para a Universidade Federal do Tocantins (UFT) e Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), respeitando as especificidades regionais e demandas locais.

Destacam-se algumas particularidades deste projeto no município de Palmas (TO). Além dos idosos acolhidos no projeto, os cuidadores de idosos acamados foram agregados na ação solidária. Atualmente, são acompanhados 32 cuidadores, sendo 81,3% mulheres, 89,7% familiares, com média de idade de 48,3 anos, de tempo de cuidado de 5,6 anos. Ademais, conta com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde que mobilizou várias ações para apoiar tanto os idosos quanto os cuidadores, destaca-se a inclusão dos cuidadores de idosos acamados na agenda prioritária da vacina da gripe.

Essas ações, de forma integrada, fortalecem a integração ensino-serviço e comunidade, além de contribuir no fortalecimento do trabalho em rede, potencializando as ações já desenvolvidas e propondo estratégias para fortalecer a articulação e a qualificação do cuidado, por meio da escuta acolhedora, sensível e qualificada aos cuidadores.

Desse modo, o processo de cuidado do *Projeto Escuta Solidária* vem permitindo a ressignificação do cuidado ampliado com um olhar para o todo, potencializando o amor, a sabedoria e a troca de experiências, conhecimentos e/ou saberes de vida. Assim, espera-se que esse processo de cuidar seja contínuo e aplicado em vários espaços e momentos das novas dimensões do viver.

O estudo contribui para a reflexão acerca da importância da escuta qualificada realizada pelo enfermeiro, como instrumento básico para o cuidar, como forma de humanização, responsabilização e comprometimento com as necessidades do outro, considerando sua singularidade que nesse momento se faz necessário ao cuidador, que por vezes não é colocado como um dos principais agentes de viabilização dos cuidados ao idoso, que se caracteriza como primordial ou único nesse momento de pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pessoa cuidadora é protagonista da manutenção de cuidados à população idosa. O panorama atual de pandemia exacerba a carga de trabalho vivenciada pela mesma, expondo-a a situações de maior vulnerabilidade física, emocional e psicossocial. Acolhê-la por meio da escuta qualificada é uma ação de enfermagem necessária e urgente, de forma a detectar e enfrentar problemas e garantir a qualidade e continuidade dos cuidados aos idosos.

A escuta qualificada, com olhar ampliado também para os cuidadores dos idosos, promove o apoio emocional através do “ouvir” de forma ética, acolhedora e empática, criando e mantendo o vínculo seguro, no sentido de fortalecê-los, melhorando a sua harmonização pessoal e a sua qualidade de vida.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). [Internet] 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.

2. Maia ER, Gonçalves Junior J, Pimentel JVC, Rolim Neto ML, Pagliuca LMF. Functional disability in the elderly people: systematic review. HealthMED - Volume 11 / Number 2 / 2017 file:///D:/Downloads/HealthMED_Functionaldisabilityintheelderlypeoplesystematicreview.pdf
3. Argenta C, Nunes DP, Hammerschmidt KSA, Niwa LMS, Souza PA, Melo POC. Distanciamento social do idoso saudável durante a pandemia COVID-19: possibilidades e desafios. Enfermagem gerontológica no cuidado ao idoso em tempos da COVID-19. Série enfermagem e pandemias. Associação Brasileira de Enfermagem. --Brasília, DF : ABen/DCEG, 2020. 74 p.: il., color.; (Série enfermagem e pandemias). Acesso em: 20/06/2020. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/05/E-BOOK-GERONTO.pdf>
4. Camarano MA. Nota Técnica N° 64 - Cuidados para a população idosa e seus cuidadores: demandas e alternativas. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA. Rio de Janeiro. abril de 2020. Acesso em: 12/06/2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9934/1/NT_64_Disoc_Cuidados%20para%20a%20populacao%20idosa%20e%20seus%20cuidadores.pdf
5. Giacomini KC, Duarte YAO, Camarano AA, Nunes DP, Fernandes D. Cuidados e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. Rev Saúde Pública. 2018;52 Supl 2:9s. Doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000650
6. Nunes DP, Brito TRP, Duarte YAO, Lebrão ML. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. Rev. Bras. Epidemiol. 2018b; 21(SUPPL 2): E180020.SUPL.2 <https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2>
7. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). Rev. Saúde Pública [online]. 2017, vol.51, suppl.1 <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000013>
8. Waldow V.R. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzatto; 1998.
9. Hedler HC, Faleiros VP, Santos MJS, Almeida MAA. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso R. Katálysis, Florianópolis, 2016. v. 19, n. 1, p. 143-153 jan./jun. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-49802016.00100015>.
10. Hammerschmidt KS de A, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. Cogitare enferm. [Internet]. 2020. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>
11. Ribeiro AP, Moraes CL, Sousa ER, Giacomini K. O que fazer para cuidar das pessoas idosas e evitar as violências em época de pandemia? ABRASCO, 2020. Acesso em 17/06/2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/o-que-fazer-para-cuidar-das-pessoas-idosas-e-evitar-as-violencias-em-epoca-de-pandemia-artigo/48196/>
12. Yavo IS, Campos EMP. Cuidador e cuidado: o sujeito e suas relações no contexto da assistência domiciliar. Psicol. Teor. Prat. vol.18 no.1 São Paulo abr. 2016. Acesso em: 05/06/2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872016000100002.
13. Souza S, Camacho ACLF, Joaquim FL, Santo FHE. O planejamento do autocuidado para o cuidador de idosos: revisão integrativa. Rev Enferm UFPE on line. Recife, 10(5):1866-72, maio, 2016. <http://DOI:10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201636>
14. Perseguino MG, Horta ALM, Ribeiro CA. A família frente a realidade do idoso de morar sozinho. Rev Bras Enferm [serial on the internet]. 2017 ;70(2):235-41. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0398>

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c04>

PANDEMIA E DECISÃO DA PESSOA IDOSA SOBRE VIVER E MORRER

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte^I

ORCID: 0000-0003-3933-2179

Luciana Mitsue Sakano Niwa^I

ORCID: 0000-0002-9342-7454

Pamella Cristina de Carvalho Lucas^I

ORCID: 0000-0003-3661-3290

Aline de Sousa Meira^{II}

ORCID:0000-0002-5272-1788

Shirley da Rocha Afonso^{III}

ORCID:0000-003-1824-0451

^IUniversidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II}Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

^{III}Centro Paula Souza. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autor Correspondente:

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte
E-mail: yedasp@gmail.com



Como citar:

Duarte YAO, Niwa LMS, Lucas PCC, Meira AS, Afonso SR. Pandemia e decisão da pessoa idosa sobre viver e morrer. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 25-29. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c04>

INTRODUÇÃO

A palavra autonomia vem do grego “*autos*”, próprio, e “*nomos*”, regra, ou lei. Segundo o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, autonomia é “*aptidão ou competência para gerir sua própria vida, valendo-se dos seus próprios meios, vontade e/ou princípios*”. A pessoa autônoma diante de sua liberdade age conforme suas escolhas, sem nenhuma influência. Respeitar a autonomia é não violar os seus direitos, é reconhecer que cada um tem suas escolhas, suas crenças, seus valores e sua individualidade. Nesse contexto a autonomia está relacionada ao princípio da dignidade humana, reconhecendo o homem como um sujeito de direitos^{(1) (2)}.

O hospital costuma ser um ambiente cujo foco é a resolutividade da doença, onde o modelo biomédico é altamente predominante. A urgência pelo atendimento, as ações mecanizadas e a hierarquização do sistema hospitalar cria uma barreira entre o indivíduo e o profissional de saúde, tornando esse local um ambiente agressor. Em situações “normais”, o ambiente hospitalar já tem a tendência de ser um fator contribuinte para a perda da autonomia do indivíduo idoso hospitalizado⁽⁵⁾.

E o que muda no contexto da pandemia? Seria possível pensar que a autonomia da pessoa idosa poderia ser ainda mais comprometida? Seria possível crer que critérios etários poderiam ser estabelecidos para determinar escolhas entre os que vivem e morrem em ambientes com materiais e equipamentos escassos? Nesse momento de pandemia, no entanto, vivenciamos tristes situações verbalizadas por diferentes pessoas e autoridades verbalizando “critérios” para priorização de determinados pacientes nas Unidades de Tratamento Intensivo e na divisão de recursos escassos. Seria digno estabelecer o critério etário para tais escolhas?

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa traz como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência do indivíduo idoso⁽⁴⁾.



Autonomia é um termo encontrado dentro dos princípios bioéticos, que são eles, a beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

OBJETIVO

Refletir sobre o direito da pessoa idosa decidir sobre sua própria vida/morte se estiver contaminada pelo COVID-19.

MÉTODOS

Trata-se de um texto teórico-reflexivo sobre o direito da pessoa idosa decidir sobre sua própria vida/morte se estiver contaminada pelo COVID-19. As reflexões foram pautadas em publicações internacionais e nacionais relacionados ao tema, às diretrizes antecipadas de vontade, ao testamento vital, à autonomia da pessoa idosa e vivências das autoras.

RESULTADOS

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa traz como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência da pessoa idosa⁽⁴⁾. Autonomia é um termo definido em diferentes contextos, incluindo o dos princípios bioéticos, que são a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça.

Discussões bioéticas no mundo acadêmico tiveram início na década de 70 com o bioquímico norte-americano Van Rensselaer Potter, que apontava como desafio para a sociedade moderna o aproveitamento das expertises dos especialistas a favor da promoção da sobrevivência humana categorizando os problemas considerados fundamentais: população, paz, poluição, pobreza, política e progresso. Segundo o autor, foca-se apenas no progresso, dando-se pouca atenção aos outros problemas o que coloca em risco o futuro da humanidade. O termo bioética foi, no entanto, utilizado pela primeira vez pelo teólogo alemão, Fritz Jahr, em 1927: *“Respeite todo ser vivo como princípio e fim em si mesmo e trate-o, se possível, enquanto tal.”*⁽²⁾

Segundo Beuchamp e Childress (2002), a pessoa autônoma tem total liberdade para escolher o que é melhor para si e tomar suas próprias decisões. O indivíduo autônomo, continuam os autores, possuem duas condições essenciais, liberdade, livre de influências externas e a capacidade de agir livremente⁽²⁾.

A Autonomia como valor humano pode ser impactada com o processo de hospitalização e, mais ainda, nesse momento que estamos vivenciando da pandemia COVID-19. Todos os direitos dos pacientes devem ser respeitados desde o momento de sua admissão até sua alta hospitalar. Preservar sua autonomia é defender sua integridade física e moral a qualquer custo.

Segundo o Estatuto do Idoso⁽³⁾, em seu Art. 2º, *“O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade”*. Dessa forma, é dever do profissional de saúde propor ações que busquem a qualidade de vida do idoso, principalmente para aquele que não é capaz de agir livremente, respeitando e preservando sua dignidade.

A ciência moderna, mesmo antes da pandemia, já mostrava interesse no jovem, em seu futuro promissor e no seu poder de produção. O envelhecimento e a morte não eram, até então, pauta nas grandes mídias e o corpo marcado por experiência e anos vividos não era tão valorizado, ao contrário, era trazido como um problema econômico e social reforçando preconceitos. Esse preconceito muitas vezes era revelado dentro das instituições de saúde quando os profissionais desconsideravam a capacidade do idoso em decidir sobre seu tratamento ou sobre as intervenções a que seria submetido. Ao falar do tratamento, por exemplo, muitas vezes os profissionais dirigiam-se aos familiares ou ofereciam informações superficiais e não claras ao idoso,

subestimando sua capacidade de compreensão e, assim, desrespeitar sua autonomia, e desconsiderando-o como sujeito do seu processo de saúde e doença ⁽⁵⁾⁽⁷⁾.

A situação de estar “internado” em um hospital, independente do contexto da pandemia, já é uma situação de fragilidade, além da doença que o levou a procurar o serviço de saúde, a tecnologia, burocracia e rotinas administrativas restringem a pessoa idosa em suas atividades básicas. A priorização pelos procedimentos, protocolos institucionais, necessários para a organização da assistência trazem para a pessoa idosa um cenário completamente desconhecido e podem dificultar seu poder de tomada de decisão ⁽⁵⁾.

Além da barreira das ações mecanizadas e administrativas do hospital, há o paternalismo profissional, que com a desculpa de beneficiar o paciente tiram-lhe o direito de tomada de decisão, colocando em risco a sua dignidade ⁽¹⁾. Neste contexto a responsabilidade do cuidado fica centrada apenas nos profissionais de saúde que decidem, cuidam, orientam tomam as decisões, desconsiderando as capacidades da pessoa idosa e de sua família⁽²⁾. Cuidar é perceber o outro, como ser único, que possui virtudes, família, história e escolhas. Qualquer coisa que não considere isso, não é cuidar, muito menos cuidado humanizado. No ambiente hospitalar ocorre uma despersonalização da pessoa idosa a partir do momento que o direito a tomada de decisão é dado a outros.

Alterações das funções intelectuais afetam a autonomia da pessoa idosa. O grande desafio para os profissionais de saúde é cuidar do idoso nessas condições, respeitando e reconstruindo o seu poder de decisão que agora não está mais em suas mãos. A preservação da individualidade no ambiente hospitalar deve ser ferramenta primordial de quem cuida, principalmente para aquele que está comprometido e não consegue mais fazer suas próprias escolhas, dentro deste cenário é preciso preservar e garantir a dignidade humana. O envolvimento com os familiares, nesse momento, é indispensável, reconhecendo quem seria a pessoa mais próxima do idoso, aquela que o conhece melhor, que seria capaz de indicar suas escolhas e vontades.

Diretivas antecipadas de vontade, idosos e COVID-19

As Diretivas Antecipadas de Vontade constituem um guarda-chuva de documentos, feitos por pessoas capazes, sem diagnóstico prévio, que expressarão sua vontade para quando e se esse um diagnóstico de doença sem possibilidade terapêutica de cura ocorrer. Trata-se de um exercício de futurologia que pode nunca ocorrer. Um dos documentos que faz parte das Diretivas é o Testamento Vital. As diretivas retratam as vontades prévias da pessoa no que diz respeito aos cuidados de saúde, ou seja, o que é desejado ou não em relação ao seu tratamento em uma situação em que não poderá, por motivo de doença, responder espontaneamente qual seria sua vontade.

As diretivas antecipadas de vontade aumentam o empoderamento e reforçam o direito a autonomia, permitindo a recusa de um tratamento indesejado, o respeito das vontades, valores e princípios da pessoa quando ele não pode mais se expressar livremente e tomar decisões. Qualquer intervenção requer um consentimento livre esclarecido, na qual o profissional de saúde tem o dever de informar de forma clara e acessível todas as informações inerentes ao procedimento e tratamento para que o paciente tenha ferramentas para decidir com consciência.

Para Beuchamps e Childress (2002) o consentimento informado deve conter cinco elementos estruturais: competência, comunicação, compreensão, voluntariedade e consentimento. O documento exige que o leitor compreenda as informações que estão descritas e que a partir delas haja voluntariedade, decisão e autorização do plano escolhido. Dessa forma o consentimento livre esclarecido cumprirá o seu papel. Assim o testamento vital se trata de um consentimento prospectivo, ou seja, as decisões tomadas dizem respeito ao futuro⁽²⁾.

É importante compreender que as Diretivas antecipadas de vontade (DAV) e o Testamento Vital estão interligados. Em síntese tratam de registrar o desejo da pessoa em relação a própria vida quando essa não pudesse mais expressar isso. Estamos vivenciando uma pandemia cujo Coronavírus traz risco à vida e isso pode ocorrer de forma muito rápida onde as pessoas podem não ter tempo de expressar sua vontade⁽⁶⁾.

Nesse momento gostaríamos de ressaltar que algumas pessoas, idosas ou não, podem ter feito suas DAV anteriormente ao COVID-19. Essa decisão valeria nesse momento? O indivíduo pode mudar de idéia?

Por isso é importante ressaltar que o profissional de saúde pode necessitar fazer escolhas pela incapacidade de assistir totalmente a demanda apresentada. Se chegarmos a essa situação caótica, as pessoas idosas serão preteridas em relação aos mais jovens mesmo manifestando seu desejo de continuar a viver, isso pode ter consequências éticas e morais vindouras nas famílias e profissionais de saúde, e por isso, merecem reflexão profunda. ⁽⁶⁾

O Testamento vital é um documento que pode ser feito por qualquer pessoa ≥ 18 anos onde será descrito a maneira com ela quer ou não quer ser cuidada quando tiver uma doença irreversível, grave e incurável. O Coronavírus não é uma doença crônica, terminal, sem tratamento. Trata-se de uma doença aguda, potencialmente reversível, com amplo tratamento e medidas de conforto sendo possível ser revertida. Assim, a covid-19 não é um cenário de aplicação do testamento vital pois não é uma doença que pode ser enquadrada na situação de terminalidade, irreversibilidade e incurabilidade ⁽⁶⁾.

Por isso, caso a pessoa idosa já fez um testamento vital, ele não se aplica ao covid-19, caso ela venha a se contaminar. Pois, o Testamento vital foi feito anteriormente à pandemia e, possivelmente por outros motivos. Ela deve receber todos os aparatos e suportes de tratamento possíveis para auxiliá-lo e reverter a doença. A manifestação de vontade expressa anteriormente só é válida para uma situação de final de vida que não é, necessariamente, a situação apresentada pelo covid-19. Mesmo que a situação seja muito grave e irreversível, o que deve valer, é o que a pessoa expressar, como vontade, naquele momento pois o testamento vital pode ser mudado a qualquer momento. Se ele existir, ele pode ser modificado nesse momento, para essa situação que se caracteriza como aguda. ⁽⁶⁾

É importante ressaltar também que atualmente, toda pessoa com idade ≥ 18 anos tem o direito de recusar terapêuticas. Assim, pode ocorrer que algumas pessoas, idosas ou não, optem por não utilizarem um respirador, quando esses não estiverem disponíveis para todos, como gestos altruístas, mas essa não é a regra, de forma alguma. Esse não é um pedido que possa ser feito à ninguém, em hipótese alguma, mesmo havendo um número insuficiente de equipamentos para atender a todos os que deles necessitam. Da mesma forma, não é possível partir do pressuposto, que uma determinada pessoa, por ter determinada idade, terá menos direito de uso do equipamento ou menos chance de recuperação por ter idade mais avançada. Esse pensamento é absolutamente discriminatório e inconstitucional. Critérios de escolha com base na idade cronológica são refutados em qualquer lugar do mundo. ⁽⁶⁾

Infelizmente, frente ao cenário caótico que vivenciamos, critérios de escolha poderão ocorrer. Estamos em uma situação nova, com menos recursos do que necessitamos, mas, mesmo assim, de forma alguma, a idade pode ser o critério a ser considerado, nem mesmo para desempate quando outros critérios forem utilizados. Os protocolos utilizados devem ser absolutamente técnicos. Em caso de empate, se necessário for, a opção pode ser a randomização, que, em não havendo outra forma, talvez seja mais justa do que optar simplesmente pelo critério etário. O correto, no entanto, é não faltar recursos para ninguém e essa é uma responsabilidade do estado. ⁽⁶⁾

No exterior, uma forma de lidar com essa situação tem sido solicitar às pessoas que manifestem sua vontade de forma a tirar essa carga dos profissionais de saúde e das instituições. Em nosso meio isso não ocorre. Há notícias de um maior abandono terapêutico com as pessoas idosas e um encaminhamento dessas para cuidados paliativos por falta de recursos tentando justificar o injustificável ⁽⁶⁾.

Esse cenário caótico não deve, em nenhum momento, ser naturalizado pois estaríamos reforçando preconceito contra as pessoas idosas ainda muito arraigado à nossa sociedade. É necessário raciocinar sobre os preconceitos e tirar a naturalização que tendemos a fazer sobre eles. ⁽⁶⁾

Se renunciarmos à proteção da pessoa idosa nesse momento, estaremos renunciando à proteção dos que hoje são mais jovens no futuro e, em última instância, do próprio futuro. Pois, uma sociedade que não valoriza seu passado, não constrói o seu futuro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado vai além de cumprir rotinas, prescrições e tarefas. Cuidar é compreender que cada um tem sua individualidade, seu estilo de vida, suas crenças, valores e cada pessoa envelhece de uma forma, portando não se pode generalizar a assistência do cuidado ao idoso e, muito menos, negar essa assistência por um critério etário.

É preciso preservar e reforçar as potencialidades do idoso, para isso é preciso identificar precocemente quais as suas disfunções físicas e sociais, para que assim seja possível implementar estratégias de saúde que minimizem os impactos da hospitalização.

O critério etário não pode ser utilizado para definir o tratamento que a pessoa idosa irá ou não receber em relação ao covid-19. O Sistema de Saúde em colapso deve ser uma prioridade do Estado e as pessoas idosas não podem, em nenhum momento, serem penalizadas por uma gestão ineficiente.

O enfermeiro em sua prática profissional encontra cotidianamente questões éticas ao lidar com o idoso e sua família, respeitar suas crenças, seus valores e sua autonomia e preservar sua dignidade tornam-se um dever não só para os profissionais de saúde, mas para todo cidadão.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Aghich, GJ. Dependência e autonomia na velhice. Um modelo ético para o cuidado de longo prazo. São Paulo: Loyola., 2008; 5:237-304.
2. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomedical*. Edição 1. São Paulo: Loyola; 2002; 3:137-07.
3. BRASIL. Presidência da República. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Lei nº10.741, de 1 de outubro de 2003.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, 19 de outubro de 2006. Diário Oficial da União. 2006.
5. Cunha JXP, Oliveira JB, Nery VAS, Sena ELS, Boery RNSO, Yarid SD. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. *Saúde debate*. 2012; 36(95): 657-64.
6. Dadalto, L. Eu decido meu destino: Testamento vital. Disponível em: <https://youtu.be/q5KmdowGIak>. 2020.
7. Moreira, JO. Mudanças na percepção sobre o processo de envelhecimento: reflexões preliminares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2012; 28: 451-456.

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c05>

OFICINA DE MEMÓRIA PARA IDOSOS VIA APLICATIVO DE MENSAGEM INSTANTÂNEA: ESTRATÉGIA DE MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES

Vitória Meireles Felipe de Souza^I

ORCID: 0000-0002-1129-6324

Marcela Leles dos Santos^I

ORCID: 0000-0003-1860-0330

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt^{II}

ORCID: 0000-0002-7140-3427

Rosimere Ferreira Santana^I

ORCID: 0000-0002-4593-3715

^I Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

Autor Correspondente:

Vitória Meireles Felipe de Souza

E-mail: vifelipe@id.uff.br



Como citar:

Souza VMF, Santos ML, Hammerschmidt KSA, Santana RF. Oficina de memória para idosos via aplicativo de mensagem instantânea: estratégia de manutenção das atividades. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 30-35. (Série Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c05>

INTRODUÇÃO

O novo coronavírus designado como *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (Sars-Cov-2)*, ocasiona a doença denominada como *Corona Virus Disease-19 (COVID-19)*⁽¹⁾. Essa doença apresenta quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) 80% dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos e aproximadamente 5% podem necessitar de suporte para o tratamento de insuficiência respiratória, sobretudo, o suporte ventilatório⁽²⁾.

No ano de 2020, mundialmente, há 1,1 bilhão de idosos, com projeção de 3,1 bilhões para 2100, o que converge com o cenário brasileiro, que possui 29,9 milhões em 2020, com previsão de 72,4 milhões em 2100. Os dados relacionados ao COVID-19, apontam maior taxa de mortalidade entre as pessoas com 80 anos ou mais (14,8%), comparado a 8,0% entre os idosos de 70 a 79 anos e 8,8% entre aqueles de 60 a 69 anos (taxa 3,82 vezes maior que a média geral); gerando apreensões com os idosos, considerados grupo de risco devido à alta letalidade nessa população⁽¹⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde declarou em 03 de fevereiro de 2020, a emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e em seguida, sancionou a lei nº 13.979 de 6/2/2020, que dispõe acerca das medidas para enfrentamento da emergência, de importância de caráter nacional e internacional, decorrente da COVID-19. No mês seguinte, o Brasil declarou a situação de transmissão comunitária no território nacional através da Portaria nº 454 de 20/3/2020 e, a partir disso, as medidas de quarentena, isolamento e distanciamento social se tornaram mais consistentes⁽³⁾.

Nesse cenário, foi essencial a implementação do distanciamento social como medida para evitar a propagação da COVID-19⁽¹⁾. Contudo, esse cenário impactou na rotina principalmente dos idosos, que necessitaram restringir



o contato com outros indivíduos e, por consequência, não conseguiam realizar as atividades que anteriormente executadas. Tal contexto é preocupante, uma vez que, é favorável ao desenvolvimento de estresse, ansiedade e depressão.

O processo de envelhecimento caracteriza-se pela redução das atividades funcionais e cognitivas, sendo acontecimento dinâmico, progressivo e irreversível, relacionado a fatores biológicos, psíquicos e sociais⁽⁴⁾. Dessa forma, é necessário a execução de atividades capazes de contribuir para a saúde física e psicológica, sobretudo, vinculado a estimulação cognitiva e motora, já que, aponta-se a predominância de queixas relacionadas a perda de memória pelos idosos.

Consideram-se os programas de Centro-dia e Centro de Convivência como espaços que permitem a socialização, melhora da autoestima dos idosos através de realização de atividades multidisciplinares, contribuindo para a autonomia e independência. Além disso, caracterizam-se como rede de apoio e alternativa de cuidado além da biomedicina curativa⁽⁵⁾, sendo locais de prevenção e promoção a saúde. Todavia, devido a pandemia a maioria das atividades foram suspensas, devido a recomendação de distanciamento social para os idosos.

Dessa forma, é relevante que os profissionais da área de saúde contornem as barreiras impostas pelo isolamento e distanciamento social, imposto pela pandemia da COVID- 19, a fim de contribuir para o envelhecimento ativo e saudável, utilizando as ferramentas tecnológicas que possibilitam a interação mesmo com a distância física dos indivíduos.

OBJETIVO

Relatar a experiência sobre a utilização de estratégia tecnológica para manutenção das atividades de estimulação cognitiva no contexto da pandemia.

MÉTODOS

Trata-se de relato de experiência sobre a realização das oficinas de memória através de um aplicativo de mensagens instantâneas como forma de manter as atividades para estímulo cognitivo durante o distanciamento ou isolamento social.

O programa de extensão Espaço Avançado da Universidade Federal Fluminense (UFFESPA), é efetuado em Niterói-RJ, os discentes junto com os docentes do curso de enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC/UFF), que elaboram oficinas de estimulação cognitiva a idosos que não possuem demência, a fim de preservar e / ou melhorar a memória dos idosos participantes, dessa forma, se tornou essencial elaborar alternativas para a continuação dessa ação.

As atividades estão acontecendo desde maio de 2020, através do aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz e vídeo para smartphones, denominado *WhatsApp*, para isso é necessário a instalação no celular, contudo, também pode ser acessado pelo computador. Destaca-se a criação do grupo no *WhatsApp* designado como “Oficina de memória”, criado exclusivamente para as atividades vinculadas a estimulação da memória, cujo *link* para ser inserido foi disponibilizado para todos os idosos do UFFESPA, através principalmente de um grupo pré-existente do UFFESPA chamado “UFFESPA - somente avisos” onde estão inseridos os idosos. Dessa forma, o público alvo são 50 idosos inscritos no UFFESPA que tiveram interesse em participar. A divulgação foi realizada de forma simples, didática e de fácil acesso.

As atividades foram enviadas duas vezes na semana para o grupo, sobretudo, as terças-feiras e quintas-feiras em formato de imagem junto com a explicação às 8h, o gabarito é encaminhado às 14h, e as 15h o grupo permanece novamente aberto para a discussão com os facilitadores.

RESULTADOS

O propósito da permanência das atividades da oficina de estimulação cognitiva via *WhatsApp* durante a pandemia, é manter o idoso ativo mesmo em distanciamento social a fim reduzir a incidência de estresse, ansiedade e depressão, bem como, contribuir para a preservação e/ ou melhora da memória. Dessa forma, é capaz de ocasionar benefícios para o envelhecimento saudável.

Nesse cenário, as executoras das atividades denominadas facilitadoras, selecionaram a plataforma *WhatsApp* para atingir o objetivo da oficina de memória, uma vez que, apresenta ferramentas que possibilita atender as peculiaridades dessa população, com recursos de ligação, áudio, câmera, vídeo e escrita. Portanto, criou-se o grupo “Oficina de Memória” que reuniu todos os idosos interessados em participar das dinâmicas. Considera-se que os 50 participantes já possuíam o *WhatsApp*, tal situação facilitou o acesso, no entanto, durante as atividades expuseram algumas dificuldades relacionadas a ferramentas da plataforma.

Verificou-se a necessidade do planejamento e organização antes de iniciar de fato as atividades, com atendimento para sanar dúvidas sobre o aplicativo, visando que as ações fossem realizadas eficientemente pela pessoa idosa, através da mensagem de texto e áudio, mediante passo-a-passo explicativo. Além disso, utilizou-se um formulário através do *Google Forms* a fim de identificar os dias da semana em que a maioria apresentava disponibilidade temporal, para assim, alcançar o maior número possível de idosos.

A partir disso, as informações sobre as atividades foram divulgadas aos idosos, no grupo “Oficina de Memória”. As dinâmicas acontecem as terças-feiras e quintas-feiras, a facilitadora enviava as atividades no grupo às 8 horas, às 14 horas era enviado o gabarito e às 15 horas o grupo era aberto para a discussão. Destaca-se que de 8 horas às 14 horas, apenas os administradores do grupo podiam enviar mensagens para facilitar a visualização e impedir conflitos vinculados ao envio de respostas pelos idosos antes do horário estipulado.

Salienta-se que a cada dia de oficina, eram propostas duas tarefas, sendo encaminhadas geralmente em formato de imagem junto com a descrição por mensagem ou áudio, para simplificar o acesso. Some-se a isso, a disponibilidade das facilitadoras para a retirada de dúvidas que surgissem através de mensagens no particular e ligações. Era proporcionado 6 horas para a execução das atividades pois os idosos podem apresentar compromissos, logo, havia flexibilização de horário para aumentar a adesão.

Na sequência apresenta-se figura 1 e 2 com *print scrin* das telas de mensagem, para, exemplificar as atividades realizadas.

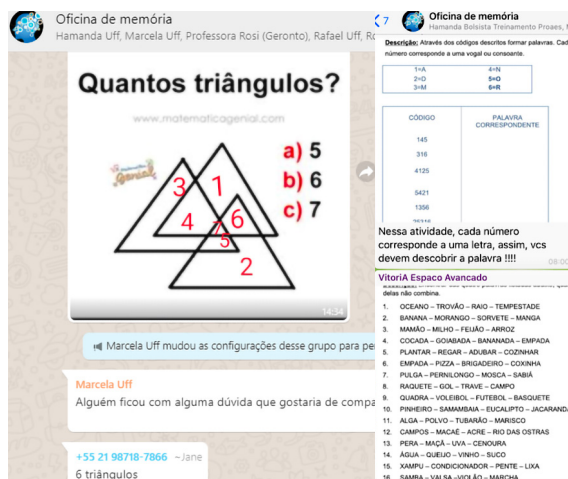


Figura 1 e 2 – *Print scrin* das telas de mensagens com atividades realizadas para estímulo cognitivo.

A adaptação das atividades para serem efetuadas a distância, exigiu que os idosos fossem orientados a adquirir um caderno e lápis ou caneta, a fim de anotarem as respostas para serem conferidas posteriormente pois são encaminhadas atividades de estímulo a escrita, fala ou movimento. Importante destacar a orientação que às 14 horas cada idoso deveria conferir as suas respostas aos exercícios desenvolvidas com o gabarito. Pontua-se ainda a comunicação coletiva entre os idosos e facilitadoras a partir das 15 horas, possibilita uma avaliação do desempenho, de modo a sanar dúvidas e apresentar opiniões através de imagens, áudios ou mensagens.

Diversas atividades foram desenvolvidas, no Quadro 1 descreve-se as ações de estímulo cognitivo (Quadro 1):

Quadro 1 – Caracterização das atividades realizadas na oficina de memória online via *WhatsApp* em relação ao objetivo cognitivo.

Atividade	Objetivo cognitivo
Identificar as palavras e países repetidos	Memória de curto prazo, memória sensorial e memória de trabalho
Ler as cores visualizadas e não as palavras	Memória semântica e memória sensorial
Reproduzir os gestos	Memória sensorial
Identificar as personalidades a partir das caricaturas	Memória de longo prazo, memória associativa
Identificar as figuras e elaboração de uma frase envolvendo todas as figuras	Memória de curto prazo, memória de longo prazo e memória associativa
Memorizar a sequência por 30 segundos, para posteriormente repeti-la de olhos fechados	Memória de curto prazo
Complementar os provérbios	Memória de longo prazo
Identificar as 13 charadas	Memória de longo prazo e memória de curto prazo
Escrever o nome de 20 animais, 20 pessoas e 20 coisas que podem ser encontradas numa sala de jantar	Memória de longo prazo e memória de trabalho
Resolver os cálculos aritméticos	Memória de curto prazo e memória de trabalho
Identificar as marcas de produtos utilizados no cotidiano/ Citar nome de 5 comércios perto de casa/ Citar 3 ruas próximas da residência	Memória de trabalho e memória de longo prazo
Escrever uma frase que contenha todas as palavras citadas	Memória semântica e memória de trabalho
Identificar quantos 9 existem de 0 até a 100?	Memória de trabalho
Desembaralhar as palavras, identificando os nomes de cidades e países	Memória semântica e memória de longo prazo
Decifrar o texto trocando os números por vogais	Memória de curto prazo e memória semântica
Desembaralhar as palavras que apresentam nomes próprios	Memória semântica, e memória de longo prazo
Citar quantos animais você pode encontrar nessa imagem?	Memória sensorial e memória de longo prazo
Encontrar os 6 erros	Memória sensorial e memória associativa
Contar os triângulos ocultos nessa imagem	Memória sensorial
Completar as palavras com as letras indicadas	Memória de longo prazo, memória de imediata e memória semântica
Identificar o desafio do enigma com dias da semana	Memória de trabalho e memória de curto prazo
Citar o que tem na cozinha sem a letra A?	Memória de longo prazo e memória de trabalho

Experenciou-se com essas atividades adesão dos idosos no cumprimento das dinâmicas, mediante realização frequentemente, ou na impossibilidade com justificativa e garantia de efetuação quando possível. Observou-se, que as dinâmicas elaboradas para realização das oficinas de memória via aplicativo de mensagem instantâneo, possibilitou a prática das atividades em outros dias e horários. Desse modo, os horários estipulados auxiliam na organização e planejamento dos idosos, assim, não se caracterizaram como limitantes.

Com essa iniciativa realizada, oficina de memória *online*, houve o surgimento das ações de outras áreas de conhecimento do UFFESPA, através de grupo do aplicativo *WhatsApp*, principalmente oficinas de psicologia e teatro. Com estas experiências, o cenário de distanciamento social derivado da pandemia, permitiu aproximação dos idosos com a tecnologia e a interação social, além do desenvolvimento de atividades de lazer.

Pode-se verificar maior domínio dos recursos tecnológicos envolvidos nas atividades, pois no decorrer das ações propostas, os idosos apresentaram menos dúvidas e aumento progressivo do domínio durante o manuseio. Por consequência, estimulou a curiosidade acerca da utilização de outros recursos tecnológicos desse mesmo aplicativo que facilitam o cotidiano, como compartilhar imagens, ligações de vídeo, abrir arquivos, procurar arquivos. Dessa forma, demonstrou-se que o uso da tecnologia digital como alternativa para a manutenção das ações, que anteriormente ao distanciamento e isolamento social eram desenvolvidas de forma presencial, foram importantes para contribuir com a saúde do idoso.

A limitação do desenvolvimento cognitivo e motor do idoso pode ser prejudicial à saúde física e mental do idoso, influenciando também o sentido de sujeito, isto é, de personalidade diante a comunidade⁶. Deste modo, atividades para estimulação da memória podem minimizar o declínio funcional durante a pandemia.

A manutenção da cognição do idoso, neste momento pandêmico, é fundamental para a prevenção do comprometimento cognitivo e a minimização da instalação do quadro demencial, da dependência e da incapacidade para o autocuidado, promovendo melhoria na qualidade de vida e possibilitando o envelhecimento ativo⁷. Além disso, o estímulo da memória do idoso pode promover seu bem-estar psicológico, no que se refere à capacidade de apresentar visão positiva sobre si, sobre os outros e sobre a vida⁸.

É oportuno reforçar que as atividades de estímulo cognitivo desenvolvidas reforçam ações de lazer, que acarreta em benefícios para a saúde física e mental, além de oportunizar momentos prazerosos e de interação, estimularem o relacionamento interpessoal, a afetividade e a distração. O lazer possibilita o empoderamento do idoso, contribuindo com o equilíbrio biopsicossocial⁹.

Limitações

Como limitação, destaca-se a dificuldade de envolver idosos com diversas condições: saudáveis, com queixa subjetiva de humor, com baixa escolaridade, uma vez que, diferentes atividades para distintos grupos pode garantir eficiência¹⁰. No entanto, se buscou ao máximo a utilização de atividades que abrangesse a heterogenidade do grupo, que presencialmente eram distintos. Além disso, não são todos os idosos que dispõem de *smartphone* ou computador para a realização da oficina de memória, ou até mesmo, tem aplicativo *WhatsApp*. E para isso, novas estratégias tecnológicas devem ser desenvolvidas.

Contribuições para enfermagem

As contribuições deste relato de experiência para a área da enfermagem, advêm da demonstração de estratégias aplicadas para o desenvolvimento de oficinas de memória, que contribuem para estímulo cognitivo do idoso, lazer e qualidade de vida, especialmente expandidas para o contexto da pandemia COVID-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oficina de memória desenvolvida via aplicativo de mensagem instantânea *WhatsApp* proporciona estímulo cognitivo, numa abordagem dos cuidados integrais, sobrepondo-se ao modelo biomédico. Estimula a comunicação durante o distanciamento e isolamento social imposto pela pandemia da COVID-19. Dessa forma, as experiências desenvolvidas foram capazes de beneficiar o idoso, no aspecto cognitivo, redução do estresse e ansiedade. Além disso, o manuseio de recursos tecnológicos também demonstra-se relevante para melhoria da memória e autoestima do idoso, com a crescente aproximação dos idosos com a tecnologia, como alternativa para permanecer ativo e incluído socialmente em atividades anteriores a pandemia, reduzindo o impacto na alteração de sua rotina social e diária.

Atividades de estímulo da memória são importantes estratégias cognitivas para os idosos durante o distanciamento e isolamento social gerado pela pandemia da COVID-19 possibilitando lazer, distração, interação, autonomia e empoderamento. Desse modo desenvolver estratégias inovadoras de cuidado, com tecnologias apropriadas as necessidades são essenciais para o envelhecimento ativo e saudável.

REFERÊNCIAS

1. Hammerschmidt KS de A, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. *Cogitare enferm* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 8]; 25(1): 1-10. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1095404/72849-288133-1-pb.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). Coronavírus – covid 19: o que você precisa saber. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 8]. Available from: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>
3. Lima KC, Nunes VMA, Rocha NSPD, Rocha PM, Andrade I, Uchoa SAC et al. A pessoa idosa domiciliada sob distanciamento social: possibilidades de enfrentamento à covid-19. *Rev bras geriatra gerontol.* 2020; 23(2)1-3. doi: 10.1590/1981-22562020023.200092
4. Fechine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com os idosos ao passar dos anos. *Revista Científica Internacional* [Internet]. 2012 [cited 2020 Mar 5]; 20(1): 106-132. Available from: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194>
5. Limoeiro BC. “Uma sociedade para todas as idades” Centro Dia e Centro de Convivência para idosos em Campo Grande (Rio de Janeiro) [dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014 [cited 2020 Mar 20]. Available from: <http://objdig.ufrj.br/34/teses/815343.pdf>
6. Mariano PP, Carreira L, Lucena ACRM, Salci MA. Desenvolvimento de atividades de estímulo cognitivo e motor: perspectiva de idosos institucionalizados. *Esc. Anna Nery.* 2020; 24(3): e20190265. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2019-0265
7. Bento-Torres NVO, Macedo LDD, Soares FC, Oliveira TCG, Diniz CWP. Multisensory and cognitive stimulation in institutionalized and non-institutionalized elderly people: an exploratory study. *Rev Pan-Amaz Saude.* 2016;7(4):53-60. doi: 10.5123/S2176-62232016000400007
8. Oliveira ASA, Silva VCL, Confort MF. Benefícios da estimulação cognitiva aplicada ao envelhecimento. *Rev. Episteme Transversalis* [Dissertação] [Internet]. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga 2017 [cited 2020 may 15]; 8(2):16-31. Available from: <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/682/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O.pdf>
9. Previato GF, Nogueira IS, Mincoff RCL, Jaques AE, Carreira L, Baldissera VDA. Grupo de convivência para idosos na atenção primária à saúde: contribuições para o envelhecimento ativo. *Rev Fun Care* [Internet] 2019; [cited 2019 may 15]; 11(1):173-80. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6869/pdf_1
10. Santana RF, Rosa TB, Aquino RG, Alexandrino AS, Santos JLA. Maintenance functional capacity in cognitive stimulation subgroups. *Investir. Educ. Enferm.* 2016; 34(3):492-501. doi: 10.17533/udea.iee.v34n3a08

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c06>

CENTRO DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS EM TEMPOS DE PANDEMIA: ESTRATÉGIAS DE ACOMPANHAMENTO A DISTÂNCIA

Beatriz Lopes Rezende Nunes¹

ORCID: 0000-003-3304-378X

Anna Beatriz Rodrigues Santos Ferreira¹

ORCID: 0000-0001-7942-572X

Carla Silva de Andrade¹

ORCID: 0000-0001-8562-7766

Letícia Oppenheimer Cury¹

ORCID: 0000-0003-4708-1584

Graziele Ribeiro Bitencourt^{II}

ORCID: 0000-0002-9130-9307

Priscilla Alfradique de Souza¹

ORCID: 0000-0002-4625-7552

¹ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{II} Universidade Federal Rio de Janeiro. Macaé, Rio de Janeiro, Brasil.

Autor Correspondente:

Beatriz Lopes Rezende Nunes
E-mail: beatrizlrn1@edu.unirio.br



Como citar:

Nunes BLR, Ferreira ABR, Andrade CS, Cury LO, Bitencourt GR, Souza PA. Centro de convivência para idosos em tempos de pandemia: estratégias de acompanhamento a distância. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 36-41. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c06>

INTRODUÇÃO

O novo coronavírus, denominado COVID-19, teve seu surgimento em Wuhan, China, em 31 de dezembro de 2019. Com os níveis de contaminação se elevando incessantemente, além do número de óbitos, e estendendo-se para outros continentes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou no dia 30 de janeiro de 2020, que esse evento constituía uma Emergência de Saúde Pública e Importância Internacional¹. Além disso, em consequência do alarmante crescimento do número de casos e óbitos no Irã e Itália, em 24 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde (MS) alterou a definição de caso suspeito, passando a incluir pacientes que estiveram em mais 8 países, totalizando 16 países².

O cenário nacional atual aponta 29,9 milhões de idosos, tendo uma estimativa para o ano de 2100 de 72,4 milhões de pessoas nesse grupo etário. No mundo, esse panorama converge como o do Brasil, com 1,1 bilhão de idosos em 2020, e estimativa de 3,1 bilhões em 2100¹. Com o envelhecimento populacional em evidência, é notória que essa parte significativa da população necessita de maiores cuidados para manter a qualidade desse processo natural da vida. Tal necessidade também se estende para o cenário da pandemia da COVID-19, visto que muitos idosos possuem doenças crônicas e a imunossenescência os deixa vulneráveis às doenças infectocontagiosas³.

Não é por acaso que a população idosa está no centro da discussão dessa pandemia. No Brasil, a primeira vítima fatal foi um homem de 62 anos, que possuía hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*. Tais doenças crônicas são associadas ao envelhecimento e também atribuídas como parte do grupo de risco para COVID-19. Nesse sentido, as evidências até o momento ratificam que a vulnerabilidade aumenta conforme a idade, apontando maior taxa de mortalidade entre idosos com 80 anos ou mais. Dentre esses, 14,8% dos infectados chegaram a óbito; enquanto entre os idosos de 60 a 79 anos tem-se uma taxa de 8,0% a 8,8%¹.



Perante tais condições, foram propostas diversas maneiras de inibir a transmissão, sendo as principais, o distanciamento e o isolamento social, que desaceleram a propagação da doença, e proposição de redução do pico de ocorrência. Esta medida tem impactado diretamente o dia a dia de toda a população, tanto no quesito de rotinas modificadas, como em relação à saúde mental que também é afetada⁴.

Os idosos, que representam 13% da população brasileira, sofrem diretamente esse impacto, pois ao se depararem com o bloqueio das atividades e a avalanche de notícias que os colocam como o centro da atenção, e acabam por maiores chances de desenvolverem de medo e angústia⁵. Há também uma diversidade e pluralidade do envelhecimento humano, como idosos que residem sozinhos e se sentem abandonados, principalmente aqueles que não possuem contato com familiares, ou que assumem papéis de cuidadores de crianças e adolescentes. Há ainda idosos dependentes, que podem causar sobrecarga e aumento do estresse do cuidador³.

Desse modo, ações focadas na promoção da qualidade do envelhecimento populacional necessitam de visibilidade e viabilidade. Além disso, também se faz relevante a valorização da pessoa idosa, estimulando autonomia e independência. Nesse sentido, os centros de convivência para a pessoa idosa tem como enfoque atenção as questões relacionadas a promoção do envelhecimento saudável e atuam com funcionamento diário para desenvolvimento de diversas atividades, como roda de conversas com temas relevantes da atualidade, terapias, atividades físicas, oficinas de estímulo à memória e cognição, dança, dentre outras, proporcionando bem-estar físico, psíquico e emocional, através do acompanhamento pela equipe multiprofissional⁶.

Diante desse cenário, os profissionais da saúde também tiveram que se reorganizar e reinventar a forma do atendimento realizado. Desse modo, devido às limitações causadas pela pandemia, tem-se proposto diferentes estratégias de convivência à distância. Essas estratégias objetivam que as tecnologias consigam estabelecer um elo com as antigas atividades rotineiras e estimulem o amparo das novas emoções e sentimentos que a pandemia trouxe à realidade atual dos idosos⁶.

Como novas medidas de manutenção à saúde e atenção a pessoa idosa, o acompanhamento à distância que possibilita a comunicação e a interação através de ligações, os *e-mails* e aplicativos para *smartphones*, que realizam trocas de mensagens de texto instantaneamente, além de vídeos, fotos e mensagens de áudio. Nesse sentido, os profissionais de saúde têm recebido autorização dos conselhos para acompanhamento remoto durante a pandemia. Assim, os enfermeiros também tiveram sua atuação ampliada. Conforme a resolução do COFEN N° 634/2020, a teleconsulta de enfermagem permite o uso desses meios tecnológicos para combater a pandemia COVID-19. Tal recurso, além de manter o acompanhamento desse idoso, possibilita ações que visam orientar, esclarecer e encaminhar em caso de necessidade, mantendo o vínculo entre o profissional e o cliente⁷.

Perante tal necessidade e extrema importância do distanciamento social *versus* manutenção da saúde multidimensional do idoso, surge o impulso inspirador da criação de novas estratégias de convivência à distância. Como consequência, a necessidade de reflexão sobre o assunto, a fim de compreensão das possibilidades e desafios dessa nova realidade, que diz respeito a atenção ao idoso, seu contexto familiar e cultural.

OBJETIVO

Descrever a experiência vivenciada na utilização de estratégias de acompanhamento a distância em um centro de convivência para idosos em tempos de pandemia COVID-19.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência do desenvolvimento de atividades à distância em um centro de convivência - Programa Interdisciplinar de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida do Idoso – Grupo Renascer – pertencente ao Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). O Grupo Renascer possui 235 idosos cadastrados. Destes, 150 participaram de atividades à

distância pela equipe multidisciplinar: educação física, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, medicina e terapia ocupacional. As atividades desenvolvidas pelo Renascer são programadas e distribuídas ao longo da semana, para que assim os idosos tenham escolha e agendamento das dinâmicas que participarão.

As atividades à distância iniciaram em março de 2020, logo após a determinação das medidas de distanciamento social do MS, com o planejamento das ações e distribuição de tarefas. O segundo momento iniciou-se com os telefonemas para os idosos e envio de materiais, apostilas e cartilhas com atividades, dentre essas: “Apostila de exercício Cognitivo” e “Programa de Exercícios para idosos, durante o tempo de isolamento” e teleoficinas. Além disso, também foi compartilhado o vídeo “Cuidados da Quarentena” desenvolvido pela liga acadêmica de gerontologia da UNIRIO.

Também tem sido desenvolvida a teleconsulta de enfermagem, no qual foram atendidos até o momento, 111 idosos ao longo das semanas decorridas, através de ligações e contatos por aplicativo de mensagem instantânea. Com isso, é realizado o monitoramento dos idosos previamente acompanhados na consulta de enfermagem gerontológica presencial. Conforme necessidade e planejamento da assistência, atua-se conjuntamente com a equipe multidisciplinar. Dentro desta estratégia de teleconsulta, realiza-se o acompanhamento periódico do idoso, para avaliação de suas condições de saúde, cuidados frente a pandemia COVID-19 e promoção do envelhecimento saudável.

RESULTADOS

Com a necessidade de nova organização das atividades na modalidade de acompanhamento a distância, a equipe multiprofissional vem desenvolvendo atividades remotas, mantendo-se os grupos de atividades previamente desenvolvidas ou com o acompanhamento individual, conforme especificidade (Figura 1).

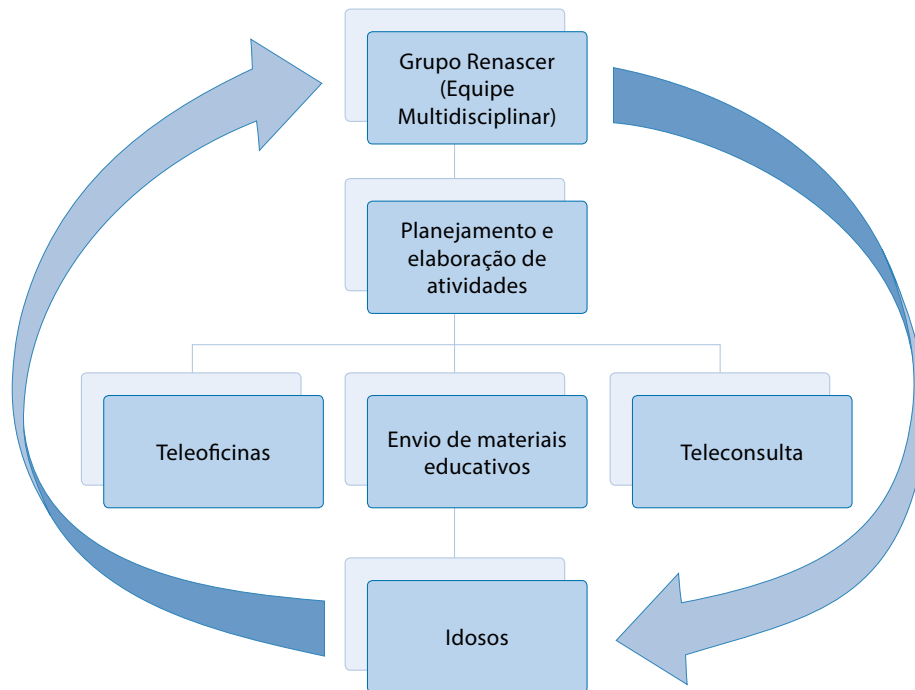


Figura 1 – Dinâmica de acompanhamento dos idosos a distância

Foram desenvolvidos materiais para a população idosa do centro de convivência. Dentre esses, tem-se tarefas individuais, apostilas de estimulação cognitiva, motora e de atividades físicas em domicílio e vídeos com orientações sobre cuidados na pandemia da COVID-19. Associados a estes materiais, foram disponibilizados conteúdos teóricos e dicas de atividades nas redes sociais do projeto de extensão. A “Apostila de Exercícios Cognitivos”, que contém mais de 100 exercícios, foi desenvolvida pela equipe multidisciplinar do Grupo Renascer, em parceria com equipe Portuguesa de gerontologia, tendo como objetivo estimular funções cognitivas associadas a atenção, percepção, estratégia, raciocínio, memória e concentração⁸.

A segunda apostila intitulada “Programa de Exercícios para idosos durante o tempo de isolamento”, possui 10 exercícios de estimulação motora, que podem ser feitos em casa com objetos do cotidiano, facilitando o desenvolvimento de atividades físicas pelo idoso em domicílio. Outro material interessante, desenvolvido pela liga acadêmica de enfermagem em gerontologia da UNIRIO, foi um vídeo com cerca de um minuto de duração, com informações e orientações para idosos e familiares para a prevenção da Covid-19⁹.

As ligações para distribuição dos materiais desenvolvidos para 150 idosos, foram realizadas por bolsistas do projeto de extensão. Elas foram feitas em horário comercial, de segunda a sexta-feira. Nesta ligação, eram confirmadas informações sobre os idosos e realizadas avaliações iniciais: como o idoso estava se sentindo em relação ao contexto mundial da pandemia; se ele possuía algum endereço de e-mail para contato, telefone celular com aplicativo de mensagem de texto instantânea ou alguma rede social ativa. A partir das informações referentes ao meio de comunicação preferencial, os materiais foram enviados.

Toda a equipe multiprofissional readaptou-se ao desenvolvimento de atividades remotas; a equipe de psicólogas tem realizado acompanhamento individual e em grupo. A fisioterapia também tem enviado materiais educativos aos idosos. Já a equipe médica reajustou-se com consultas *online*, além da manutenção do serviço de atendimento presencial para casos específicos.

Tendo em vista a continuidade do cuidado desenvolvido, foram realizadas teleconsultas de enfermagem⁷. A estratégia do telecuidado foi protocolada através de ferramentas disponíveis em formulários eletrônicos, que serviram como base para cada consulta realizada. Além disso, a equipe de enfermagem foi treinada para padronização do atendimento e seus fluxos. Contudo, ressalta-se que nas ligações também foram atendidas as especificidades e necessidades de cada idoso e sua família.

Toda a estratégia de telecuidado foi baseada no processo de enfermagem (PE), através da coleta de dados, nome completo, data de nascimento, idade e informações pertinentes dos idosos; identificação dos diagnósticos de enfermagem; determinação dos resultados esperados; realização de intervenções por meio de orientações de prevenção e promoção da saúde e; avaliação dos cuidados realizados¹⁰. Assim, para desenvolvimento da atenção à saúde por telecomunicação remota, faz-se necessária a manutenção das relações sociais estáveis e de confiança.

A partir de tais estratégias, o telecuidado promove a manutenção do vínculo da pessoa idosa com o centro de convivência, além da reinvenção das formas de socialização. Para que a relação seja mantida até que o retorno presencial se restabeleça, é essencial a manutenção do vínculo que esse idoso possuía outrora. Dessa forma, o telecuidado auxilia o cuidado de enfermagem e ampara o idoso no alcance de melhores resultados de maneira segura¹¹.

A capacidade de se readaptar e propor novas estratégias de cuidar foi extremamente importante nesse contexto de distanciamento social. Além disso, as tecnologias de informação e comunicação se apresentaram como grande aliadas, ao permitir que profissionais de saúde e idosos mantivessem suas atividades e rotinas de cuidado de maneira remota.

A interdisciplinaridade da equipe tem como objetivo a manutenção e promoção da saúde. O conhecimento compartilhado é aplicado para alcançar os melhores resultados para o idoso, mesmo diante dos diferentes cenários inerentes ao envelhecimento¹². Sendo assim, no cenário atual de pandemia, torna-se imprescindível trabalhar com a equipe multiprofissional em busca do olhar integral.

Contudo, observou-se em muitos atendimentos a felicidade dos idosos em receber ligações advindas do centro de convivência no qual estão vinculados. Era perceptível o desejo de retorno às atividades o quanto antes, além da falta de comunicação com outras pessoas diferentes daquelas que fazem parte do seu núcleo familiar. Por conta disso, alguns idosos mantiveram contato semanal com a equipe de enfermagem dos projetos de pesquisa e de extensão.

Além disso, durante as ligações, foi possível orientar o grupo acerca do isolamento social, sanar dúvidas e desconstruir mitos em relação à COVID-19, que muitos traziam consigo. A preocupação dos idosos por serem considerados grupo de risco, com medo de desenvolverem a forma grave da doença, também foi foco de educação em saúde da equipe.

Limitações do relato de experiência

O grupo de idosos que participam do centro de convivência é heterogêneo quanto aos aspectos sociais, econômicos e culturais. Assim sendo, cada participante possui sua especificidade quanto ao acesso às tecnologias que foram utilizadas, principalmente para a distribuição das apostilas e vídeos. Desta forma, parte dos idosos não tiveram acesso ao material, impossibilitando-os de realizar os exercícios.

Considerando-se o momento atual de enfrentamento, o acompanhamento a distância esteve focado em idosos que possuem alguma forma de tecnologia de informação e comunicação, com vista a promoção do cuidado ao idoso que enfrenta o distanciamento social e que por vezes mora sozinho, longe da família. Contudo, esse idoso também possui limitações culturais e/ou financeiras quanto ao uso de telefones celulares e/ou *smartphones*. Além do fato de serem idosos ativos e que se deparam com o isolamento social necessário ao enfrentamento da pandemia.

Contribuições para a Enfermagem

Espera-se com esse estudo contribuir para a prática clínica à medida que se utilizam novas tecnologias para promover o cuidado da pessoa idosa em Centros de Convivência. Assim, torna-se de extrema relevância os movimentos de reinvenção e readaptação dos profissionais de saúde durante a pandemia para manutenção da promoção da saúde do idoso.

Esse estudo ratifica a importância da manutenção do vínculo com o idoso e família durante o distanciamento social. Juntamente a isso, espera-se com este estudo promover a atuação da equipe interdisciplinar no cuidado à pessoa idosa explorando-se as múltiplas realidades relacionadas ao envelhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhamento a distância para idosos de centros de convivência pode ser considerado como uma estratégia dos profissionais da saúde nesse momento de pandemia, em que existe necessidade de readaptação para continuidade do cuidado. Além disso, o acompanhamento remoto nos centros de convivência permite a manutenção da interação com o idoso, reduzindo chances de evasão ao fim do isolamento social.

Ademais, cabe ressaltar o desenvolvimento da teleconsulta de enfermagem, com implementação das etapas do Processo de Enfermagem, essenciais no cotidiano do enfermeiro. Assim como o desenvolvimento de parcerias multidisciplinares com a equipe multiprofissional, o que possibilitou um olhar integral especializado à saúde da pessoa idosa.

Planejar, programar e avaliar atividades contribui para a formação de profissionais com bases consolidadas de cuidado gerontológico. Assim, as estratégias de ações extensionistas para acompanhamento a distância nos centros de convivência durante a pandemia, beneficiam o coletivo: sociedade, acadêmicos e docentes, promovendo a autonomia, independência, e consequente melhoria da qualidade de vida dos idosos.

FOMENTO

Estudo parte do projeto de pesquisa “Sistematização da Assistência de Enfermagem, Teorias e Tecnologias nos Diferentes Grupos Populacionais”, realizado com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

AGRADECIMENTO

Agradecimentos: ao Centro Multidisciplinar de Pesquisa e Extensão sobre o Envelhecimento (CEMPE) - Programa Renascer, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; E ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance, 2020. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/04/BoletimEpidemiologicoSVS-04fev20.pdf>
3. Hammerschmidt KSA, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. Cogitare enferm, 2020; 25: e72846. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.DOI>
4. Brasil. Ministério da Saúde. O que é o Coronavírus? (COVID-19). 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>.
5. Brasil. Ministério da Cidadania. Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa. 2020. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/brasil-amigo-da-pessoa-idosa>.
6. Argenta C, Nunes DN, Hammerschmidt KSA, Niwa LMS, Souza PA, Nelo POC. Enfermagem gerontológica no cuidado ao idoso em tempos da covid-19. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Santana RF, Castro FF, Freitas MC, Azevedo RCS, Alvares AM. Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. Brasília, DF: ABEn/DCEG, 2020. 74 p.
7. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 634, de 26 de março de 2020. Autoriza e normatiza a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html
8. Amaral A, Souza PA, Limeira A, Nascimento L, Castanheira A, Carneiro ML, et al. Apostila de exercícios cognitivos. 2020. Disponível em: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/573021>
9. Liga Acadêmica de Enfermagem em Gerontologia UNIRIO. Cuidados na quarentena: quais cuidados os idosos devem ter durante a pandemia? 2020. Youtube. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7tpL-NXu3z8>
10. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html
11. Machado TMD, Santana RF, Vaqueiro RD, Santos CTB, Souza PA. Telephone follow-up of the elderly after cataract surgery. British Journal of Visual Impairment. 2020;38(2): 184–195. Doi: 10.1177/0264619619874825
12. Gois BI. Interdisciplinaridade na saúde: um instrumento para o sucesso. Revista Brasileira de Ciências em Saúde. 2017;1(1):40-4. Disponível em: <https://periodicos.uesc.br/index.php/rebracisa/article/view/1426>

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c07>

ESTIMULAÇÃO SENSORIO-MOTORA DE PESSOAS IDOSAS EM ISOLAMENTO SOCIAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Meine Siomara Alcântara^I

ORCID: 0000-0003-4977-3189

Rosemary Araújo Monteiro^{II}

ORCID: 0000-0003-3666-0740

Maria Clara Silva de Melo^{II}

ORCID: 0000-0002-8980-8043

Carlos Jordão de Assis Silva^{II}

ORCID: 0000-0002-9575-9030

Rejane Maria Paiva de Menezes^{II}

ORCID: 0000-0002-0600-0621

Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira^{II}

ORCID: 0000-0003-1629-8991

^ISecretaria Municipal de Saúde.
Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

^{II}Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Autor Correspondente:

Luciane Paula Batista Araujo de Oliveira
E-mail: lucianepoliveira@yahoo.com.br



Como citar:

Alcântara MS, Monteiro RA, Melo MCS, Silva CJA, Menezes RMP, Oliveira LPBA. Estimulação sensorio-motora de pessoas idosas em isolamento social durante a pandemia de covid-19. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontologica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 42-46. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2).
<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c07>

INTRODUÇÃO

Em tempos de pandemia da COVID-19, o distanciamento social necessário à prevenção da transmissão da doença, impõe regras sociais que resultam numa situação de isolamento e solidão para as pessoas. Em se tratando de uma pessoa idosa destaca-se, especialmente àquele que vive sozinho, entendendo-se que momentos como esse, reforçam a importância de uma rede de apoio, com vistas a suprir suas necessidades, principalmente de segurança e proteção⁽¹⁾.

Pessoas de diferentes idades estão vivenciando problemas psicológicos durante esta pandemia, incluindo ansiedade, depressão e estresse⁽²⁾, o que torna mais preocupante quando se pensa em pessoas idosas vivendo na comunidade.

Vários são os aspectos levantados pelos profissionais de saúde relacionados aos idosos que são mais isolados, entre estes, ressalta-se a manutenção de sua capacidade funcional, envolvendo a realização das atividades básicas – como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, deambular, controlar esfíncteres e usar o banheiro – e instrumentais de vida diária – como realizar compras, usar o telefone e outras ações mais complexas que envolvem interação social, cognição e memória⁽³⁾.

Quando a capacidade funcional se mantém preservada no envelhecimento, muitos são os benefícios para o estado de saúde do idoso, visto que os estímulos intelectuais, recreativos e sociais convergem para a manutenção das funções cognitivas⁽⁴⁾.

A pandemia da COVID-19 pode ter impacto negativo no comportamento das pessoas com relação às atividades físicas. Ao permanecerem isoladas e com distanciamento social por um longo período de tempo, podem ser afetadas por prováveis riscos de cargas físicas, psíquicas e emocionais.

O sedentarismo forçado pelo isolamento domiciliar pode causar impacto no estilo de vida e muito mais acentuado



nas populações de risco nas quais incluem as pessoas idosas, com obesidade, diabetes, hipertensão, doença cardiovascular, histórico de tabagismo e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

A realização de exercícios físicos visa principalmente a manutenção da capacidade aeróbica e da mobilidade articular. Além disso, melhora a atividade do sistema imunológico e diminuem o risco de queda e de desenvolvimento de sarcopenia, síndrome da fragilidade, osteopenia e distúrbios cognitivos. Para o idoso, o distanciamento social pode contribuir para o desenvolvimento de estresse e sintomas depressivos, e a prática de exercício físico pode atuar como uma terapia eficaz para saúde mental, como também, física e no controle das doenças crônicas⁽⁵⁾.

Entende-se que os profissionais de saúde, ao atenderem idosos em domicílio, se encontram em posição estratégica para promover atividades que estimulem a cognição desses usuários, considerando que o distanciamento social pode implicar em prejuízos a sua capacidade cognitiva e saúde mental. Nesse sentido, o presente relato de experiência foi construído com o propósito de compartilhar uma iniciativa dessa natureza, cujos resultados positivos junto a pessoas idosas poderão contribuir para que outros profissionais que vivem realidades semelhantes possam também replicá-la em seus serviços.

OBJETIVO

Relatar a experiência de ações envolvendo estimulação sensório-motora de pessoas idosas em isolamento social durante a pandemia de COVID-19.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, com abordagem descritiva, que visa descrever ações do projeto Cuca Legal, uma iniciativa de uma enfermeira de uma unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) da cidade de Natal/RN, junto a professores e estudantes do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) Interprofissional, contando com a parceria de enfermeiros do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica (DCEG), da Associação Brasileira de Enfermagem seção Rio Grande do Norte (ABEn RN).

O projeto teve suas atividades iniciadas no início do mês de maio de 2020 e o cenário de sua realização envolve a área adscrita à ESF Ponta Negra, localizada no distrito sanitário sul da cidade de Natal/RN. Trata-se de um bairro heterogêneo do ponto de vista socioeconômico, porém a referida unidade de saúde se localiza em uma região denominada de Vila de Ponta Negra, onde vivem pessoas de condição financeira mais precária, com elevado número de idosos. O público-alvo desse projeto são idosos residentes na comunidade que vivem sozinhos e em distanciamento social.

RESULTADOS

O projeto Cuca Legal foi proposto pensando nas pessoas idosas que costumavam frequentar os grupos de convivência e que, devido à pandemia, estão experimentando as implicações de viver em distanciamento social há mais de dois meses.

Como os idosos vivem cada vez mais sozinhos em muitos países, o distanciamento social associado ao COVID-19 pode afetar negativamente os aspectos físicos, de saúde mental e bem-estar dos idosos, particularmente aqueles com declínio cognitivo ou demência e que são altamente dependentes de cuidados⁽⁶⁾.

O projeto consiste em promover atividades de estimulação sensório-motora e cognitiva que incluem exercícios de raciocínio lógico, cálculo, leitura, escrita e pintura, sendo essa última uma proposta para garantir a inclusão dos idosos com menor escolaridade e que não teriam como realizar as demais.

A equipe envolvida elaborou, até o momento, 170 kits contendo pasta, lápis grafite, borracha, apontador, lápis de cor e uma cartilha com as atividades supracitadas, foram entregues pelos Agentes Comunitários de

Saúde (ACS) no domicílio dos idosos. Os materiais dos kits foram adquiridos através de doações da própria equipe bem como de comerciantes da cidade que continuam com as doações, para que mais idosos possam se beneficiar dessa ação.

Foi essa a forma que, respeitando as regras de distanciamento social, os profissionais encontraram de promover atividades que estimulam as habilidades e fornecem também entretenimento para os idosos, favorecendo a manutenção do vínculos e prevenindo declínio funcional.

Um estudo prospectivo e de coorte realizado na Suécia evidenciou a existência de associação entre aspectos das relações sociais e a incidência de demência em idosos. Observou-se que quanto maior o nível de relacionamento social menor o risco de estresse, sintomas depressivos e demências⁽⁷⁾.

Atualmente já se conhece a relação entre comprometimento cognitivo e incapacidade funcional na pessoa idosa, visto que o surgimento de declínio cognitivo implica no desempenho das atividades instrumentais de vida diária e quando a cognição tem comprometimento mais severo, o idoso passa a ter dificuldade até mesmo para as atividades básicas de vida diária, consideradas mais simples. Nessa perspectiva, é evidente a necessidade da detecção precoce de declínio cognitivo para que o profissional possa atuar na prevenção do declínio da capacidade funcional por meio da estimulação sensorio-motora⁽⁸⁾, principalmente neste tempo de isolamento social.

É importante destacar que na cartilha constam não só atividades que estimulam a cognição como também constam algumas dicas de exercícios físicos, sendo esses expressos através de ilustrações que ensinam sobre os movimentos que o idoso poderá fazer dentro de sua própria casa, pensando nos benefícios para seu corpo e mente.

Além das ilustrações presentes na cartilha, também se encontra ao lado de cada exercício a descrição de como ele deve ser executado pelo idoso, bem como, sua finalidade terapêutica. Na primeira cartilha enviada nos kits estavam presentes exercícios para auxiliar no retorno venoso; exercícios de marcha estacionária (como se o idoso caminhasse sem sair do lugar), sentar e levantar para estimular a mobilidade, bem como para fortalecer os adutores de coxa e demais músculos dos membros inferiores; e flexão de ombro para mobilidade global de membros superiores. Todos esses exercícios estavam representados utilizando uma linguagem de fácil compreensão e com a orientação de como realizá-lo com segurança, além de mensagens motivacionais para o idoso.

Para orientar e recomendar com mais eficácia um programa de exercícios físicos apropriados, existem modelos e métodos destinados a manter e ou melhorar a reabilitação física durante a pandemia de COVID-19. Recomenda-se a participação regular em exercícios aeróbicos de intensidade moderada, além de atividades de fortalecimento muscular, equilíbrio, coordenação e alongamentos⁽⁵⁾.

A proposta é de continuar levando, semanalmente, novas cartilhas com mais exercícios e aproveitar o momento da entrega para saber como esses idosos estão se sentido. Também tem sido feito contato telefônico para saber se esses idosos estão apresentando algum sinal e/ou sintoma da COVID-19, como forma de evitar que os mesmos saiam de casa para ir até o serviço de saúde, evitando exposições desnecessárias. Assim, apenas àqueles considerados como casos suspeitos são orientados a buscar atendimento presencial.

A pandemia de COVID-19 trouxe desafios sem precedentes à humanidade e representa uma ameaça ainda maior para os idosos, por isso é crucial minimizar os riscos e atender às necessidades de saúde dessa população. Ao mesmo tempo, é necessário refletir que quando chegarmos no momento pós-pandemia teremos a oportunidade de preparar o terreno para uma sociedade equitativa e que lute pela garantia dos direitos humanos da pessoa idosa⁽⁶⁾.

Limitações do Estudo

Até pouco tempo, a maior pandemia já registrada na história tinha sido a da Gripe Espanhola, ocorrida a mais de 100 anos⁽⁹⁾. Sendo assim, essa é a primeira vez que a atual geração de enfermeiros enfrenta uma pandemia, fazendo com que cada experiência vivida seja acompanhada de muitas incertezas. O número de casos suspeitos, confirmados e óbitos permanecem crescendo em muitos países, bem como é também crescente a velocidade de divulgação de novas informações a cada dia. Apesar do grande número de publicações de documentos oficiais e artigos nacionais e internacionais, pouco se encontra sobre as repercussões da pandemia no contexto

da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde, o que limita a discussão e/ou a comparação com experiências semelhantes a essa que tenham sido realizadas em outras localidades.

Contribuições para a Área

A principal contribuição da experiência ora relatada é a de mostrar que com poucos recursos e com articulação comunitária – para captar os donativos necessários – é possível desenvolver ações que estimulem o envelhecimento ativo.

Por ser uma ação realizada na ESF, essa experiência corrobora com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, mostrando como os profissionais de saúde que atuam nesse nível de atenção podem desenvolver ações que auxiliem as pessoas idosas a desenvolverem as condições necessárias para gerir e tomar decisões sobre sua própria saúde de forma mais efetiva, considerando as necessidades e potencialidades de cada um na busca de uma vida independente e plena⁽¹⁰⁾.

Enfermeiros e demais profissionais que atuam, estudam e pesquisam na área de gerontologia podem replicar a experiência do Projeto Cuca Legal em seus locais de trabalho, seja na comunidade ou em Instituições de Longa Permanência (ILPI), podendo acrescentar outras atividades que avaliem como pertinentes para esse público. Por meio de ações como essa, os profissionais podem contribuir para a promoção da saúde da pessoa idosa em suas múltiplas dimensões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe tem recebido manifestações positivas dos idosos e familiares, pois as atividades estimulam a cognição e promovem bem estar, amenizando o distanciamento e isolamento imposto pela pandemia.

A relação entre os riscos atuais de complicações de saúde, as taxas de mortalidade associadas ao COVID-19, isolamento social e o sedentarismo não pode ser ignorada, e possivelmente será tema para estudos posteriores. Por fazerem parte do grupo de risco da COVID-19, os idosos necessitam do distanciamento social, como também precisam manter uma rotina saudável que inclui a prática de atividades física e estimulação sensorio-motora.

A permanência em casa requer o apoio da família, mas também o cuidado qualificado das equipes de Saúde da Família. O momento que vivemos é crítico, mas também oportuno para que seja reforçado nosso compromisso com a saúde da população idosa vivendo no território e com a promoção do cuidado centrado na pessoa. Assim, esperamos que a divulgação da experiência do projeto Cuca Legal seja capaz de estimular novas iniciativas que promovam o envelhecimento ativo e saudável mesmo durante a pandemia de COVID-19.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

À Equipe da unidade da Estratégia de Saúde da Família Ponta Negra e a todos os colaboradores do Projeto Cuca Legal.

REFERÊNCIAS

1. Argenta C, Nunes DP, Hammerschmidt KSA, Niwa LMS, Souza PA, Melo POC. Distanciamento social do idoso saudável durante a pandemia covid-19: possibilidades e desafios. In: Enfermagem gerontológica no cuidado ao idoso em tempos da COVID-19. Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília: ABEn/DCEG, 2020. 74 p. (Série enfermagem e pandemias). [Internet]. 2020 [cited 2020 May 28]. Available from: <http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/05/E-BOOK-GERONTO.pdf>

2. Lima CKT, Carvalho PMM, Lima IAAS, Nunes JVAO, Saraiva JS, Souza RI, Silva CGL, Rolim Neto ML. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Research* 287 (2020) 1129152. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112915
3. Dias EG, Andrade FB, Duarte YAO, Santos JLF, Lebrão ML. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(8): 1623-1635. doi:10.1590/0102-311X00125014
4. Imaginário C, Machado P, Rocha M, Antunes C, Martins T. Activities of daily living as cognitive state predictors for the institutionalized elderly. *Rev Portuguesa Enferm Saúde Mental* [Internet]. 2017 [cited 2020 May 31]; (18): 37-43. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000300006&lng=pt.
5. Jiménez-Pavón D, Carbonell-Baeza A, Lavie CJ. Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: Special focus in older people. *Prog Cardiovasc Dis*. 2020:1-3. doi:10.1016/j.pcad.2020.03.009
6. United Nations. Policy brief: the impact of Covid-19 on older persons. [Internet] 2020 [cited 2020 May 29]. Available from: <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-impact-covid-19-older-persons>
7. Sörman DE, Rönnlund M, Sundström A, Adolfsen R, Nilsson LG. Social relationships and risk of dementia: a population-based study. *International Psychogeriatrics*. 2015; 27(8): 1391-1399. doi: 10.1017/S1041610215000319
8. Fagundes TA, Pereira DAG, Bueno KMP, Guimarães Assis MG. Incapacidade funcional de idosos com demência. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos* [Internet]. 2017 [cited 2020 May 31]; 25(1): 159-169. Available from: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1540/827>
9. Matos HJ. A próxima pandemia: estamos preparados? *Rev Pan-Amaz Saude* [Internet] 2018 jul-set; 9(3): 9-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232018000300001>
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2017 [cited 2020 May 30]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c08>

PRÁTICAS ARTÍSTICAS PARA ENFRENTAMENTO DO ISOLAMENTO PELO IDOSO NO DOMICÍLIO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Raúl Fernando Guerrero-Castañeda^I

ORCID: 0000-0003-3996-5208

Tânia Maria de Oliva Menezes^{II}

ORCID: 0000-0001-5819-0570

Adriana Valéria da Silva Freitas^{III}

ORCID:0000-0003-1831-4537

Luana Araújo dos Reis^{III}

ORCID: 0000-0002-9263-083X

^I Universidad de Guanajuato. Celaya, Guanajuato, México.

^{II} Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

^{III} Faculdade Independente do Nordeste. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.

Autor Correspondente:

Raúl Fernando Guerrero Castañeda
E-mail: ferxtom@hotmail.com



Como citar:

Guerrero-Castañeda RF, Menezes TMO, Freitas AVS, Reis LA. Práticas artísticas para enfrentamento do isolamento pelo idoso no domicílio durante a pandemia da covid-19. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 47-53. (Série Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c08>

INTRODUÇÃO

No final de 2019 surgiu uma série de infecções respiratórias, sendo mais tarde declarado que estas eram causadas por um tipo de coronavírus denominado de COVID-19. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou essas infecções como uma pandemia global⁽¹⁾, o que levou à implementação de medidas de proteção e contingências de saúde com várias estratégias.

A transmissão do vírus é de pessoa para pessoa, especialmente em pessoas sintomáticas, então, o isolamento foi a maior estratégia para conter as infecções, e vários países implementaram esta medida para reduzir a propagação. Desses os idosos estão entre os grupos mais vulneráveis, devido a vários fatores como doenças crônicas, alterações no sistema imunológico, dependência, além de residirem em instituições e residências de longo prazo, na qual as chances de consequências negativas são maiores⁽²⁾.

Por esta razão, os idosos ficaram em situação de isolamento mais restrita, exigindo seu acompanhamento, e especial cuidado às suas características. Os idosos, em particular, devem ser atendidos com protocolos mais abrangentes para proteger sua integridade não apenas física, mas emocional e espiritualmente.

Pois, esta condição de isolamento pode favorecer o aparecimento de alterações na saúde mental dos idosos, identificando o aparecimento de sintomas depressivos, medo de contágio ou medo de morte, solidão, tristeza, sofrimento emocional e espiritual⁽³⁾. A pessoa idosa em solidão contempla uma redução em suas atividades, o contato social, familiar, atividade física, e até mesmo, as práticas religiosas, porque há pouco ou nenhum espaço para elas. Nesse contexto, a dinâmica da vida do idoso no cotidiano do seu envelhecimento ativo é afetada, podendo aparecer, posteriormente, consequências físicas, restrição da mobilidade, alteração na nutrição, aumento da sarcopenia, como consequência da diminuição da mobilidade.



Por isso, é imperativo implementar estratégias de cuidado no domicílio que permitam promover a dinâmica da atividade do idoso, incentivando, por um lado, a mobilidade e a independência. Por outro, buscando atender as situações emocionais do idoso e até mesmo a espiritualidade, já que esta última se concentra não só nas práticas religiosas, mas, também, no encontro consigo mesmo e na busca de sentido no que está vivenciando.

Se considerarmos a enfermagem como a ciência do cuidado humano, e sob essa abordagem, pretendemos criar ambientes de cura, ou seja, momentos que permitam a expressão do idoso no seu cuidado pessoal, e ao mesmo tempo, favoreçam a integração do eu com o seu sentido de vida, teríamos uma ação apoiada na Teoria do Cuidado Humano de Watson⁽⁴⁾. Nessa, a enfermagem se propõe a promover momentos de cuidado que favoreçam a integração do corpo, mente e espírito do ser humano.

Nesse contexto, as práticas artísticas se apresentam como importante estratégia, pois são técnicas de arte incorporadas aos cuidados de enfermagem que, além de permitirem a expressão do ser humano através desta arte⁽⁵⁾, buscam um objetivo terapêutico nos cuidados, a fim de favorecer a integração da saúde do ser humano.

Terapeuticamente, as práticas artísticas influenciam a saúde física, emocional, social e espiritual. Fisicamente, envolvem o corpo, o movimento, a prática e a coordenação; emocionalmente, favorecem a expressão de sentimentos e emoções e moldam a situação emocional, socialmente, favorecem a integração com o eu e os outros, permitem o reconhecimento do outro e buscam a integração; espiritualmente, se conectam com o sentido do universo e dos valores humanos.

Visto que os idosos estão isolados e enfrentam múltiplas alterações que desafiam sua saúde física, emocional e espiritual, é necessário promover práticas artísticas no cuidado domiciliar, pela enfermeira, mediante orientações para auxiliar a pessoa idosa a enfrentar o isolamento. Essas práticas contribuem com a promoção da saúde em todas as áreas e, ao mesmo tempo, o apoio à enfermagem holística na pessoa idosa isolada.

OBJETIVO

Relatar práticas artísticas para enfrentamento do isolamento pelo idoso no domicílio durante a pandemia da COVID-19.

MÉTODO

Trata-se de uma reflexão teórica, integrando a Teoria do Cuidado Humano (TCH) e as estratégias de práticas artísticas no cuidado domiciliar de idosos. A integração das práticas artísticas foi realizada com base na busca da literatura de artigos nacionais e internacionais, nos meses de maio e junho de 2020 e nas vivências dos autores. Três temas principais foram identificados: 1. Isolamento e a dinâmica da vida; 2. Jean Watson e favorecer os ambientes de *healing* no cuidado com terapias artísticas; 3. Terapias artísticas em casa: intervenções propostas para enfermeiras.

RESULTADOS

Isolamento e a dinâmica da vida

O isolamento social e as práticas restritivas podem causar um impacto negativo em todos os aspectos da saúde e bem-estar⁽⁶⁾, especialmente em grupos de alto risco, como é o caso dos idosos, fazendo-se necessário a criação de uma rede de apoio psicossocial e a garantia de um ambiente seguro, que oportunize a estes a realização de atividades que preservem a saúde física, mental e espiritual.

Os idosos têm hábitos e um modo de vida peculiar de realização de atividades de vida diária e instrumental fragmentada com idas ao supermercado, compras e banco diariamente. Há ainda aqueles que frequentam centros dia ou centros gerontológicos, onde realizam diversas atividades físicas, recreativas, culturais e

esportivas que, por um lado, mantêm seu nível de independência e autonomia, e por outro, promovem sua saúde mental e relações humanas, ao encontrarem com seus amigos.

Com a pandemia e as medidas de isolamento, essa dinâmica de vida do idoso é interrompida. Eles têm que ficar em casa, às vezes com a família, o casal, ou, totalmente sozinhos, os que estão em casa, às vezes não têm o espaço, não há convivência que o motive e, por sua vez, a sua autonomia e independência tendem a se limitar.

Vale ressaltar que em países em desenvolvimento, muitos idosos vivem em condições precárias, devido ao baixo poder aquisitivo, com limitações de acesso aos serviços de saúde e de lazer. Sendo, portanto, necessária à criação de uma rede de apoio profissional e comunitária, que atue com a finalidade de reduzir o estresse, o conflito interpessoal e envolva o idoso em um projeto integrador, que o coloque no centro de um processo construtivo de ações que minimizem os impactos negativos à saúde.

Para muitos idosos, o envelhecimento pode estar associado a sentimentos negativos, tais como perda de sentido de vida, falta de utilidade familiar e social, e a solidão. As medidas de isolamento podem potencializar tais sentimentos, consentindo um idoso vulnerável ao desenvolvimento de sintomas depressivos. Visto que esses estão impedidos de manter a proximidade entre amigos, parentes e vizinhos, além de serem alvos frequentes de “memes” e infodemias em redes e mídias sociais, o que traz à luz uma realidade de enfrentamento inesperada.

Medidas simples e eficazes podem ser adotadas para minimizar os impactos gerados pelo isolamento social no domicílio, assegurando ao idoso a manutenção da autonomia, mobilidade, promovendo estímulos cognitivos e fortalecendo os laços familiares. Através do incentivo da manutenção das práticas religiosas, da realização de atividades físicas, de jogos de memória e de atividades lúdicas que promovam a saúde mental e o bem-estar geral. Especialmente em situação de confinamento, como é o caso do isolamento social imposto pela pandemia, além da interação social que pode ser estimulada através do uso de recursos tecnológicos.

Contudo, populações muito vulneráveis podem não ter amplo acesso à Internet e dispositivos eletrônicos que oferecem certos tipos de apoio social. Logo, a ação comunitária para aliviar o impacto psicológico do isolamento é ainda mais importante. Evitar comportamentos sedentários também é fundamental para a prevenção de problemas à saúde física, psicológica e social⁽⁷⁾. Desse modo, durante o isolamento social no domicílio é importante buscar estratégias que favoreçam o bem-estar individual e coletivo. Ser criativo e fazer uso de terapias artísticas são maneiras eficazes para manter vínculos afetivos e sociais significativos⁽⁸⁾, além de favorecer a manutenção da saúde física e mental dos idosos.

Jean Watson: como favorecer os ambientes de *healing* no cuidado com terapias artísticas

Ao longo dos anos, várias Teorias de Enfermagem foram desenvolvidas, algumas a um nível complexo, como a Teoria do Cuidado Humano. Entre seus conceitos, ela enfatiza que o cuidado de enfermagem é um ato que envolve subjetividade e intersubjetividade⁽⁹⁾. O primeiro, no sentido de que a pessoa que está sendo cuidada está envolvida em vários processos para entender sua situação de saúde. A intersubjetividade é criada no que Watson chama de Momento de Cuidado, onde tanto a pessoa que está sendo cuidada, quanto à pessoa que está cuidando, no caso à enfermeira, se encontram, interagem e forma um campo de energia desde o primeiro encontro.

Quando as pessoas passam por adoecimento que exige hospitalização, por exemplo, a enfermagem, em sua essência de cuidado humanizado deve reconhecer o outro na situação que se apresenta e compreender que não só exigirá terapia médica ou tratamentos alopáticos no processo de cuidado. A enfermeira deve atender a pessoa com postura empática, reconhecendo um ser humano e criando elementos em nível das intervenções que podem favorecer este espaço de reconstituição ou *healing*.

Watson aborda que o ser humano tem uma perspectiva transpessoal nessa relação de cuidados. O idoso, nessa pandemia, deve ficar em casa, porém, mesmo no conforto que pode ter no lar, situações difíceis parecem se confrontar, a exemplo do isolamento, solidão, redução da convivência, não poder praticar a religiosidade organizacional no templo religioso de sua crença. A partir desta visão de *healing*, a enfermeira aborda

precisamente aqueles espaços onde não se limita à prática médica ou curativa. A enfermeira deve integrar ao seu conhecimento e prática profissional os valores humanos, para orientar o processo de cuidado. Ao levar em consideração esses aspectos, o atendimento torna-se um modo de vida que pode ser promovido pelas enfermeiras nos diversos ambientes, inclusive no lar.

A reflexão que leva a enfermeira a prática do cuidado como ato subjetivo de *healing* pode ser orientada pelo Processo Clínico Caritas⁽⁹⁾. São dez processos que permitem orientar este cuidado, com uma abordagem humanizada e aberta às diferentes possibilidades do mundo da vida. Alguns Processos Caritas estão ligados ao uso de terapias artísticas, pois promovem o encontro do ser humano, vão além do simples fato de se divertir ou ter uma abordagem curativa; têm em si um efeito terapêutico sobre o *healing*.

Em particular, o Processo 4 “Refere-se ao desenvolvimento e manutenção de relacionamento de confiança”; o Processo 6, a “Resolução criativa de problemas através do processo de cuidado: uso pleno do eu e da arte das práticas de cuidado-reconstituição, através de todas as formas de conhecimento”; e o Processo 8 refere-se à “Criação de um ambiente de *healing* em todos os níveis”; ambiente sutil para uma presença energética autêntica e carinhosa.

Colocando o Processo 4 nessa discussão, a enfermeira em ambientes domiciliares e ILPIs tem um chamado para a prática do cuidado humanizado, abrindo seu campo de ação e não fechando o cuidado ao simples ambiente hospitalar. A enfermeira deve trabalhar com os idosos em um processo comunicativo aberto, não o fechando para entrevistas curtas. Ela deve conhecer sua história de vida, saber o impacto que a pandemia e a quarentena têm em suas vidas e seu processo de autocuidado, suas crenças, valores, medos e apreensões. A enfermeira deve se colocar na posição de escutar ativamente e facilitar no confinamento a independência, autonomia e, acima de tudo, aceitação do momento presente.

O primeiro passo para contribuir no desenvolvimento do idoso em isolamento social é o Processo 6, que aborda precisamente a prática da arte do cuidado como uma forma de praticar o *healing*. A enfermeira deve contribuir para criar o ambiente de *healing* para os idosos, que lhes permite encontrar nas artes uma terapia, momento lúdico, estímulo cognitivo e oportunidade para enfrentar de forma saudável o momento presente. Não é um processo fácil, nem que aconteça de forma instantânea, mas é dinâmico, de aprendizagem mútua e desenvolvimento pessoal. As artes são uma forma de cuidado de enfermagem, são terapêuticas e promovem ambientes de *healing*.

Neste processo, busca-se justamente estimular práticas artísticas de forma criativa, permitindo a expressão de sentimentos, ideias e emoções. Estas práticas favorecem aquele ambiente de *healing* para os idosos. Eles apoiam o confronto do isolamento, quando estão cercados pela família. O contato é favorecido e a presença do outro é sentida no acompanhamento.

O Processo 8 fala da reconstituição do ser, favorecendo com as terapias artísticas um ambiente de energia positiva, um ambiente que favoreça a expressão, o uso do corpo como meio de expressão, a linguagem, o sentimento de ser útil e com independência na realização de atividades, reforça o sentimento de pertença e independência do homem idoso.

Como se pode observar, o Processo Clínico Caritas pode servir de apoio aos cuidados de enfermagem na promoção de ambientes de *healing*. Nesse momento, todos aqueles idosos em diferentes ambientes sofrem um processo difícil, suas rotinas têm sido interrompidas e aumenta o medo de contágio, o distanciamento das pessoas queridas. As terapias artísticas valorizam o valor estético dos cuidados e da pessoa idosa, suas histórias de vida são capturadas nelas e promovem aquele ambiente de presença tão necessário. Essa presença vai além do contato físico, é o sentido subjetivo de estar-presente.

Terapias Artísticas em Casa: Intervenções propostas para Enfermeiras

No isolamento social indicado durante a pandemia da COVID-19, as pessoas idosas devem ser incentivadas a fazerem atividades em casa, para que possam conseguir lidar com as restrições de contato promovidas pelo

distanciamento social. Dentre as possibilidades de atividades que poderão contribuir de maneira terapêutica, e que podem ser promovidas pela enfermeira no cuidado para criar ambientes de *healing* e promoção de saúde destacam-se: a música, a dança, o desenho, a escrita.

Música: A inserção da arte no contexto de cuidados à saúde é recomendada internacionalmente⁽¹⁰⁾. A música estimula áreas do cérebro, como o sistema límbico, que é a região responsável pelo ânimo, encorajamento, afetividade, emoções e comportamento social. Ao se escutar qualquer melodia, pode-se ter a sensação de bem-estar e prazer, que poderá promover mudanças físicas e psicológicas no indivíduo¹⁶.

Outro efeito da música é a aproximação com a espiritualidade. Diante do estresse, isolamento social e medo de que a pessoa idosa vive na pandemia, ouvir música possibilita transcender as dificuldades, esquecendo-as momentaneamente o que vivencia e encontrar sentido no cotidiano da existência. Estudo refere que a utilização da música como uma estratégia complementar de cuidado é um recurso que estimula o indivíduo no direcionamento de um comportamento mais resiliente diante às adversidades, ao estimular a espiritualidade dos pacientes frente ao medo e à angústia sentidos⁽¹⁰⁾.

A enfermeira deve conhecer a preferência musical do idoso, estimulando a escuta várias vezes durante o dia, principalmente quando no domicílio, para que possa se ocupar neste momento de isolamento social. Ouvir música estimula a dança, para aqueles que gostam, prática artística que será discutida a seguir.

Dança: A dança tem efeitos positivos na vida da pessoa idosa. Estudo refere que a dança de salão deve ser indicada para proporcionar melhora no equilíbrio e no desempenho motor nas atividades de vida diária em indivíduos idosos. Além disso, é uma forma de prevenção e controle de agravamentos de doenças demenciais e motoras já existentes no paciente idoso⁽¹¹⁾. Se a pessoa idosa tiver um parceiro no domicílio, pode convidar para dançar. Quando se trata de adolescente, talvez ele não se disponibilize e considere estranho, porque a dança de salão é mais comum entre pessoas mais velhas, contudo, a enfermeira pode colocar para a família a importância de uma atividade física como a dança, para que haja colaboração com o bem-estar da pessoa idosa, inclusive, se ela tinha prática desta atividade antes da pandemia.

Com a manutenção da pessoa idosa no domicílio nesse momento, a dança se apresenta como outro recurso que a enfermeira pode dispor para estímulo não só da atividade física, como também, ocupação do tempo livre. A dança, como um meio de promoção da saúde, no qual o cuidado realizado pelo profissional, em especial pelo de enfermagem, deve incentivar essa prática com o objetivo de conectar corpo e mente. Tem funcionado como um canal de expressão de sentimentos e anseios, concorrendo, assim, para o enfrentamento de tabus, mitos e preconceitos sociais relativos ao envelhecimento⁽¹¹⁾.

Desenho: O trabalho com arteterapia em que utilizam o desenho pode conseguir que conteúdos simbólicos venham à tona de forma rápida e fácil⁽¹²⁾. Por isso, a arte é um recurso revelador, quando existem situações emocionais traumáticas ou limitantes.

É comum encontrar estudos que abordam o uso do desenho para atividades com crianças e adolescentes. No que diz respeito às pessoas idosas, estudo afirma que o desenho é uma atividade artística mais apreciada por aquelas com demência. A arte evidenciada nos desenhos proporciona uma maneira de expressar a emoção, principalmente quando o sujeito não consegue verbalizar seus sentimentos⁽¹³⁾.

Dessa maneira, a enfermeira pode inserir em seu plano de cuidados atividades artísticas, através de desenhos, para que as pessoas idosas possam realizar em momentos de lazer. Pode, ainda, orientar familiares e cuidadores, para que utilizem esse recurso como forma de interação com os idosos, tendo sempre o princípio do respeito pela sua autonomia no aceite dessa ferramenta de cuidado.

Escrita: A escrita é uma das diversas formas de expressão artística. Sendo assim, é possível usar a escrita como um recurso de cuidado de enfermagem, pois, através dela, poderá ser realizado o estímulo a memória, aos aspectos cognitivos e, ainda, as habilidades motoras.

Nessa perspectiva, estudo realizado através de um projeto de extensão com pessoas idosas, afirma que algumas delas apesar de referirem que pouco sabiam escrever, quando motivadas a atividade em que precisavam

usar a escrita para colocarem em cartazes emoções percebidas ao ouvirem músicas, acabavam expressando sentimentos e subjetividades⁽¹⁴⁾. Além de trabalhar a percepção, pensamento, raciocínio, criatividade e memória.

Assim, o fazer artístico poderá estimular diversas funções e habilidades integrando os sistemas: sensorial, motor, emocional e cognitivo. Dessa forma, a arte é capaz de despertar a motivação e resgatar a autoestima daqueles que a utilizam, ampliando a percepção e exteriorização de sentimentos⁽¹⁵⁾.

A proposta é que a pessoa idosa possa ter algumas estratégias como escrever cartas para seus amigos ou familiares, escrever um diário sobre momentos especiais de sua vida no cotidiano, escrever aquelas histórias que ele se lembra com amor, ou até poemas. A ideia é fornecer elementos como papel e caneta, ou estimular, para que a pessoa idosa use sua imaginação, reminiscência e escreva o que ele considera significativo.

Limitações do estudo

A produção científica sobre o uso de terapias artísticas na enfermagem ainda é incipiente e o Cuidado Humano postula as artes e humanidades como um recurso que deve ser o conhecimento da enfermagem, sendo uma das formas a ser utilizada, especialmente nesse momento de pandemia.

Contribuição para Enfermagem

A contribuição desta reflexão para a enfermagem é centrar o papel da enfermeira como criadora de ambientes de cuidado, que pode ser promovido no domicílio da pessoa idosa, ajudando-a a lidar com o isolamento social imposto durante a pandemia da COVID-19. Também, propõe estratégias de terapias artísticas que, além dos benefícios físicos e cognitivos, ajudam a criar ambientes de *healing*, que permite a pessoa idosa o encontro com a sua espiritualidade e consigo mesmo, equilíbrio entre mente, corpo e espírito, além de serem terapias simples, que podem ser adaptadas a cada situação particular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermeira deve buscar o desenvolvimento de habilidades artísticas para auxiliar melhor a pessoa idosa que permanece isolada no domicílio durante a pandemia da COVID-19. Ainda não faz parte do seu cenário de prática, entretanto, diante dos benefícios que a terapia artística apresenta, torna-se imprescindível um novo olhar para práticas ainda incipientes na sua atuação profissional.

As terapias artísticas podem fomentar um ambiente de cuidado que não só promove a estimulação cognitiva, a mobilidade e a saúde mental, mas, também é um recurso lúdico e recreativo, que promove o reconhecimento da pessoa e aumenta sua sensação de bem-estar.

O isolamento social requer a proposta de formas de cuidados que ajudem a promover a saúde física, mental e espiritual da pessoa idosa, sendo possível a implementação dessas estratégias pelas enfermeiras em ambiente de cuidado domiciliar.

AGRADECIMENTO:

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Cucinotta D, Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Biomed*; 2020;91(1): 157–160. doi:10.23750/abm.v91i1.9397
2. Gálvez AMP, Romero BB, Trigo SB, Serrano ML. Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria. *Enferm Clínica*. 2020; doi:10.1016/j.enfcli.2020.05.004

3. Ribot RV, Chang PN, González CAL. Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 15];19(0): e3307. Available from: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3307>
4. Norman V, Rossillo K, Skelton K. Creating Healing Environments Through the Theory of Caring. *AORN Journal*. 2016;104(5): 401–409. doi:10.1016/J.AORN.2016.09.006
5. Ching-Teng Y, Ya-Ping Y, Yu-Chia C. Positive effects of art therapy on depression and self-esteem of older adults in nursing homes. *Soc Work Health Care*. 2019;58(3): 324–338. doi:10.1080/00981389.2018.1564108
6. Xyrichis A, Hext G, Clark LL. Beyond restraint: Raising awareness of restrictive practices in acute care settings. *Int. J. Nurs*. 2018;86: A1–A2. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.06.006
7. Maher JP, Conroy DE. Daily Life Satisfaction in Older Adults as a Function of (In)Activity. *J Gerontol B-Psychol*. 2016;72(4): 593–602. doi:10.1093/geronb/gbv086
8. Vieira C, Franco OH, Gómez Restrepo C, Abel T. COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. *Maturitas*. 2020;136: 38–41. doi:10.1016/j.maturitas.2020.04.004
9. Watson J. *Nursing. The Philosophy and Science of Caring*. Boulder: University Press of Colorado; 2008.
10. Nunes EC, Oliveira FA, Cunha JXP, Reis SO, Meira GG, Szylit R. A música como instrumento de cuidado transpessoal – percepções de indivíduos hospitalizados assistidos na extensão universitária. *Esc Anna Nery*. 2019;24(2): e20190165. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2019-0165
11. Borges EGS, Vale RGS, Pernambuco CS, Cader SA, Sá SPC, Pinto FM, et al. Efeitos da dança no equilíbrio postural, na cognição e na autonomia funcional de idosos. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 5):2436-43. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0253
12. Rodrigues HMM, Oliveira NML, Câmara RC, Oliveira AO. Arteterapia, um importante recurso psicoterápico. *Anais X Simpac*. [Internet] 2018 [cited 2020 Jun 15];10(1): 611–616. Available from: <https://academico.univicoso.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/1106>
13. López ML. Arte y fotografía analógico-digital, herramientas de intervención social y empoderamiento para personas con demencia tipo Alzheimer. *INFAD*. 2016;2(1): 67–80. doi:10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.12
14. Medeiros LF, Medeiros ACB, Oliveira ICS, Costa LMT, Araújo GC, Chagas ABO. Compartilhando cuidado e afetividade entre idosos e estudantes–narrativas de um projeto de extensão. *Interfaces-Revista de Extensão da UFMG*. [Internet] 2019 [cited 2020 Jun 17]; 7(1). Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistainterfaces/article/view/19078>
15. França DCH, Pinto KG, Rodrigues RAL, Lino ALP, Honorio MS, Carvalho ELF. Análise bioestatística da adesão da arteterapia como meio para alcançar a cura e tratamento de doenças no estado de Goiás. *Revista Interação Interdisciplinar*. [Internet] 2019 [cited 2020 Jun 17]; 3(1): 118–128. Available from: <http://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/interacao/article/view/596>

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c09>

TELECONSULTA DE ENFERMAGEM APLICAÇÕES PARA PESSOAS IDOSAS NA PANDEMIA DA COVID-19

Leticia Dalla Lana^I

ORCID: 0000-0002-9624-8152

Maria Cristina Sant'Anna da Silva^{II}

ORCID: 0000-0002-2714-4341

Ana Karina Silva da Rocha Tanaka^{III}

ORCID: 0000-0003-2488-3656

Rosmari Wittmann Vieira^{IV}

ORCID: 0000-0002-7347-1327

Luiz Gustavo Fernandes da Rosa^V

ORCID: 0000-0001-7509-0635

Marinês Aires^{VI}

ORCID: 0000-0002-8257-2955

INTRODUÇÃO

A atual eclosão da doença do novo coronavírus (a Covid-19) surgiu em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China e espalhou-se rapidamente para outros países. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou emergência de saúde global com base nas taxas crescentes de notificações de casos no mundo⁽¹⁾. A doença, inicialmente denominada 2019-nCoV ou Covid-19 (Doença por Coronavírus 2019) passou a ter o vírus classificado como SARS-CoV-2 pelo Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus⁽²⁾.

Em decorrência da pandemia e da necessidade de ação imediata, as instituições de saúde precisaram reformular a organização dos sistemas de saúde em todo o mundo, impactando diretamente nos fluxos de atendimento prestados nas linhas de cuidado. O processo de trabalho da Enfermagem também sofreu alterações perante a prevalência de usuários com manifestações clínicas causadas pela Covid-19 nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde. A sobrecarga de trabalho devido à pandemia impactou também na continuidade do cuidado de portadores de doenças crônicas, que demandam monitoramento e manejo clínico contínuo.

A Enfermagem tem acompanhado as mudanças provocadas pela pandemia e já dispõe de recursos viáveis para monitorar a evolução clínica de usuários de saúde. A Resolução Cofen nº 634/20 estabelece a Teleconsulta de Enfermagem como uma estratégia para a atuação profissional durante a pandemia em questão, sendo realizada mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações pelo uso de meios de tecnologia de informação e comunicação, utilizando recursos audiovisuais e dados que permitam o intercâmbio à distância, de forma simultânea ou assíncrona, entre o enfermeiro e o paciente com o consentimento desse ou do seu responsável⁽³⁾.

^I Universidade Federal do Pampa, Unipampa. Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{II} Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia-RS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{III} Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{IV} Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^V Universidade Luterana do Brasil. Canoas, Rio Grande do Sul.

^{VI} Universidade Regional Integrada do Alto, Uruguai e das Missões. Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul, Brasil.

Autor Correspondente:

Leticia Dalla Lana

E-mail: leticelana@unipampa.edu.br



Como citar:

Lana LD, Silva MCS, Tanaka AKSR, Vieira RW, Rosa LGF, Aires M. Teleconsulta de enfermagem aplicações para pessoas idosas na pandemia da covid-19. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 54-59. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c09>



No contexto da pandemia, implementar a teleconsulta tornou-se necessário para o manejo e seguimento de doenças crônicas, de condições recorrentes e de situações agudas específicas. Todavia, para a sua realização, equidade e acessibilidade pode não ser para todos os usuários, principalmente os mais vulneráveis e os que têm dificuldades para utilizar a tecnologia⁽⁴⁾.

Mesmo que o monitoramento dos usuários seja reestruturado pela Enfermagem por meio da teleconsulta e que essa seja destaque no Manual de Manejo à COVID-19 do Ministério da Saúde (MS) como uma ferramenta de atenção à saúde, acredita-se que o contexto atual demanda reflexões sobre equidade e acessibilidade à essa ferramenta pela população idosa⁽⁵⁾.

OBJETIVO

Refletir sobre a teleconsulta de Enfermagem como ferramenta para promover o processo de assistência em saúde contínua e efetiva às pessoas idosas.

MÉTODOS

Trata-se de estudo teórico-reflexivo que aborda a necessidade de instituir-se novas tecnologias para a assistência de saúde segura de pessoas idosas que, devido à atual pandemia da Covid-19, necessitam manter distanciamento social e, por isso, podem deixar de seguir o tratamento de doenças crônicas não-transmissíveis, como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus ou Insuficiência Cardíaca, por exemplo. Para subsidiar a reflexão, buscou-se por artigos que abordassem o uso dos termos consulta remota, teleatendimento e teleconsulta, visto essa tecnologia ser relativamente nova na prática assistencial do enfermeiro no Brasil.

A apresentação dessa reflexão está organizada em categorias, a saber: potencialidades do teleconsulta às pessoas idosas em tempos de pandemia e limitações do teleconsulta às pessoas idosas em tempos de pandemia.

RESULTADOS

Para o processo de assistência da Enfermagem às pessoas idosas, com o intuito de promover educação em saúde, manter o acompanhamento do tratamento e promover a continuidade do cuidado, diversas abordagens são necessárias, sendo a combinação dessas de extrema importância em época de pandemia. Dentre as abordagens, destaca-se o teleatendimento, que permite a aproximação do profissional com os usuários idosos que estão em distanciamento social, principalmente os de maior risco às complicações provenientes da infecção com o coronavírus, como os portadores de doenças crônicas não-transmissíveis.

A inclusão do teleatendimento na saúde deu-se nos anos de 1950, mas teve avanços significativos a partir da década de 1990, com o surgimento da internet e de tecnologias remotas⁽⁴⁾. Em 2007, a Portaria nº 35 GM/MS⁽⁶⁾ instituiu o Programa Nacional de Telessaúde para apoiar a Atenção Primária à Saúde. O Programa foi reformulado e integrou gestores da saúde, instituições formadoras de profissionais de saúde e serviços de saúde do SUS, por meio da oferta de ações de teleeducação, telediagnóstico, teleconsultoria e teleeducação.

Atualmente, em meio a pandemia, as teleconsultas foram permitidas para algumas áreas da saúde, como medicina, fonoaudiologia, psicologia e enfermagem, em condições específicas ou com algumas restrições. A teleconsulta de Enfermagem foi autorizada e normatizada, em março de 2020, a partir da Resolução 634⁽³⁾.

Pelo contemporaneidade da Resolução publicada pelo COFEN, cabe ao enfermeiro refletir sobre a implementação da teleconsulta nos diferentes contextos de saúde para determinadas parcelas da população. Desse modo, as reflexões a seguir contemplam as potencialidades e limitações da teleconsulta à população idosa.

POTENCIALIDADES NA TELECONSULTA ÀS PESSOAS IDOSAS EM TEMPOS DE PANDEMIA

Com a atual exigência de distanciamento social, necessária ao enfrentamento da pandemia do coronavírus, muitas pessoas idosas podem ficar sem o atendimento de suas necessidades, desencadeando tristeza, ansiedade, perda de independência, perda de contato com pessoas próximas, agravamento de condições de saúde preexistentes e falta de diagnóstico de novas condições. A tecnologia pode ajudar nesse cenário, não apenas aproximando os amigos e a família, mas provendo meios para o atendimento das necessidades diárias, sejam elas de nutrição, de saúde física e mental⁽⁷⁾.

A incorporação de tecnologias de informação e comunicação tem provocado mudanças na forma como o cuidado é ofertado à população, e a enfermagem tem utilizado esses recursos para atender as demandas emergentes em saúde. Incorporadas à gestão, assistência, ensino e pesquisa, essas tecnologias encontram-se presentes nos sistemas de acesso remoto à informação, seja pelos prontuários eletrônicos e pela assistência por meio telefônico ou por vídeo⁽⁸⁾.

Nessa perspectiva, o monitoramento telefônico é uma estratégia que vem tendo repercussão significativa de utilização, com o propósito de acompanhar o estado de saúde de pacientes crônicos nos seus domicílios, de promover orientações de educação em saúde como prática integrada e contínua para os pacientes e família, e de reconhecer e melhorar os escores de assistência dos cuidadores e idosos assistidos⁽⁹⁾.

A consulta por telefone de modo sincrônico, que é uma alternativa para o monitoramento de pacientes em domicílio, pode não só aliviar problemas de acesso aos serviços de saúde, principalmente na atenção primária, como ser eficiente em termos de tempo, ao proporcionar rapidez de acesso e inexistência de deslocamento⁽¹⁰⁾. Essa forma de acompanhamento auxilia na continuidade do cuidado e no planejamento de estratégias de promoção à saúde, podendo ser realizada também de forma multidisciplinar⁽¹¹⁾.

A possibilidade de uma equipe multidisciplinar acompanhar a situação de saúde da pessoa idosa, principalmente as que residem sozinhas, propicia hospitalidade e integralidade, favorecendo a motivação para o autocuidado e para as práticas comportamentais de vida. Além disso, a flexibilização dos horários de teleconsulta pela equipe também é um fator positivo. Desse modo, a teleconsulta do nutricionista próxima das principais refeições pode auxiliar na verificação de quais alimentos estão presentes, enquanto que a teleconsulta do fisioterapeuta pode acompanhar as atividades desempenhadas em determinada parte do dia.

O uso da tecnologia evita o deslocamento da pessoa idosa de sua residência ao serviço de saúde, reduzindo as chances de exposição à Covid-19, oportunizando o acesso eletrônico aos profissionais de saúde para a atenção de suas condições crônicas, aspectos físicos e cognitivos⁽⁷⁾.

Assim, para as pessoas idosas, a agilidade no atendimento e a ausência de deslocamento podem favorecer a continuidade e a segurança da assistência. No atual momento, elas podem não ter quem as leve aos serviços de saúde para as consultas de rotina ou para atendimento de alguma nova situação de saúde crônica.

Mas cabe salientar que pode haver exacerbação e agravamento do caso, o que aumenta a possibilidade de irem primeiramente a um serviço de urgência e emergência. Contudo, esse serviço não deveria ser a porta de entrada no sistema de saúde, principalmente para as pessoas idosas, uma vez que frequentemente são portadoras de multimorbidades, o que aumenta a complexidade do atendimento, e por correrem risco de contrair o coronavírus.

APLICABILIDADE DA TELECONSULTA

Para a realização da teleconsulta, o enfermeiro deve consultar previamente o prontuário do paciente, em seguida, estabelecer o contato e assegurar o bom funcionamento dos recursos audiovisuais. Ao iniciar a consulta, verificar a identidade da pessoa idosa, referindo-se preferencialmente a ela, sempre que possível, e não ao seu cuidador ou familiar; perguntar onde se encontra e realizar a primeira avaliação global. Proceder

a anamnese, observando sinais de alerta que indiquem a necessidade de atendimento urgente; avaliar a saúde mental e realizar o exame físico à distância (com o auxílio de vídeo ou telefone celular com câmera fotográfica), avaliando o comportamento, posição e características, por exemplo da pele.

Podem ser utilizados os próprios recursos domiciliares da pessoa idosa, como aparelho eletrônico automático para aferição da pressão arterial, termômetro e glicosímetro, realizando a orientação para o uso correto desses quando necessário. Efetuar orientações de acordo com a avaliação, ofertando cuidados para com a condição, além de aconselhar sobre a rede de apoio e sinais que indicam a necessidade da procura do serviço de emergência⁽¹²⁾.

Portanto, o atendimento remoto à pessoa idosa pode ser uma ferramenta que possibilita a promoção da saúde, a continuidade da assistência, a redução do agravamento de condições crônicas e de despesas, facilitando a sua própria vida, a do familiar e do cuidador, e que previne a sobrecarga nos serviços de emergência.

LIMITAÇÕES DA TELECONSULTA ÀS PESSOAS IDOSAS EM TEMPOS DE PANDEMIA

A teleconsulta é um dos eventos tecnológicos mais importantes como porta de entrada para os cuidados de enfermagem, pois possibilita o monitoramento e controle de saúde da população. Contudo, a segurança do paciente e o acesso rápido aos cuidados de enfermagem podem infligir a equidade do atendimento.

A superação de barreiras geográficas por meio do uso de telefones celulares ou tecnologias de comunicação no contexto brasileiro pode ser um fator limitante, haja vista a acessibilidade às redes de internet da população em geral e a disponibilidade do recurso tecnológico. Além disso, algumas pessoas idosas apresentam limitações para manusear esses recursos.

Entre as recomendações para o atendimento remoto está a escolha adequada da tecnologia a ser utilizada (vídeo, telefone ou e-mail). Assim, é preciso atentar para possíveis dificuldades ou impedimentos, que podem estar presentes em pessoas com deficiência auditiva, visual, cognitiva ou de ansiedade⁽¹²⁾.

Além disso, na consulta dirigida à pessoa idosa, é preciso levar em conta a dificuldade de acesso às ferramentas virtuais e à comunicação por esses meios, principalmente entre as mais idosas. Todavia, quando esse for o caso, é importante ter a presença de um familiar, ou cuidador, que possa auxiliar, mas há de se resguardar a privacidade e confidencialidade para a troca de informações. Cabe salientar que também pessoas idosas economicamente com pouca renda poderão ter dificuldade de acesso às tecnologias mencionadas.

Em relação às limitações da consulta por telefone, estudo realizado na Escócia relatou que os médicos expressaram preocupação quanto à segurança da assistência no sentido da impossibilidade de resultados de exames formais e informais. Contudo, alegaram que quando eles e os pacientes conheciam-se bem, isso deixou de ser um problema, ao menos em parte, principalmente quando não havia necessidade de avaliação diagnóstica⁽¹⁰⁾.

Isso ressalta a importância de manter-se o vínculo entre a equipe de referência, o enfermeiro, e a pessoa idosa, devido à complexidade da assistência para essas pessoas, que envolve além das questões física e mental, também a social. Logo, embora não seja garantia, quanto melhor o profissional conhecer o usuário idoso, maior a possibilidade de gerenciamento adequado da situação, com continuidade do cuidado de enfermagem e prevenção de riscos, ainda que por consulta remota. Contudo, atualmente, embora haja a possibilidade de utilização de tecnologias mais modernas para fazer, em parte, o exame físico, há situações em que a teleconsulta não é suficiente, sendo necessária a avaliação presencial da pessoa idosa.

Estudo inglês, na atenção primária, com pessoas jovens e com experiência na comunicação online, demonstrou que, quando não há necessidade de exame físico, a comunicação por vídeo é adequada para abordar problemas simples, sendo semelhante à consulta com o uso de telefone, mas ambas as abordagens não conseguem, obviamente, obter informações tão precisas quanto a presencial⁽¹³⁾.

Nas pessoas idosas, as manifestações de instabilidade das doenças crônicas podem ter evolução rápida e progressiva, o que reforça o uso da consulta remota de Enfermagem, ainda que o exame físico completo

não seja possível. A inclusão de familiares ou cuidadores com experiência nas tecnologias de comunicação virtuais, quando for necessário, possibilitará o acesso à consulta e o fortalecimento da responsabilidade do cuidado de si e do outro, familiar-cuidador.

Outro limitante da teleconsulta é o seu planejamento, que envolve protocolo bem estruturados, coordenação da assistência, aperfeiçoamento profissional e sistema de informação seguro, que registre/salve as informações trocadas em consultas com a pessoa idosa e seus familiares. Portanto, a teleconsulta demanda profissionais qualificados, que tenham conhecimento sobre o processo de trabalho remoto e tecnologias, bem como serviços de saúde que utilizem recursos tecnológicos de confiabilidade, para evitar desvio de informações das consultas e de exames dos pacientes. O seguimento dos preceitos éticos referentes aos dados dos usuários ainda é um fator limitante das teleconsultas de Enfermagem, tomando por base a contemporaneidade da resolução publicada pelo COFEN e a apresentação atual dos serviços disponibilizados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações deste estudo estão relacionadas ao tema, cujo o método adotado não compreende uma sistemática de coleta análise e arquivamento de dados ainda bem estabelecida no país. No entanto, a reflexão do grupo de pesquisadores aliada à busca de referenciais teóricos nacionais e internacionais contribui com o conhecimento científico sobre a teleconsulta de Enfermagem em tempos de pandemia.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA

Desse modo, o estudo pode colaborar para a estruturação da linha de cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde (APS) e demais elementos da RAS, na medida em que a consulta remota de Enfermagem possibilita manter o cuidado domiciliar contínuo e integral, observar os agravantes de saúde e organizar os fluxos de atendimento na rede de serviços neste período de distanciamento social ocasionado pela pandemia. Há de enfatizar-se a importância do presente estudo para a transição do cuidado, articulado à segurança do usuário idoso, nos diferentes serviços que compõem a RAS, em especial do âmbito hospitalar para a APS, com foco na atenção domiciliar como modalidade para promover o cuidado centrado no usuário, sua família e cuidador, de acordo com as necessidades apresentadas individualmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso da teleconsulta na crise pandêmica da Covid-19 apresenta-se como uma oportunidade para reduzir custos e contaminação da população. Se por um lado, essa pandemia ocasiona um sério problema de saúde pública, por outro possibilita que a assistência prestada pela Enfermagem às pessoas idosas no domicílio seja reformulada para melhor atendê-las.

No atual cenário, o uso da teleconsulta possibilita repensar o modo como a Atenção Primária à Saúde, enquanto porta de entrada preferencial dos serviços, além de responsável por coordenar o cuidado no território, vai organizar o cuidado de forma contínua, integral e com segurança no domicílio. Nesse sentido, a teleconsulta pode contribuir para a promoção da saúde das pessoas idosas, para a avaliação, para o diagnóstico de agravos, para o monitoramento, para a aderência ao tratamento e para a instituição de recomendações de cuidado necessárias. Portanto, usar tal tecnologia pode ser uma experiência positiva tanto para o profissional enfermeiro, ao permitir que ele exerça a sua competência, aumentando suas habilidades para o cuidado e potencializando as ações, quanto para a pessoa idosa que terá, de alguma forma, suas necessidades de saúde atendidas com segurança.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. IHR procedures concerning public health emergencies of international concern (PHEIC); 2020 [cited 2020 Mar 23]. Disponível em: <http://www.who.int/ihr/procedures/pheic/en/>
2. Chen y, Liu Q, Guo D. Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. 2020; 2015;92(4):418-423. doi: <https://doi.org/10.1002/jmv.25681>
3. Conselho Federal de Enfermagem: Resolução COFEN Nº 634/2020 [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2020 Mar 26; [cited 2020 May 20]; [117]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html
4. Catapan SC, Calvo MCM. Teleconsulta: uma Revisão Integrativa da Interação Médico-Paciente Mediada pela Tecnologia. Rev. bras. educ. med. 2020;44(1): e002. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190224>
5. Atherton H, Brant H, Ziebland S, Bikker A , Campbell J, Gibson A et.al. Alternatives to the face-to-face consultation in general practice: focused ethnographic case study. Br J Gen Pract. 2018;68(669):e293-300. doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp18X694853>
6. Instituto de Pesquisas Jardim Botânico do Rio de Janeiro. Portaria Nº 35, de 23 de março de 2020 [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2020 Mar 23 [cited 2020 Apr 15]; [66]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=25/03/2020&jornal=515&pagina=66>
7. Banskota S, Healy M, Goldberg EM. 15 Smartphone Apps for Older Adults to Use While in Isolation During the COVID-19 Pandemic. West J Emerg Med. 2020;21(3):514-525. doi: <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.4.47372>
8. Barbosa IA, Silva MJPD. Nursing care by telehealth: what is the influence of distance on communication? Rev Bras Enferm. 2017;70(5):928-934. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0142>
9. Oliveira JA, Cordeiro RG, Rocha RG, Guimarães TCF, Albuquerque DC. Impacto do monitoramento telefônico em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. Acta paul. enferm. 2017;30(4):333-342. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700050>
10. McKinstry B, Watson P, Pinnock H, Heaney D, Sheikh A. Telephone Consulting in Primary Care: A Triangulated Qualitative Study of Patients and Providers. Br J Gen Pract. 2009; 59(563):e209-e218. doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp09X420941>
11. Domingues FB; Clausell N; Aliti GB; Dominguez DR; Rabelo RE. Education and Telephone Monitoring by Nurses of Patients with Heart Failure: Randomized Clinical Trial. Arq. Bras. Cardiol. 2011;96(3):233-239. doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2011005000014>
12. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. BMJ. 2020;368:m1182. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1182>
13. Hammersley V, Donaghy E, Parker R, et al. Comparing the content and quality of video, telephone, and face-to-face consultations: a non-randomised, quasi-experimental, exploratory study in UK primary care. Br J Gen Pract. 2019;69(686):e595-e604. doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704573>

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c10>

ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS EM ILPI: AÇÕES PARA IDOSOS SAUDÁVEIS, SUSPEITOS E CONFIRMADOS COM COVID-19

Karina Silveira De Almeida Hammerschmidt¹

ORCID: 0000-0002-7140-3427

Ligia Carreira^{II}

ORCID: 0000-0003-3891-4222

Maria Helena Lenardt¹

ORCID:0000-0001-8309-4003

Susanne Elero Betioli¹

ORCID: 0000-0003-4469-4473

Denise Fauz Kletemberg^{III}

ORCID: 0000-0001-7289-790

Pâmela Patrícia Mariano^{II}

ORCID: 0000-0002-5919-7691

Márcia Marrocos Aristides Barbiero¹

ORCID: 0000-0002-1567-3641

INTRODUÇÃO

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) têm caráter residencial, destinadas a domicílios coletivos para idosos, oferecem moradia e cuidados, caracterizando-se como instituições híbridas¹. Podem ser consideradas como centros de assistência geriátrica de longa permanência que proporcionam supervisão e assistência nas atividades diárias e serviços de enfermagem, quando necessários².

Em 2011, existiam 3.548 ILPIs no território brasileiro³, com 100.251 residentes, dos quais 84 mil (88,1%) eram idosos, representando 1% da população brasileira³. A maioria das ILPIs são pequenas, com média de 30 residentes e estão lotadas em capacidade; dos 109.447 leitos existentes, 91,6% estavam ocupados⁴. Os residentes geralmente são idosos vulneráveis, com níveis variados de dependência e com necessidades complexas⁵.

Nesse contexto, destaca-se a preocupação com a epidemia devido a doença *Corona Virus Disease-19* (COVID-19), causada pelo vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (SARS-CoV-2), cuja transmissão ocorre por meio de gotículas respiratórias. A doença se propagou com elevada letalidade em idosos⁶⁻¹¹, gerando preocupação dos profissionais de saúde em relação às ILPIs. A fim de evitar ou reduzir que idosos residentes, cuidadores e profissionais sejam infectados pelo SARS-CoV-2, reduzindo a morbi-mortalidade⁵, as ILPIs devem implementar medidas de controle de infecção.

Para prevenção e enfrentamento da COVID-19 nas ILPIs, destacam-se quatro atributos para boas práticas: orientação, interdisciplinaridade, biossegurança e bioética⁶⁻⁸. Partindo deles, pode-se apontar diretrizes gerais e específicas que permeiam a organização no âmbito de ação em ILPIs, considerando os idosos saudáveis, suspeitos e confirmados com a doença.

¹ Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

^{II} Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil.

^{III} Universidade Positivo. Curitiba, Paraná, Brasil.

Autor Correspondente:

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt
E-mail: ksalmeidah@ufpr.br



Como citar:

Hammerschmidt KSA, Carreira L, Lenardt MH, Betioli SE, Kletemberg DF, Mariano PP, et al. Organização das práticas em ilpi: ações para idosos saudáveis, suspeitos e confirmados com covid-19. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 60-66. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c10>



OBJETIVO

Contribuir para a organização das práticas em Instituições de Longa Permanência para Idosos, considerando os atributos: orientação, interdisciplinaridade, biossegurança e bioética, nas diretrizes gerais (idosos saudáveis) e específicas (idosos suspeitos ou confirmados com COVID-19).

MÉTODO

Trata-se de texto teórico-reflexivo sobre a organização das práticas em ILPIs, no concernente ao cenário da pandemia COVID-19, mediante diretrizes gerais para idosos saudáveis e específicas para idosos suspeitos e confirmados com COVID-19. Considerou-se os atributos orientação, interdisciplinaridade, biossegurança e bioética. As reflexões foram embasadas em artigos indexados (internacionais e nacionais) relacionados ao tema, bem como em documentos oficiais.

RESULTADOS

Atributo Orientação nas ILPIs

O atributo Orientação para ILPIs perpassa conhecimento profissional sobre as necessidades dos idosos residentes em ILPI, podendo ser considerada base para o planejamento de ações⁷⁻⁹. É permeada por questionamentos que incluem a identificação dos problemas relacionados a COVID-19 na ILPI, elaboração de protocolos de prevenção da COVID-19; e discussão de procedimentos de biossegurança utilizados na ILPI⁶.

A orientação que permeia as boas práticas para prevenção da contaminação por SARS-CoV-2 abrange cuidados básicos frequentes de higienização das mãos, com sabão líquido e água limpa ou álcool gel a 70%, realizados antes e depois de tocarem em outras pessoas (embora o toque deva ser evitado). Esses cuidados se estendem ao utilizar o banheiro, antes das alimentações e depois de tossir ou espirrar, promovendo higiene individual e coletiva⁵⁻⁸. Apesar de serem práticas simples e rotineiras, sua adesão merece atenção especial e supervisão direta dos gestores, pois ações contínuas de higiene das mãos e dos ambientes possibilitam exemplos para os residentes e podem incitar comportamentos saudáveis.

Nesse momento pandêmico, considerando a patogênese da COVID-19, orientações sobre etiqueta respiratória são um dos focos principais. Nas ILPIs, todos precisam atentar ao espirrar ou tossir protegendo a boca e nariz com o cotovelo, ou usar um lenço de papel e descartá-lo imediatamente em lixeira com tampa. Além disso, é oportuno reforçar a obrigatoriedade de adoção de protocolos para uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), estabelecendo uso de máscara facial para todos na ILPI⁵⁻⁸.

Os idosos residentes considerados saudáveis, sem sintomas respiratórios alterados, devem ser orientados a utilizar máscara de tecido, sempre que estiverem fora de seus quartos. Os profissionais e cuidadores que prestam assistência aos idosos devem usar máscara cirúrgica descartável. Funcionários em tarefas administrativas, sem contato com os residentes, podem usar máscara de tecido^{5,8}.

A utilização de máscaras encontra particularidades em ambiente de idosos com déficit de capacidade cognitiva e auditiva, podendo gerar estranheza e dificultar a comunicação com o idoso. Considera-se importante lembrar à equipe de cuidados a necessidade do aumento na entonação da voz, facilitando a comunicação com os residentes. Idosos demenciados podem ter resistência e/ou não aceitarem usar a máscara. Nessas situações, deve-se reconsiderar a necessidade da realização das atividades com o idoso, assim como sua vulnerabilidade em certos ambientes, mantendo o bom senso quanto ao momento e à necessidade de realizar determinada ação.

Ressaltam-se orientações sistematizadas sobre a rotina de entrada e saída dos funcionários na ILPI, com local específico para troca de roupas e sapatos particulares (vestiário), próximo à entrada e longe dos residentes. Na ILPI devem ser utilizadas roupas específicas de uso interno; caso não seja possível, é relevante higienizar os sapatos ao entrar e sair da ILPI⁶⁻⁸.

No contexto da COVID-19, surge a necessidade de orientação sobre o distanciamento social, se possível com distância mínima de 1,5 metro, inclusive para a realização de atividades diárias. Os objetos (leitos, cadeiras e poltronas) devem estar distanciados pelo menos 1 metro, e os ambientes devem estar sempre limpos e ventilados. Deve-se evitar a aglomeração nos refeitórios, para tanto, sugere-se organizar horários intercalados de uso, espaçamento de no mínimo 2 metros entre mesas e cadeiras, assim como instalação de marcações para o controle do distanciamento. É oportuno esclarecer aos idosos residentes os motivos do distanciamento, para que compreendam a importância desses cuidados em todos os ambientes da ILPI^{5,8,10}.

Outras orientações se referem a evitar aglomerações, mediante restrição das atividades coletivas, assim como de voluntários e profissionais não-essenciais na ILPI, suspensão das atividades em grupo. Essas estratégias são relevantes para prevenir a disseminação do SARS-COV-2, porém devem estar compreendidas pelos residentes, para não causar estranhamento da mudança repentina de rotina⁵ e sentimentos de confinamento ou exclusão. É possível optar por saídas em ambientes abertos como jardins da instituição, promovendo a visualização da natureza e de outros residentes, mantidos o distanciamento seguro recomendado.

Agregada às orientações também está a conscientização dos residentes, cuidadores e funcionários para evitar contato físico. Alternativas à visita pessoal aos idosos devem ser exploradas, incluindo o uso de telefones ou vídeo, ou o uso de barreiras de plástico, acrílico ou vidro entre residentes e visitantes^{8,10}. Nos casos em que a família não disponha de equipamentos para a realização de videochamadas, orienta-se a manutenção das visitas, intercalando horários para evitar aglomeração, com distanciamento e uso de máscaras. Para tanto, deve-se questionar os familiares quanto ao contato com casos suspeitos da COVID-19 ou apresentação de sintomas gripais, principalmente porque ainda as normativas nacionais recomendam restrição de visitas^{8,11}.

Na ILPI deve-se ter orientação com vistas à identificação e gerenciamento rápido das condições clínicas dos idosos. O monitoramento da evolução dos sintomas, sinais vitais e da saturação de oxigênio via oximetria de pulso, pelo menos três vezes ao dia, é essencial para os idosos com suspeita ou confirmação da COVID-19⁵. Ao aparecimento dos primeiros sintomas gripais deverá ser solicitada a avaliação clínica do residente. Caso haja alteração nos sintomas respiratórios leves, é oportuno manter o residente em quarto isolado, realizar medidas de precaução padrão e monitorar quadro clínico durante 14 dias⁵⁻⁸.

Todos da ILPI precisam estar orientados que, na piora do quadro sintomático respiratório do idoso, com febre acima de 38°C e tosse ou dor de garganta, ou saturação de O₂ < 95%, desconforto respiratório ou taquipneia e estado geral instável, sugere-se transferir o residente para serviço de saúde especializado em caráter de Urgência e Emergência, com uso de máscara cirúrgica comum durante todo o período de transferência. Nesses casos de idoso com suspeita ou confirmação de COVID-19, encaminhado para um serviço de saúde, orienta-se realizar notificação prévia ao serviço, assim como ao serviço móvel de urgência (se for o caso)⁵. Em casos de readmissão pós-hospitalização, o idoso residente deve manter-se em isolamento por 14 dias e ser monitorado quanto aos sintomas de infecção respiratória⁵.

Atributo Interdisciplinaridade nas ILPIs

A interdisciplinaridade inclui o compartilhamento de intervenções e posturas éticas dos funcionários e cuidadores, assim como a busca por conhecimento, a comunicação eficiente de informações e procedimentos no espaço institucional, o respeito aos membros da equipe, atenção nas atividades desenvolvidas aos idosos da ILPI e a implementação de protocolos alicerçados em normativas oficiais (ANVISA), visando segurança⁵⁻¹¹. Esse conjunto de práticas promove um ambiente institucional saudável.

Conhecimentos científicos atualizados sobre a COVID-19 permeiam a interdisciplinaridade e possibilitam que os funcionários da instituição sejam capazes de identificar os residentes que apresentam sinais e sintomas indicativos da doença. A identificação precoce é fundamental para a realização de medidas de contenção da transmissão do vírus na instituição^{8,10}. Para tanto, o conhecimento sobre a COVID-19 deve ser compartilhado

mediante evidências científicas, incitando prevenção da disseminação e controle da contaminação^{7,10}. Deve-se ter linguagem adequada ao público heterogêneo que reside na ILPI.

Ao compreender o cenário mundial de saúde que envolve a pandemia, os idosos residentes podem refletir sobre as condutas e ambiente que os cercam^{5-6,8}. O diferenciado quadro de funcionários, sejam profissionais ou ocupacionais, também deve ser igualmente informado, dada a importância de publicizar informações e ações de prevenção e controle do SARS-COV-2.

Como possibilidades de divulgação de conhecimentos e práticas acerca da COVID-19 na ILPI, destacam-se: pôsteres, folhetos, gravações de áudio e vídeo, materiais lúdicos como jogos e passatempos. Disseminar a informação é possibilitar que o assunto permeie a discussão entre funcionários, cuidadores e residentes. Lembrando que o apoio mútuo e o cuidado com a saúde mental dos profissionais é de suma importância.

Outro item de relevância na interdisciplinaridade, é a comunicação para continuidade de cuidados na ILPI. Compartilhar informações atualizadas e completas sobre os residentes e a situação de transmissão da COVID-19 é essencial^{6,8}, dessa forma o diálogo contínuo entre os funcionários, identificando dúvidas e dificuldades na adequação de trabalho e comportamentos, possibilita alinhamento de ações com segurança. Para tanto torna-se relevante otimizar as estratégias de registro na ILPI, mediante prontuário impresso ou eletrônico, assim como passagem de informações entre os profissionais nos plantões.

Desse modo o surgimento de caso suspeito ou confirmado na ILPI, a equipe multidisciplinar deverá elaborar um plano de contingência para evitar a transmissão da COVID-19, em conformidade com a estrutura física da instituição, perfil dos residentes e os recursos humanos, seguindo os pressupostos da ANVISA⁵. Os profissionais e cuidadores que entrarem no quarto dos residentes com suspeita ou confirmação da COVID-19 devem utilizar EPI, estarem capacitados sobre as técnicas necessárias à biossegurança⁵⁻⁸.

Uma das dificuldades da manutenção da educação continuada e consequente adesão aos protocolos é a rotatividade de recursos humanos em ILPIs, o que deve ser foco de atenção constante dos gestores. A implementação e disseminação do conhecimento sobre manejo da COVID-19, prevenção do contágio por SARS-COV-2 e detecção precoce de casos suspeitos devem ser constantes. Além disso, o afastamento de funcionários contaminados é uma fragilidade para a continuidade dos cuidados, trazendo lacunas na escala de trabalho, e necessita ser discutida, pois interfere no trabalho interdisciplinar.

Otimizar a comunicação rápida, eficiente e acessível aos familiares também é importante, podendo ser realizada com uso de aplicativo multiplataforma para mensagens instantâneas e chamadas de voz, vídeo, texto e arquivos, tais como *WhatsApp*, *Google Meet*, *Microsoft Teams*. Essas medidas podem evitar transtornos de comunicação com a família e rede de convívio social do idoso, e envolvem importante trabalho interdisciplinar.

Atributo Biossegurança nas ILPIs

A biossegurança envolve conjunto de ações para prevenção, minimização ou eliminação de riscos para os idosos institucionalizados e visa o combate dos agentes biológicos que apresentam risco real ou potencial para o ser humano e o meio ambiente⁶⁻⁸.

A COVID-19 aflorou a necessidade de maior atenção e monitoramento da vacinação nas ILPIs, fortalecendo a importância de vinculação e parceria com o serviço de saúde. Quando viável, a vacinação dos idosos institucionalizados deve ocorrer na ILPI, evitando deslocamento, exposição e riscos para os idosos⁸⁻⁹. O acompanhamento e monitoramento do esquema vacinal atualizado deve ser protocolo da ILPI, mediante controle impresso e/ou eletrônico^{5,8-9}.

Para minimizar os riscos de transmissão dos agentes biológicos para os idosos institucionalizados é oportuno atentar para a organização e a infraestrutura da ILPI: posicionar lixeiras com tampa e pedal próximas às saídas dos ambientes para descarte dos EPIs, fixar dispenser de desinfetantes de álcool 70% em diversos ambientes da ILPI, abastecer as pias com sabão líquido e toalhas de papel em todas as áreas de circulação^{5-8,11}. O fornecimento de EPIs é de responsabilidade da gestão.

Visando o respeito à biossegurança em ILPI, cuidadores e funcionários devem manter o distanciamento mínimo e utilizar EPIs: óculos de proteção ou protetor facial (*face shield*), máscara cirúrgica, avental e luvas de procedimentos. Reforça-se que em casos de procedimentos geradores de aerossóis, como indução de tosse, intubação traqueal, aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, indução de escarro e coletas de amostras nasotraqueais, deve-se utilizar máscara N95/PFF2 ou equivalente, em substituição à máscara cirúrgica e atentar para o cuidado ambiental⁵⁻⁸.

Os idosos com suspeita ou confirmação da COVID-19 devem realizar isolamento, que pode ser no próprio quarto do residente (de preferência individual). Porém, na impossibilidade dessa infraestrutura, os residentes com sintomas de infecção respiratória devem ser mantidos em um mesmo quarto ou em uma área reservada, com distância mínima de 1 metro entre as camas e banheiro anexo/exclusivo^{8,11}. Aponta-se a importância de separar os idosos confirmados dos suspeitos da COVID-19, bem como a necessidade de monitoramento constante, principalmente de idosos com doenças crônicas descompensadas, imunodeprimidos, com fragilidade imunológica, para os quais é contraindicado o isolamento em quarto individual devido à necessidade de atenção durante 24h⁵⁻⁸.

Próximo à entrada das áreas de isolamento, deve haver um local para guarda e colocação dos EPIs, bem como lixeira com tampa e pedal perto da saída do quarto dos residentes, para facilitar o descarte dos EPIs pelos funcionários e cuidadores. Idealmente, deve-se definir profissionais específicos para o atendimento exclusivo aos residentes com quadro suspeito ou confirmado de COVID-19, os quais não devem transitar nos locais em que se encontram os demais residentes. Na porta dos quartos deve haver a sinalização quanto aos EPIs necessários^{5-8,11}.

A desinfecção de ambientes deve ser atenta, constante e cuidadosa, principalmente dos banheiros, devido ao compartilhamento entre os idosos residentes em ILPIs. Instalações não devem ser compartilhadas entre idosos saudáveis e suspeitos ou de casos confirmados de COVID-19. Destaca-se ainda que as roupas de cama (lençóis, toalhas e cobertores) de residentes suspeitos ou confirmados de COVID-19 devem ser lavadas separadamente. Nesses casos, além do uso de EPIs (luvas, máscara cirúrgica, óculos de proteção ou protetor facial), é preciso cautela no momento da retirada da roupa de cama, para haver o mínimo de agitação e manuseio. Elas devem ser colocadas em sacos plásticos e lavadas com sabão/detergente e saneante com ação desinfetante^{5-8,11}.

Como importante diretriz de biossegurança está a supervisão constante da adesão às medidas de precaução à transmissão da COVID-19 entre os residentes, funcionários e cuidadores da ILPI, a fim de identificar fragilidades e necessidade de reorganização das práticas. Esse monitoramento deve ser realizado por todos, como ação de prevenção individual e coletiva⁵⁻⁸.

As medidas apontadas requerem dimensionamento de pessoal adequado, garantindo a segurança dos residentes e também dos profissionais de saúde e colaboradores, descritas na RDC nº 283 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária⁵ que regulamenta as normas de funcionamento das ILPIs e quantitativo de recursos humanos, segundo às atividades desenvolvidas e grau de dependência dos residentes.

Atributo Bioética nas ILPIs

A bioética na ILPI envolve questões de vida e morte, assim como princípios da autonomia, beneficência, não maleficências e justiça, tanto para os cuidados aos residentes, quanto aos familiares e à equipe^{6,7}.

O respeito à autonomia do idoso institucionalizado, principalmente neste momento de pandemia com recomendação de distanciamento social, envolve a promoção do contato com os familiares, o qual pode ser viabilizado por dispositivos eletrônicos e tecnologias de comunicação. Esses recursos também podem ser utilizados para atividades de lazer e entretenimento em grupos⁶⁻⁹. Porém, deve-se ter cuidado especial com divulgação de imagens e informações dos residentes, sendo oportuno que a ILPI tenha o cadastro das pessoas que podem ter acesso às informações dos idosos, assim como tenha termos de compromisso com aqueles que utilizarem recursos de tecnologia de comunicação. Essa é uma medida de zelo e proteção para o idoso, seus familiares e para a própria ILPI.

O contexto vivenciado com a pandemia da COVID-19, que repercutiu em alta letalidade nos idosos, promoveu sentimentos de medo e angústia principalmente nos vulneráveis, que podem se fortalecer diante das medidas necessárias para controle da disseminação da pandemia. Desse modo, deve-se atentar aos sentimentos negativos dos idosos institucionalizados, como tristeza, ansiedade, desânimo e medo diante da situação atual^{7,10}.

A ILPI deve dispor de medidas de cuidado adequadas, com plano interdisciplinar à pessoa idosa, que pode incluir orientação, consulta e atendimento psicológico. Outras medidas podem compreender atividades que envolvam estímulo espiritual, com respeito às crenças, desde que aderidas às medidas de prevenção da transmissão da COVID-19^{6,11}. A ILPI pode disponibilizar acesso aos eventos de fé, para aqueles idosos que desejem, por meio de canais de comunicação como rádio, televisão e dispositivos de diálogo *online*.

Cabe ressaltar que o cuidado às pessoas institucionalizadas requer atenção constante da individualidade, do desejo pessoal e da família, devendo a equipe estar atenta à discussão das Diretivas Antecipadas de Vontade e da indicação de cuidados paliativos para as situações crônicas ou de terminalidade, favorecendo a aplicabilidade das medidas necessárias ao seu cumprimento. Trata-se de refletir junto ao idoso os modos de manejar as situações finais de vida, ampliar a autonomia, permitindo a autogestão da vida e da morte ou do processo de morrer¹²⁻¹³.

As Diretivas Antecipadas de Vontade explicitam parte da autogestão, pois apresentam a antecipação da vontade da pessoa, deixando claro os limites terapêuticos que devem ser empreendidos, no caso de a pessoa não poder mais expressá-lo em algum momento da sua vida, mais precisamente frente às doenças incapacitantes ou ao estado terminal. É importante esclarecer que essas Diretivas podem ser realizadas por qualquer pessoa lúcida e emancipada, em qualquer momento de sua vida¹²⁻¹³. São estratégias relevantes, pois em situações inesperadas, como esta da pandemia da COVID-19, caso existam situações de terminalidade, podem-se respeitar os desejos expressos pelos idosos.

Entretanto, em ILPI, muitas vezes o respeito aos desejos dos residentes esbarra no déficit da capacidade cognitiva, sendo as decisões do cuidado e de terapêutica transferidos aos familiares, inclusive a deliberação para o cuidado paliativo. Por essa razão, é importante que os desejos do idoso sejam conhecidos o mais precocemente, para poderem ser respeitados em situações futuras com destituição de autonomia¹²⁻¹³.

Nos cuidados paliativos, as condutas devem ser embasadas no respeito e na dignidade do ser humano, observando limites biológicos e psicossociais. No caso de idosos com demência, sem capacidade de interação verbal, a equipe profissional e cuidadores devem aprimorar a comunicação, utilizar o tom gentil e acalentador, primar pela aproximação calorosa, o toque delicado e até mesmo a música suave como recursos facilitadores, a fim de proporcionar tranquilidade e confiança ao idoso⁶. O atendimento de idosos em cuidados paliativos na ILPI envolve sentimentos de impotência e limitação, tristeza pela evolução da doença e agudização do princípio da beneficência. Essas contraposições necessitam estar fortalecidas e fundamentadas para que o idoso seja o centro da atenção e cuidado¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção e o enfrentamento da COVID-19 nas ILPIs envolvem atributos para boas práticas, no âmbito de ação, com destaque para orientação, interdisciplinaridade, biossegurança e bioética. A orientação abarca conhecimento científico e identificação das necessidades da ILPI; a interdisciplinaridade permite a ação conjunta; a biossegurança possibilita prevenir, minimizar e eliminar riscos; e a bioética refere-se às questões de vida e morte, assim como autonomia, beneficência, não maleficências e justiça.

Partindo desses atributos, algumas ações são específicas para cada um dos três grupos de residentes mencionados (saudáveis, suspeitos e confirmados com COVID-19), destacando-se as diretrizes: avaliação e monitoramento periódico dos residentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de máscaras faciais; distanciamento social; limpeza e desinfecção de superfícies, utensílios e produtos; vacinação; controle e restrição de visitas; segurança da equipe; cuidados especiais com áreas comuns; comunicação; diretrizes antecipadas e cuidados paliativos.

A pandemia da COVID-19 reforçou as preocupações com as ILPIs, em razão de o espaço congregar idosos geralmente fragilizados. O momento requer a necessidade de atualização científica constante para fundamentar ações direcionadas à prevenção da contaminação por SARS-COV-2 e possibilitar o enfrentamento da pandemia, mantendo o respeito ao idoso, aos cuidadores, aos familiares e aos funcionários das ILPIs.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Diário Oficial da União nº 186. set 2005 [acesso 2020 jun 16]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df
2. Creutzberg M, Portella MR, Caldas CP, Gonçalves LHT. A hospitalização do paciente asilado e a enfermagem. Gonçalves LHT, Tourinho FSV. Orgs. Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado. Barueri: Manole, 2012(1): p 297-318
3. Camarano AA, Kanso S. Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Morais MP, Costa MA. Orgs. Infraestrutura social e urbana no Brasil: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. Brasília: Ipea; 2011: p 131-150.
4. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Rev bras estud popul. 2010 [acesso 2020 jun 16]; 27(1): 233–235. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica nº05. Orientações para a prevenção e o controle de infecções pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília: mar 2020. [acesso 2020 jun 10]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-05-2020-gvims-ggtes-anvisa-orientacoes-para-a-prevencao-e-o-controle-de-infeccoes-pelo-novo-coronavirus-sars-cov-2-ilpi>
6. Rodrigues RAP. Org. Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília: FN-ILPI; 2020. Eixo IX, As boas práticas em ILPI; p. 26-41.
7. Melnyk BM, Fineout-oberholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice: a guide to best practice. Fourth edition, Wolters Kluwer, 2019.
8. Associação Brasileira De Enfermagem (ABEn NACIONAL). Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica. Comunicação aos trabalhadores de enfermagem das instituições de longa permanência de idosos (ILPI) para o enfrentamento da disseminação da COVID-19. [Internet]. 2020. [acesso: 05 abr. 2020]. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/03/DCEG-ABEn_Informe_COVID-19-ILPI.pdf
9. Hammerschmidt KSA, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. Cogitare enferm [Internet]. 2020 [acesso 2020 Jun 8]; 25(1): 1-10. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1095404/72849-288133-1-pb.pdf>
10. World Health Organization. Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19. Geneva: Interim guidance of World Health Organization. 2020;(March):1–5
11. Uehara CA, Berkenbrock I, Herédia VBM, Bandeira R, Kairalla M, Gomes DA, et al. Posicionamento sobre COVID-19. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBBG. [Internet]. 2020. [acesso em 08 jul 2020]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/posicionamento-sobre-covid-19-sociedade-brasileira-degeriatria-e-gerontologia-sbgg-atualizacao-15-03-2020/>.
12. Kreuz G, Franco MHP. Diretivas antecipadas de vontade: bioética e envelhecimento. In: Corradi-Perini C, Pessini L, Souza W. Orgs. Bioética, humanização e fim de vida: novos olhares. Curitiba: CRV; 2018. p. 73-92
13. Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. Rev. bioét. (Impr.). 2013 [acesso 2020 jul 16]; 21 (3): 463-76 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a11v21n3.pdf>
14. Reis RD, Garcia Andrade AM, Silva JV da. Cuidados paliativos a pessoa idosa com demência. Rev iberoam bioét[Internet]. 2020 [acesso 2020 jun 12]; (12): 01-11. Disponível em: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/12091>

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c11>

PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA COVID-19 EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: O IDEAL E O POSSÍVEL

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte^I

ORCID: 0000-0003-3933-2179

Helena Akemi Wada Watanabe^I

ORCID: 0000-0002-3951-9091

Luciana Mitsue Sakano Niwa^I

ORCID: 0000-0002-9342-7454

Pamella Cristina de Carvalho Lucas^I

ORCID: 0000-0003-3661-3290

Caren da Silva Jacobi^{II}

ORCID: 0000-0002-8917-6699

Daniela Aparecida da Silva Rebouças Marcos^{III}

ORCID: 0000-0002-6508-8352

Shirley da Rocha Afonso^{IV}

ORCID: 0000-0003-1824-0451

^I Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{III} Residencial Israelita Albert Einstein. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{IV} Centro Paula Souza. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autor Correspondente:

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte
E-mail: yedausp@gmail.com



Como citar:

Duarte YAO, Watanabe HAW, Niwa LMS, Lucas PCC, Jacobi CS, Marcos DASR, et al. Plano de contingência para covid-19 em instituições de longa permanência para idosos: o ideal e o possível. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 67-74. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c11>

INTRODUÇÃO

Em 21 de junho de 2020 o Brasil acumulou 1.086.990 casos de infecções pelo novo Coronavírus com 50.659 mortes registradas oficialmente; três em cada dez casos no mundo são do Brasil⁽¹⁾. A taxa de mortalidade entre pessoas idosas é mais elevada quando comparada com outras faixas etárias, e dentro do próprio segmento idoso, verifica-se que é ainda mais elevada entre os idosos mais longevos (≥ 75 anos). Em 02 de abril foram registrados 242 óbitos por COVID-19 em pessoas ≥ 60 anos⁽²⁾, em 25 de maio, 12.574 óbitos, 69,4% do total de mortes no país⁽³⁾ mostrando um crescimento de 5,2% das mortes de pessoas idosas em 53 dias.

Nas Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPIs), antigamente denominadas “asilos”, residem pessoas idosas, a maioria ≥ 80 anos, com multimorbidades (duas ou mais doenças crônicas simultâneas) e frágeis, constituindo, assim, um grupo de elevadíssimo risco para contrair a doença e morrer. Trata-se de uma residência coletiva que concentra uma população altamente vulnerável e, devido à proximidade, compartilhamento de espaços e contato com profissionais com circulação externa a ela é um ambiente de alto risco de alastramento rápido da infecção^(2,4,5). São equipamentos da Assistência Social não tendo, em sua maioria, estrutura ou recursos humanos específicos para oferecer cuidados de saúde a seus residentes.

Ainda não se sabe ao certo quantas instituições existem no país. Censo realizado pelo IPEA em 2010 indicava a existência de cerca de 90.000 idosos vivendo nas 3600 instituições ou cerca de 1% da população idosa do país. Inquérito nacional sobre as ILPIs vinculadas ao SUAS, realizado entre 2016 e 2018, mostrou que aproximadamente 51 mil pessoas idosas viviam nas ILPIs públicas e filantrópicas sendo 65% semidependentes ou dependentes e, portanto, frágeis. Hoje esse número chega a 78 mil pessoas idosas⁽⁶⁾.

As ILPI não são consideradas equipamentos de Saúde, mas da Assistência Social, com interesse da Saúde; públicas



e privadas, com ou sem fins lucrativos, possuem equipes diversificadas, com ou sem profissionais da área de saúde. São regidas pela RDC 284/2005⁽⁷⁾ que prevê um quadro mínimo de recursos humanos, onde, apenas o responsável técnico e o profissional de lazer têm como pré-requisito formação de nível superior.

Assim, muitas instituições não possuem recursos humanos qualificados, materiais e equipamentos, bem como instalações adequadas para o atendimento de pessoas idosas acometidas por COVID-19^(3,4). A capacitação dessas equipes torna-se um grande desafio, mas necessária para prevenir e controlar a contaminação dos residentes, dos trabalhadores que atuam no contato direto com a pessoa idosa e dos profissionais dos serviços de apoio. Inúmeros materiais sobre prevenção e controle da COVID 19 nesses locais foram elaborados pelo Ministério da Saúde, pelas sociedades científicas, e Vigilâncias Sanitárias de alguns estados e a própria ANVISA buscando auxiliar no controle da pandemia.

Mesmo com o avanço da pandemia no Brasil, não há dados específicos, em nível nacional ou local, sobre casos e óbitos nas ILPIs o que é frequentemente divulgado pela imprensa são casos pontuais. As possíveis fontes de contaminação nesses locais são as pessoas externas, como visitantes, voluntários ou funcionários que, frequentemente, trabalham em outras instituições ou hospitais, e adentram ao local. Como uma medida protetiva, a maioria das ILPIs restringiu as visitas e a saída das pessoas idosas, suspendeu atividades voluntárias e estágios, mas, mesmo assim, isso não impediu sua contaminação.

Europa e Estados Unidos registraram 30 a 50% de óbitos por COVID 19 nas ILPIs. Essas notícias geraram uma enorme preocupação entre os profissionais, familiares e residentes das ILPIs em nosso meio que, de diferentes formas, buscaram se organizar para evitar a ocorrência de um gerontocídio (genocídio de idosos) local.

As normas preveem o isolamento dos residentes com suspeita ou confirmação de COVID 19, na própria ILPI, entretanto a maioria delas não têm estrutura física, nem quadro de pessoal capacitado para o cuidado de pessoas nessas condições. Uma medida necessária e urgente é que cada instituição conheça a estrutura de apoio que a cerca, identificando os serviços de saúde de referência e estabelecendo um plano de ação conjunto com a autoridade sanitária local, incluindo as tratativas para o transporte de possíveis infectados.

Em instituições onde o isolamento é inviável, deve ser pactuado com os serviços de saúde locais, um fluxo de atendimento para remoção dos casos/suspeitos, para um leito de saúde onde receberão os devidos cuidados e, assim, diminuirá a possibilidade de alastramento da contaminação local. A testagem de casos suspeitos deve ser, também, pactuada. Pessoas com potencial para desenvolver quadros mais graves da doença têm prioridade no atendimento e testagem para o vírus. Diante do resultado positivo para COVID-19 obtido por meio do teste RT-PCR ou imunoglobulina é recomendável a testagem de todos os residentes e funcionários da ILPI^(2,4).

É mister a criação de um plano de contingência da doença, adequado às especificidades de cada instituição e a intensificação da higienização das mãos e de práticas sanitárias. Para isso, torna-se necessária a desinfecção de superfícies em áreas comuns, dormitórios e utensílios, a disponibilização de lavatórios com insumos (água tratada, sabonete líquido, papel toalha e lixeira com pedal) e dispensadores de álcool em gel 70% abastecidos em pontos estratégicos da ILPI, como corredores, recepção, refeitório, dormitórios e áreas comuns⁽⁵⁾.

Os profissionais que atuam em contato direto com os residentes bem como as equipes de apoio, como recepcionistas, copeiras, manutenção e auxiliares de serviços gerais devem ser orientados a higienizar as mãos com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica 70%. Tais equipes carecem de equipamentos de proteção individual (EPI): gorro (para procedimentos que geram aerossóis), óculos de proteção ou protetor facial (face shield); máscaras descartáveis e avental impermeável. Para copeiras e auxiliares de serviços gerais, devem ser disponibilizadas luvas de borracha e botas impermeáveis com cano longo e, para os profissionais de saúde, quando existirem, ao realizar aspiração orotraqueal ou outros procedimentos que gerem aerossóis, substituição da máscara cirúrgica pela N95/PPF2 ou equivalente^(2,4). A oferta de EPIs precisa ser em quantidade e qualidade suficientes e os profissionais necessitam de treinamentos e capacitações repetidas, além de monitoramento, sobre paramentação e desparamentação pois essa não costuma ser uma prática habitual em muitas ILPIs.

Devido a heterogeneidade de recursos humanos, de estruturas e de demanda de cuidados nas ILPI no Brasil, esse trabalho busca auxiliar os profissionais envolvidos e atuantes nas ILPIs na execução do plano de contingência prevendo ações planejadas e sistematizada para aplicação a realidade dos cenários existentes.

OBJETIVO

Discorrer sobre a organização do fluxo de ações para o enfrentamento da COVID-19 nas ILPIs no Brasil.

MÉTODOS

Reflexão crítica embasada em situação vivenciadas nas ILPIs fundamentadas em publicações nacionais e internacionais sobre a temática. As reflexões propostas buscam nortear o reordenamento das ILPIs e versam sobre a organização de um plano de contingência, orientação aos residentes, familiares, treinamento e capacitação dos trabalhadores da instituição e fluxo de atendimento.

RESULTADOS

Busca-se, nesse momento, nortear o reordenamento das ações assistenciais nas ILPIs frente a pandemia. Desse modo, um plano de contingência deverá ser elaborado de modo a nortear as ações em casos suspeitos e positivos para COVID-19. A identificação precoce dos sinais e sintomas são diferenciais importantes na tomada de decisão lembrando, aqui, que as pessoas idosas podem apresentar sinais e sintomas obscuros, atípicos ou inexistentes e, assim, podem não apresentar os sinais e sintomas classicamente associados à infecção pelo coronavírus, em especial febre. Qualquer queixa deve ser valorizada e qualquer alteração de comportamento deve ser um sinal de alerta.

O plano de contingência das ILPIs, incluindo medidas preventivas, deverá ser traçado em conjunto com a autoridade sanitária local. Nas instituições onde não houver casos suspeitos ou diagnosticados da doença busca-se evitar, ao máximo, a contaminação local. Deve ainda estabelecer as ações para o cuidado dos casos suspeitos, diagnosticados e para os que retornarem à ILPI após a alta hospitalar. Deve, ainda, prever ações relacionadas aos funcionários que forem contaminados considerando seu afastamento e seu retorno à instituição.

Orientação aos residentes, familiares e trabalhadores da instituição

- Identificar os funcionários que compõem o grupo de risco (idosos, pessoas com comorbidades. Esses devem ser, preferencialmente, afastados, mas, se isso não for possível, devem ser realocados para funções que evitem o contato com os residentes além de ser garantida a disponibilização de EPIs;
- Restringir visitas, estágios e voluntariado como medida de proteção aos residentes;
- Avaliar se a estrutura física da instituição permite o estabelecimento de espaços para isolamento respiratório e, se existir, deixá-lo organizado para esse fim;
- Estabelecer fluxos internos (fornecedores, materiais, alimentos, roupas) e externos (transporte, transferência para instituições de saúde referenciadas para a pandemia).

Treinamento e capacitação dos funcionários para atuação nesse momento:

Estrutura de planejamento e tomada de decisão:

- Identificar e listar os idosos com diretivas antecipadas de vontade e rediscuti-la com o próprio idoso (quando em condições físicas e cognitivas para isso) e com seus responsáveis a fim de facilitar a tomada de decisão em situações críticas. Ressalta-se que as diretivas em questão foram elaboradas para outras

situações e devem ser revistas nesse momento para as condições da pandemia pois trata-se de doença tratável com possibilidade de cura;

- Reavaliar os fluxos de atendimento às urgências e emergências e disponibiliza-los à equipe assistencial promovendo segurança e agilidade dos atendimentos;
- Formar um comitê destinado ao alinhamento dos fluxos assistenciais, administrativos e operacionais que envolva Gestores e Equipe Multidisciplinar;
- Estabelecer um interlocutor para conversar com as famílias e/ou responsáveis pelo residente.

Estrutura de suprimentos e recursos físicos

- Dimensionar a necessidade de suprimentos (alimentos, insumos, medicamentos);
- Realizar pedidos semanais de insumos para higiene e EPIs para precaução de contato e aerossóis;
- Fazer uma planilha semanal para balanço entre estoque, consumo e requisições;
- Redimensionar e ampliar os locais onde serão dispostos álcool gel e máscaras descartáveis: recepção, corredores, quartos dos idosos, elevadores, áreas administrativas e assistenciais;
- Incentivar e monitorar o uso de álcool gel e EPIs pelos colaboradores e residentes;
- Realizar campanhas de incentivo à higienização das mãos e uso de álcool gel;
- Treinar e capacitar os profissionais das ILPIs sobre as medidas de prevenção e contenção da COVID-19 inerente à sua rotina de trabalho permitindo a compreensão rápida, apreensão significativa e aplicação prática em seu cotidiano;

Cuidados Assistenciais:

As ações de prevenção deverão ser instituídas desde a portaria, sendo necessária aferição de temperatura com termômetro infravermelho em todos os colaboradores e visitantes. Se apresentar temperatura maior ou igual a 37,5°C será realizada dupla checagem com termômetro digital axilar. Caso o valor da temperatura persista não será permitida a entrada do transeunte e o mesmo deverá ser orientado a procurar o serviço de saúde de apoio para ser avaliado.

Durante essa abordagem os transeuntes serão orientados quanto a higienização correta das mãos e cuidados com a máscara. Calçados devem ser higienizados antes de entrarem na instituição ou devem ser fornecidos propés descartáveis. Devem ser disponibilizados materiais de limpeza para desinfecção de bolsas, sacolas e pertences antes de adentrar a instituição e, após higienização, os mesmos deverão ser colocados em armário localizado em área destinada a esse fim.

É necessário rever a reorganização dos quartos dos residentes e do refeitório, procurando manter uma distância de 2 metros entre eles. Evitar o compartilhamento de escovas de dentes, talheres, pratos, bebidas, toalhas ou roupas de cama. Talheres e pratos devem ser higienizados com água, sabão e poderão ser reutilizados. Banheiros devem ser limpos e desinfetados pelo menos uma vez ao dia.

A equipe assistencial deverá ser monitorada rigorosamente. Na presença de qualquer sintoma, o colaborador deve ser imediatamente encaminhado para o serviço saúde de referência da região para realização de teste COVID-19 devendo ficar afastado até seu resultado e, caso seja positivo, deverá ser afastado seguindo as orientações das autoridades sanitárias. Seu retorno só deve ocorrer após realização de novo teste com resultado negativo e autorização de referência médica do território.

A instituição deve possuir local para que os funcionários se troquem e se higienizem ao chegarem ao trabalho, visando a descontaminação preventiva. Somente após esse procedimento é que poderão entrar em contato com os residentes.

Em decorrência da restrição protetiva proibindo as visitas de familiares ou amigos, as ILPIs devem providenciar estratégias alternativas como o uso de tecnologias (smartfones ou tablets) para realização de “visitas virtuais”.

Aquelas que não dispuserem de tais equipamentos ou apresentam alterações na visão, audição ou motricidade fina poderão utilizar telefones fixos da própria ILPI, com agendamento prévio de horário com a família para a pessoa idosa ser contactada e os equipamentos da administração, como, por exemplo, computadores, que devem ser disponibilizados para esse fim.

Algumas instituições derrubaram seus muros que foram substituídos por grades para, dessa forma, permitir que os residentes vissem e conversassem com seus parentes mantendo distanciamento seguro. Em outras, o contato visual ou abraço dos idosos em familiares vem ocorrendo com a utilização de cortinas de plástico transparente com proteção de braços e mãos. Esta forma de contato precisa ser utilizada com cautela e, a cada idoso e familiar que se abraçam, o plástico deve ser reavaliado de forma a garantir a integridade do mesmo e deve ser realizada sua higienização com álcool 70% em ambos os lados.

Para que as pessoas idosas possam continuar a tomar sol em espaços comuns, torna-se necessária a criação de um cronograma com distribuição de horários para esta atividade entre os residentes, preservando sempre o distanciamento.

É importante salientar que essas medidas restritivas são medidas de proteção para evitar a contaminação dos residentes. Caso os familiares decidam levar o residente para suas casas devem ter ciência que ele deverá permanecer por lá, pois poderá ser contaminado e se tornar um risco para outros residentes em seu retorno. Caso isso ocorra, deverá permanecer em isolamento até a realização de teste COVID-19 com resultado negativo ou, quando isso não for possível, permanecer em isolamento por 14 dias com monitoramento de sintomas.

Um grande desafio é tratar do idoso portador de alterações cognitivas com preservação motora visto que poderá não compreender as medidas preventivas ou a necessidade de isolamento. Eles demandarão maior esforço assistencial para vigilância e monitoramento.

Fluxo de atendimento ao residente:

A detecção precoce de sinais e sintomas é imprescindível para que a abordagem seja eficaz e assertiva. Os idosos com sintoma(s) gripal(is) (tosse, coriza, dor de garganta, febre) ou com alteração de comportamento ou de seu quadro de saúde devem:

- Permanecer em seu quarto de origem, com ambiente arejado e com medidas de precaução aérea e de contato;
- Avisar a unidade de saúde de referência para avaliação e realização de teste COVID-19; O diálogo com a Atenção Básica no território tem permitido a presença do médico em alguns turnos na ILPI, como uma medida preventiva e pró-ativa.

No caso da ILPI que contar em seu quadro de RH com médicos, deverá ser solicitada a avaliação do(s) residentes sintomáticos e providenciada a testagem; preferencialmente, na ILPI, evitando-se a exposição do idoso ao risco de contaminação em ambientes externos (laboratórios ou hospitais).

- Encaminhar rapidamente o residente para a referência hospitalar da região caso apresente piora no quadro clínico;
- Se, no 1º teste dos sintomáticos o resultado for negativo, deve-se realizar o teste de contraprova antes de suspender as medidas de precaução aérea e contato;
- Se o resultado do teste for positivo para COVID-19, transferir o residente idoso para o local preparado para atendimento dos casos específicos de COVID-19 na ILPI (se houver) ou, preferencialmente, providenciar sua transferência para a unidade de saúde referência de tratamento de casos positivos, no território. Deve ser rapidamente providenciado um levantamento dos contatos do caso positivo que devem ser testados e monitorados rigorosamente.

Reconhecendo-se que a população idosa residente em ILPI, dada sua maior vulnerabilidade, é considerada de alto risco para desenvolver infecção pelo coronavírus, caso entrem em contato com o vírus, torna-se importante planejar uma infraestrutura para possíveis casos confirmados da COVID-19. Através de uma área exclusiva para a assistência aos idosos, caso não seja possível transferi-los para uma unidade de saúde referência para tratamento desses casos, pois, embora não seja a melhor opção, é a mais indicada nessas circunstâncias.

Caso a transferência para uma unidade de saúde não seja imediata ou, não seja possível, deve-se escolher uma área na ILPI de fácil acesso aos elevadores (caso existam) e, o mais importante, com acesso restrito. Deve-se organizar uma antessala com pia e torneira e toalhas de papel, local para acondicionamento de EPIs: máscara N95, gorro, luvas descartáveis, avental descartável, e álcool gel. O número de quartos disponíveis será definido através da estrutura física de cada instituição. Nessa área, os quartos devem ser privativos com identificação na porta sinalizando precaução respiratória e de contato, com pia e *dispenser* de álcool gel. A paramentação para os colaboradores nesse ambiente deverá ser gorro, propé, óculos de proteção, máscara N95 e roupa privativa. Os aventais deverão ser utilizados somente dentro dos quartos onde deverá haver um hamper para que todas as roupas contaminadas, não descartáveis, sejam colocadas e, posteriormente retiradas pela equipe de apoio com as precauções para materiais contaminados.

O isolamento do residente contaminado deve ter duração de 14 dias e recomenda-se evitar rodízio da equipe assistencial. O residente necessita de atendimento de equipe de saúde que deve monitorá-lo diariamente para intervir, rapidamente, caso haja qualquer agravamento do quadro clínico. Após 14 dias e ausência de sintomas, deve-se providenciar a realização de novo teste para COVID-19, antes de liberá-lo do isolamento.

Nos casos em que o banheiro for compartilhado sem possibilidade de exclusividade aos infectados, a pessoa idosa em isolamento deve ser a última a realizar a higiene corporal e imediatamente após, é necessária a desinfecção do local. Quando estas opções não são viáveis o isolamento pode ocorrer fora da instituição, em hospital ou local específico destinado a receber esta população⁽⁴⁾.

Além do treinamento presencial com toda equipe assistencial e de apoio devem ser disponibilizados impressos informativos quanto à correta paramentação e desparamentação, uso correto da máscara e *face shield*, periodicidade da desinfecção de equipamentos de enfermagem e recursos gerais deste local tais como termômetro, aparelho de PA, entre outros.

Fluxo estabelecido para tratativa de óbitos relacionados a pacientes com suspeita/confirmação COVID-19

A equipe assistencial deverá estar devidamente treinada quanto a paramentação e desparamentação bem como cuidados com o corpo após óbito.

O óbito deverá ser notificado às autoridades sanitárias e devem ser preenchidas Ficha de Investigação; Questionário de Autopsia Verbal além do Atestado de óbito. A orientação do Ministério da Saúde recomenda a não realização de velórios e funerais durante a pandemia da Covid-19 devido à aglomeração de pessoas em ambientes fechados⁽⁸⁾.

Em se tratando de caso suspeito de COVID-19, o médico atestante deve notificar a equipe de vigilância em saúde imediatamente após a informação do óbito. O corpo deverá ser retirado da ILPI, observando as medidas de precaução individual e deverá estar envolto em lençóis e em bolsa plástica para impedir o vazamento de fluidos corpóreos. O quarto do residente falecido deverá ser desinfectado (uso de solução clorada 0,5% a 1%) e arejado.

Cuidados com a equipe assistencial e de apoio

Se a ILPI possuir um local exclusivo para isolamento de casos/suspeitos de COVID-19, uma equipe assistencial exclusiva para atendimento dos residentes deve ser providenciada. Essa deverá ser monitorada e acompanhada pela administração da instituição que deve apoiá-la tanto no aspecto técnico quanto emocional.

Recomenda-se conversas semanais com a equipe assistencial e de apoio visando reforçar as orientações e identificar sobrecarga. Deve-se reforçar as recomendações relativas às precauções e monitorar a existência de contaminação entre eles. É possível afirmar que muitos funcionários mantêm o conhecimento sobre as medidas de prevenção do COVID-19. No entanto, inerente à sua rotina de trabalho acaba por ignorar todos os procedimentos necessários para controlar a infestação viral. Tal condição evidencia a oportunidade de se repensar o processo de educação continuada dos colaboradores, e avaliar condições de saúde física, mental e emocional do colaborador.

Os planos de capacitação técnicas devem incluir o conhecimento teórico e técnico a respeito das medidas de contenção da contaminação de COVID-19. Necessitam permitir a compreensão rápida e a apreensão significativa de todas as etapas de prevenção da contaminação. Ou seja, os treinamentos necessariamente precisam ter momentos de apreensão do novo conhecimento, reflexão sobre a relação teórica e a observação na realidade e desenvolvimento do hábito por meio da prática em campo. Outro aspecto importante a considerar é o tipo de treinamento e o momento de prevenção da contaminação, concentrando a orientação na atribuição de trabalho do funcionário da instituição.

É preciso realizar treinamentos específicos para cada área de trabalho e, para isso, o gestor necessita refletir sobre qual ação de trabalho é executada em determinado setor e qual etapa de prevenção precisa ser concentrada. É importante destacar que, os treinamentos e as medidas de educação continuada para todos os membros do quadro de funcionários da ILPI são planos eficazes para manter uma equipe de trabalho sincronizada às rotinas de trabalho e sintonizada na identificação de situações potencialmente contaminantes e, portanto, elaborar um plano de contingência contribuirá para minimizar a transmissão da COVID-19.

Na ocorrência de casos suspeitos/positivos entre os funcionários, eles devem ser encaminhados ao serviço de saúde de referência para testagem e, devem ser imediatamente afastados enquanto aguarda o resultado. Se o resultado for positivo deverá ser orientado a ficar 14 dias em isolamento sendo monitorado, diariamente, via telefone e/ou telemedicina quando disponível. Os idosos que estavam sob seus cuidados deverão ser isolados e testados. Após 14 dias repete-se o teste, se negativo coleta-se outro após 24h, se o 2º resultado for igualmente negativo deve-se aguardar liberação médica para retornar ao trabalho. Se permanecer positivo após 14 dias repete-se o teste entre 5 e 7 dias. Todos devem ser orientados que, em caso de alterações no quadro clínico, devem dirigir-se ao hospital de referência para avaliação e tratamento adequados.

Resalta-se que as informações assistenciais /clínicas são confidenciais e, assim, não devem ser comentadas com outros residentes e/ou colegas de trabalho. A administração da ILPI é responsável pela elaboração, monitoramento e controle dos casos suspeitos, confirmados, negativados e óbitos tanto entre os residentes quanto entre os colaboradores. As notificações devem ser realizadas aos órgãos sanitários fiscalizadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ILPI estão se esforçando para a realização de boas práticas no enfrentamento da pandemia de COVID-19. Numerosas exigências são acrescidas diariamente para um serviço que, cotidianamente, está sobrecarregado, caso de diversas ILPI filantrópicas sem fins lucrativos. Contudo a necessidade de um plano de ação voltado a prevenção e um plano de contingência para os casos da COVID-19 são fundamentais para garantir a segura e proteção dos idosos e evitar a ocorrência de um gerontocídio como o noticiado em outros países.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional do Secretários de Saúde. Painel CONASS COVID-19. [Acesso em: 21 junho 2020]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. COE-COVID-19. Boletim epidemiológico 6. 3 de Abril de 2020. Disponível em: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/03/BE6-Boletim-Especial-do-COE.pdf> (a)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. COE-COVID-19. Boletim Epidemiológico Especial 17. 25 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/29/2020-05-25---BEE17---Boletim-do-COE.pdf> (b)
4. Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos. Giacomini KC (coord). Instituições de Longa Permanência para Idosos e o enfrentamento da pandemia de COVID-19: subsídios para a Comissão de Defesa dos Direitos do Idoso da Câmara Federal – Relatório técnico. Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília: abril, 2020. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Relato%CC%81rio-final-FN_fichaC.pdf (a)
5. Nunes VMA et al. COVID-19 e o cuidado de idosos: recomendações para Instituições de Longa Permanência [Internet]. Natal, RN: EDUFRRN, 2020 [citado 2020 Jun 12]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/28754>.
6. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Rev Bras Estud Popul 2010;27:232–5. doi:10.1590/S0102-30982010000100014
7. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada Nº 283 de 26 de setembro de 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html
8. Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos RODRIGUES RAP (Coord) Boas Práticas para as Instituições De Longa Permanência Para Idosos no Enfrentamento da Pandemia de COVID 19: estratégias e protocolos. Maio, 2020. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/06/FN-BOAS-PRA%CC%81TICAS-FICHA-C.pdf> (b)

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c12>

EXPERIÊNCIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA COVID-19 EM UMA UNIDADE ABRIGO - ILPI PÚBLICA DE FORTALEZA-CEARÁ

Maria Célia de Freitas^I

ORCID: 0000-0003-4487-1193

Sarah Lídia Fonteles Lucena^I

ORCID: 0000-0002-3520-3081

Maria Vilani Cavalcante Guedes^I

ORCID: 0000-0002-6766-4376

Lucia de Fatima da Silva^I

ORCID: 0000-0002-3217-3681

Lohana Martins Vasconcelos Gomes^{II}

ORCID: 0000-0001-6377-7915

Terezinha Almeida Queiroz^I

ORCID: 0000-0002-1848-8564

^IUniversidade Estadual do Ceará.
Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{II}Unidade de Abrigo Olavo Bilac da Secretaria de Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos do Ceará.
Fortaleza, Ceará, Brasil.

Autor Correspondente:

Maria Célia de Freitas
E-mail: celia.freitas@uece.br



Como citar:

Freitas MC, Lucena SLF, Guedes MVC, Silva LF, Gomes LMV, Queiroz TA. Experiências de prevenção e controle da covid-19 em uma unidade abrigo - ilpi pública de Fortaleza-Ceará. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 75-82. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c12>

INTRODUÇÃO

Diante do contexto, atual, de luta para prevenção e controle de infecção por coronavírus (SARS-cov-2), além das incertezas geradas pela potencialidade de transmissão do vírus, as preocupações com os idosos pela sua vulnerabilidade, preocupam pessoas do mundo inteiro, pois o vírus tem alto poder de contágio, persistindo por horas a dias nas superfícies⁽¹⁻²⁾.

A síndrome respiratória aguda por coronavírus 2 (SARS-CoV-2) é um betacoronavirus que tem o poder de infectar seres humanos. A disseminação de pessoa a pessoa foi confirmada em contexto comunitário e de assistência à saúde, com transmissão local relatada em muitos países. Casos assintomáticos têm desempenhado papel relevante na cadeia de transmissão do vírus e chegam a ser responsáveis por até dois terços das infecções⁽¹⁻²⁻³⁾.

As estimativas atuais do período de incubação variam de 1 a 14 dias, segundo a Organização Mundial de Saúde e os Centros de Controle de Prevenção de Doenças dos EUA. Estima-se que o período de incubação médio de incubação seja de, aproximadamente, 5 dias. A transmissão pode ser possível durante o período de incubação⁽¹⁾.

Foram detectadas cargas virais altas em *swabs* de nariz e garganta logo após o início dos sintomas, e acredita-se que o padrão de eliminação de partículas virais seja similar ao dos pacientes com gripe (influenza). Constatou-se que um paciente assintomático tem carga viral similar quando comparado a paciente sintomático. A duração média da eliminação de partículas virais é de cerca de 20 dias nos sobreviventes⁽¹⁾.

No tocante ao extrato populacional de idosos, mais vulnerabilidade às formas severas da doença e com maior mortalidade, deve-se atentar, em especial, para aqueles idosos frágeis, portadores de comorbidades e residentes nas Instituições de Longa Permanência (ILPI). Os mesmos, necessitam de cuidados preventivos de combate a infecção. Esses cuidados devem ser efetivos, visto que a mortalidade



umenta linearmente com a idade, sendo de 3,6% na faixa etária entre 60-69 anos, de 8% entre 70-79 anos e de 14,8% nos longevos, aqueles com 80 anos e mais⁽⁴⁾.

A Organização Mundial de Saúde descreve a classificação clínica da COVID-19⁽⁵⁾: - Os pacientes com infecção viral do trato respiratório superior não complicada podem apresentar sintomas inespecíficos como: febre, fadiga, tosse (com ou sem produção de escarro), anorexia, mal estar, dor muscular, faringite, dispnéia congestão nasal ou cefaleia. Raramente, os pacientes também podem apresentar diarreia, náuseas e vômitos; - Pacientes idosos e/ou imunossuprimidos podem apresentar sintomas atípicos; e- Pneumonia sem necessidade de oxigênio e pneumonia grave com necessidade de oxigênio (FR \geq 30 respirações/minuto; dificuldade respiratória grave; SpO₂ \leq 93% em ar ambiente e febre).

Assim, juntamente com uma equipe da ILPI/Unidade de Abrigo buscou-se elaborar estratégias na prevenção e controle de infecções por coronavírus (SARS-COV-2). Na busca pela possibilidade de esclarecer os trabalhadores de saúde na realização dos cuidados aos idosos, bem como o comitê gestor de adotar medidas para promover a segurança dos idosos e dos próprios trabalhadores para prevenção e controle do coronavírus. Tais recomendações que abrangessem o ambiente de convivência dos idosos, o administrativo, e o estímulo ao imperioso autocuidado, educando o idoso residente com uma das metas.

OBJETIVO

Relatar a experiência de capacitação dos trabalhadores de uma Instituição de Longa Permanência/Unidade de Abrigo da cidade de Fortaleza-CE, sobre ações de prevenção e controle de infecção por coronavírus (SARS-COV-2).

MÉTODOS

Revisão da literatura de artigos científicos nacionais e internacionais e protocolos disponíveis desde janeiro a maio de 2020. Organizou-se os dados obtidos por temáticas que permitissem melhor compreensão das ações de cuidados propostas por uma unidade pública de ILPI, denominada Unidade de Abrigo Olavo Bilac da Secretaria de Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos do Ceará.

Ressalta-se que os idosos que residem na referida ILPI/ Unidade de Abrigo, estão em situação de maior vulnerabilidade à infecção por COVID-19 pelos seguintes motivos:

- São admitidos por severas vulnerabilidades familiar e social;
- São idosos: vulneráveis; em risco de fragilização; frágeis; frágeis de alta complexidade; frágeis em fase final de vida (segundo escala visual de fragilidade)⁽⁶⁾;
- Estão acometidos com comorbidades em estágios avançados;
- Mantêm contato próximo com outras pessoas como; profissionais, cuidadores, estudantes, residentes, voluntários e outros colaboradores.

Passam muito tempo em ambientes fechados (quartos) e com outros idosos, igualmente, vulneráveis e frágeis

RESULTADOS

Nas discussões para prevenir e controlar a pandemia ocasionada pelo coronavírus a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicaram normas técnicas orientadoras, como também as sociedades científicas, a serem adotadas no cuidado a pessoas acometidas pela COVID-19, em especial, os idosos residentes em instituição de longa permanência.

Recomendações gerais⁽⁷⁻⁸⁾

1. Cabe à instituição fornecer Equipamento de Proteção Individual para os funcionários;

2. Não será permitido o uso de toalha de pano em banheiro coletivo e/ou sabão sólido;
3. Solução de álcool gel 70% deverão estar disponíveis nos corredores em recipientes apropriados, nas salas de espera, sala da administração, corredores e dormitórios para higienização das mãos de todos que circularem pelos ambientes;
4. Manter ventilação natural nos ambientes e diminuir o uso de condicionadores de ar e/ou ventiladores, usar quando estritamente necessário;
5. Restringir as visitas dos familiares dos idosos às instituições por tempo indeterminado; em caso de insistência do idoso para receber a visita de seus familiares, manter as devidas medidas preventivas antes de encaminhar o familiar para o contato do idoso, medir a temperatura;
6. Restringir a visita de profissionais que prestam serviços periódicos e voluntários, como, por exemplo, cabeleireiros, grupos religiosos, dentre outros. Caso seja estritamente necessário, a direção juntamente com os profissionais da enfermagem deve certificar-se que nenhuma dessas pessoas apresente sintomas de infecção respiratória, antes mesmo que essas pessoas entrem em contato com os idosos. Deve-se avaliar a temperatura e observar sinais de tosse diariamente;
7. Recomenda-se afastamento de profissionais com sintomas respiratórios mesmo antes da identificação do COVID-19. O mesmo deverá procurar atendimento em unidade de saúde mais próxima de seu domicílio para definição de condutas, encaminhamentos e isolamento;
8. Restringir atividades em grupo e circulação nas áreas coletivas;
9. Realizar atividades de treinamento para educação em saúde para os profissionais da área de saúde (PAS) da instituição e residentes sobre as medidas preventivas (higienização das mãos, uso de álcool em gel) e utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs), se necessário;
10. Monitorar e reforçar a limpeza dos ambientes, incluindo limpezas terminais nos quartos;
11. A instituição deve se manter ventiladas e os aparelhos de ar condicionados com filtros limpos serem ligados em caso de extrema necessidade;
12. Reduzir o tempo dos residentes nas áreas comuns da instituição para evitar aglomerações, garantindo a distância mínima de 1,5 metro;
13. Os idosos antes de sair do quarto devem realizar higienização das mãos com água e sabão e/ou álcool em gel e após deve ser feita a higienização e desinfecção do ambiente utilizado pelo idoso;
14. Na porta do quarto deve-se colocar uma lixeira com tampa e pedal, com saco plástico, para desprezar os EPIs antes de sair do quarto, e após a higienização das mãos; reforçar a higienização dos pacotes de alimentos antes e imediatamente após qualquer manuseio na cozinha;
15. Os utensílios utilizados pelos idosos residentes, especialmente, os dependentes grau II e III⁽⁹⁾, devem ser individualizados: pratos, copos e colheres dentre outros;
16. Maçanetas, corrimãos, poltronas, mesas e cadeiras de uso comum devem ser limpas regularmente com álcool a 70° ou uma solução desinfetante. Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência;
17. Todos os funcionários da ILPI/Unidade de Abrigo devem abrir maçanetas usando papel toalha ou os cotovelos;
18. Diariamente, todos que trabalharem na instituição (cuidadores, cozinheiros, auxiliar de serviços gerais e profissionais da saúde) devem medir a temperatura (uso do termômetro de testa), antes de começar o trabalho. Caso apresente sintomas como febre, dor de garganta, tosse, deve comunicar de imediato à administração da ILPI/Unidade de Abrigo para os devidos afastamentos de suas funções;
19. As lixeiras com tampa e pedal devem ser esvaziadas regularmente, sobretudo se contiverem lenços e materiais utilizados para expectoração ou higiene da tosse;
20. Nesse caso, é importante maior atenção à limpeza e desinfecção das superfícies mais tocadas (ex: maçanetas de portas, telefones, mesas, interruptores de luz, corrimãos e barras de apoio, dentre outros);
21. Os quartos dos idosos, realizar a limpeza e desinfecção, no mínimo duas vezes por dia;

22. Otimizar o processamento de roupas, colocando aquelas usadas por idosos com suspeita em saco plástico identificado e comunicar a lavanderia para lavagem em separado;
23. Otimizar, também, o processamento de roupas dos idosos não suspeitos de modo a não faltar; vestidos, calças, blusas, calcinhas, cuecas, lençóis, fronhas e travesseiros.
24. Orientar os entregadores das roupas lavadas para não as colocar no chão (ato da entrega das roupas limpas), mesmo estando em saco plástico. Este procedimento atenta-se para prevenir qualquer risco ao cuidador que vá manuseá-las e idosos que utilizar as roupas, visto que não se garante a presença de micro furos nos sacos utilizados.
25. Em todos os banheiros e lavatórios deve haver disponibilidade de sabão para higienizar as mãos, toalhas de papel e recipientes para lixo com tampa de abertura com pedal;
26. Supervisionar o fluxo do refeitório dos idosos residentes fazendo se possível, turnos para horários de refeições de forma a evitar aglomeração;
27. O material descartável usado deverá ser colocado em recipiente de resíduos com tampa e deve ser rotulado com avisos precisos de “material infectante”.
28. Avaliar sinais de Síndrome de *burnout* ou Síndrome do esgotamento da equipe atuante na pandemia, implementando estratégias para descompressão do profissional, a fim de reduzir os riscos à segurança dos residentes;
29. Atentar para as recomendações previstas na Norma Regulamentadora 32 (NR 32) para segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

Recomendações de limpeza e desinfecção de superfícies e espaços ⁽⁷⁻⁸⁾:

1. É fundamental garantir a limpeza adequada e frequente das superfícies e espaços; o procedimento para limpar e desinfetar superfícies e áreas de contato com o idoso será feito de acordo com a rotina usual de limpeza e desinfecção da IPLI/ Unidade de Abrigo;
2. A equipe de limpeza deverá receber treinamento e informações antes de fazer a primeira entrada no dormitório e deverá usar equipamento de proteção individual apropriado (gorro, máscara, luvas e botas);
3. O processo de limpeza e desinfecção de todas as superfícies deve ser realizado com álcool 70% para materiais de uso compartilhado ou hipoclorito de sódio a 1% (atenção para a superfície de metal). No caso de a superfície apresentar matéria orgânica visível, deve-se inicialmente proceder à retirada do excesso da sujidade com papel absorvente e posteriormente realizar a limpeza e desinfecção da área;
4. Realizar limpeza frequente de superfícies muito tocadas e equipamentos que sejam compartilhados (maçanetas, controles de TV; barras de proteção e corrimãos, mesas e cadeiras de plástico, bancos, cadeiras de rodas, lavabos, espelhos, dentre outros);

Recomendações aos profissionais ^(5,8):

1. Os profissionais ao entrarem na ILPI/Unidade de Abrigo devem higienizar as mãos, segundo a técnica e orientação corretas de lavagem das mãos. Devem secar as mãos após higienizada, com papel toalha (Para isso, não deixar faltar sabonete líquido e papel toalha – medida de responsabilidade da ILPI/ Unidade de Abrigo);
2. Os profissionais, somente, tenham contato com os idosos após trocar a roupa com a qual chegou por outra, assim como a troca de calçados, retirar relógios, anéis, outros adornos. Prender cabelos com touca protetora, manter unhas aparadas; paramentação adequada (usar os EPIs);
3. Após o uso de luvas a higiene de mãos é igualmente obrigatória; evitar tocar os olhos, nariz e boca sem lavar as mãos;
4. Se as mãos estiverem visivelmente limpas, a higiene das mãos poderá ser realizada com produtos de base alcoólica (álcool gel 70%). Se estiverem sujas ou manchadas com líquidos, deverá ser feita com água e sabão líquido;

5. Higienizar as mãos antes e imediatamente após qualquer toque no idoso residente, mesmo quando em uso de equipamento de proteção individual, a exemplo a luva. A luva deve ser de uso individual para o cuidado de cada idoso;
6. Evitar retirar a máscara durante as atividades com os idosos;
7. Nos momentos de ingestão de água e/ou alimentos, os cuidadores devem retirar a máscara (em tempo de uso menos de 4 horas), com as mãos higienizadas pela parte elástica e, colocá-la em área limpa. Concluída a ingestão de água e/ou alimento, lavar as mãos e recolocar a máscara pela parte elástica. Cuidado com a máscara abaixo do queixo e/ou recolocá-la no rosto sem antes higienizar as mãos;
8. Nas necessidades de ir ao banheiro, atenção na lavagem das mãos, antes e após o uso do sanitário e, não retirada da máscara;
9. Evitar manusear o celular durante a realização do cuidado ao idoso;
10. Evitar cumprimentos com os idosos residentes com beijos e/ou abraços;
11. Realizar a higienização das mãos com água e sabão líquido ou álcool gel 70% antes e após o contato com os idosos residentes, após contato com superfícies ou equipamentos contaminados e após a remoção do equipamento de proteção individual (EPIs);
12. O uso de luvas não isenta de higienização adequada das mãos após a remoção. As luvas sempre devem ser trocadas após uso individual e a higienização das mãos deve ser realizada após a remoção e antes de colocar novas;
13. Utilizar máscaras cirúrgicas nos cuidados diretos com os idosos;
14. Utilizar Máscaras de Proteção Respiratória N95 (PFF2) quando em procedimentos de risco, a exemplo, idoso com tosse com/sem secreção e/ou aqueles com dificuldades respiratórias por condição de adoecimento;
15. Não realizar aerossol nos idosos com dificuldade respiratória para evitar a fluidificação de micropartículas. Se necessário, o profissional de saúde, após avaliação, encaminhará para o atendimento médico;
16. A máscara deve ser sempre descartada a cada uso e as mãos higienizadas após descarte;
17. Após usar um lenço, jogue-o na lixeira com tampa e pedal, imediatamente, e lave as mãos;
18. Realizar higiene de pacotes e embalagens antes de entregar aos idosos;
19. Não compartilhar toalhas de banho, nos momentos de higiene, dos idosos, especialmente, os dependentes (usuários de cadeira de rodas e acamados);
20. Material utilizados para mudança de decúbitos dos idosos (rolos) devem ser higienizados diariamente;
21. Estetoscópio, esfigmomanômetro, aparelho de nebulização, termômetros, oxímetro de pulso. Estes devem ser desinfetados com álcool 70%, antes e após o uso;
22. Cuidar também da saúde mental dos idosos. A comunicação pessoal afetuosa pode aliviar a ansiedade. Tente manter as rotinas e a vida normal, guardadas as precauções citadas acima; além do atendimento pelos profissionais da saúde (Enfermagem; Fisioterapia; Fonoaudióloga, Médicos), utilizar a música para entretê-los, se possível;

Recomendações no cuidado aos idosos residentes⁽⁸⁾:

1. Orientar e estimular os residentes a realizar a higiene das mãos com água e sabonete líquido ou álcool gel a 70%, frequentemente.
2. Antes das refeições os idosos devem realizar a higienização das mãos com água e sabonete líquido ou higienizada com álcool gel 70%);
3. Caso o idoso residente não tenha autonomia para lavagem das mãos, esta deverá ser realizada pelo cuidador, devidamente paramentado;
4. Colocá-los para banho de sol em cadeira de rodas, obedecendo os critérios de distância mínima de 1,5 metro;
5. Se o idoso tossir ou espirrar, orientar a cobrir o nariz e a boca com o cotovelo flexionado ou lenço de papel. Utilizar lenço descartável para higiene nasal (descartar imediatamente após o uso e realizar a higiene das mãos).

6. Realizar a higiene das mãos após tossir ou espirar;
7. Na higiene, banho, usar sabonete líquido, toalha individual e trocar a roupa, diariamente;
8. Idosos em cadeira de rodas devem ser mantidos a distância de 1 metro e, a cadeira de rodas deve ser higienizada, diariamente, antes de colocar o idoso para sentar;
9. Idosos independentes devem ser orientados quanto a higiene geral, especialmente, das mãos e, ainda, como lavar e secar suas vestimentas e utensílios individuais;
10. As caminhadas dos idosos para áreas comuns devem ser restritas ao mínimo possível e, se necessário, o idoso deverá usar máscara cirúrgica;
11. Idosos que dividem dormitórios com quem apresentou sintomas não precisam ser realocados, pois se entende que já foram expostos e deverão ser cuidados conforme as orientações descritas; monitorar temperatura (atenção para variação de temperatura do idoso), e outros sinais de alterações respiratórias;
12. Deverá ser realizada vigilância ativa em busca de sintomas respiratórios nas unidades em caso de idosos com suspeita de coronavírus; monitorar temperatura com termômetro de testa;
13. Organizar áreas para isolamento respiratório do idoso residente sintomático, medindo temperatura (atenção para a variedade de temperatura no idoso), sinais de alterações respiratórias, observando perfusão tissular;

Recomendações no cuidado aos idosos residentes com quadro suspeito de covid-19^(5,8):

1. Realizar a notificação de todos os casos suspeitos de COVID-19 junto à vigilância sanitária do Estado/ Município;
2. Fazer isolamento em quarto com banheiro interno para o estabelecimento de precauções respiratórias de residentes sintomáticos, por no mínimo 14 dias;
3. Monitorar de perto pelos profissionais do serviço, durante as 24 horas, mantendo-se o devido cuidado com o uso dos EPI e a distância de mais de 1,5 metro entre o idoso. Se possível, deve-se definir profissionais específicos para o atendimento ao idoso com quadro suspeito ou confirmado de COVID-19.
4. Esses profissionais não deverão atender a outros idosos e devem evitar transitar nos locais onde encontram-se os demais idosos, principalmente quando estiverem usando os EPIs.
5. Os EPIs só devem ser utilizados enquanto os profissionais estiverem no atendimento direto ao idoso com suspeitos ou confirmados;
6. Monitorar, febre (considerando as alterações próprias do envelhecimento, com termômetro de testa) e, atentar para as alterações respiratórias;
7. Caso haja estabilidade clínica e não houver indicadores de gravidade, não transferir o idoso para o hospital/pronto atendimento, manter monitoramento. Evitar que o idoso deambule para áreas comuns;
8. Na avaliação diária, o idoso apresente asseveramento do quadro clínico, transferi-lo para hospital/pronto atendimento;
9. Otimizar o processamento de roupas, colocando aquelas usadas por idosos com suspeita em saco plástico identificado e comunicar a lavanderia para lavagem em separado.
10. Adotar precauções padrão + precauções para gotículas + precauções de contato no cuidado/atendimento a todos os residentes suspeitos ou com diagnóstico de COVID-19.
11. Os cuidadores e os profissionais de saúde que entrarem em contato ou prestarem cuidado aos residentes devem utilizar os seguintes Equipamentos de Proteção Individual (EPI): óculos de proteção ou protetor facial; máscara (N95-PFF2); touca cirúrgica; avental; luvas de procedimentos não estéril;
12. As pessoas responsáveis pela limpeza devem utilizar os seguintes EPIs durante a limpeza dos ambientes: Gorro - óculos de proteção ou protetor facial; - máscara (N95 – PFF2); avental; luvas de borracha de cano longo; botas impermeáveis.
13. No caso da ocorrência de residentes com sintomas respiratórios ou com suspeita (ou confirmação) de infecção pelo novo coronavírus, a desinfecção de todas as áreas descritas deve ser realizada logo após a limpeza com água e sabão/detergente neutro (a desinfecção pode ser feita com produtos à base de

- cloro, como o hipoclorito de sódio, álcool líquido a 70% ou outro desinfetante padronizado pelo serviço, desde que seja regularizado junto ao órgão competente. ANVISA, 2020.
14. Manter o plano de recomendações do local, descrito para equipe de forma a nortear as ações em casos positivos ou de agravamento de quadro clínico, descrevendo fluxo para encaminhamento em caso de transferência hospitalar ou óbito;
 15. Realizar limpeza terminal no dormitório após transferência para o hospital, em caso de internamento, ou retirada do corpo (óbito);
 16. Comunicar a família sobre o óbito, bem como a necessidade de sepultamento imediato, devido a causa do óbito;
 17. Reforçar a necessidade do profissional está paramentado e após a remoção do corpo em caso de óbito, realizar o procedimento de limpeza terminal no quarto do idoso.
 18. Manter o calendário vacinal do idoso atualizado, reforçando a ligação com a Unidade Básica de Saúde mais próxima; incluir funcionários.

Realizar a avaliação/monitoramento periódico de todos os residentes

Monitorar diariamente os residentes quanto à febre (usar termômetro de testa), sinais respiratórios alterados e outros sinais e sintomas da COVID-19;

Avaliar os sintomas de infecção respiratória dos residentes no momento da admissão ou retorno a instituição e implementar as práticas de prevenção de infecções apropriadas para os residentes que chegarem sintomáticos. Esses idosos devem ficar em quarentena em quarto separado quando possível ou espaçado 1 metro de outra cama.

Manter portas e janelas abertas e implementar rotina de higienização do quarto com solução com desinfetantes; se utilizar hipoclorito, cuidado com as superfícies de metal;

Profissionais devem implementar cuidados como casos suspeitos e/ou confirmados durante o período de quarentena.

Admissão do idoso na Instituição de Longa Permanência/Unidade de Abrigo

No caso de admissão de idoso para residir na ILPI/Unidade de Abrigo e/ou em caso de readmissão pós-hospitalização, sintomas de infecção respiratória devem ser, ativamente, avaliados no momento da admissão e, se necessário, implementar medidas apropriadas de isolamento, seguindo as recomendações supracitada e orientada pelo Ministério da Saúde.

Avaliar a pessoa, acompanhante do idoso no momento da admissão, em relação a febre, alterações respiratórias, proteção individual, viagens, contatos, dentre outros.

Limitações do estudo

Considerando que se trata de uma pandemia envolvendo um adoecimento novo, os estudos realizados estão em constante processo de revisão, com vistas a determinar ações efetivas, em especial para a pessoa idosa (grupo mais vulnerável) residentes em Instituição de Longa Permanência e, por isso a vigilante atualização do plano de contingência e do seguimento das atualizações são eminentes.

Contribuições para Enfermagem Gerontológica

Possibilidade de melhoria da prática no cuidado a pessoa idosa residente em ILP, bem como visibilidade das ações de Enfermagem na determinação de estratégias de cuidado ético e proteção, tanto para os idosos residentes quanto para os trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se, com isso, contribuir para a orientação e esclarecimento dos trabalhadores de uma Instituição de Longa Permanência de Idosos/Unidades de Abrigo, nesse momento de tantas turbulências e incertezas e, principalmente, mais relatar uma experiência aplicável para uma realidade pública e da região Nordeste do País.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Hammerschmidt KS de A, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2020 [acesso em 19 jun 2020]; 25. Disponível em: [http:// dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849](http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849).
2. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Recomendações para Prevenção e Controle de infecções por coronavírus (SARS-Cov-2) em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). 2020. Disponível: www.sgbb.org.br.
3. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn NACIONAL). Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica. Comunicação aos trabalhadores de enfermagem das instituições de longa permanência de idosos (ILPI) para o enfrentamento da disseminação da COVID-19. [Internet]. 2020. [acesso: 05 abr. 2020]. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/03/DCEG-ABEn_Informe_COVID-19-ILPI.pdf
4. Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., Gu, X., et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult in patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet Lond. Engl.* Published online, March 9, 2020. doi.10.1016/S0140-6736(20)30566-3
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages. Interim guidance. 12 April 2020. [Internet]. 2020. Available from: [https:// apps.who.int/iris/handle/10665/331695](https://apps.who.int/iris/handle/10665/331695).
6. Moraes EN, Lanna FM, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero DE. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). *J Aging Res Clin Practice.* 2016;5(1):24-30. doi.org/10.14283/jarcp.2016.84
7. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC/Anvisa nº 222/2018 -Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. O gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (GRSS) disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081db331-4626-8448-c9aa426ec410.
8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica nº 05/2020- SARS-CoV-2/ANVISA – Orientações para a Prevenção e o Controle de Infecções pelo Novo Coronavírus em instituições de longa permanência para idosos (ilpi). 2020. Disponível em: www20.anvisa.gov.br/portal.anvisa.gov.br/coronavirus/faq
9. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos Resolução de diretoria colegiada - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Disponível: <http://portal.anvisa.gov.br>.

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c13>

ESTRATIFICAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA DURANTE A PANDEMIA

Maria Cristina Sant'Anna da Silva^I

ORCID: 0000-0002-9624-8152

Willi Wetzel Junior^{II}

ORCID: 0000-0002-6193-4064

Raquel Souza Azevedo^{III}

ORCID: 0000-0002-9850-9336

Miria Elisabete Bairros de Camargo^{IV}

ORCID: 0000-0003-3173-7681

Marinês Aires^V

ORCID: 0000-0002-8257-2955

Ana Karina Silva da Rocha Tanaka^{VI}

ORCID: 0000-0003-2488-3656

Leticia Dalla Lana^{VII}

ORCID: 0000-0002-9624-8152

^IEnfermeira. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia-RS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{II}Enfermeiro. Quinta Urbana Hotelaria Ocupacional Assistida para Idosos. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{III}Enfermeira. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^{IV}Enfermeira. Universidade Luterana do Brasil. Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^VEnfermeira. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{VI}Enfermeira. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{VII}Enfermeira. Universidade Federal do Pampa. Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil.

Autor Correspondente:

Maria Cristina Sant'Anna da Silva
E-mail: mcrisil@terra.com.br



Como citar:

Freitas MC, Lucena SLF, Guedes MVC, Silva LF, Gomes LMV, Queiroz TA. Estratificação da capacidade funcional de idosos em instituição de longa permanência durante a pandemia. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 83-88. (Série Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c13>

INTRODUÇÃO

A longevidade da população traz importantes repercussões em diversos setores da sociedade, tornando um desafio atender as demandas assistenciais desde grupos emergentes. No Brasil, o envelhecimento acontece de modo acelerado, em cenários diversos, com grandes desigualdades sociais e culturais, com prevalência de doenças crônicas, fragmentação dos serviços de saúde, predomínio de modelo de atenção às demandas espontâneas, insuficiência de uma rede de apoio formal e mudanças na estrutura familiar⁽¹⁻²⁾.

O envelhecer é um processo natural durante a vida e ocorre por meio de mudanças físicas, psicológicas e sociais. Com o avanço da idade, têm início alterações estruturais e funcionais, encontradas em todos os idosos, que são próprias do processo de envelhecimento normal, sendo que envelhecer sem alguma doença crônica é ocasional. Simultaneamente, ao envelhecer com a presença de doenças, aumenta a possibilidade de casos de incapacidade funcional na velhice⁽³⁾.

A incapacidade funcional torna as pessoas vulneráveis, fazendo com que necessitem de ajuda para realizar tarefas básicas ou complexas no seu dia a dia, como as atividades básicas da vida diária (ABVDs) ou as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). Nas ABVDs, são avaliados os comportamentos básicos e habituais de autocuidado, como a capacidade de alimentar-se, banhar-se e vestir-se. Por sua vez, as AIVDs referem-se às tarefas mais complexas e relacionadas com a autonomia e a participação social, como capacidade de realizar compras, atender ao telefone e utilizar meios de transporte⁽⁴⁾. Acrescenta-se as Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVDs), as quais são mais complexas e estão relacionadas à integração social, como atividades produtivas, recreativas e de participação social⁽⁵⁾.

Na atual pandemia da doença classificada como COVID-19, o agente causador de uma série de casos de pneumonias é o coronavírus, que foi nomeado como SARS-CoV-2 em 2019⁽⁵⁾. O vírus tem alta transmissibilidade e provoca



síndrome respiratória aguda, de leve a muito grave, causando insuficiência, sua letalidade varia principalmente conforme a faixa etária e as condições clínicas associadas⁽⁵⁾.

A população idosa que reside nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), de maneira geral, é considerada vulnerável por apresentar níveis variados de dependência e possuir necessidades complexas⁽⁶⁾. Frente a pandemia da COVID-19, torna-se ainda mais vulnerável, tendo em vista que as ILPIs são ambientes compartilhados por diversas pessoas, favorecendo a disseminação da doença.

Para proteger os residentes da COVID-19 é necessário implementar as medidas já bem estabelecidas para evitar contaminação. Além disso, mensurar o Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF-20), que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde da pessoa idosa, possibilita a adequação do plano terapêutico singular e das rotinas institucionais, bem como a tomada de decisão sobre o uso das tecnologias de cuidado, salientando-se que quanto mais alto o valor obtido na estratificação maior o risco de vulnerabilidade⁽³⁾.

OBJETIVO

Refletir sobre a importância da estratificação da capacidade funcional das pessoas idosas institucionalizadas para o planejamento da assistência de Enfermagem perante a pandemia da covid-19.

MÉTODOS

Trata-se de estudo teórico-reflexivo sobre a utilização do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) pelo enfermeiro para a estratificação dos indivíduos idosos que residem em ILPI, visando instituir as melhores práticas de cuidado frente a pandemia da covid-19.

A análise das reflexões baseou-se sobre a utilização do IVCF-20. A estratificação clínico-funcional do IVCF-20 é composta por 10 estratos, que resulta em 3 categorias: idoso robusto (estrato 1 ao 3), idoso em risco de fragilização (estrato 4 e 5) e idoso frágil (estrato 6 ao 10) – sendo que o estrato 10 corresponde ao grau máximo de fragilidade⁽³⁾.

Justifica-se o uso da Classificação Clínico-Funcional do Idoso pelo enfermeiro nas ILPIs, pois a definição de critérios de exclusão de tratamento invasivo baseada exclusivamente na faixa etária é uma medida de alocação de recursos temerária, que não deveria ser preconizada durante a pandemia da COVID-19. Além disso, acredita-se que a pessoa idosa extremamente frágil, estratificada em 9 e 10, deve ter como foco principal a proporcionalidade terapêutica, na qual deve ser priorizado o seu conforto e de seus familiares. Com base na avaliação clínica, sócio-familiar e das AVDs detalhadas no IVCF-20, o enfermeiro planeja o cuidado individual e integral à pessoa idosa em ILPI, levando em conta a identificação de fatores de risco que podem agravar-lhe a saúde na pandemia da COVID-19.

RESULTADOS

A base do conceito de saúde das pessoas idosas é a funcionalidade global e a capacidade individual de satisfazer as necessidades biopsicossociais. A capacidade funcional é resultante da combinação entre fatores intrínsecos, como capacidade física e mental, e extrínsecos, como ambiente e contexto⁽³⁾.

A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade. Na perspectiva da vulnerabilidade, é possível definir a presença de declínio funcional como o principal determinante da presença de fragilidade. O termo fragilidade é comumente utilizado para representar o grau de vulnerabilidade da pessoa idosa a desfechos adversos, como declínio funcional, quedas, internação hospitalar, institucionalização e óbito. Todavia, o termo apresenta várias definições, dependendo da dimensão utilizada como referência.

É considerada fragilidade multidimensional a redução da reserva homeostática ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais com aumento da vulnerabilidade ao declínio funcional e suas consequências⁽⁷⁾. Tais aspectos são indicadores importantes para que os serviços de saúde planejem ações visando prevenir ou postergar a incapacidade funcional da pessoa idosa, preservando sua autonomia, independência e qualidade de vida.

Com o processo de envelhecimento, as pessoas ficam mais susceptíveis às doenças. No cenário da pandemia da covid-19, as que são idosas estão mais expostas por apresentarem alterações decorrentes do próprio envelhecimento fisiológico e pela presença de morbidades que levam a um processo de senilidade. O impacto na saúde é decorrente das características individuais, mas também deve-se levar em consideração a diversidade, a pluralidade e a complexidade do processo fisiológico de envelhecer, que torna os indivíduos idosos mais vulneráveis e, por isso, grupo de risco para a pandemia da covid-19⁽⁸⁾.

Portanto, a infecção pelo SARS-CoV-2 é um evento agudo que exige resposta adequada do organismo, diretamente relacionada à reserva homeostática ou capacidade intrínseca do indivíduo. Como a capacidade intrínseca ou vitalidade é extremamente variável entre as pessoas idosas, torna-se necessário implementar medidas clínicas imediatas e baseadas no resultado da mensuração dessa capacidade. Assim, deve-se avaliar e monitorar a capacidade funcional por ela ser um parâmetro da vitalidade da pessoa idosa.

Do ponto de vista clínico-funcional, os principais fatores de risco para a redução da capacidade funcional são: doenças crônico-degenerativas estabelecidas; comorbidades múltiplas, sarcopenia, comprometimento cognitivo leve e incapacidades funcionais. Além disso, em relação às questões sócio-familiares, residir em uma ILPI potencializa o declínio da capacidade funcional⁽⁷⁾. Portanto, o risco de contaminação pelo SARS-CoV-2 torna-se extremamente elevado na população idosa frágil residente nesses ambientes, sendo necessário identificá-las.

Após o rastreamento das pessoas idosas institucionalizadas com maior risco de infecção pelo vírus SARS-CoV-2, que resulta da estratificação sistemática obtida pelo nível de capacidade funcional conforme o IVCF-20, o enfermeiro deve fazer o registro das frágeis, organizar uma planilha de monitoramento da saúde delas, prevendo fatores de risco, e instituir as ações de cuidado necessárias, sejam preventivas, terapêuticas, de reabilitação ou paliativas.

De acordo com a estratificação, idoso robusto é o que tem ausência de declínio funcional e de doenças, sendo independente para todas as AVDs, AIVDs e ABVDs. Por apresentar essas características, é pouco provável que esteja residindo em uma ILPI. Caso esteja, as ações de cuidado serão focadas na prevenção da COVID-19, que incluem medidas protetivas, como suspensão de visitas presenciais de familiares.

Por sua vez, idoso em risco de fragilização ou pré-frágil é o que possui algum grau de declínio funcional, o que afeta as principais dimensões da funcionalidade, a autonomia e a independência, tendo alta possibilidade de dependência funcional, o que pode levá-lo à institucionalização. Nesse caso, as ações de cuidado serão focadas na prevenção da COVID-19. Na presença do estrato 4, que refere-se a internação hospitalar recente, o residente deve manter as medidas preventivas, as quais incluem o isolamento por 14 dias, além de reabilitação, em especial a cardiopulmonar. E, se necessário, incluir outras necessidades de saúde como cuidados com o tecido tegumentar e musculoesquelético.

Finalmente, idoso frágil é o que tem declínio funcional estabelecido, apresentando ao menos uma incapacidade, e é incapaz de autogerenciar-se. A possibilidade de ser institucionalizado é alta; a maioria dos residentes encontra-se nesta classificação, são frágeis. As intervenções de cuidado serão prioritariamente de reabilitação ou paliativas. Em relação à essa última e frente a COVID-19, é preciso que o enfermeiro e a equipe multidisciplinar conheçam o desejo do idoso e da sua família, de forma a instituírem medidas que evitem a desproporcionalidade terapêutica, como internação hospitalar em centro de terapia intensiva e uso de ventilação mecânica.

Os cuidados paliativos devem ser planejados antecipadamente pela equipe, juntamente com a família do idoso e o próprio, se for possível. Em algumas situações, e diante da gravidade desse idoso, a família pode

optar em não deixá-lo em unidade de cuidados intensivos, mas preferir o ambiente familiar⁽⁹⁾. Os cuidados paliativos são uma modalidade de atenção dirigida para cuidados ativos e totais voltados às pessoas com doenças crônicas, que visa ofertar um cuidado humanizado para promover melhor qualidade de vida e de morte, aliviando o sofrimento, a dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Por conseguinte, a realização da estratificação clínico-funcional é de suma importância para a assistência de Enfermagem, pois instrumentaliza o planejamento dos cuidados para cada residente, direcionando a implementação das intervenções com base nessa estratificação. Contudo, uma intervenção de enfermagem que não está vinculada com a estratificação da capacidade clínico-funcional é a imunização dos residentes para a influenza, pois essa infecção viral não tem relação direta com o contágio da COVID-19; no entanto, se o residente apresentar sinais e sintomas gripais, a avaliação clínica poderá ficar prejudicada, daí a sua indicação.

Para melhor gestão do cuidado na ILPI, o enfermeiro deve prever consultas periódicas aos residentes, destinando atenção àqueles com estratificação 4 e 5 pelo IVCF-20, de modo a impedir que progridam para níveis mais avançados de perda funcional e tornem-se mais suscetíveis a contrair o SARS-CoV-2.

Além da participação do enfermeiro na gestão do cuidado, a equipe multidisciplinar deve contribuir com intervenções específicas. Nesse sentido, e atentando-se ao fatores de risco, como hipertensão arterial sistêmica e uso de inibidores da angiotensina, o farmacêutico em parceria com o enfermeiro devem monitorar periodicamente os sinais vitais do residente. O enfermeiro ainda precisa avaliar os acamados em conjunto com o fisioterapeuta, pois a capacidade pulmonar reduzida é outro fator de risco para a infecção pelo vírus.

A perda de peso também é um fator de risco para a fragilidade e pode prejudicar a imunidade do residente. O nutricionista deve estar alerta sobre a precisão e periodicidade das avaliações nutricionais, a ingestão calórica e a disponibilização de alimentos que o residente aprecia. Mas, durante a pandemia, esses profissionais podem ter reduzido as idas à instituição pela necessidade de distanciamento social. Nesse caso, o enfermeiro deve sinalizar os técnicos de enfermagem e cuidadores quanto à importância da ingestão alimentar adequada dos residentes e à comunicação de possíveis recusas.

Assim, frente a complexidade do cuidados para as pessoas idosas institucionalizadas, em especial durante a pandemia da COVID-19, é recomendável que o enfermeiro tenha qualificação em gerontologia. Nesse sentido, apresentar condições técnicas permite que ele efetue o cuidado adequado, levando em consideração a classificação do perfil clínico-funcional dos residentes, o que aumenta a possibilidade de implantar com assertividade as melhores práticas de cuidado. Cabe ressaltar que a avaliação do residente deve ocorrer na sua admissão e sempre que ele tiver alguma intercorrência, como mudança de comportamento ou internação hospitalar⁽¹⁰⁾.

Diante do processo de envelhecimento humano, com peculiaridades próprias, aliado à alta incidência das doenças crônicas e suas repercussões, evidencia-se a necessidade de atenção multidisciplinar às pessoas idosas institucionalizados. Quanto à Enfermagem, há de pensar-se que seja valorizado o conhecimento adquirido pelos profissionais da área no transcurso da pandemia e reconhecida a necessidade deles serem qualificados para exercerem o cuidado integral aos residentes.

Limitações

Como limitações do estudo, observa-se que poucas pesquisas referentes à pandemia utilizam o IVCF-20 no cenário das ILPIs, sendo o referido instrumento mais utilizado na Atenção Primária à Saúde, pela equipe de Saúde da Família.

Contribuições para enfermagem

O presente estudo salienta a importância e necessidade de o enfermeiro realizar a estratificação e o monitoramento da capacidade funcional das pessoas idosas institucionalizadas, de modo a possibilitar a agilidade

e a assertividade na escolha do plano de cuidados individualizado, promovendo qualidade de vida e redução de possíveis danos frente a pandemia de covid-19.

Considerando que pessoas idosas em condição de institucionalização apresentam maior dependência para as atividades básicas de vida diária, além de comprometimento da autonomia e da cognição, a avaliação clínico-funcional contribui para a tomada de decisão de instituir-lhes cuidados paliativos - sempre em consonância com os membros da equipe e os respectivos familiares -, quando for o caso. O Enfermeiro pode ser o profissional pioneiro da equipe multidisciplinar a aventar a possibilidade de implantar esse tipo de cuidado qualificado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de reflexão traz subsídios que sustentam a implementação do IVCF-20 para determinar o perfil clínico-funcional de pessoas idosas residentes em ILP, uma vez que o resultado da estratificação é importante e necessário para a elaboração do plano de cuidados frente a pandemia da covid-19, auxiliando na tomada de decisão sobre as melhores práticas a serem instituídas.

De maneira geral, os residentes de instituições de longa permanência são pessoas idosas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e dependentes para as atividades de vida diária, fatores que propiciam maior vulnerabilidade à infecção pelo coronavírus. Medidas de prevenção ao vírus devem ser implantadas com a maior brevidade para todos os residentes; e para aqueles em risco de fragilização, reabilitação precoce. Mas, para os residentes frágeis, cuidados paliativos poderão ser indicados durante a pandemia. Não obstante, há muito a ser estudado e concretizado na assistência de Enfermagem à população idosa institucionalizada, sendo a qualificação profissional da categoria um quesito que precisa ser estimulado e recomendado.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Informal and paid care for Brazilian older adults (National Health Survey, 2013). *Rev Saúde Pública*. 2017;51(Supl 1):6s. doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000013>
2. Veras RP, Oliveira M. Aging in Brazil: the building of a healthcare model. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1929-36. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>
3. Moraes EN, Moraes FL, Matos MAB, Lopes PRR, Chomatás ERV, Machado LC et al. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Pessoa Idosa. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saude-do-idoso-planificasus.pdf>
4. Farias-Antúnez S, Lima NP, Bierhals IO, Gomes AP, Vieira LS, Tomasi E. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(2): e2017290. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200005>
5. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) – Situation Report 51. Geneve: WHO [Internet]. 2020 [cited 2020 May 20]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota técnica n. 05/2020 GVIMS/GGTES. Orientações para a Prevenção e Controle de Infecções pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2) em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Brasília, 24 de março de 2020. [Internet]. 2020. [acesso em 06 jun 2020]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+T%C3%89CNICA+N%C2%BA+05-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA++ORIENTA%C3%8>

7. Moraes EN, Azevedo RS, Moraes FL. Saúde e envelhecimento. In: Moraes EN, Azevedo RS, organizadores. Fundamentos do cuidado ao idoso frágil. Belo Horizonte: Folium, 2016. p. 1-25.
8. Hammerschmidt KS de A, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. Cogitare enferm. 2020; 25:e72849. Disponível em: [http:// dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849](http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849)
9. Roland K, Minder Markus M. COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. Swiss Med Wkly. 2020;150:w20235. doi: <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20235>
10. Delvalle R, Santana RF. Avaliação inicial e sistemática de residentes. In: Silva MCS, Caberlon IC, organizadoras. Instituições de longa permanência para idosos: gerenciamento e assistência. Porto Alegre: Moriá, 2020.p 19-31.

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c14>

IATROGENIAS NO CUIDADO AO IDOSO NO CONTEXTO PANDEMIA COVID-19

Graziele Ribeiro Bitencourt^I

ORCID: 0000-0002-9130-9307

Carleara Weiss^{II}

ORCID: 0000-0003-4421-0985

Patrícia de Fátima Augusto Barros^{III}

ORCID: 0000-0003-4713-7576

Ana Carolina Siqueira de Carvalho^{III}

ORCID: 0000-0002-4222-127X

Cristiane dos Santos Rosa^{IV}

ORCID: 0000-0002-6001-7053

^IUniversidade Federal do Rio de Janeiro-Campus Macaé. Macaé, Rio de Janeiro, Brasil.

^{II}State University of New York at Buffalo. Buffalo, Nova York, Estados Unidos.

^{III}Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

^{IV}LPI-Espaco Vianney. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

Autor Correspondente:

Graziele Ribeiro Bitencourt

E-mail: grazielebitencourt@macae.ufrj.br



Como citar:

Bitencourt GR, Weiss C, Barros PFA, Carvalho ACS, Rosa CS. Iatrogenias no cuidado ao idoso no contexto pandemia covid-19. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 89-94. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c14>

INTRODUÇÃO

A palavra "iatrogenia" deriva do grego (iatros = médico / gignesthai = nascer, que deriva da palavra genesis = produzir). Trata-se da alteração patológica no paciente por práticas comumente evitáveis e impróprias de profissionais de saúde. Podem não ser intencionais, mas geralmente estão relacionadas ao desconhecimento das especificidades do processo de envelhecimento nas práticas de cuidado⁽¹⁾.

No contexto da pandemia da infecção pelo novo coronavírus (COVID-19), por se tratar de uma doença nova, ainda sem tratamento específico e com risco de contaminação dos profissionais, as estratégias de prevenção e controle estão em processo de desenvolvimento. Entretanto, algumas dessas precisam ser discutidas se cabem ou não no idoso. Refletir sobre a diferenciação dessa clientela ao adulto pode ser importante para a qualificação e segurança do cuidado prestado, principalmente, no contexto pandêmico em que há um panorama de medo e incertezas.

Idade avançada, número de comorbidades, complexidade das patologias, uso de múltiplos medicamentos, tempo de internação, gravidade da doença, limitações cognitivas e funcionais são alguns dos principais sinais de alerta nesse cenário⁽¹⁾. Do mesmo modo, essas variáveis são discutidas como comuns ao idoso com COVID-19 e relacionadas à piora do prognóstico, trazendo a necessidade de reflexão da vulnerabilidade dessa clientela associada tanto a doença quanto às estratégias terapêuticas estabelecidas⁽²⁾.

Por outro lado, há escassez de estudos que abordem tanto a COVID-19 se estabelece no idoso quanto sobre a efetividade das intervenções específicas. Isso aumenta a necessidade de reflexão da prática, no sentido de dar visibilidade aos principais riscos iatrogênicos e estimular novas abordagens de análise sobre como as respostas humanas se comportam nesta clientela.

Faz-se necessária, portanto, a expertise da enfermagem gerontológica para dar atenção às especificidades ao idoso



e ao risco do cuidado inespecífico. Nesse sentido, como será que as iatrogenias podem ser estabelecidas no cuidado ao idoso no contexto da COVID-19?

OBJETIVO

Descrever as principais iatrogenias no cuidado ao idoso no contexto da pandemia COVID-19

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, tipo análise reflexiva da literatura, baseado em artigos científicos e normas técnicas publicadas de janeiro a junho de 2020.

RESULTADOS

No contexto da COVID-19 precisa-se refletir como as iatrogenias podem interferir no cuidado ao idoso nos cenários da prática, conforme a Figura 1.

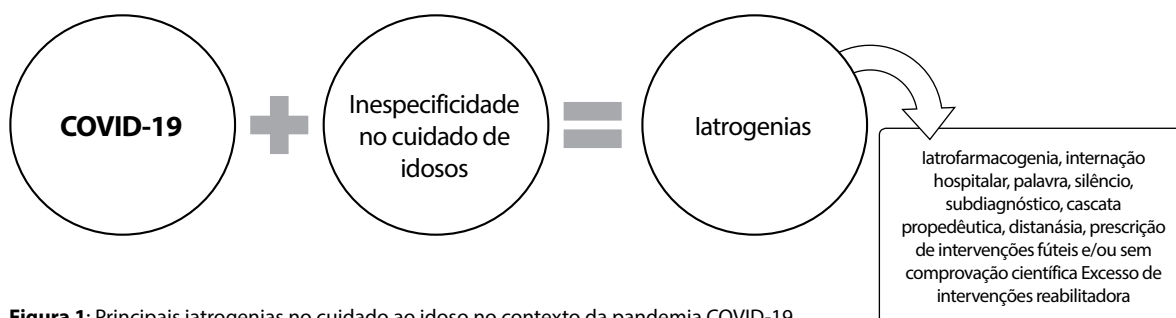


Figura 1: Principais iatrogenias no cuidado ao idoso no contexto da pandemia COVID-19

As principais situações que podem envolver a iatrogenia em idosos incluem iatروفarmacogenia, internação hospitalar, palavra, silêncio, subdiagnóstico, cascata propedêutica, distanásia e prescrição de intervenções fúteis (iatrogenias do cuidado) e/ou sem comprovação científica e excesso de intervenções reabilitadoras⁽³⁾.

Iatروفarmacogenia

Relaciona-se ao uso de medicamentos inespecíficos, polifarmácia, interação medicamentosa e do desconhecimento das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas associadas ao envelhecimento⁽³⁾.

A polifarmácia contribui para distúrbios do sono em idosos em ambientes hospitalares, domiciliares e instituições de longa permanência⁽⁴⁾. Alterações naturais do sono do idoso, típicas do envelhecimento, tais como redução na duração do sono em horas, são potencialmente exacerbadas pela iatروفarmacogenia. De modo geral, as alterações fisiológicas do sono do idoso produzem efeitos psicossociais⁽⁵⁾.

Neste contexto, a iatروفarmacogenia, somada às alterações fisiológicas do sono, prejudicam a qualidade de vida do idoso. Como consequência, observa-se insônia, confusão mental, alterações no comportamento e na memória e prejuízo a qualidade de vida do idoso. Benzodiazepínicos se destacam como agentes relacionados com interação medicamentosa e distúrbios de sono no idoso. ⁽⁵⁾

O tratamento da COVID-19 potencializa o risco para iatروفarmacogenia em idosos, tendo em vista a combinação de medicamentos necessária para combater o coronavírus SARS-COV-2. Enfermeiros devem identificar precocemente a iatروفarmacogenia, promover a priorização de um plano seguro, bem como a reorganização gradual do plano terapêutico.

Internação hospitalar

Os casos graves da COVID-19 têm sido associados à necessidade de internação hospitalar prolongada para alívio de sinais e sintomas graves como o desconforto respiratório. Devido ao risco de rápida progressão da doença, os idosos não são tratados especificamente na atenção básica e são comumente submetidos a internações por conta da COVID-19. Destaca-se que a infecção pelo SARS-CoV-2 é alta no cenário hospitalar, com taxas de mortalidade para indivíduos maiores de 80 anos de até 15%⁽⁶⁾.

Entretanto, essa internação pode aumentar a dependência e trazer outras complicações para a clientela idosa. Dentre essas há a desnutrição, depressão, quedas, estados confusionais, infecções e diminuição da mobilidade⁽⁷⁾. Além disso, ainda podem ser observadas outras iatrogenias como a cascata propedêutica, prescrição de intervenções fúteis e/ou sem comprovação científica e distanásia.

Iatrogenia da palavra

O ato de informar refere-se ao momento inicial de revelação da doença, tratamento ou prognóstico e comunicar está inserido no processo relacional de interação entre o paciente, a família e o profissional de saúde. Nesse sentido a comunicação de más ou difíceis notícias atravessa o enfrentamento em diversos estágios pelo próprio paciente e família e está inserido como uma iatrogenia⁽³⁾.

As dificuldades de comunicação podem acontecer em qualquer situação relacional, especialmente em discussões nas quais estejam envolvidas questões de doença e morte. Por se tratar de uma doença nova, ainda sem tratamento ou vacina e com pior prognóstico no idoso, a COVID-19 pode gerar interfaces importantes na comunicação com o paciente e a família, tanto na divulgação do diagnóstico quanto da impossibilidade de tratamento. Há possibilidade de limitações no enfrentamento de ordem pessoal do paciente e pela falta de reflexão ou preparo do profissional para realização dessa tarefa devido ao desconhecimento de técnicas na abordagem da doença com o paciente e família⁽⁷⁾.

Iatrogenia do silêncio

Comunicar com qualidade passa pela compreensão do que queremos trocar com os pacientes e pela união da capacidade de envolvimento com o outro, a fim de estabelecer a relação de ajuda, disponibilidade e conhecimento. Quanto essa atividade não acontece e decorre a dificuldade de ouvir adequadamente o paciente e sua família é estabelecida a iatrogenia do silêncio⁽³⁾.

A COVID-19 implicou no desdobramento do profissional em estabelecer comunicações mais rápidas com pacientes e familiares visando diminuir o tempo de contato e o risco de contaminação. Em contrapartida, o idoso pode precisar de mais tempo para articular o pensamento e se expressar. Associado a necessidade de isolamento social, o tempo de contato e as suas oportunidades de escuta do idoso diminuem, o que aumenta o risco desta iatrogenia⁽⁷⁾.

Novas estratégias de comunicação como o uso de tecnologias podem ser uma alternativa, mas precisam ser efetivas, de modo a oportunizar o espaço requerido ao cuidado, dar o tempo necessário às avaliações, envolver as especificidades do idoso, sem expor os profissionais e o a pessoa idosa.

Subdiagnóstico

Esta iatrogenia refere-se a tendência em atribuir as queixas do idoso à idade⁽³⁾. No contexto da COVID-19, profissionais com experiência gerontológica geralmente conhecem as apresentações atípicas de doenças e distúrbios clínicos comuns no idoso. Entretanto, o primeiro atendimento nem sempre é realizado por esses profissionais com maior expertise, o que pode levar ao subdiagnóstico.

Os achados típicos em pacientes com COVID-19 são febre, tosse e dispnéia. Em um relatório inicial de 138 pacientes em Wuhan, China, com idade média de 56 anos (22-92 anos), a maioria sem múltiplas comorbidades, febre foi identificada em 99%, fadiga em 70%, tosse em 59%, anorexia em 40%, mialgia em 35% e dispnéia em 31%. No entanto, em idosos, especialmente os mais frágeis e com múltiplas condições crônicas, podem ser afebris e não apresentar tosse, desconforto no peito ou produção de escarro, o que pode conduzir ao subdiagnóstico da doença. Taquipnéia, estado mental alterado ou delirium e taquicardia inexplicada ou diminuição da pressão arterial podem ser as manifestações clínicas presentes. Há registros ainda de início do quadro com mal-estar, dores musculares, febre baixa e tosse que evoluíram para dificuldade respiratória na segunda semana da doença. A febre não era proeminente em vários casos⁽²⁾.

Presença de demência, histórico de acidente vascular cerebral ou outros problemas de saúde podem mascarar as manifestações da infecção por COVID-19. Portanto, qualquer alteração significativa no estado clínico em relação que não tenha explicação imediata pode ser causada por infecção ou sepse e deve ser avaliada como COVID-19 durante a atual epidemia, evitando assim o subdiagnóstico.

Cascata propedêutica

Trata-se de solicitações de exames de forma desnecessária, extensiva e sem justificativa ou indicação precisa⁽³⁾. No contexto da COVID-19, com protocolos ainda em construção, a tendência de solicitações pouco coesas pode expor ainda mais o idoso. Isso porque a estratificação por idade, considerando a especificidade de cada uma delas ainda é um processo que carece de construção, principalmente em doenças ainda pouco conhecidas⁽²⁾.

É necessário que cada profissional considere as características do processo de envelhecimento em suas intervenções, como apresentação dos sinais e sintomas e consideração de outros quadros clínicos para solicitação de exames com mais assertividade.

Distanásia

Considerada como o prolongamento artificial da vida sem perspectiva de reversibilidade, com sofrimento para o paciente e sua família⁽³⁾, a distanásia requer uma ampla reflexão quando associada ao envelhecimento.

As ações tomadas para enfrentamento da pandemia são de ordem emergencial, e, por sua natureza, tem por objetivo a proteção da coletividade no que tange a saúde pública. Por tal motivo a Lei 13.979/2020 autoriza, por exemplo, a realização compulsória de testagem, de vacinação, exumação de corpos, sujeitando os indivíduos que se negarem a atender às normas sanitárias à responsabilização por seus atos⁽⁶⁾.

Observa-se que o caráter personalizado da atenção em saúde, tão necessário para respeito aos direitos humanos dos pacientes, foi colocado em segundo plano. Tal excepcionalidade possui um alto custo para os idosos institucionalizados, como, por exemplo, para os que necessitam da assistência concomitante de seus familiares em instituições com carência de profissionais de cuidado ou ainda junto a pacientes em cuidados paliativos, o que propiciou o abandono dos idosos na doença e na morte⁽⁹⁾.

É necessário que sejam discutidas estratégias para tomadas de decisão sobre até que ponto há possibilidade de vida com qualidade após a COVID-19 ou quando as práticas de conforto podem ser a melhor alternativa. Práticas de cuidado durante a pandemia vêm sendo estudadas no mundo inteiro no intuito de determinar como o enfrentamento tem que ser realizado ou saber os malefícios de tais práticas, isso tem desafiado profissionais dos mais variados saberes. Entretanto, são medidas necessárias à compreensão dos conceitos de fragilidade e finitude, tão amplamente abordados quando remetidos a gerontologia.

Iatrogenia dos cuidado

Relacionadas às intervenções que impõem ao idoso ao risco desnecessário, como de prescrição de intervenções sem comprovação científica⁽³⁾. Em virtude da pandemia, os cenários tornaram-se mais exaustivos e

superlotados. A demanda por cuidados e leitos é ainda maior do que o visto anteriormente. Nesse sentido, há uma lacuna em apontar para as possíveis iatrogenias por intervenções sem embasamento ao paciente idoso no contexto do COVID-19, como por exemplo, a contenção mecânica e uso de fraldas.

Embora essas medidas partam da premissa de evitar a circulação e contaminação de profissionais ou outros pacientes como por exemplo a diminuição dos acompanhantes, estas também podem impor ao idoso dependência e perda de autonomia. Como recomendações, devem-se instituir orientações para o comportamento desafiador em detrimento do uso da contenção mecânica. Podem ser incluídas nessa perspectiva a terapia de orientação para realidade de forma a assegurar o cuidado de enfermagem reabilitante, focado no estímulo à potencialidade ainda existente em cada sujeito, e na liberdade humana⁽¹⁰⁾.

As fraldas também podem se inserir nesse contexto iatrogênico na pandemia COVID-19 pelo paradoxo entre o potencial risco de contaminação e a indicação segura do uso, restrita aos casos graves de imobilidade, déficit cognitivo e incontinências. Desta forma, a análise da prática em idosos mostra-se como assistemática e, sem consideração dos critérios e o expõe a como incontinência urinária e fecal, lesões de pele e infecções⁽¹¹⁾. Por outro lado, já foi identificada a presença do vírus nas fezes e urina, de modo que o maior número de trocas pode expor o profissional ainda mais a contaminação. Entretanto, esse menor número de trocas expõe o paciente ainda mais a complicações clínicas. Refletindo sobre esse uso na própria equipe de enfermagem, os profissionais ficam expostos aos mesmos riscos do uso de fraldas do paciente.

A recuperação do idoso pode ser mais eficaz se minimizados fatores associados a iatrogenias geradas pelos próprios profissionais de saúde. Para isso cabe cada membro da equipe de enfermagem avaliar as suas práticas e os riscos delas considerando os aspectos inerentes ao envelhecimento.

Iatrogenia do excesso de intervenções reabilitadoras

Trata-se do excesso de “equipe interdisciplinar”⁽³⁾. Compreender as potencialidades e fragilidades do idoso é a primeira etapa do cuidado, de modo a considerar alguns limites do processo de envelhecimento no estabelecimento das metas e prioridades na assistência ao paciente.

Na pandemia COVID-19, esse é um dos desafios, no sentido de identificar quais são as fragilidades preexistentes do idoso, o que pode melhorar ou permanecer no estado inicial para garantir que um cuidado seja efetivo⁽²⁾. Essa premissa é importante para classificar quais são possibilidades de resultados do idoso e evitar o excesso de intervenções reabilitadoras. Um paciente, por exemplo, com dependência parcial para o autocuidado antes da COVID-19, pode ser estabelecido como meta permanecer desta forma e não evoluir para uma dependência total. Daí a importância da consideração dos princípios gerontológicos na prescrição de intervenções e estabelecimento de metas.

Limitações do Estudo

Há poucos estudos que abordam o idoso e iatrogenias no contexto da COVID-19, principalmente, sobre a identificação e análise da efetividade das intervenções e suas considerações nas especificidades no processo de envelhecimento.

Contribuições para a Área

Compreender como cuidar do paciente com COVID-19 vem sendo um desafio para a enfermagem, ainda maior no idoso tanto pela falta de estudos que abordem a temática quanto de profissionais qualificados nessa assistência. Portanto, refletir sobre a implicação do uso dos princípios gerontológicos na prescrição de cuidados e definições de metas precisa ser uma medida contínua para evitar iatrogenias e prejuízos ainda maiores nessa clientela.

CONCLUSÃO

A prescrição de intervenções e estabelecimento de metas específicas ao idoso e detrimento da adaptação advindas da aplicabilidade ao adulto, precisam ser o principal foco do cuidado em gerontologia no contexto da COVID-19.

A partir disso, nesse estudo foi possível refletir sobre o cuidado ao idoso no contexto da pandemia. A lacuna nesta prática expõe essa clientela a iatrogenias, como iatrofarmacogenia, internação hospitalar, palavra, silêncio, subdiagnóstico, cascata propedêutica, distanásia e prescrição de intervenções fúteis e/ou sem comprovação científica e excesso de intervenções reabilitadoras.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia da saúde do idoso. 2 ed. Curitiba: SESA, 2018. 126 p.
2. D'Adamo H, Yoshikawa T, Ouslander JG. Coronavirus Disease 2019 in Geriatrics and long-term care: the ABCDs of COVID-19. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(suppl 5):912-917. doi:10.1111/jgs.16445
3. Moraes EN, Azevedo RS. Fundamentos do cuidado ao idoso frágil. Belo Horizonte: Folium; 2016.
4. Kumar S, Wong PS, Hasan SS, Kairuz T. The relationship between sleep quality, inappropriate medication use, and frailty among older adults in aged care homes in Malaysia. *PLoS one.* 2019;14(suppl 10): e0224122. doi: doi.org/10.1371/journal.pone.0224122
5. Dean GE, Weiss C, Morris JL, Chasens ER. Impaired Sleep: A Multifaceted Geriatric Syndrome. *Nurs Clin North Am.* 2017;52(3):387-404. doi:10.1016/j.cnur.2017.04.009
6. Centers For Disease Control And Prevention. [Internet]. 2020. [Acesso em 16 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/infection-control.html>
7. Taylor LJ, Johnson SK, Nabozny MJ. Barriers to goal-concordant care for older patients with acute surgical illness: communication patterns extrinsic to decision aids. *Ann Surg.* 2018;267(suppl 4):677-82. doi:10.1097/SLA.0000000000002282
8. Brasil. LEI Nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. *Diário Oficial da União* 6 fev; 27(1 sup):1
9. Peisah C, Byrnes A, Doron II, Dark M, Quinn G. Advocacy for the human rights of older people in the COVID pandemic and beyond: a call to mental health professionals. *Int Psychogeriatr.* 2020;1-13. doi:10.1017/S1041610220001076.
10. Delvalle, R. et al . Contenção mecânica em instituição de Longa Permanência para Idosos: estudo transversal. *Rev. Bras. Enferm.* 2020; 73(3): e20190509. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0509>.
11. Bitencourt GR, Alves LAF, Santana RF. Practice of use of diapers in hospitalized adults and elderly: cross-sectional study. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(2):343-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0341>

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c15>

SEGURANÇA DO PACIENTE IDOSO RELACIONADA À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA NO TRATAMENTO DA COVID-19

Francisca Tereza de Galiza¹

ORCID: 0000-0001-5217-7180

Jessica de Menezes Nogueira¹

ORCID: 0000-0002-8201-7169

Bruna Karen Cavalcante Fernandes¹

ORCID: 0000-0003-2808-7526

Angelina Monteiro Furtado¹

ORCID: 0000-0002-5210-160X

¹Universidade Federal do Piauí.
Teresina, Piauí, Brasil.

Autor Correspondente:

Francisca Tereza de Galiza
E-mail: terezagaliza@yahoo.com.br



Como citar:

Galiza FT, Nogueira JM, Fernandes BKC, Furtado AM. Segurança do paciente idoso relacionada à terapêutica medicamentosa no tratamento da covid-19. Segurança do paciente idoso relacionada à terapêutica medicamentosa no tratamento da covid-19. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 95-100. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c15>

INTRODUÇÃO

A rápida propagação mundial do novo Coronavírus Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), causador da Corona Virus Disease-19 (COVID-19), tem acometido pessoas das diferentes faixas etárias, principalmente entre idosos. A população idosa apresenta maior vulnerabilidade às formas graves da doença e letalidade elevada, em especial idosos frágeis, portadores de comorbidades e residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

Os dados da COVID-19 apontam maior taxa de mortalidade entre as pessoas com 80 anos ou mais, em que 14,8% dos infectados morreram, comparado a 8,0% entre os idosos de 70 a 79 anos e 8,8% entre aqueles de 60 a 69 anos (taxa 3,82 vezes maior que a média geral), reforçando as apreensões com a população idosa⁽¹⁾.

Parte relevante dos idosos acometidos pela COVID-19, deverão ser rastreados no primeiro ponto de acesso ao sistema de saúde, logo que apresentarem sintomas da infecção pelo novo coronavírus. Nesse contexto, a atenção primária a saúde possibilita esse tratamento adequado e imediato necessário à população idosa da comunidade, evidenciando uma demanda pelo cuidado gerontológico.

Dentre os aspectos atendidos por meio do cuidado gerontológico, na Atenção Primária à Saúde (APS), destaca-se a polifarmácia, em decorrência do uso excessivo de medicamentos por parte dos idosos, principalmente, os portadores de doenças crônicas. Assim, recomenda-se a revisão das prescrições de medicamentos para reduzir o uso concomitante de cinco ou mais fármacos, bem como prevenir interações medicamentosas e eventos adversos para aqueles que estão sendo tratados com COVID-19⁽²⁾. Tal cenário mostra-se que para o enfrentamento da COVID-19, considerado problema grave de saúde pública, exigisse medidas efetivas de minimização de riscos para seu enfrentamento, a partir de uma abordagem voltada para a segurança do paciente idoso.



Entende-se a Segurança do Paciente como sendo a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde. Estima-se que 1 a cada 10 pacientes sofre algum tipo de dano quando recebe prestação de cuidados em um serviço de saúde, e que 50% destes eventos podem ser evitáveis⁽³⁾.

Faz-se necessário, portanto, no contexto do novo coronavírus, implementar ações que sensibilizem a equipe multidisciplinar da atenção primária para a cultura da segurança do paciente, visando minimizar agravos quanto a terapêutica medicamentosa junto a pessoa idosa.

OBJETIVO

Refletir acerca da segurança do paciente idoso relacionada à terapêutica medicamentosa no tratamento da COVID-19.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica baseada em estudos científicos e notas técnicas nacionais e internacionais, sobre a segurança do paciente idoso e a terapêutica medicamentosa para COVID-19.

RESULTADOS

Na sequência, estão apresentadas reflexões pertinentes ao objeto deste estudo, organizadas em categorias, de modo a facilitar a compreensão dos fenômenos que permeiam a segurança do paciente idoso, especialmente relacionada à terapêutica medicamentosa no tratamento da COVID-19.

Vulnerabilidade da pessoa idosa à COVID-19

Sobre a vulnerabilidade da pessoa idosa no processo de adoecimento da COVID-19, a literatura científica disponível evidencia que alterações fisiológicas do envelhecimento, como a diminuição da reserva funcional do sistema imunológico, e a multimorbidade, que aumentam significativamente o risco para a doença neste grupo etário⁽⁴⁾. Alguns estudos apontam, ainda, a idade avançada e a fragilidade como importantes fatores predisponentes à complicações da infecção, com evoluções para a forma grave da doença e morte em maior rapidez se comparada ao jovem⁽⁴⁾.

Essas características da senilidade e da senescência humana quando se relacionam à alta virulência do agente etiológico da COVID-19 e ao seu tropismo respiratório requerem do organismo do idoso uma resposta rápida e eficiente para combater o processo infeccioso em curso. No entanto, o que se observa é a inabilidade para a manutenção da homeostase de forma imediata, talvez, associada a imunossenescência, principalmente, na coexistência de outras doenças, expondo, particularmente, a pessoa idosa a agravos e desfechos desfavoráveis relacionados ao novo coronavírus⁽⁴⁾.

Um outro fator predisponente a esta vulnerabilidade é a possibilidade da manifestação atípica da infecção. No contexto pandêmico, pesquisas evidenciam que a COVID-19 pode apresentar-se atipicamente com delírium, instabilidade postural ou diarreia e sem febre, potencializando a demora do diagnóstico e agravamento do quadro clínico⁽⁵⁾.

Nessa conjuntura, é importante mencionar que a literatura reporta agravos em idosos relacionados à SARS-CoV-2, que incluem a síndrome da doença respiratória aguda, lesão renal aguda, lesão cardíaca e disfunção hepática. Ademais, os pacientes que necessitaram de suporte em unidade de terapia intensiva, por complicação do quadro clínico, apresentaram como comorbidades as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, endócrinas, digestivas e respiratórias⁽⁵⁾.

Nesse cenário de fenômenos clínicos para a vulnerabilidade, deve-se acrescentar a inevitável polifarmácia, decorrente da multimorbidade esperada na fase do envelhecimento humano, e da terapia medicamentosa

para o tratamento da sintomatologia da COVID-19, pois é desconhecido até o momento um antiviral ou vacina específicos para o vírus.

Entretanto, associada a polifarmácia está o risco para um novo fenômeno, a iatrogenia medicamentosa, decursiva de maiores chances de reações adversas e/ou interações medicamentosas, e pelo uso de fármacos que não tenham aprovação oficial para a terapia da SARS-CoV-2⁽²⁾.

Portanto, o cuidado à saúde da pessoa idosa com COVID-19 deve considerar a interação e compreensão destes fenômenos na tentativa de mitigar o impacto dos mesmos durante o processo de adoecimento pelo novo coronavírus.

Segurança do paciente idoso: terapêutica medicamentosa no tratamento da COVID-19.

O uso exponencial de medicamentos pelos idosos é decorrente da prevalência de doenças crônicas, dos acometimentos inerentes à idade, da forte influência de venda das indústrias farmacêuticas, além do modelo de medicalização adotado por parte dos profissionais de saúde. Esse consumo amplo tem impacto no âmbito clínico e econômico repercutindo, diretamente, na segurança do paciente.

Observa-se que, os eventos adversos relacionados aos medicamentos se apresentam, com maior frequência, entre o público idoso, tendo como agravante a complexidade da terapia; podendo levar a prejuízos e desfechos negativos. O risco de ocorrência de um evento adverso aumenta em 13% com o uso de dois agentes, de 58% quando este número aumenta para cinco, elevando-se para 82% nos casos em que são consumidos sete ou mais medicamentos⁽⁶⁾.

O uso rotineiro ou simultâneo de cinco ou mais medicamentos é um fenômeno conhecido por polifarmácia ou polimedicação, sendo um dos principais problemas relacionados à Segurança do Paciente⁽⁶⁾. Acrescenta-se, ainda, que o consumo de múltiplos medicamentos está diretamente associado a um aumento do risco de uso de fármacos potencialmente inapropriados, conseqüentemente, ao surgimento de eventos adversos, que se potencializam em relação à pessoa idosa. Outros problemas da farmacoterapia, como uso inadequado, interação medicamentosa, iatrogenia, automedicação, dentre outros fenômenos estão relacionados com a introdução crescente e de diferentes terapias farmacológicas. Reconhecer a prática da polimedicação é fator determinante para prevenção do uso irracional de medicamentos⁽⁶⁾.

No entanto, com o enfrentamento da COVID-19 e o desenfreado consumo de potenciais terapias, há um risco substancial de ocorrerem interações medicamentosas entre os idosos⁽⁵⁾. Muitos desses medicamentos são potencialmente inapropriados e apresentam um risco aumentado de eventos adversos a medicamentos⁽⁷⁾.

Com o novo contexto epidemiológico provocado pela COVID-19, parte da população envelhecida, afetada diretamente pelo novo coronavírus, encontra-se sob a supervisão da APS no manejo terapêutico das síndromes gripais, em que as medidas farmacológicas são utilizadas em consonância às recomendações do Ministério da Saúde. Porém, há uma elevada preocupação quanto à automedicação realizada por idosos em seus domicílios sem supervisão da equipe de saúde e de cuidadores.

Dentre as medidas farmacológicas preconizadas está a utilização de antitérmicos por via oral, além do antiviral oseltamivir. Havendo, portanto, a prescrição de fármacos para o controle desses sintomas típicos. Porém, outras medicações estão sendo utilizadas sem as devidas eficácias comprovadas, como a azitromicina, cloroquina e hidroxicloroquina.

Embora com ação anti-inflamatória fraca nas doses terapêuticas e maior ação analgésica e antitérmica, o paracetamol e a dipirona são considerados Anti-Inflamatórios Não Esteroidais (AINEs), classe medicamentosa que pode agravar problemas renais, principalmente em idosos hipertensos e diabéticos, além de aumentar o risco de interações medicamentosas. Estudo brasileiro também identificou a dipirona como o medicamento, dessa classe, mais prescrito para idosos⁽⁶⁾.

A Sociedade Americana de Geriatria sugere que o paracetamol deve ser prescrito precedendo os anti-inflamatórios orais. Entretanto, sabe-se que este medicamento possui um metabólito tóxico que pode ser

acumulado no fígado, vindo a causar, possivelmente, hepatotoxicidade. A dosagem do paracetamol em idosos deve ser individualizada e reduzida, pois seu organismo possui maior dificuldade em eliminar o metabólito ativo do paracetamol, causando maiores danos no fígado, principalmente em pacientes que já possuem comprometimento nesse órgão⁽⁷⁾.

Acrescenta-se as interações medicamentosas relacionadas aos AINEs e aos medicamentos de uso contínuo, como agentes hematológicos, antidepressivos, anticonvulsivantes, antihipertensivos e diuréticos frequentemente consumidos pelos idosos com adoecimentos crônicos⁽⁶⁾.

Quanto ao uso de oseltamivir, indicado para os casos de síndrome gripal, que tenham situações de risco para complicações, como é o caso das pessoas idosas e/ou portadores de doenças crônicas não transmissíveis⁽⁷⁾. Essa recomendação independe da situação vacinal do paciente, mesmo sendo acompanhado pela APS.

Além dos medicamentos descritos acima, muito tem se discutido acerca do uso da cloroquina e hidroxiclороquina na população em geral, mas em especial nos idosos, infectados com COVID-19, devido ao risco de disritmias. Entidades advertem contra o uso desses medicamentos fora de um hospital ou ensaio clínico^(8,9).

Quando em uso de cloroquina ou hidroxiclороquina, os médicos devem monitorar o paciente quanto a eventos adversos, especial o intervalo QTc prolongado. A cloroquina em altas doses (600 mg duas vezes ao dia por 10 dias) tem sido associada a toxicidades mais graves. Já a hidroxiclороquina tem menos toxicidades graves (incluindo menor propensão a prolongar o intervalo QTc) e menos interações medicamentosas do que a cloroquina^(8,9).

Importante destacar que o efeito colateral mais significativo comum a todos os medicamentos recomendados para COVID-19 é o prolongamento do intervalo QTc^(2,5). Em se tratando da combinação desses medicamentos com os psicotrópicos, classe farmacológica comumente usada em idosos, pode ser fatal se não forem tomadas as devidas precauções⁽⁷⁾.

Um outro fator a ser conhecido, apesar de se constituir ainda uma hipótese, é o fato de idosos, portadores de comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes e/ou Doença Renal Crônica, em uso de fármacos Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) e Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA), serem mais suscetíveis a infecção pelo novo coronavírus, por estas medicações regularem positivamente o receptor da Enzima Conversora da Angiotensina 2 (ECA2)⁽⁶⁻⁷⁾.

Portanto, a rotina medicamentosa do idoso, em especial aqueles que estão em isolamento social no domicílio, requer uma avaliação mais cautelosa quanto às interações medicamentosas, no momento da prescrição e dispensação dos fármacos. Nesse contexto, as equipes de saúde devem adotar abordagens centradas no cuidado individualizado ao paciente, a exemplo de estratégias para tomada de decisão clínica, colaboração, adesão ao regime terapêutico e monitoramento⁽⁶⁾.

Nesse sentido, para o uso seguro e eficaz dos fármacos, por parte dos idosos, faz-se necessário identificar previamente os problemas relacionados a farmacoterapia e utilizar estratégias de monitoramento de agravos, por meio da abordagem e intervenção terapêutica da equipe multidisciplinar de saúde, que presta assistência ao idoso.

Estratégias de cuidado gerontológico para minimizar agravos provocados por fármacos no contexto pandêmico: boas práticas na atenção primária.

O mundo acompanha avidamente a evolução científica a respeito de tratamentos efetivos contra o SARS-CoV-2, devido ao seu significativo potencial de infectividade e letalidade, que está gerando números expressivos de mortes no mundo todo.

Assim, é natural que a sociedade anseie por respostas rápidas. Entretanto, apesar de no mundo ter mais de 2.172 estudos clínicos registrados com intuito de avaliar estratégias de tratamento à COVID-19⁽¹⁰⁾, ainda não há evidências científicas robustas que suportem a prescrição farmacológica específica para o novo coronavírus.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e autoridades sanitárias de diversos países, incluindo o Center for Diseases Control (CDC) e o National Institute of Health (NIH) nos Estados Unidos reforçaram que o tratamento medicamentoso para pacientes com COVID-19 seja oferecido somente em cenário de pesquisa clínica⁽¹⁰⁾.

Contudo, no dia 20 de maio de 2020 o Ministério da Saúde publicou orientações relacionadas ao uso permissivo de medicamentos, mesmo em pacientes com doença leve ou moderada, orientando o uso precoce de cloroquina ou hidroxicloroquina em associação com azitromicina⁽⁸⁾.

Essas orientações devem ser vistas com extrema cautela pelos profissionais da equipe de saúde, em especial a da APS, no momento da Avaliação Geriátrica Ampla, relacionando as particularidades inerentes ao processo de envelhecer à prescrição desses medicamentos em idosos com COVID-19 na fase leve e/ou moderada, sobretudo naqueles que são frágeis e apresentam comorbidades⁽⁵⁾.

Diante disso, salienta-se que o cuidado ao idoso exige um olhar diferenciado por parte dos profissionais de saúde, a fim de adotar a farmacoterapia mais apropriada e segura possível, respeitando as indicações, doses, interações e contraindicações de cada medicamento, considerando critérios pré-definidos e melhores evidências disponíveis⁽⁷⁾.

Nesse contexto, boas práticas de cuidados aos idosos são necessárias e devem ser adotadas pelos profissionais de saúde da APS, tais como: Estabelecer um plano terapêutico seguro; Elaborar esquemas terapêuticos simples; Utilizar uma escrita legível nas prescrições, se possível ser digitada; Monitorar possíveis duplicações e as interações medicamentosas; Planejar a renovação de receituários, pelo maior período possível, para idosos com doenças crônicas estáveis; Ponderar os riscos e benefícios dos medicamentos para o idoso; e Esclarecer os riscos de medicamentos de alta vigilância.

Acrescenta-se ainda, outras práticas de cuidado, como: Reforçar aos cuidadores a importância do estabelecimento de uma parceria; Melhorar a comunicação e tornar as relações terapêuticas mais horizontais; Educar o idoso e cuidador sobre os riscos da automedicação; Considerar as peculiaridades do envelhecimento ao recomendar um tratamento; Pesquisar e adotar na assistência o uso de dispositivos/tecnologias que facilitem a identificação das drogas e auxiliem os idosos a lembrar dos horários e das doses; Incorporar na prática clínica o conhecimento sobre multimorbidade e polifarmácia; e Manter os conhecimentos atualizados sobre a terapêutica medicamentosa para o idoso, especialmente relacionada à COVID-19.

Para melhorar a segurança no uso de medicamentos, recomenda-se, ainda, uma revisão das prescrições de medicamentos, considerando os dados em prontuário e as informações fornecidas pelos idosos durante os atendimentos, para reduzir a polifarmácia, prevenir interações medicamentosas e eventos adversos aos que estão sendo tratados com COVID-19⁽²⁾. Outra estratégia é investigar os medicamentos adquiridos pelo próprio idoso, sem prescrição, caracterizando, assim, a automedicação.

Com vistas a minimizar esse fenômeno da automedicação, bem como da polifarmácia, orienta-se solicitar ao idoso que, na próxima consulta, leve consigo todos os medicamentos que costuma utilizar frequente e ocasionalmente. Com essa medida simples é possível detectar o uso de automedicação, a utilização de posologia incorreta e de mais de um medicamento para o mesmo objetivo, às vezes prescrito por profissionais diferentes.

Limitações

A restrita literatura sobre posologia, indicações e efeitos adversos das medicações para tratamento da COVID-19 e as considerações gerontológicas limitam a discussão ao mesmo tempo que ressalta a necessidade de estudos que abordem a temática

Implicações para a prática de enfermagem

A utilização criteriosa e cautelosa dos medicamentos, quanto à dose, tipo e intervalos, bem como adesão aos medicamentos, suscita a necessidade de orientação das pessoas idosas e seus familiares, como elementos essenciais na manutenção da qualidade de vida do idoso⁽⁷⁾. Racionalizar o uso de medicamentos e evitar os agravos advindos da polifarmácia, iatrogenia e automedicação em idosos são um dos grandes desafios da saúde pública em tempos de pandemia pela COVID-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe multidisciplinar, responsável pelo cuidado à saúde da pessoa idosa com COVID-19, deve ter ainda mais atenção aos fatores inerentes à senescência e senilidade, para que se tente diminuir os impactos dos mesmos no processo de adoecimento desencadeado pelo SARS-CoV-2.

Nesse sentido, a utilização racional de fármacos pelos idosos deve ser vista de forma especial pela equipe de saúde, com o fim de prever problemas advindos da polifarmácia, iatrogenia e automedicação, além de utilizar estratégias que monitorem os agravos que possam ter como cerne a farmacoterapia.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Hammerschmidt KSA, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. *Cogitare enferm.* 2020; 25. doi:10.5380/ce.v25i0.72849.
2. World Health Organization (WHO). Clinical management of COVID-19. [Internet] 2020 [citado em 13 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>
3. Runciman WHP, Thomson R, Schaaf TV, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care.* 2009; 21(1):18-26. doi: 10.1093/intqhc/mzn057
4. Hubbard RE, Maier AB, Hilmer SN, Naganathan V, Etherton-Beer C, Rockwood K. Frailty in the face of COVID-19. *Age and Ageing.* 2020; afaa095. doi: 10.1093/ageing/afaa095.
5. Koeberle S, Tannou T, Bouiller K, Becoulet N, Outrey J, Chirouze C, Aubry R. COVID 19 outbreak: organisation of a geriatric assessment and coordination unit: a French example. *Age and Agein.* 2020; afaa092. doi: 10.1093/ageing/afaa092.
6. Araújo LU, Santos DF, Bodevan EC, Cruz HL, Souza J, Silva-Barcellos NM. Segurança do paciente e polimedicação na Atenção Primária à Saúde: pesquisa transversal em pacientes com doenças crônicas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2019; 27: e3217. doi: 10.1590/1518-8345.3123.3217.
7. American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert P. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria(R) for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(4):674-694. doi: 10.1111/jgs.15767.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações do ministério da saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da covid-19. [Internet] 2020 [Citado em 12 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/20/orientacoes-manuseio-medicamentoso-covid19.pdf>
9. Pastick KA, Okafor EC, Wang F, et al. Review: Hydroxychloroquine and Chloroquine for Treatment of SARS-CoV-2 (COVID-19). *Open Forum Infectious Diseases.* 2020. 7(4); ofaa130. doi: 10.1093/ofid/ofaa130
10. National Institute of Health (NIH). COVID-19 Treatment Guidelines - Potential Antiviral Drugs Under Evaluation for the Treatment of COVID-19. [Internet] 2020 [Citado em 13 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/antiviral-therapy/>

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c16>

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS NA PANDEMIA DA COVID-19

Margarita Ana Rubin Unicovsky^I

ORCID: 0000-0001-5567-8239

Margrid Beuter^{II}

ORCID: 0000-0002-3179-9842

Claudete Moreschi^{III}

ORCID: 0000-0003-3328-3521

Luciana Araujo Vieira^{IV}

ORCID: 0000-0001-6197-9900

Lúcio Rodrigo Lucca de Camargo^V

ORCID: 0000-0002-7229-0612

Iride Cristofoli Caberlon^{VI}

ORCID: 0000-0002-8703-7038

INTRODUÇÃO

As Doenças Respiratórias Crônicas (DRC) acometem de forma recorrente tanto as vias aéreas superiores como as inferiores. Representam um dos maiores problemas de saúde pública em nível mundial. Milhares de pessoas de todas as idades sofrem de DRC e de alergias respiratórias em todos os países e mais de 500 milhões delas vivem nos países em desenvolvimento. Estas doenças afetam a qualidade de vida, provocando incapacidade nos indivíduos comprometidos. O impacto econômico e social também deve ser levado em consideração para o sistema de saúde de forma geral⁽¹⁾.

No Brasil, as doenças respiratórias representaram a quarta causa de óbitos com 126.693 registros no ano de 2011, sendo que a primeira causa pertence às doenças do aparelho circulatório com 335.213 registros no mesmo ano⁽²⁾. Dentre as doenças respiratórias, a pneumonia, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e a asma são as três primeiras causas de hospitalizações frequentes. Há alta morbimortalidade por estas patologias, além de tuberculose e câncer de pulmão, que possuem taxas assustadoras nas estatísticas mundiais⁽¹⁾.

Os principais sinais e sintomas da doença respiratória são dispneia, tosse, produção de escarro, dor torácica, sibilo, baqueteamento digital, hemoptise e cianose. Essas manifestações clínicas estão relacionadas à duração e à gravidade da doença⁽¹⁾.

A partir da notificação de uma pneumonia de etiologia desconhecida enviada pelas autoridades de saúde de Wuhan à Representação da Organização Mundial da Saúde (OMS) na China, em dezembro de 2019, ninguém imaginaria que o mundo entraria em uma crise sanitária. Wuhan é uma cidade com mais de 11 milhões de habitantes situada na província de Hubei, no continente asiático. Lá, surgiram os primeiros casos SARS-CoV-2. Esse vírus, altamente infeccioso, rapidamente se disseminou, ultrapassando as barreiras geográficas e a

^I Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{III} Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Santiago, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{IV} Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn-RS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^V Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn-RS. Xangrilá, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{VI} Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn-RS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Autor Correspondente:

Margarita Ana Rubin Unicovsky
E-mail: municovsky@hcpa.edu.br



Como citar:

Unicovsky MAR, Beuter M, Moreschi C, Vieira LA, Camargo LRL, Caberlon IC. Cuidado de enfermagem ao idoso com doenças respiratórias crônicas na pandemia da covid-19. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 101-107. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c16>



doença causada pelo SARS-CoV-2 levou a OMS a declarar, em 30 de janeiro de 2020, uma emergência de saúde pública de interesse internacional e, no dia 11 de fevereiro de 2020, a agência internacional renomeou a nova doença para COVID-19⁽³⁾.

No continente sul-americano, o Brasil foi o primeiro país a relatar a doença em 25 de fevereiro de 2020. A OMS declarou, no dia 11 de março de 2020, a infecção pela COVID-19 como uma pandemia devido aos dados assustadores e à propagação do aumento de casos em todos os continentes. Em poucas semanas, os países fecharam suas fronteiras para controlar a transmissão da doença entre a população. Muitos governos também adotaram medidas de quarentena, isolamento social, distanciamento social e, em alguns casos mais severos, a contenção comunitária devido à ausência de vacina e tratamento terapêutico. Passados três meses desde que a OMS declarou a pandemia, nos primeiros dez dias do mês de junho de 2020, os números de infectados e as mortes causadas pela COVID-19 totalizaram 7.145.539 de casos confirmados e 408.025 mortes confirmadas⁽³⁾.

Sob esta nova condição sanitária, a propagação viral aumentou agressivamente, ocasionando abruptas mudanças na rotina dos serviços de saúde. E os indivíduos que já possuíam alguma doença crônica respiratória entraram em um grupo de risco iminente e que requerem cuidados ainda maiores para se protegerem das infecções cruzadas⁽³⁾.

OBJETIVO

Relatar as principais doenças respiratórias crônicas no idoso e relacionar com a susceptibilidade à infecção por COVID-19.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada em estudos científicos nacionais e internacionais. Assim, as considerações serão apresentadas por meio dos seguintes tópicos: anatomia e fisiologia do aparelho respiratório; principais doenças respiratórias que acometem os idosos; diagnósticos de enfermagem – sinais e sintomas – fatores relacionados ou de risco em pacientes idosos com doenças respiratórias.

ANATOMIA E FISIOLOGIA DO APARELHO RESPIRATÓRIO

O sistema respiratório é dividido em duas partes, vias aéreas superiores e vias aéreas inferiores, sendo a primeira responsável pela entrada, aquecimento, umidificação e barreira contra impurezas provenientes do ar inspirado, composto pela cavidade nasal, faringe, laringe e traqueia. Já as vias aéreas inferiores são compostas pelos brônquios, pulmões, bronquíolos e alvéolos, sendo estes últimos altamente irrigados por capilares onde ocorre a hematose, ou seja, a difusão do oxigênio inspirado e do gás carbônico transportado pelas células, através destes mecanismos fisiológicos as hemácias alimentam as células dos tecidos, mantendo, desta forma, o oxigênio necessário para a manutenção da vida⁽⁴⁾.

O diafragma e os músculos intercostais são os principais músculos utilizados na respiração, visto que ocorre uma contração durante a fase inspiratória e relaxamento na fase expiratória, criando assim um gradiente de pressão que permite a entrada e saída do ar. Para a respiração ser eficaz, deverá haver um equilíbrio entre a ventilação (entrada e saída de ar), a perfusão pulmonar (presença de sangue enriquecido com oxigênio nos capilares pulmonares) e a difusão (alternância entre as concentrações dos gases na corrente sanguínea)⁽⁴⁾.

Quando se trata da população idosa, deve-se entender primeiramente o processo natural do envelhecimento, e com ele, as alterações estruturais que podem aumentar o risco do aparecimento de patologias provenientes de microrganismos oportunistas. O processo de envelhecimento pode acarretar alterações no sistema ventilatório, com diminuição da expansão torácica, e conseqüentemente, diminuição da expansão pulmonar, reduzindo a oferta de oxigênio inspirado e a hematose⁽⁵⁾. Isso se deve à redução da força dos

músculos respiratórios, com a presença de calcificações das cartilagens intercostais, dificultando a expansão da caixa torácica.

O fator envelhecimento pode ser responsável ainda pela redução do transporte mucociliar, que tem papel importantíssimo na resposta aguda aos agentes agressores, produzindo principalmente a tosse, mecanismos de defesa que, quando alterados, no caso do envelhecimento, permitem o desenvolvimento de doenças respiratórias⁽¹⁾.

PRINCIPAIS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS QUE ACOMETEM OS IDOSOS

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

A doença pulmonar obstrutiva crônica é uma das doenças mais comuns que afetam os idosos. Ela caracteriza-se pela interrupção gradual e progressiva do fluxo aéreo, prejudicando a respiração. Também é acompanhada de uma resposta inflamatória crônica nas vias respiratórias. Isso ocorre em resposta a estímulos nessas áreas causados por partículas e gases tóxicos como o fumo. O enfisema e a bronquite crônica são as doenças que compõem a DPOC⁽¹⁾.

A doença pulmonar obstrutiva crônica é a quarta principal causa de morte no mundo, mas é projetada para ser a terceira principal causa de morte até 2020. Mais de 3 milhões de pessoas faleceram de DPOC em 2012, representando 6% de todas as mortes no mundo⁽⁶⁾. Ademais, a DPOC é considerada um grave problema de saúde pública pelo impacto econômico gerado para os pacientes e para o Estado. O principal fator de risco da doença é a exposição ao tabaco, também, a poluição ambiental e ocupacional podem causar DPOC⁽¹⁾.

Os principais sintomas que a identificam são a tosse crônica, expectoração purulenta, “chieira” torácica e dispneia. A dispneia manifesta-se em atividades de esforço e tende a piorar com o progresso da doença. A tosse crônica pode indicar o diagnóstico de DPOC nos idosos, principalmente naqueles com histórico de exposição aos fatores de risco. Deve-se levar em consideração que a DPOC está associada a uma série de comorbidades como as doenças cardíacas, hipertensão, diabetes, obesidade, entre outras⁽⁶⁾.

A associação dessas comorbidades e a DPOC tornaria os pacientes idosos mais suscetíveis às complicações da COVID-19. Nesse sentido, a principal intervenção terapêutica a ser estimulada é o abandono do fumo - independentemente da idade do paciente. Destaca-se a importância de orientar os pacientes e familiares no seguimento correto do tratamento para aliviar os sintomas, melhorar a qualidade de vida e reduzir complicações⁽¹⁾. Importante ressaltar ainda que se deve reforçar a necessidade da vacinação anti-influenza e antipneumocócica para diminuir as hospitalizações e os óbitos dos pacientes^(1,6).

ASMA

Outra doença comum que compromete o sistema respiratório é a asma. É uma das doenças respiratórias crônicas que atinge pessoas de todas as faixas etárias. Algumas pessoas idosas podem ser afetadas pela doença durante toda a vida, enquanto outras a desenvolvem na velhice. Ela é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiperresponsividade dos brônquios que provoca limitação variável do fluxo aéreo pelo estreito deles. Tal situação é reversível espontaneamente ou com tratamento e ela manifesta-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao despertar⁽¹⁾. A asma resulta de uma interação entre genética, exposição ambiental a alérgenos e irritantes, além de outros fatores específicos como antígenos, que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas. Entre os fatores ambientais que provocam os episódios da asma estão: a poeira, ácaros, fungos, variações climáticas e infecções virais⁽¹⁾.

A asma é subdiagnosticada no idoso por várias razões: menor percepção da dispneia – pela interpretação da dispneia como natural pela idade; presença de comorbidades - cardiovasculares, DPOC, refluxo gastroesofágico, entre outras⁽¹⁾. Ao contraírem a COVID-19, os idosos com asma ficam ainda mais vulneráveis. O

estreitamento dos brônquios e a decorrente diminuição do fluxo de ar associam-se aos danos das infecções provocadas pela ação do vírus - o que justifica a inclusão das pessoas com asma no grupo de risco.

O tratamento da asma busca obter manutenção e controle da doença por longos períodos. Deve-se sempre considerar os efeitos adversos e as interações medicamentosas. A direção do tratamento atual é para prevenir exacerbações dos sintomas. Para prevenir os ataques de asma, é fundamental que os pacientes e seus familiares recebam orientações sobre a doença e noções de como evitar ou dirimir fatores desencadeantes dela. Também a vacinação anual anti-influenza e a antipneumocócica deve ser indicada como medida preventiva⁽¹⁾. É necessário verificar a adesão dos pacientes ao tratamento, uma vez que os idosos podem encontrar dificuldades decorrentes da polifarmácia; declínio cognitivo; limitações físicas; questões financeiras ou psíquicas.

CÂNCER DE PULMÃO

Uma estimativa mundial apontou que, em 2018, ocorreram 18 milhões de casos novos de câncer e 9,6 milhões de óbitos. O câncer de pulmão é o mais incidente no mundo, representando 2,1 milhões de casos. Para o Brasil, estimam-se, para cada ano do triênio 2020-2022, 17.760 casos novos de câncer de pulmão em homens e 12.440 em mulheres. O câncer de pulmão, em sua maioria de casos, é diagnosticado depois dos 50 anos, geralmente na faixa dos 60 aos 70 anos de idade⁽⁷⁾. Portanto, mostra-se necessário que a população idosa receba uma atenção especial em relação aos cuidados com o câncer de pulmão, tanto preventivo quanto de tratamento, sobretudo, diante da pandemia que se está perpassando, a qual proporciona sentimentos de incertezas e implica cuidados necessários.

Ao refletir sobre a necessidade de cuidados relacionados à COVID-19 e a população idosa com câncer de pulmão, ressalta-se estudo desenvolvido em janeiro de 2020, na China, que analisou a relação da infecção do SARS-CoV-2 com o câncer, em 1.590 casos de COVID-19. Entre os casos, 18 pacientes tinham histórico de câncer, sendo que 28% deles eram no pulmão⁽⁸⁾. Deste modo, reflete-se sobre o risco mais elevado das pessoas que possuem câncer em desenvolverem a COVID-19. A situação atual da pandemia requer atenção e muitos cuidados indispensáveis, no entanto, a manutenção do tratamento oncológico é fundamental para o sucesso terapêutico de uma pessoa que possui câncer de pulmão.

TUBERCULOSE

A tuberculose (TB) é a principal causa de morte por um único agente infeccioso em todo o mundo⁽⁹⁾. No Brasil, a TB apresenta incidência de 34,8 casos/100 mil habitantes, com taxa de mortalidade de 2,2 óbitos/100 mil habitantes. A doença é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) ou bacilo de Koch e afeta prioritariamente os pulmões. As pessoas imunossuprimidas ou que apresentam comorbidades como HIV, diabetes e etilismo têm um risco aumentado para a infecção por tuberculose⁽⁹⁾. Ainda, dentre a população de risco, citam-se os idosos, os quais estão mais propensos ao desenvolvimento da TB em decorrência da doença possuir sua transmissão preferencial relacionada à via aérea e alguns idosos possuem um sistema respiratório senescente, aumentando o risco de infecção e de adoecimento.

Diante da pandemia da COVID-19, há uma preocupação sobre a convergência entre as duas infecções. Considera-se que o patógeno MTB pode ser um fator de risco para a infecção por SARS-CoV-2 e a pneumonia grave por COVID-19. Um estudo chinês de caso-controle sugere que a infecção latente ou ativa por tuberculose pode aumentar a suscetibilidade à coinfeção entre TB e COVID-19, a rapidez da evolução dos sintomas e a gravidade do quadro. Ainda, este estudo mostrou que, entre os pacientes com COVID-19, a TB se apresentou numa frequência maior que diabetes e hipertensão, sinalizando um importante fator de risco para a COVID-19⁽¹⁰⁾.

Em idosos, um dos fatores preocupantes pode ser o abandono do tratamento da TB em decorrência de reações causadas pelos medicamentos, se isso acontecer, a bactéria pode ficar ainda mais resistente⁽⁹⁾. Diante do exposto, mostra-se imprescindível que os idosos que possuem doenças crônicas, dentre elas, a tuberculose,

sejam orientados e cuidados em relação à importância da continuidade do tratamento da doença em todas as circunstâncias, sobretudo, diante da atual pandemia.

PNEUMONIA

Moraes e Azevedo⁽¹⁾ definem a pneumonia como uma inflamação do parênquima pulmonar causada por diversos microrganismos, incluindo bactérias, microbactérias, fungos e vírus, caracterizada por instalação súbita, geralmente em decorrência de quadros gripais, sendo o principal agente causador o pneumococo, em torno de 50% dos casos. Esta infecção é de ocorrência comum no ciclo de vida, porém, mais frequente em pessoas idosas e debilitadas, podendo levar a graves complicações e até mesmo à morte. São seus principais fatores de risco a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e o diabetes mellitus (DM).

Outros fatores de risco para a pneumonia bacteriana são as condições da boca como inflamações e doenças dentárias, desnutrição, uso de antiácidos e outros medicamentos, aspiração de líquidos, alimentos ou vômitos, alteração dos mecanismos de defesa do trato respiratório, (fumantes ou ex-fumantes), alterações da deglutição, diminuição do nível de consciência, doença de parkinson, diminuição da cognição e demência. Segundo os mesmos autores⁽¹⁾:

O sinal chave do início da infecção respiratória baixa geralmente consiste no aumento da frequência de inspirações superior de 26 por minuto. A pneumonia pode se manifestar de diferentes formas com características e sintomatologia diferenciadas, que são: forma clássica: como no adulto jovem, com tosse, febre, dor no peito e/ou nas costas que piora com a respiração, cansaço e dificuldade para respirar, além de outros sintomas gerais; forma geriátrica: a febre pode estar ausente, podendo haver predomínio de confusão mental, delirium, agitação psicomotora, queda, incontinência urinária ou fecal, que dificultam o diagnóstico correto; forma silenciosa: predominando a ausência de sintomas, evolução arrastada o que atrasa o diagnóstico, agravando o quadro.

As pneumonias podem ser classificadas em quatro tipos:

Pneumonia adquirida na comunidade (PAC), pneumonia associada a cuidados de saúde (PACS), sendo suas subcategorias a pneumonia no indivíduo imunocomprometido e a pneumonia por aspiração onde os patógenos bacterianos mais comuns associados incluem *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, e *Moraxella catarrhalis*. A pneumonia adquirida no hospital (PAH) e pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV). Já os patógenos virais incluem rinovírus e influenza A e B⁽¹⁾.

O diagnóstico, a prescrição do tratamento medicamentoso e a avaliação clínica da evolução da doença, bem como a prescrição de alta são realizados por médicos pneumologistas.

Com efeito, a prática efetiva do cuidado de enfermagem à pessoa idosa exige respeitar princípios e conhecimentos específicos das comorbidades, diferentes infecções e episódios agudos de emergência e urgência, além da aplicação adequada do Processo de Enfermagem (PE) e da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), mediante práticas baseadas em evidências técnico-científicas, no atendimento das demandas do usuário/paciente com pneumonia em tempo da pandemia da Covid-19.

O atendimento integral à pessoa idosa com pneumonia pela(o) enfermeira(o) inicia-se no domicílio mediante a manutenção dos cuidados diários, de higiene do corpo, da cavidade oral, das vias aéreas e, em caso de uso de fraldas, deve-se realizar a higiene a cada troca.

Atualmente, durante a pandemia da Covid-19, é necessário intensificar as normas sanitárias, realizando a lavagem frequente das mãos, com água e sabão ou uso do álcool em gel, uso de máscara, manter hábitos alimentares e de vestuário adequados às necessidades, evitar correntes de ar, tomar sol 30 minutos por dia para a fixação da vitamina D, administrar os medicamentos de uso contínuo para as doenças crônicas como DM, ICC, DPOC e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dentre outras⁽¹⁾.

Se, apesar disso, a pneumonia surge, é fundamental que seja instalado precocemente o tratamento medicamentoso e a assistência de enfermagem baseada em evidências, mediante um plano de cuidados continuados, no domicílio ou na internação hospitalar. Simultaneamente à prevenção precoce, durante o tratamento, após a alta, a recuperação consiste em cuidados na administração de alimentos via oral, cujo paciente deve ficar em posição sentado ou com a cabeça elevada e, se apresentar engasgos ou tosse durante a alimentação e ingestão de líquidos, recomenda-se avaliação com fonoaudiólogo, visando orientar e ajudar na deglutição e indicar a consistência dos alimentos a serem oferecidos⁽¹⁾.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Com isso os pode-se listar como Diagnósticos de Enfermagem⁽¹²⁾ presentes nos idosos com doenças respiratórias, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Diagnósticos de Enfermagem presentes nos idosos com doenças respiratórias.

Diagnóstico	Domínio	Classe	Sinais e sintomas:	Fatores relacionados ou de risco:
Padrão Respiratório Ineficaz	Atividade repouso	Respostas cardiovasculares/ pulmonares	dispneia, padrão respiratório alterado (bradipneia, taquipneia, ortopneia); batimento de asa de nariz, cianose, alterações anatômicas da caixa torácica, respiração com lábios semicerrados, posição em três pontos, uso de musculatura acessória para respirar e ruídos adventícios.	ansiedade; dano musculoesquelético; deformidade da parede torácica; disfunção neuromuscular; dor; fadiga da musculatura respiratória; hiperventilação e síndrome da hipoventilação.
Ventilação Espontânea Prejudicada	Atividade repouso	Respostas cardiovasculares/ pulmonares	Dispneia, padrão respiratório alterado (bradipneia, taquipneia, ortopneia, batimento de asa de nariz, cianose, PCO aumentada, PO diminuída, SaO2 diminuída, respiração com lábios semicerrados, posição em três pontos, uso de musculatura acessória para respirar.	Fadiga da musculatura respiratória e fatores metabólicos.
Desobstrução ineficaz de Vias Aéreas	Segurança/ proteção	Lesão física	Cianose, dispneia, expectoração, mudanças no ritmo e na frequência respiratória, ruídos adventícios, tosse ineficaz e hemoptise	Corpo estranho na via área; espasmo na via aérea; muco excessivo; secreções retidas; disfunção neuromuscular; infecção; presença de via área artificial; tabagismo e DPOC.
Troca de Gases Prejudicada	Eliminação e troca	Função respiratória	Agitação, ansiedade, dispneia, batimento de asa de nariz, cianose, gases sanguíneos arteriais anormais, hipercapnia, hipóxia e padrão respiratório alterado	Desequilíbrio na ventilação/ perfusão e mudanças na membrana alveolocapilar.
Intolerância à Atividade	Atividade/ repouso	Respostas cardiovasculares /pulmonares	Dispneia e fadiga	Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio; fraqueza generalizada e imobilidade.
Fadiga	Atividade / repouso	Equilíbrio de energia	Dispneia e fadiga	Condição física debilitada e estados de doença
Dor Aguda	Conforto	Conforto físico	Verbalização ou expressão de dor torácica, mudanças na frequência respiratória, agitação e fadiga	Agente lesivo (biológico).
Dor Crônica	Conforto	Conforto físico	Verbalização ou expressão de dor torácica, mudanças na frequência respiratória, agitação e fadiga	Incapacidade física crônica

Continua

Continuação do Quadro 1

Diagnóstico	Domínio	Classe	Sinais e sintomas:	Fatores relacionados ou de risco:
Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório	Atividade/repouso	Respostas cardiovasculares /pulmonares	Agitação, cianose, fadiga, taquipneia, gases sanguíneos	História de dependência do ventilador por > 4 dias História de tentativas de desmame malsucedidas

CONCLUSÃO

Urge a necessidade do cuidado ao idoso com doenças respiratórias crônicas sendo necessário ressignificar as ações de atenção ao idoso, respeitando a pluralidade, com foco no momento crítico da pandemia da COVID-19. Além disso, o desenvolvimento de políticas públicas relacionadas às melhores práticas clínicas e de enfermagem deve ser considerado como prioridade para proteção dessa população.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

- Moraes EN, Azevedo RS. Fundamentos do cuidado ao idoso frágil. Belo Horizonte: Fólium; 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde (BR), Datasus, Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. Sistema de Informações sobre Mortalidade [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [citado 2020 Jun 5] Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida_Sim_2011.pdf.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. Relatórios de situação: doença de Coronavírus 2019 (COVID-19). [Citado 2020 Jun 10]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200610-covid-19-sitrep-142.pdf?sfvrsn=180898cd_2.
- Fernandes RTP. Ensino clínico em saúde do adulto idoso. Rio de Janeiro: SESES; 2017.
- Silva MCS, Caberlon IC. Instituições de longa permanência para idosos. Gerenciamento e assistência. Porto Alegre: Moriá; 2020.
- Gold 2020. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Report 2020. [Citado 2020 Jun 10]. Disponível em: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-2020-REPORT-ver1.0wms.pdf>.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA; 2020.
- Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu Ke et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol.* 2020;21(3):335-337. doi:10.1016/S1470-2045(20)30096-6.
- Brasil. Secretaria de Vigilância à Saúde. Boletim Epidemiológico 9: Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença [Internet]. Boletim epidemiológico; 2020.
- Liu Y, Bi L, Chen Y, Wang Y, Fleming J, Yu Y, et al. Active or latent tuberculosis increases susceptibility to COVID-19 and disease severity. medRxiv [Internet]. 2020 Jan 1; 2020.03.10.20033795. [Citado 2020 Jun 10]. Disponível em: <http://medrxiv.org/content/early/2020/03/16/2020.03.10.20033795.abstract>.
- Corrêa RA, Costa AN, Lundgren F, Michelin L, Figueiredo MR, Holanda M et al. Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade. *J Bras Pneumol*, 2018; 44(5):405-424.
- Herdman TH, Kamitsuru. Nanda International inc. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020. Tradução: Garcez RM; Porto Alegre: Artmed; 2018.

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c17>

LESÃO POR PRESSÃO EM IDOSOS NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: ATENUANTES NA PANDEMIA DA COVID-19

Juliana Balbinot Reis Girondi^I

ORCID: 0000-0002-3763-4176

Karina Chamma Di Piero^{II}

ORCID: 0000-0002-0102-6785

Cibely Freire de Oliveira^{III}

ORCID: 0000-0003-3708-2719

Cristiane dos Santos Rosa^{IV}

ORCID: 0000-0002-6001-7053

Luciana Alves dos Santos^{IV}

ORCID: 0000-0002-7116-8930

Alcione Matos de Abreu^V

ORCID: 0000-0001-6078-7149

^I Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{III} Residencial Israelita Albert Einstein. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{IV} Universidade Federal Fluminense. ILPI Espaço Vianney. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

^V Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Autor Correspondente:

Juliana Balbinot Reis Girondi
E-mail: juliana.balbinot@ufsc.br



Como citar:

Girondi JBR, Di Piero KC, Oliveira CF, Rosa CR, Santos LA, Abreu AM. Lesão por pressão em idosos nas instituições de longa permanência: atenuantes na pandemia da covid-19. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 108-115. (Série Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c17>

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da pele pode ser intrínseco e extrínseco; sendo a primeira causa relacionada a fatores genéticos e cronológicos, ao passo que o extrínseco resulta dos danos ambientais (radiação ultravioleta e outros fatores: tabagismo, etilismo, hábitos nutricionais dentre outros). Desse modo, as alterações cutâneas decorrentes do envelhecimento, quando associadas a fatores externos, como, por exemplo, pressão, umidade, trauma mecânico – fricção e cisalhamento podem potencializar as chances de ocorrerem Lesão por Pressão (LP)⁽¹⁾.

Conceitualmente, LP é uma lesão localizada em uma área de dano da pele e do tecido mole subjacente geralmente sobre proeminência óssea ou relacionada com um dispositivo médico. A lesão pode apresentar pele intacta ou uma úlcera aberta. A lesão ocorre como resultado da intensa pressão e/ou prolongamento de pressão em combinação com cisalhamento. A tolerância do tecido mole para a pressão e cisalhamento também podem ser afetados pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e condições do tecido mole⁽²⁾.

A pele é o maior órgão protetor do ser humano. No caso do idoso institucionalizado que vive em Instituição de Longa Permanência para Idosos ILPI, a LP é um problema de saúde, sobretudo idosos e para aqueles que passam maior parte do tempo acamados ou sentados, com exposição aos fatores de risco - extrínsecos e intrínsecos^(3,4).

Há vários desafios para implementar ações para reduzir a ocorrência da Lesão por Pressão nessa população, quais sejam: estruturais/processo de trabalho - reduzido número de profissionais da equipe de enfermagem, déficit/dificuldade na educação permanente e baixa motivação desses para a implementação de protocolos de e/ou escalas preditivas de risco e para prevenção de Lesão por Pressão; e em relação à própria clientela atendida – diferentes e elevados graus de dependência nos idosos,



déficit cognitivo/aprendizagem, déficit de auto cuidado, diferentes graus de imobilidade, déficit de higiene pessoal e nutrição inadequada.^(3,4)

Os idosos institucionalizados estão inseridos em um contexto de vulnerabilidades multidimensionais que perpassam por áreas sociais, culturais, políticas e econômicas, resultantes de fatores como aposentadoria, renda precária, discriminação, isolamento familiar e social, bem como o enfrentamento à fragilidade das políticas públicas para suporte dessa população vigente⁽⁵⁾.

Além dessas condições de vulnerabilidade aos quais os idosos institucionalizados estão submetidos, nos tempos atuais vêm requerendo maior vigilância e ações de cuidados a essa clientela; em virtude da COVID-19, que é uma doença infecciosa causada pelo vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2)⁽⁶⁾. Entidades internacionais e nacionais elaboraram planos estratégicos para seu enfrentamento à saber: “COVID-19: *Operational Planning Guidelines to Support Country Preparedness and Response*”⁽⁷⁾ criado pela OMS e “Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19” elaborado pelo Ministério da Saúde.

A principal forma de contágio do novo coronavírus é pessoa-pessoa através de gotículas, aerossóis e contato com mãos, superfícies e objetos contaminados. Os principais sintomas são: febre, tosse seca, fadiga, perda de paladar e olfato, conjuntivite, congestão nasal, dores, diarreia, dor de garganta e erupção cutânea⁽⁸⁾.

Sobre as principais manifestações cutâneas da COVID-19, o enfermeiro deverá conhecer e durante o exame físico da pele dos idosos, realizar diagnóstico diferencial em relação às Lesões por Pressão. As principais lesões, determinadas pela manifestações cutâneas do novo coronavírus, são elas: erupções vesiculares, erupções com urticária, erupções maculo-papulares, pitiríase rósea, erupção perifolicular, eritema multiforme, eritema pseudovesicular, erupções purpúricas disseminadas e axilares, erupções morbiliforme, eritema palmar, manchas livedoides e necrose⁽⁹⁾, essas são diferentes das Lesões por Pressão como podemos ver na Figura 1.



Figura 1 – Manifestações cutâneas da COVID 19. Arquivo Di Piero, 2020

Ainda sobre o quadro clínico da COVID-19, a maioria das pessoas com sintomas da doença não necessitam de hospitalização, entretanto pesquisas evidenciam que idosos acima de 60 anos com comorbidades tais como: hipertensão, diabetes mellitus, cardiopatia e doença renal; adultos jovens com imunossupressão; doentes crônicos; tabagistas e obesos são os mais susceptíveis⁽¹⁰⁾.

Diante disso, é relevante ressaltar a fragilidades dos idosos para risco de desenvolvimento da forma grave da doença e possíveis repercussões na pele decorrente da própria fisiopatologia da COVID-19, determinada pela hipóxia secundária à descompensação do aparelho respiratório, que entra em colapso com prejuízo da sua perfusão alvéolo-capilar e conseqüentemente, da perfusão tissular. Tal desencadear gera, pois, uma

nutrição tecidual insuficiente, além da possibilidade da formação de micro trombos endovasculares, situação que também impede um fluxo circulatório satisfatório para a manutenção da nutrição da pele⁽¹¹⁾.

Portanto, diante na situação pandêmica, deve-se reforçar o controle dos principais fatores de risco extrínsecos na prevenção do desenvolvimento de LP - pressão, fricção, alteração de microclima da pele (aumento de temperatura e umidade), atividade/mobilidade e hidratação/nutrição⁽²⁻⁴⁾.

Com isso, mediante cuidados de enfermagem sistematizados, o gerenciamento da pele frágil do idoso em ILPI deverá ser focado em três pilares - higienização, hidratação e análise/controle de risco conforme detalharemos nesse manuscrito.

OBJETIVO

Discutir sobre a prevenção da Lesão por Pressão em idosos institucionalizados em Instituições de Longa Permanência a partir do gerenciamento do cuidado de enfermagem durante a Pandemia da COVID-19.

MÉTODO

Estudo reflexivo que abordou referências teóricas sobre a prevenção de LP em idosos de ILPI considerando-se os atenuantes da pandemia COVID-19. Realizou-se uma revisão narrativa da literatura sobre as principais referências disponibilizadas em artigos científicos, manuais, protocolos institucionais, notas técnicas e documentos oficiais.

Posteriormente foi realizada uma discussão da importância da prevenção de LP em idosos institucionalizados, bem como a necessidade de estratégias para o gerenciamento do cuidado de enfermagem. A partir da análise o estudo possibilitou a construção de algumas etapas: diagnosticar uma situação problema para melhorar ou resolver; formular estratégias norteadoras para a implementação de ação; propor estratégias e sugerir meios de avaliação de sua eficiência possibilitando a ampliação e compreensão das necessidades de intervenção, considerando-se as peculiaridades de cada enfermeiro em seu contexto de atuação.

GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LP EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Com vistas ao diagnóstico da situação problema, é fato que a Lesão por Pressão é um risco em pacientes idosos, conforme já amplamente difundido na literatura científica, tendo em vista a própria situação de declínio fisiológico e funcional, além das características de sua pele associado aos fatores extrínsecos e intrínsecos para risco de desenvolvimento de lesões.⁽²⁻⁴⁾

Dessa forma, o envelhecimento é um processo fisiológico, levando o corpo a diversas mudanças físicas e funcionais, e com o avançar da idade tendem a agravar, aumentando o risco para o surgimento de lesões por pressão.⁽²⁻⁴⁾

Com a pandemia do novo coronavírus tal situação é agravada, tendo em vista as situações relacionadas à própria doença - hipóxia e micro trombos, os quais podem gerar redução de perfusão tecidual e aumento de áreas de risco, que se somadas ao imobilismo, a pressão em áreas de superfícies rígidas sem o equilíbrio de pressão adequado e técnicas de descompressão sistematizadas por equipe treinada, pode gerar lesões que aumentam a morbimortalidade desse idoso.

Tendo em vista, que a pele é considerada o maior órgão do corpo humano e têm funções vitais como revestimento e a sustentação de estruturas internas; proteção contra raios ultravioleta, traumas físicos, químicos, inclusive contra a ação de microrganismos patogênicos; responsável pela termorregulação, percepção sensorial, equilíbrio hídrico, imagem corporal e metabolismo como a síntese de vitamina D⁽¹²⁾, sua avaliação diária através do exame clínico pelo enfermeiro é fundamental para avaliação de alterações de sua integridade.

O cuidado e a proteção da pele dos idosos em ILPI é um desafio constante para o enfermeiro, visto que a pele desta clientela é frágil e possuem os fatores de risco inerentes, como extremo de idade, estado nutricional deficiente, doenças crônicas, polifarmácia, declínio cognitivo, sensorial visual e mobilidade diminuída.

Compete ao enfermeiro e sua equipe, a inspeção e descrição individualizada dos fatores de risco para desenvolver Lesão por Pressão, registrando os aspectos fundamentais para a prevenção, monitorar e documentar as intervenções/ações, bem como avaliar os resultados obtidos com o cuidado planejado.

Diante disso, devem ser organizadas com base na Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) estratégias de cuidados preventivos, que a partir de evidências científicas irão fundamentar o processo de enfermagem e a prática de enfermagem em ILPI.

Dessa forma apresenta-se no Quadro 1 os pilares para prevenção da Lesão por Pressão, assim como as principais medidas interventivas protetoras; possibilidades de execução e reavaliação.

Quadro 1 – Estratégias de ação para gerenciamento do cuidado de enfermagem na prevenção de LP em idosos institucionalizados durante a Pandemia da Covid-19

Pilares da prevenção	Medidas preventivas	Método	Responsável	Período de realização	Reavaliação
HIGIENE	Higienizar a pele	<ul style="list-style-type: none"> - Higienizar a pele com produtos sem álcool e sem perfume, levemente ácido (pH em torno de 5,5). Preferir sabonete líquido ou limpador de pele industrializado sem enxague com dimeticona. - Utilizar toalhas de banho com fibras macias. - Atentar para a temperatura da água, evitando altas temperaturas, minimizando os riscos de ressecamento da pele e predisposição a lesões. - Quando utilização de lenços umedecidos/banho seco, optar por produtos à base de dimeticona, aloe vera e sem álcool. - Realizar manejo gentil durante a higiene da pele da área íntima - genito-urinária sempre que estiver em contato com excretas, em especial a região perianal, evitando lesões. 	Enfermeiro, equipe de enfermagem e cuidadores.	Diariamente e a cada troca de fralda.	Diária/Sempre que houver necessidade.
HIDRATAÇÃO	Hidratar a pele	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar cremes hidratantes ou loções hidratantes que hidratem e umectem a pele. Atenção! Não massagear áreas de proeminências ósseas e hiperemias, pois aumentam o risco de lesão. 	Enfermeiro, equipe de enfermagem e cuidadores.	Duas vezes ao dia (preferencialmente após higiene).	Diariamente conforme prescrição do enfermeiro.
	Otimizar hidratação oral e suplementação nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a ingesta hídrica e aceitação alimentar adequada às necessidades nutricionais do idoso. - Avaliar conforme exames laboratoriais junto à equipe médica e de nutrição, a introdução de suplementação calórico/proteica/oligoelementos. 	Enfermeiro, Médico e Nutricionista.	Diariamente.	Semanalmente.
ANÁLISE E CONTROLE DE RISCOS	Inspeccionar a pele	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar exame físico da pele, para avaliar e registrar presença de alterações na estrutura da pele, coloração, umidade, etc. Atenção! Preferir o momento da higiene para otimizar a avaliação. 	Enfermeiro, equipe de enfermagem e cuidadores.	Nas 24 horas.	A cada demanda apresentada.

Continua

Continuação do Quadro 1

Pilares da prevenção	Medidas preventivas	Método	Responsável	Período de realização	Reavaliação
ANÁLISE E CONTROLE DE RISCOS	Realizar busca ativa de fatores de riscos	- Exame físico: inspecionar a pele. - Identificar fatores de riscos e prescrever conforme diagnósticos de enfermagem levantados, as intervenções para o enfrentamento destes.	Enfermeiro.	No acolhimento/ admissão do idoso na ILPI e em avaliações periódicas.	Diariamente e a cada mudança clínica do idoso.
	Identificar o grau de risco preditivo de LP	- Aplicar a escala de Braden (Foto 4)	Enfermeiro.	No acolhimento do idoso (preferencialmente nas 6 primeiras horas).	Após a admissão, a cada mudança clínica, ou pelo menos semanalmente
ANÁLISE E CONTROLE DE RISCOS	Manejar umidade da pele.	- Utilizar produtos à base de óxido de zinco e petrolatum, dimeticona, aloe vera, soluções poliméricas, entre outras; para determinar uma barreira protetora na pele contra excesso de umidade. - Remover fralda úmida e com sujidades sempre que houver saturação do SAP (gel super absorvente) demonstrado no indicador de umidade (traço mediano que altera de cor conforme necessidade da troca da fralda). Atenção! Não utilizar mais de uma fralda e não associar uso de absorvente com fralda e nem absorvente com calça absorvente. Avaliar o grau de incontinência e identificar a necessidade do melhor dispositivo absorvente individualmente. - Avaliar uso de comadres, patinhos, dispositivos externos de incontinência urinária masculina e cateter vesical de demora/dispositivos anal em incontinentes. - Realizar troca de roupas de cama e traçado móvel sempre que molhados ou com sujidades. - Atentar para outras fontes de umidade: drenos sobre a pele, exsudato de feridas, febre, suor e transudato em pacientes com anasarca/linfedema.	Enfermeiro, equipe de enfermagem cuidadores.	Uma vez ao dia após o banho e após trocas de fraldas (realizada conforme grau de incontinência e necessidade da troca de fralda/ higiene íntima).	Após troca de fralda e higiene íntima. Periodicamente de acordo com saturação da fralda (determinada pelo indicador de umidade da fralda).
	Reduzir fricção e cisalhamento	- Realizar elevação da cabeceira da cama até no máximo 30°. - Realizar lateralização quando nos decúbitos laterais direito e esquerdo, angulando em 30 graus com utilização de travesseiro/rolinho sob a área do dorso. Atenção! Não posicionar o paciente sobre a área do trocâter. - Limitar o tempo de cabeceira elevada (90 graus), preferencialmente apenas 1 hora, para evita fricção e cisalhamento. - Aplicar traçado móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferências e alternâncias de decúbito.	Enfermeiro, equipe de Enfermagem e cuidadores	Nas 24 horas	Nas 24 horas

Continua

Continuação do Quadro 1

Pilares da prevenção	Medidas preventivas	Método	Responsável	Período de realização	Reavaliação
ANÁLISE E CONTROLE DE RISCOS	Reduzir pressão	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar colchões de pressão alternada ou viscoelástico. Atenção! Não utilizar colchões piramidais, de água, gel e de espuma padrão, pois não redistribuem a pressão corporal. - Utilizar coxins, reposicionadores, rolinhos e travesseiros para reposicionar a cada 2 horas, angulando em 30 graus o corpo do idoso - Evitar posicionar o idoso sobre proeminências ósseas. - Elevar calcâneos com rolinho ou travesseiro sob panturrilhas. 	Enfermeiro, equipe de Enfermagem e cuidadores	Nas 24 horas (Atenção! A mudança de decúbito deve ser realizada 2/2; na cadeira o idoso só pode permanecer até 1 hora sentado)	Conforme prescrição do enfermeiro

Medidas preventivas como a aplicação de escalas, abrangem ações simples e demandam poucos gastos, e devem ser incentivadas no âmbito das ILPI para a prevenção de LP. A Escala de Braden tem sido muito utilizada em pesquisas nacionais com idosos institucionalizados e apresenta elevada sensibilidade e especificidade na predição de risco para o desenvolvimento de LP.⁽⁴⁾ É uma escala também indicada pela NPIAP/EPUAP para prevenção de LP, tanto para adultos quanto para idosos.⁽¹⁰⁾

Os cuidados essenciais para a manutenção da integridade cutânea que inclui a inspeção da pele em intervalos pré-definidos, cuja periodicidade é proporcional ao risco identificado de acordo com os resultados encontrados na escala de Braden, sendo necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas.

A COVID-19 em suas manifestações distintas exige do profissional conhecimento prévio, para diagnóstico diferencial das lesões que podem surgir na pele do idoso com a infecção do novo coronavírus, além de um olhar atento aos achados relacionados aos fatores de risco para LP.

A abordagem sistematizada para o tratamento de feridas conforme a ferramenta TIME⁽¹²⁾, define conforme as fases de cicatrização de uma ferida, condutas/orientações que podem auxiliar o enfermeiro a garantir o avanço na cicatrização das feridas, por ele acompanhadas.

Primeiramente, a ferida deve ser analisada com base no seu diagnóstico etiológico, o que gera embasamento clínico para entender sua causa, e diante disso, compreender a evolução clínica, que analisada macroscopicamente, normalmente inicia-se com tecido desvitalizado (não viável) decorrente de ação nociva, no caso da LP, decorrente de pressão, fricção, cisalhamento e/ou alteração do microclima.

Conforme a ferramenta⁽¹¹⁾ o tecido inviável (desvitalizado – necrosado, normalmente de cor preta, marrom ou amarela) deve ser debridado instrumentalmente pelo enfermeiro capacitado em debridamento, ou manejado com debridantes químicos tópicos. Diante da lesão debridada, já sem o tecido inviável, se inflamado (com sinais de inflamação)e/ou infecção (presença de sinais clínicos de infecção de ferida superficial/profunda/sistêmica), a ação portanto deverá ser o controle dessa complicação mediante coberturas específicas para processos inflamatórios agudo ou crônicos de feridas, realização de técnicas para melhora desta situação ou ainda intervenção médica para introdução de medicações sistêmica.

Uma vez controlada a inflamação/infecção, evolui-se com a necessidade de controle adequado da umidade do leito da ferida, também com auxílio de tecnologias mediante utilização de coberturas de alta complexidade e por fim, já na fase final de remodelamento da ferida, o controle final será das margens ou bordas da ferida para finalizar seu fechamento, por contração eficiente, com a conclusão do reparo ou cicatrização da ferida.

Limitações

No caso de falha das medidas de prevenção, recomenda-se a avaliação de um enfermeiro especialista em enfermagem dermatológica/ estomaterapeuta, a fim de realizar a avaliação baseada no processo de enfermagem que será voltada tanto para o paciente quanto para lesão.

Implicações para a prática

A partir das estratégias propostas sugere-se o desenvolvimento e acompanhamento das ações pelo enfermeiro, que apesar de serem ações simples, são efetivas na prevenção dessas lesões. Diante disso, os enfermeiros atuantes em ILPI, precisam liderar com base na educação o consenso de saberes e práticas para prevenção de LP considerando os atenuantes da COVID-19 em idosos institucionalizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da proposta apresentada foi possível nortear uma reflexão sobre a prevenção de Lesão por Pressão em idosos institucionalizados, considerando a importância do gerenciamento do cuidado de enfermagem frente aos atenuantes da Pandemia da Covid-19.

Foram propostas pelo estudo, estratégias com base na avaliação clínica, aplicação da escala de Braden, diagnóstico de enfermagem e ações diárias por meio da prescrição de enfermagem, direcionadas para o controle dos principais fatores de risco apresentados individualmente nos idosos institucionalizados com vistas ao controle do surgimento da Lesão por Pressão.

Além disso, foi referida a importância da implementação conjugada à diária do cumprimento das ações pela equipe de enfermagem, com inclusive, melhor compreensão das situações apresentadas e necessidades de ajustes institucionais com base em estratégias educacionais que deverão subsidiar mudanças de comportamento e cultura de manejo desse problema de saúde pública, e que também aponta para questões relacionadas a qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde na ILPI.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Santos CT, Almeida MA, Lucena AF. Diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão: validação de conteúdo. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2016 [cited 2020 Mai 12];24: e2693. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02693.pdf. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0782.2693>
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Injury Stages [Internet]. 2016. [cited 2020 Abr 11]. Available from: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>
3. Vieira VAS, Santos MDC, Almeida NA, et al. Risco de lesão por pressão em idosos com comprometimento na realização de atividades diárias. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro[Internet]. 2018. [cited 2020 Jun 26]; 8:e2599. Available from: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2599>. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.2599>
4. Macêdo PKG, Anízio BKF, Brito FM et al. Instrumento de coleta de dados para prevenção de úlcera por pressão no idoso institucionalizado. Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(11):3977-88, nov., 2016. [cited 2020 Jul 28]. DOI: 10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201620
5. Cruz RR, Beltrame V, Dallacosta FM. Envelhecimento e vulnerabilidade: análise de 1.062 idosos. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2019 [cited 2020 June 30];22(3):e180212. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000300204&lng=en. Epub Sep 26, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180212>.
6. Albuquerque NLS de. Planejamento operacional durante a pandemia de Covid-19: comparação entre recomendações da Organização Mundial da Saúde e o Plano de Contingência Nacional. Cogitare enferm. [Internet]. 2020 [acesso em 03 de mai 2020]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72659>
7. World Health Organization. COVID-19 Strategic preparedness and response plan operational planning guidelines to support country preparedness and response. Geneva: WHO; 2020.

8. Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Folha informativa – covid-19 (doença causada pelo novo coronavírus). [Internet] [acesso 01 de mai 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875
9. Casas, C. et al; .Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. Supplementary material: Photographic Atlas. *British Journal of Dermatology* 2020. [Internet]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/bjd.19163>
10. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Injury Stages. Unavoidable Pressure Injury during COVID-19 Pandemic: A Position Paper from the National Pressure Injury Advisory Panel [Internet]. 2020. [cited 2020 Abr 11]. Available from: https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/white_papers/Unavoidable_in_COVID_Pandemi.pdf
11. Mittag BF, Krause TCC, Roehrs H, Meier MJ, Danski MTR. Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem. *Estima* [Internet]. 2017. [cited 2020 Mai 26]; 15(1): 19-25. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/f8b5/be99de89bd410cff34d93eb9e982bdfa79bf.pdf>. DOI: 10.5327/Z1806-3144201700010004
12. Utilizar a abordagem sistematizada no tratamento de feridas: Wound Bed Preparation (WBP) e a ferramenta TIME. Schultz GS, Barillo DJ, Mozingo DW, Chin GA. Wound bed preparation and a brief history of TIME. *International Wound Journal*. 2004;1:19-31.

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c18>

LESÕES POR PRESSÃO RELACIONADA À EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Juliana Balbinot Reis Girondi^I

ORCID: 0000-0002-3763-4176

Karina Chamma Di Piero^{II}

ORCID: 0000-0002-0102-6785

Cibely Freire de Oliveira^{III}

ORCID: 0000-0003-3708-2719

Cristiane dos Santos Rosa^{IV}

ORCID: 0000-0002-6001-7053

Alcione Matos de Abreu^V

ORCID: 0000-0001-6078-7149

Glycia de Almeida Nogueira^V

ORCID: 0000-0002-2986-2427

^I Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{III} Residencial Israelita Albert Einstein. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{IV} Universidade Federal Fluminense. ILPI Espaço Vianney. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

^V Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Autor Correspondente:

Juliana Balbinot Reis Girondi
E-mail: juliana.balbinot@ufsc.br



Como citar:

Girondi JBR, Di Piero KC, Oliveira CF, Rosa CR, Santos LA, Nogueira GA. Lesões por pressão relacionada à equipamentos de proteção individual em instituições de longa permanência. In: Santana RF (Org.). *Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19*. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 116-121. (Série Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c18>

INTRODUÇÃO

Em outubro de 2019 um surto de pneumonia na China identificada por um novo tipo de coronavírus, o SARS-CoV-2, devido seu alto poder de transmissão, rapidamente se tornou um problema mundial, com a pandemia da doença COVID-19⁽¹⁾

A transmissão desta doença se dá principalmente através de gotículas salivares de pessoas infectadas, gerando a necessidade de uma rigorosa vigilância dos profissionais de saúde que atuam na assistência direta aos casos confirmados e suspeitos da infecção, sendo nesse contexto, a higienização das mãos e o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) indispensáveis para a segurança destes⁽²⁾

Tudo isso determinou consequências profundas, principalmente em ambientes como em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) que possuem maior vulnerabilidade, tendo em vista participarem do grupo de maior risco à manifestação grave da doença⁽²⁾

As ILPIs são ambientes que prestam serviços essencialmente de atenção primária à saúde das pessoas idosas, referenciando para serviços especializados situações emergenciais. Para tanto, a fim de prevenir e controlar o surto nas instituições e proteger as pessoas suscetíveis, os profissionais de saúde que atuam nesse cuidado devem utilizar os EPIs, como as máscaras de proteção respiratória, do tipo N-95/PFF2 ou similares, óculos de proteção ou protetores faciais, luvas, gorro e aventais descartáveis. Além disso, é indispensável a higienização adequada das mãos com água e sabão e/ou álcool gel 70% no controle da disseminação da doença⁽²⁻⁴⁾

Durante o período da pandemia, a frequente higiene das mãos e o uso prolongado de dispositivos de proteção individual entre os profissionais, tem aumentado o risco de Lesões por Pressão, por prolongamento do uso de máscaras, óculos de proteção, protetores faciais e gorro, assim como, dermatites e dermatoses devido à necessidade de higienização das mãos e uso de luvas continuamente^(5,6)



Com base na pandemia, estudos de revisão apontaram mundialmente a correlação entre a definição dessas lesões por pressão, que eram condicionadas ao uso de EPI às lesões por pressão relacionadas a dispositivo médico, sendo sua ocorrência associada ao uso desses projetados e aplicados para fins diagnósticos e/ou terapêuticos, sendo o tempo de exposição, o principal fator de risco para o desenvolvimento da lesão, além de fricção e cisalhamento^(7,8)

Diante disso, era urgente a implementação de medidas preventivas para manutenção da integridade da pele dos profissionais de saúde, uma vez que as lesões poderiam determinar reações emocionais, como baixa autoestima, além da dor, do desconforto e a quebra de integridade da pele ser risco potencial para infecção secundária de pele^(7,10). Para tanto, considerou-se essencial o enfoque de três pilares para os cuidados necessários com a pele: higienização; hidratação; e identificação/análise/controle de risco.

OBJETIVO

Realizar uma reflexão sobre a prevenção da Lesão por Pressão Relacionadas à Dispositivos Médicos (LPRDM) em profissionais de saúde que desenvolvem assistência a idosos institucionalizados durante a Pandemia da COVID-19.

MÉTODOS

Estudo descritivo, tipo análise reflexiva, que abordou referências teóricas sobre a prevenção de Lesão por Pressão Relacionada à Dispositivos Médicos em profissionais de saúde considerando-se os atenuantes da pandemia COVID-19.

Realizou-se uma ampla leitura sobre as referências disponibilizadas em artigos científicos, manuais, protocolos institucionais, notas técnicas e documentos oficiais e, posteriormente foi realizada uma discussão da importância da prevenção de lesão por pressão relacionada a dispositivos médicos, bem como a necessidade de sistematizar as estratégias para a adoção de medidas preventivas a fim de manter a integridade da pele do profissional.

No estudo, a situação problema em questão refere-se aos riscos aumentados para LPRDM ante a COVID-19. Dessa forma, buscou-se a descrição do gerenciamento dos riscos, de modo a viabilizar estratégias para a prevenção desse tipo de lesão, traçando subsídios para apreensão dos pilares essenciais (higienização, hidratação e identificação/análise/controle de risco) e implementação de ações efetivas.

RESULTADOS

Inicialmente deve-se compreender a definição de Lesões por Pressão Relacionadas a Dispositivo Médico – lesão decorrente de pressão secundária ao uso de dispositivos projetados e aplicados para fins diagnósticos e/ou terapêuticos, sendo o tempo de exposição fatores de risco mais significativo para o seu desenvolvimento por profissionais de saúde, durante a utilização^(7,8)

Sobre o desenvolvimento global de lesões cutâneas associadas à EPI na equipe médica, durante a pandemia de coronavírus, foi apontado por um estudo 42,8% de prevalência global⁽⁹⁾

Diante dessa prevalência, a necessidade de controle de riscos e prevenção dessas lesões, recomendações foram apontadas por sociedades científicas e devem ser estudadas em cada realidade inclusive a brasileira e a ILPI, com vista ao atendimento no trabalho da equipe de saúde em uma ILPI, e com desenvolvimento de ações sistemáticas na prevenção de riscos⁽⁸⁾




Portanto, recomenda-se que fatores de risco sejam identificados, analisados e controlados pelo próprio profissional de saúde frente ao uso de EPI. O autoexame da pele, é uma estratégia de autocuidado realizada mediante inspeção ocular e palpação da pele pelo próprio profissional, antes e após o término da jornada de trabalho, com o objetivo de identificação precoce de alterações da integridade da pele, como áreas hiperemiadas, maceradas e com flictenas, determinadas consequentemente pela pressão, alteração de microclima e fricção/cisalhamento pelo uso de EPI.

Sobre os fatores de risco relacionados ao uso de EPI, a pressão, fricção, cisalhamento e alteração do microclima da pele (alteração da umidade/temperatura) são mais recorrentes, e, portanto, devem ser informados

aos profissionais de saúde, que orientados quanto à presença de cada risco, durante o autoexame será capaz de identificar precocemente e, conseqüentemente prevenir e/ou minimizar estes riscos ⁽¹¹⁾.

Elencou-se no Quadro 1 os principais riscos para LPRDM e algumas estratégias para a prevenção e cuidados necessários ante a atuação dos profissionais de saúde.

Quadro 1 – Principais riscos para Lesões por Pressão Relacionadas a Dispositivos Médicos e estratégias de prevenção.

FATORES DE RISCOS PARA LPRDM	ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO ^(5,8,10,11)
<p>PRESSÃO</p>  <p>Foto 1 de LPRDM em regiões malares – máscara N95: arquivo Di Piero, 2020</p>  <p>Foto 2 de LPRDM em regiões malares – máscara N95: arquivo Di Piero, 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar tempo de uso do EPI, realizando a descompressão por 15 min a cada 2 horas. Caso não haja possibilidade, descomprimir sempre que possível fora da área de risco para contaminação com a COVID-19. - Ajustar o EPI adequadamente durante o uso. Não use curativos profiláticos que alterem a “vedação” da máscara N-95. - Utilizar películas na pele para auxílio de alívio de pressão sob o EPI (máscara, óculos, gorro ou protetor facial) conforme protocolos institucionais. Aplicar uma cobertura profilática como interface entre a pele e a área de fixação da máscara (quando esta for utilizada por um longo período, especialmente na região do zigomático e osso nasal), tais como: espuma de poliuretano fina, silicone, filme transparente ou placas de hidrocoloide extrafino.
<p>FRICÇÃO/CISALHAMENTO</p>  <p>Foto 3 de LPRDM em ápice do nariz por fricção e cisalhamento – máscara N95: arquivo Di Piero, 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar paramentação e desparamentação de máscara, gorro, óculos, protetor facial, luvas e roupa/capote sob técnica adequada. - Ajustar adequadamente o EPI/paramentação. - Evitar manipulação inadequada e reajuste durante o uso de EPI. -Manter a pele hidratada, mediante hidratação tópica diária, com loções cremosas sem veículos alcoólicos e preferencialmente que contenham ácidos graxos essenciais na sua formulação. -Atenção a retirada do hidratante facial antes da aplicação da máscara. -Não utilizar óleos, em especial derivados do petróleo para hidratação da pele.
<p>MICROCLIMA DA PELE</p>  <p>Foto 4 de LPRDM por alteração de microclima de mão por uso contínuo de luvas de látex: arquivo Di Piero, 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar higiene e secagem efetiva da pele antes da utilização do EPI/paramentação garantindo a ausência de excesso de umidade/aquecimento da pele. - Higienizar a face com sabão líquido preferencialmente com pH levemente ácido para manter o equilíbrio da oleosidade. - Manter pele seca durante as atividades laborais. No caso de excesso de umidade em áreas de dobra, devido à paramentação, pode-se optar por utilização de creme barreira.

Continua

Continuação do Quadro 1


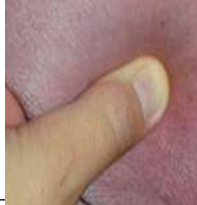
FATORES DE RISCOS PARA LPRDM	ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO ^(5,8,10,11)
<p>HIPEREMIA</p>  <p>Foto 5 de LPRDM por uso de máscara N95: arquivo uol em https://noticias.uol.com.br/saude/album/2020/03/24/profissionais-da-saude-mostram-em-selfies-a-luta-contra-o-coronavirus.htm?mode=list&foto=1</p>	<p>- Inspecionar a pele antes e depois da jornada laboral, identificando áreas com prurido, eritema, hipoidratação, flictena ou lesões. -Atenção! Se observar lesão procure o enfermeiro especialista.</p> <p>- Realizar teste de digito pressão com dedo sobre o local hiperemiado por 15 segundos para avaliar resposta à pressão e, portanto a existência de LP (se hiperemia não reativa à digito pressão)</p> 
<p>DOR</p>	<p>- Avaliar áreas de dor, atentando-se aos primeiros sinais de desconforto para risco de lesões.</p> <p>- Usar escala visual de analgesia para registro.</p>



Foto 6 e 7: aplicação de espuma de silicone para prevenção de LPRDM (fonte: arquivo Di Piero, 2020)

Além dos cuidados referidos anteriormente, é importante salientar que a manipulação do EPI deva ocorrer sempre precedida da higienização das mãos e que a desparamentação só deve ocorrer fora da área crítica, ou seja, de risco para contaminação, destinada a concentração de idosos positivos ou suspeitos da COVID-19 evitando assim circulação viral.

Vale lembrar, que medidas simples de prevenção são as mais consensuais para evitar LPRDM, como a manutenção da pele limpa e seca antes da aplicação do EPI, utilização de EPI adequado ao tamanho do profissional, seguimento da realização de boas práticas no uso do EPI conforme fabricante, sem adaptações inadequadas, realização de cuidados para a manutenção da hidratação da pele e se possível alívio de fatores de risco com a remoção a cada 2 horas de uso do EPI. É relevante pontuar, que não existe consenso quanto ao uso de produtos de alta tecnologia, como películas e espumas na prevenção de LPRDM^(8,11).

Alguns estudos indicam a possibilidade de utilização de alguns produtos de alta tecnologia, mesmo sem evidências robustas, como o caso de hidrocolóide, espuma de poliuretano, espuma de silicone (Foto 6 e 7: arquivo Di Piero, 2020), filme transparente, dentre outros associados às boas práticas de utilização, sem a observação de riscos adicionais de contágio para o profissional, mantendo a segurança nas suas atividades laborais^(5,8,10,11).

Sobre a prescrição do uso, os derivados do petróleo, como a vaselina, óleo mineral ou qualquer outro composto que cause deslizamento da máscara, afetando sua função de proteção/segurança foi orientado como fator de risco para possíveis danos à pele ^(8,11)

Portanto, observa-se a necessidade de estudos que utilizem métodos de pesquisa que possam produzir melhores evidências e recomendações relacionadas a prevenção da Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivos Médicos (LPRDM) em profissionais de saúde, tendo em vista a nova realidade de utilização da parâmentação e equipamentos de proteção individual vivenciada a partir da realidade imputada pela COVID-19.

Limitações do Estudo

Foram referidas algumas recomendações adaptadas à realidade brasileira e das ILPI's, para o reconhecimento das ações, subsidiando o gerenciamento dos riscos e, conseqüentemente, levando a adesão às estratégias propostas para a prevenção de LPRDM.

Apesar das limitações do estudo, no tocante aos aspectos metodológicos apresentados, observa-se a necessidade de aprofundamento das reflexões apresentadas que fomentam estudos com desenhos metodológicos mais consistentes, minimizando os vieses de pesquisa.

Contribuições para a Prática de Enfermagem

Ainda assim, acredita-se que o estudo pode ser considerado uma ferramenta norteadora para os profissionais atuantes na linha de frente em ILPI no cuidado ao idoso suspeito ou diagnosticado com COVID-19, orientando-os para as medidas necessárias para a prestação de uma assistência segura e confortável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo viabilizou uma reflexão sobre situações de risco e medidas de prevenção de LPRDM relacionadas ao uso prolongado de EPI por profissionais de saúde, durante a assistência de idosos institucionalizados na Pandemia da COVID-19.

A nova realidade vivenciada na pandemia da COVID-19 oportunizou reflexão acerca da escolha adequada do EPI para cada profissional, sua disponibilidade institucional, manejo adequado pelo profissional, conforme boas práticas recomendadas pelo fabricante e pela literatura científica, prevenindo assim, iatrogenias durante sua utilização e prejuízos da saúde do trabalhador.

Vale dizer, que essa condição laboral experimentada pelos profissionais de saúde, em todo o mundo, durante a pandemia, com longas horas de trabalho ininterruptas, alta exposição aos fatores de risco relacionados ao EPI, além de riscos biológicos e emocionais, foi amplamente apontada pela mídia e pela ciência, entretanto precisa ser discutida quanto ao impacto, na saúde do trabalhador, tendo em vista afastamento laboral de milhares de profissionais de saúde, especialmente da enfermagem.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19): Interim guidance. Genebra: WHO; 2020a. [citado em 21 mar 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf

2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (GVIMS/GGTES/ANVISA), Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARs-COV-2). Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020 – 31.03.2020. [citado em 21 mar 2020]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>
3. Wang L, Na Qi, Yuqiu Zhou, Hui Zhang. Prevention and infection control of COVID-19 in Nursing Homes: experience from China. Age and Ageing, 2020. <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-614479>
4. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19): Interim guidance. Genebra: WHO; 2020. [citado em 21 mar 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf
5. Galetto SGS, Nascimento ERP, Hermida PMV, Malfuss LBH. Medical Device-Related Pressure Injuries: an integrative literature review. Rev Bras Enferm. [Internet]. Scielo.br. 2020 [citado em 29 jun 2020] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n2/pt_0034-7167-reben-72-02-0505.pdf.
6. Darlenski R, Tsankov N. Covid-19 pandemic and the skin - What should dermatologists know? Clin Dermatol [Internet]. 2020 Mar 24 [citado em 29 jun 2020]; Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738081X20300493>
7. Lan MD, Song Z, Miao X, Li H, Yan Li, Dong L et al. Skin damage among health care workers managing coronavirus disease-2019. J Am Acad Dermatol. 2020 May; 82(5): 1215–1216. [citado em 30 jun 2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7194538/pdf/main.pdf>
8. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. Washington: Wound Source; 2020. [citado em 30 jun 2020]. Disponível em: <https://www.woundsource.com/blog/national-pressure-ulceradvisory>
9. Jiang Q, Song S, Zhou J et al. The prevalence, characteristics, and prevention status of skin injury caused by personal protective equipment among medical staff in fighting COVID-19: a multicenter, cross-sectional study. Adv Wound Care (New Rochell) 2020; [Epub ahead of print]. <https://doi.org/10.1089/wound.2020.1212>
10. Gefen A, Alves P, Ciprandi G, Coyer F, Milne CT, Ousey K, et al. Device-related pressure ulcers: SECURE prevention. J Wound Care [Internet]. 2020 Feb 1;29(Sup2a):S1–52. [citado em 31 mar 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.Sup2a.S1>.
11. Ramalho AO et al. Lesões de pele relacionadas ao uso de equipamentos de proteção individual em profissionais de saúde: estratégias de prevenção frente à Pandemia por Covid-19. São Paulo: GPET. SOBEST, 2020 [citado em 05 jul 2020]. Disponível em : http://www.sobest.org.br/arquivos/LPRDM_COVID19_Manual_Vers__o_Portugues.reduzida_compressed.pdf

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c19>

CUIDADO AO IDOSO EM DISTANCIAMENTO SOCIAL DURANTE A PANDEMIA: PREVENÇÃO DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO

Milara Barp^I

ORCID:0000-0002-7326-2189

Suelen Gomes Malaquias^I

ORCID:0000-0001-8530-9100

Cynthia Assis de Barros Nunes^I

ORCID:0000-0001-7019-7468

Ana Railka de Souza Oliveira-Kumakura^{II}

ORCID: 0000-0002-7075-7987

Marina Aleixo Diniz Rezende^{III}

ORCID: 0000-0003-3069-9185

Valéria Pagotto^I

ORCID: 0000-0002-5590-2453

^I Universidade Federal de Goiás.
Goiânia, Goiás, Brasil.

^{II} Universidade Estadual de Campinas.
Campinas, São Paulo, Brasil.

^{III} Pontifícia Universidade Católica de Goiás.
Goiânia, Goiás, Brasil.

Autor Correspondente:

Milara Barp

E-mail: enfmi.barp@gmail.com



Como citar:

Barp M, Malaquias SG, Nunes CAB, Kumakura ARSO, Rezende MAD, Pagotto V. Cuidado ao idoso em distanciamento social durante a pandemia: prevenção do tromboembolismo venoso. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 122-130. (Série Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c19>

INTRODUÇÃO

O distanciamento social é uma das primeiras, e principais recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para enfrentamento da pandemia. Embora proporcione a prevenção da COVID-19 entre os idosos, o distanciamento social pode trazer algumas repercussões como comprometimento de atividades cotidianas, dos hábitos regulares de vida, das relações familiares e dos papéis sociais o que facilita o desencadeamento, agravamento ou recidiva de doenças e outros agravos à saúde¹⁻⁵.

O tromboembolismo venoso (TEV) pode ter sua incidência aumentada durante a pandemia, uma vez que os seus fatores de risco são convergentes com algumas repercussões do distanciamento social. Sendo assim, fatores como redução de atividades físicas em casa, preferência por atividades com menor gasto de energia, imobilidade, descontinuidade de cuidados com à saúde e diminuição ou ausência de cuidados preventivos no domicílio podem repercutir no autocuidado, cuidado e necessidade de cuidados dos idosos, aumentando portanto, o risco de TEV^{5,6}.

Considerando que os eventos tromboembólicos nos idosos são desencadeados a partir da interação de uma variedade de fatores de risco, esses podem ser agravados frente à recomendação atual de distanciamento social, é importante refletir sobre a ocorrência de TEV em idosos, sobre a relação dos seus fatores de risco com o distanciamento social, bem como sobre as ações da equipe de enfermagem para o autocuidado nesse grupo.

OBJETIVO

Refletir sobre as repercussões do distanciamento social na ocorrência de eventos tromboembólicos frente à pandemia da COVID-19, e sugerir cuidados de enfermagem para prevenção desses eventos.



MÉTODO

Trata-se de estudo de reflexão teórica, desenvolvido com aporte na literatura, bem como na teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. A apresentação foi organizada em duas categorias, a saber: eventos tromboembólicos venosos em idosos: ocorrência e fatores de risco; e prevenção de eventos tromboembólicos em idosos em distanciamento social à luz da Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem.

RESULTADOS

Eventos tromboembólicos venosos em idosos: ocorrência e fatores de risco

O TEV caracteriza-se pelo desenvolvimento de trombos no sistema venoso, que são manifestados pela trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP). São ocasionados pela associação de fatores que geram um desequilíbrio entre componentes anti e pró-trombóticos no organismo, formando coágulos patológicos. A fisiopatologia envolve os três fatores classicamente descritos pela “tríade de Virchow”: lesão endotelial, lentificação do fluxo sanguíneo e aumento na coagulabilidade do sangue⁷.

À medida que a idade avança, o TEV torna-se mais frequente. Com o envelhecimento há alterações no sistema vascular e de coagulação sanguínea, que somadas às condições comuns em idosos como as múltiplas morbidades, hospitalizações, diminuição da mobilidade e das atividades cotidianas favorecem os eventos tromboembólicos venosos⁸.

A ocorrência dos eventos tromboembólicos foi avaliada em estudos anteriores à pandemia em diferentes contextos de cuidado à idosos, como hospitais, instituições de longa permanência (lares de idosos) e domicílio⁹⁻¹¹; e sua frequência varia a depender do tempo de acompanhamento, local do estudo e do perfil dos idosos.

No âmbito hospitalar, em uma coorte retrospectiva de dez anos, o TEV teve um incremento de 19,8% ao ano, devido ao aumento de casos de embolia pulmonar, e das multimorbidades¹². Em outro estudo de 30 meses de seguimento, a incidência acumulada foi de 14,8% após 14 anos, com alta proporção de recidivas¹³. Já em idosos hospitalizados com fratura de fêmur, a taxa de incidência de TEV foi de 18,9% no período pré-operatório, sendo a Trombose Venosa Profunda (TVP) o evento mais comum¹⁴.

Em instituições de longa permanência, em idosos do Reino Unido moradores de 45 casas lares, a incidência foi de 0,71 a 2,48 por 100 pessoas-ano¹⁰. Em uma análise retrospectiva de 181 casas de repouso dos Estados Unidos, 3,7% dos idosos tinham TEV na admissão, e durante a permanência a incidência foi de 3,68 casos por 100 pessoas-ano¹⁵.

Quanto aos estudos com idosos residentes em domicílios da comunidade, idosos frágeis apresentam maior suscetibilidade à TEV, sendo que em idosos norte-americanos a incidência foi de 2,7 por 1000 pessoas-ano nos pré-frágeis, aumentando para 4,1 entre os frágeis¹⁶. Em idosos usuários da atenção primária, a incidência verificada foi de 8,0 por 1.000 pessoas-ano¹¹.

Além da idade avançada¹⁰, outros fatores contribuem para o TEV como polifarmácia¹⁵, distúrbios de movimento coexistentes¹⁴, baixo nível de atividade física¹⁵, e repouso no leito por mais de sete dias¹². As multimorbidades tem destaque e aumentam o risco do TEV em todos os cenários de cuidados^{9,14}. Doenças como hipertensão arterial, infecção pulmonar, câncer, diabetes e doença cardíaca coronariana representam fatores de risco para o desenvolvimento do TEV^{7,9,16}. Além disso, a obesidade, tabagismo e o consumo excessivo de álcool, contribuem para o risco aumentado⁷. Em instituições de cuidado prolongado, são muito presentes fatores como imobilidade prolongada¹⁰, trombose venosa profunda (TVP)¹⁷, e mobilidade física reduzida relacionada a comprometimento cognitivo (demência)¹⁷.

Essa breve revisão sobre a ocorrência e fatores de risco para o TEV em idosos sinaliza que se trata de um evento comum no âmbito hospitalar e em instituições de longa permanência. Nesse sentido,

independente do contexto em que os eventos tromboembólicos venosos são identificados e da sua frequência, no contexto de pandemia sua ocorrência pode ser aumentada nos diferentes cenários de cuidado, incluindo o ambiente domiciliar. Embora as pesquisas no âmbito domiciliar tenham sido incipientes comparado aos outros locais, durante a pandemia, idosos terão suas atividades reduzidas impactando em eventos tromboembólicos.

Apesar de ainda não estar totalmente esclarecido, observa-se que a infecção pelo vírus Sars-CoV-2, que ocasiona doença respiratória aguda grave, favorece o aumento dos distúrbios de coagulação¹⁸. Sendo assim, o distanciamento social é uma tentativa de proteger os idosos dessa enfermidade e suas complicações, os quais devem permanecer por tempo prolongado em seus domicílios.

Por outro lado, o distanciamento social, poderá acentuar os fatores envolvidos no TEV, uma vez que limita atividades funcionais do idoso e mobilidade física repercutindo em possíveis alterações na coagulação preexistentes ou não. Além disso, para idosos que já apresentam TVP, a descontinuidade do tratamento pela dificuldade de acesso aos serviços também poderá agravar quadros prévios. Assim, é importante identificar nos espaços de cuidado, os fatores de risco para TEV, no sentido de preveni-los ou monitorá-los frente à recomendação de distanciamento social.

Prevenção de eventos tromboembólicos em idosos em distanciamento social à luz da Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem

No atual panorama de pandemia da COVID-19, torna-se fundamental o papel do enfermeiro na prevenção dos eventos tromboembólicos no idoso. Sua atuação envolve a assistência direta em âmbito hospitalar, mas deve se estender ao ensino sobre os fatores de risco e medidas preventivas em contextos não hospitalares, como em idosos que permanecem restritos ao ambiente domiciliar ou de instituições de longa permanência para idosos (ILPI), em decorrência do período de distanciamento social.

Nesse sentido, a “agência de enfermagem”¹⁹⁻²⁰ constitui-se uma ação deliberada para alcance do autocuidado dos idosos em distanciamento social, a partir da estruturação dos sistemas de enfermagem correspondentes. Sistemas de enfermagem, por sua vez, são designados para o alcance da saúde, superação de déficits de autocuidado e/ou promoção e preservação do autocuidado²⁰, sendo no contexto discorrido, a prevenção de eventos tromboembólicos venosos observando a manutenção do autocuidado dos idosos.

Com vistas à organização da assistência, esses sistemas de enfermagem são categorizados em: apoio educativo, parcialmente compensatório e totalmente compensatório. Dessa forma, o enfermeiro planeja sua atuação de forma mais eficaz¹⁹⁻²⁰.

Os “fatores condicionantes básicos de autocuidado”²⁰, na perspectiva de cuidado integral do idoso em distanciamento social, devem ser atentamente considerados pelo enfermeiro pela tendência à generalização das recomendações, característica de contextos de pandemia como a da COVID19. Entre esses condicionantes destacam-se: fatores familiares, ambientais, socioculturais, hábitos de vida e adequação e disponibilidade de recurso para ocorrência de determinado requisito de autocuidado relacionado à prevenção de tromboembolismo venoso, como por exemplo, aquisição de meias compressivas.

Ressalta-se a necessidade de considerar os cuidadores dos idosos, em especial familiares, como agências de autocuidado e, portanto, foco de ações de enfermagem concomitantemente à agência de autocuidado do idoso, pela possibilidade de repercussão na própria assistência a este.

Esse raciocínio pode ser evidenciado no sistema de enfermagem de apoio educativo²⁰, em que o idoso apresenta habilidades para atividades básicas e instrumentais de vida diária. Nesse caso, o enfermeiro deve avaliar fatores de risco para o TEV e apresentá-los ao idoso, familiar e/ou cuidador, sendo que nas dificuldades de engajamento entre esses indivíduos há comprometimento, conseqüentemente, no atendimento a esse requisito de autocuidado do idoso.

Entre os fatores de risco estão as doenças crônicas, tais como, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças cardiovasculares e doenças inflamatórias agudas, pois propiciam distúrbios da coagulação. Obesidade, tabagismo e o consumo excessivo de álcool também contribuem para o risco aumentado de TEV^{7,16}, assim como a alta hospitalar recente. Idosos nesta situação são mais propensos ao TEV, com aproximadamente 50% dos casos associados a um período de internação hospitalar prévio ou atual¹⁶.

No que se refere ao sistema parcialmente compensatório, pondera-se em direção aos casos de limitações de mobilidade do idoso e prejuízos da cognição, aos quais serão necessárias intervenções de enfermagem que equilibrem essas demandas e que podem ser exacerbadas a partir da necessidade de distanciamento no cenário domiciliar. Dessa feita, para o sistema totalmente compensatório, a enfermagem desempenhará atividades básicas e instrumentais de vida diária concomitantemente aos cuidados preventivos de eventos tromboembólicos, considerando algum nível de julgamento de autocuidado que esse idoso apresente. Algumas considerações clínicas que se destacam em relação ao TEV e que transitam nos três (3) sistemas de enfermagem, que serão destacadas a seguir.

A redução significativa da mobilidade em idosos, que pode estar relacionada a progressão de quadros demenciais, limitações ortopédicas, parestias ou parestesias, deve receber atenção especial, pois propicia a estase sanguínea e ocorrência do TEV⁸. Portanto, intervenções ativas e/ou passivas, que reduzem a imobilidade física, conforme a capacidade funcional do idoso, aumentam a aptidão física a qual reduz o risco de TEV pela redução da estase sanguínea²¹.

Além disso, o acometimento cognitivo em alguns idosos que pode estar associado ainda a uma diminuição da rede de apoio devido ao distanciamento social, pode gerar uma situação preocupante, como a descontinuidade dos cuidados com a saúde, principalmente em relação ao tratamento medicamentoso para doenças crônicas ou trombotoprolifáticos, com conseqüente risco de eventos tromboembólicos.

Ainda considerando o idoso mais fragilizado em distanciamento social, esse precisa ser assistido visando garantir sua adequada hidratação, pois estudos apontam que o estado de desidratação associado a outros fatores, favorece a hipercoagulabilidade sanguínea¹⁰.

Outro ponto que deve ser considerado refere-se ao reconhecimento precoce de sinais e sintomas de TEV. A sintomatologia discreta e inespecífica dificulta o reconhecimento da doença em fase inicial, especialmente naqueles com prejuízos cognitivos e os afastados do cuidado contínuo, devido o contexto epidemiológico. A trombose venosa profunda se caracteriza por edema em membro unilateral, hiperemia ou palidez local, hipersensibilidade e aumento da temperatura no membro comprometido⁷. A promoção do ensino, ao idoso e cuidador, do reconhecimento do quadro clínico de TEV, configura-se em considerar o idoso, agência de autocuidado no âmbito do sistema apoio educativo.

No quadro 1, são descritos os principais cuidados de enfermagem aos idosos em domicílio, no contexto da pandemia de COVID19. Esses cuidados estão baseados na intervenção “Precauções contra embolia”, da Classificação de Intervenções de Enfermagem²², bem como recomendações da literatura especializada, e estão categorizados a partir da Teoria Geral do Autocuidado¹⁹ e as taxonomias de diagnósticos de enfermagem NANDA-I²³ e CIPE²⁴.

Ressalta-se que idosos pós-hospitalizados para tratamentos clínicos ou cirúrgicos e/ou com diversos fatores de risco para tromboembolismo venoso podem necessitar de tratamentos específicos para profilaxia, tais como, administração de medicações trombotoprolifáticas, aplicações de intervenções mecânicas e físicas conforme prescritos, exigindo cuidados totais ou parciais de familiares e/ou cuidadores, que no contexto da pandemia não podem ser interrompidos.

Desse modo, faz-se imprescindível à sensibilização dos familiares e/ou cuidadores dos idosos na preservação do cuidado de saúde durante o período de distanciamento social. A enfermagem gerontológica deve atuar buscando possibilidades junto com os familiares, principalmente os mais fragilizados e com doenças crônicas, para promover medidas que evitem o risco de ocorrência de eventos tromboembólicos.

Quadro 1 – Ações de enfermagem possíveis aos idosos no contexto da pandemia de COVID19 baseados na Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC, 2016)²² e literatura especializada, categorizados a partir da Teoria Geral do Autocuidado¹⁹ e taxonomias de diagnósticos de enfermagem NANDA-I (2018)²³ e CIPE (2019)²⁴.

Sistemas de enfermagem	Requisitos de autocuidado	Diagnósticos de enfermagem	Ações de enfermagem	
Apoio Educativo	UNIVERSAIS	Manutenção de ingestão hídrica	<p>Volume de líquidos deficiente (NANDA-I 00027)</p> <p>Ingestão de líquidos prejudicada (CIPE 10047330)</p> <p>Orientar o idoso, familiares e/ou cuidadores quanto ao consumo adequado de líquidos para garantir hidratação corporal.</p>	
		Manutenção de ingestão de alimentos	<p>Conhecimento sobre Regime Dietético prejudicado (CIPE 10023772)</p> <p>Conhecimento deficiente (NANDA-I 00126)</p> <p>Orientar o idoso, familiar e/ou cuidador sobre a ingestão de uma dieta balanceada de alimentos ricos em vitamina K (p. ex. vegetais de folhas verde-escuras). A dosagem do medicamento anticoagulante deve ser ajustada ao consumo alimentar desses alimentos, pois podem interferir com o uso de tromboprofiláticos.</p>	
		Manutenção de atividade e repouso	Mobilidade física prejudicada (NANDA-I 00085) Risco de não Adesão ao Regime de Exercício Físico (CIPE 10022657)	<p>Ao considerar o contexto do domicílio do (a) idoso (a), encorajá-lo (a) a realizar caminhadas, com aumento progressivo no tempo de duração, em trajetos conhecidos de seu domicílio, preferencialmente quintal ou áreas, e em que não haja móveis e/ou desníveis.</p>
				<p>Ensinar sobre exercícios de flexão e extensão de pés e pernas pelo menos 10 vezes a cada hora e/ou programa de exercícios para descongestão venosa 3 vezes por dia²⁵.</p>
				<p>Orientar sobre a possibilidade de integração a grupos virtuais de Dança Sênior[®] e/ou verificar suporte de professor de educação física para alongamentos e exercícios calistênicos.</p>
Prevenção de situações de risco a vida	Risco de infecção (NANDA-I 00004) (baseado em Nota Técnica, ANVISA) ²⁶	<p>Desaconselhar massagear ou comprimir os músculos da perna.</p> <p>Orientar para evitar manter as pernas cruzadas por muito tempo.</p> <p>Realizar a higiene das mãos antes e após tocar o idoso para os cuidados. Disponibilizar álcool gel a 70% para higiene das mãos nas áreas comuns do domicílio e ILPI. Auxiliar o idoso na higienização das mãos. Manter uso de máscara enquanto abordar o idoso para intervenções. Supervisionar e realizar, quando necessário, a limpeza e desinfecção de superfícies próximas do idoso e frequentemente tocadas, bem como de equipamentos e utensílios. Orientar o idoso, familiares e/ou cuidadores para higiene das mãos em atividades de cuidado, bem como manter o uso de máscaras e a adoção da etiqueta da tosse e higiene respiratória. Orientar familiares e/ou cuidadores que habitualmente estão circulando em locais susceptíveis de contaminação por COVID19, que mantenham distanciamento mínimo de 1 metro do idoso.</p>		
Apoio Educativo	DESENVOLVIMENTAIS	Provisão de condições promotoras de desenvolvimento	Interação social prejudicada (NANDA-I 00052), condição associada: isolamento terapêutico (baseado na intervenção "melhora do sistema de apoio", NIC, 2016)	<p>Identificar o grau de apoio familiar, apoio financeiro e recursos e rede de apoio disponíveis relacionados à provisão de cuidados preventivos ao TEV, bem como as medidas preventivas para COVID19. Envolver a família, cuidadores e pessoas relevantes (amigos) no planejamento de cuidados preventivos ao TEV e COVID19, preferencialmente, utilizando recursos não presenciais como ligação telefônica ou por videochamada.</p>

Continua

Continuação do Quadro 1

Sistemas de enfermagem	Requisitos de autocuidado	Diagnósticos de enfermagem	Ações de enfermagem	
Apoio Educativo	DESENVOLVIMENTAIS	Engajamento do desenvolvimento do eu	Risco de baixa autoestima situacional (NANDA-I 00153), condição associada: prejuízo funcional (baseado na intervenção “controle do humor, NIC, 2016)	Incentivar o idoso a ter um papel ativo nas atividades relacionadas a prevenção de eventos tromboembólicos, bem como medidas preventivas a COVID19. Monitorar o humor e funcionamento cognitivo do idoso, utilizando instrumentos validados, preferencialmente. Auxiliar o idoso a expressar seus sentimentos relacionados a situação de distanciamento social.
		Prevenção ou superação	Risco de sentimento de impotência (NANDA-I 00152), condição associada: regime de tratamento complexo (para prevenção de TEV), baseado na intervenção “facilitação da aprendizagem”, NIC, 2016)	Proporcionar ambiente propício à aprendizagem, quando no ensino as medidas preventivas de COVID19 e ao TEV, incentivando a participação ativa do idoso. Ajustar a instrução ao nível de conhecimento e compreensão do idoso, utilizando linguagem familiar e correspondências a objetos e/ou gestos. Organizar as informações em uma sequência lógica, considerando sessões curtas de ensino, conforme apropriado e repetindo as informações importantes. Fornecer <i>feedback</i> frequente sobre o progresso de aprendizagem e reforçar os comportamentos preventivos a COVID19 e TEV.
	DESVIO DE SAÚDE	Risco de processo vascular prejudicado (CIPE 10012993) e/ou Risco de Embolia (CIPE 10051932)	Risco de perfusão tissular periférica ineficaz (NANDA-I 00228) Obter um histórico detalhado da saúde do idoso a fim de determinar os fatores de risco para TEV e apresentá-los. Ensino ao idoso, familiar e/ou cuidador sobre os sinais e sintomas de comprometimento venoso periférico e embolia pulmonar.	Orientar o idoso, familiares e/ou cuidadores quanto às medidas preventivas para TEV (p. ex., evitar o tabagismo e consumo excessivo de álcool; evitar longos períodos de imobilidade).
				Obter um histórico detalhado da saúde do idoso a fim de determinar os fatores de risco para TEV e apresentá-los. Ensino ao idoso, familiar e/ou cuidador sobre os sinais e sintomas de comprometimento venoso periférico e embolia pulmonar.
Parcialmente ou totalmente compensatório	UNIVERSAIS	Volume de líquidos deficiente (NANDA-I 00027)	Orientar familiares e/ou cuidadores quanto ao aumento da oferta de líquidos ao idoso para garantir hidratação corporal.	
		Ingestão de líquidos prejudicada (CIPE 10047330)		
		Deambulação prejudicada (NANDA-I 00088) e/ou Mobilidade Física prejudicada (NANDA-I 00085)	Realizar o ensino aos familiares e/ou cuidadores sobre à execução de exercícios ativos e passivos com amplitude do movimento nos idosos. Orientar sobre a importância da mudança de decúbito no intervalo de duas em duas horas e de se evitar massagear ou comprimir musculatura da perna.	
	DESENVOLVIMENTAIS		Idem ações descritas no sistema apoio educativo.	
	DESVIO DE SAÚDE	Risco de confusão aguda (NANDA-I 00173) ou Confusão crônica (NANDA-I 00129), condição associada: demência (ações baseadas nas intervenções e “orientação para a realidade” e “musicoterapia” da NIC, 2016)	Realizar abordagem de forma amistosa, lenta, para interação com o (a) idoso (a), dirigindo-se pelo nome deste (a), e envolvendo o familiar e/ou cuidador (quando apropriado). Realizar uma pergunta e uma ordem/orientação de cada vez, utilizando gestos, preferencialmente. Modular os estímulos sensitivos humanos e ambientais de forma a estimular o (a) idoso (a) memória e familiaridade com o ambiente. Utilizar música (audição passiva por oferta em caixas de som amplificadoras, em cerca de 30 minutos) na modulação de estímulo ambiental, buscando as preferências do (a) idoso (a), observando o comportamento reativo desse (a).	

Continua

Continuação do Quadro 1

Sistemas de enfermagem	Requisitos de autocuidado	Diagnósticos de enfermagem	Ações de enfermagem
	DESVIO DE SAÚDE	Risco de processo vascular prejudicado (CIPE 10012993) e/ou Risco de Embolia (CIPE 10051932) Risco de perfusão tissular periférica ineficaz (NANDA-I 00228)	Obter um histórico detalhado da saúde do idoso a fim de determinar os fatores de risco para TEV e apresentá-los. Ensinar ao idoso, familiar e/ou cuidador sobre os sinais e sintomas de comprometimento venoso periférico e embolia pulmonar. Garantir correta administração de medicações profiláticas conforme prescrição. Elevar membro que se suponha estar afetado 20° ou mais acima do nível do coração para aumentar o retorno venoso, observando os casos de cardiopatia e verificando posicionamento que não desencadeie sobrecarga da coluna lombar. Aplicar meias antiembolia (p. ex., meias elásticas compressivas), conforme apropriado. Retirar as meias antiembolia por 15 ou 20 minutos, a cada oito horas ou conforme indicado.

Limitações do Estudo

Como o tema é atual, ainda se dispõe de poucos estudos para ampliar a discussão, especialmente no que diz respeito aos idosos em risco de desenvolver eventos tromboembólicos em contextos extra-hospitalares, bem como, são necessários mais estudos que avaliem o impacto do distanciamento social e da infecção pelo vírus Sars-CoV-2 na ocorrência do TEV.

Contribuições do ensaio reflexivo para a Enfermagem

Uma das contribuições deste estudo para a área da enfermagem é a visibilidade da prevenção dos eventos tromboembólicos em idosos em distanciamento social, cujos cuidados podem ser negligenciados frente à emergência de outros recomendados no contexto da pandemia. Assim, essa reflexão contribui para a orientação e planejamento de estratégias no cuidado ao idoso.

Com essa reflexão evidencia-se também a necessidade da abordagem da enfermagem vascular no campo da enfermagem gerontológica, o que reforça a organização dessa práxis como especialidade numa perspectiva da integralidade do cuidado e sistematização da assistência ao idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No atual panorama de pandemia da COVID-19, para garantir a proteção contra a infecção do novo Coronavírus, os idosos são orientados a permanecerem em seus lares. Porém, com essa medida de proteção, podem ser mais expostos aos fatores de risco para TEV. O enfermeiro deve buscar estratégias para minimizar barreiras que influenciem na aplicação das medidas de cuidado durante a situação pandêmica, garantindo acesso aos tratamentos e cuidados de saúde ao idoso.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(102227), 912-20. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

2. Yang, Y., Li, W., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., & Xiang, Y. T. (2020). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(e19). [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30079-](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30079-)
3. Garcia LAA, Santos AS. A pandemia COVID-19 e as repercussões na atenção à saúde do idoso brasileiro. *REFACS (online) Jul/Set 2020*; 8(3):335-336. doi: 10.18554/refacs.v8i3.4557
4. Hammerschmidt KS de A, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2020 [acesso em 19 jun 2020]; 25. Disponível em: [http:// dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849](http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849).
5. Constandt B, Thibau E, Bosscher V, Scheerder J, Ricour M, Willem A. Exercising in Times of Lockdown: An Analysis of the Impact of COVID-19 on Levels and Patterns of Exercise among Adults in Belgium. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17(11), 4144; <https://doi.org/10.3390/ijerph17114144>
6. Goodman-Casanova JM, Dura-Perez E, Guzman-Parra J, Cuesta-Vargas A, Mayoral-Cleries F. Telehealth Home Support During COVID-19 Confinement for Community-Dwelling Older Adults With Mild Cognitive Impairment or Mild Dementia: Survey Study. *J Med Internet Res.* 2020;22(5):e19434. Published 2020 May 22. doi:10.2196/19434.
7. Phillippe HM. Overview of venous thromboembolism. *Am J Manag Care.* 2017;23(20 Suppl):S376-S382. Available from: https://ajmc.s3.amazonaws.com/_media/_pdf/Overview%20of%20Venous%20Thromboembolism.pdf
8. Tana C, Lauretani F, Ticinesi A, Prati B, Nouvenne A, Meschi T. Molecular and Clinical Issues about the Risk of Venous Thromboembolism in Older Patients: A Focus on Parkinson's Disease and Parkinsonism. *Int J Mol Sci.* 2018;19(5):1299. Published 2018 Apr 26. doi:10.3390/ijms19051299.
9. Zhang Zhu, Lei Jieping, Shao Xiang, Dong Fen, Wang Jing, Wang Dingyi et al. Trends in Hospitalization and In-Hospital Mortality From VTE, 2007 to 2016, in China. *Chest.* 2019; 155(2): 342-353. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.10.040>
10. Apenteng PN, Hobbs FR, Roalfe A, Muhammad U, Heneghan C, Fitzmaurice D. Incidence of venous thromboembolism in care homes: a prospective cohort study. *Br J Gen Pract.* 2017;67(655):e130-e137. doi:10.3399/bjgp17X688873
11. Ahmed J, Ornstein K, Dunn A, Gliatto P et al. Incidence of Venous Thromboembolism in a Homebound Population. *J Community Health.* 2013;38:480-485. doi: <https://doi.org/10.1007/s10900-012-9632-2>
12. Münster AM, Rasmussen TB, Falstie-Jensen AM, Harboe L, Stynges G, Dybro L et al. A changing landscape: Temporal trends in incidence and characteristics of patients hospitalized with venous thromboembolism 2006-2015. *Thromb Res.* 2019;176:46-53. doi:10.1016/j.thromres.2019.02.009
13. Lauber Sandro, Limacher Andreas, Tritschler Tobias, Stalder Odile, Méan Marie, Righini Marc et al. Predictors and Outcomes of Recurrent Venous Thromboembolism in Elderly Patients. *Am J Med.* 2018; 131(6):703.e7-703.e16. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.12.015>
14. Xia ZN, Xiao K, Zhu W, Feng B, Zhang BZ, Lin J et al. Risk assessment and management of preoperative venous thromboembolism following femoral neck fracture. *J Orthop Surg Res.* 2018;13(1):291. doi: 10.1186/s13018-018-0998-4.
15. Arpaia G, Ambrogi F, Penza M, lanes AB, Serras A, Boracchi P, et al. Risk of venous thromboembolism in patients nursed at home or in long-term care residential facilities. *Int J Vasc Med.* 2011;2011. doi: 10.1155/2011/305027
16. Bjøri E, Johnsen HS, Hansen JB, Brækkan SK. Hospitalization as a trigger for venous thromboembolism - Results from a population-based case-crossover study. *Thromb Res.* 2019; 176:115-119. doi:10.1016/j.thromres.2019.02.024
17. Folsom AR, Boland LL, Cushman M, Heckbert SR, Rosamond WD, Walston JD. Frailty and risk of venous thromboembolism in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007;62(1):79-82. doi:10.1093/gerona/62.1.79
18. Zhai Z, Li C, Chen Y, et al. Prevention and Treatment of Venous Thromboembolism Associated with Coronavirus Disease 2019 Infection: A Consensus Statement before Guidelines. *Thromb Haemost.* 2020;120(6):937-948. doi:10.1055/s-0040-1710019
19. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing Concepts of practice.* 5 ed. St. Louis Missouri: Mosby; 1995.
20. Taylor SG, Renpenning K. *Self-Care Sciences, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice.* New York: Springer Publishing Company; 2011. 101 p.
21. Evensen LH, Isaksen T, Braekkan SK, Hansen JB. Cardiorespiratory fitness and future risk of venous thromboembolism. *J Thromb Haemost.* 2019;17(12):2160-2168. doi:10.1111/jth.14619
22. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *Classificação das Intervenções de Enfermagem.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640 p.

23. NANDA-I. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificações: 2018-2020. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 488 p.
24. Garcia TR. CIPE®- Classificação Internacional para Prática de Enfermagem: Versão 2019-2020. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. 352 p.
25. Nunes CAB, Melo PG, Malaquias SG, et al. Effectiveness of two bundles in venous leg ulcer healing: a randomized controlled trial. *Journal of Vascular*. 2019;37(4):232-245. doi: 10.1016/j.jvn.2019.09.004
26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Orientações para a prevenção e o controle de infecções pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 05/2020. Disponível em: file:///C:/Users/milar/Downloads/NOTA_TCNICA_05_2020_GVIMS_GGTES.pdf

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c20>

IDOSOS RIBEIRINHOS DA AMAZÔNIA BRASILEIRA NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Fernanda Farias de Castro^I

ORCID: 0000-0003-1970-5169

Cássia Rozária da Silva Souza^I

ORCID: 0000-0001-9790-3713

Cleisiane Xavier Diniz^I

ORCID: 0000-0003-4689-6204

Elen Petean Parmejiani^{II}

ORCID: 0000-0002-0512-8172

Fabiola Silva Santos^I

ORCID: 0000-0002-3207-2987

Josiani Nunes do Nascimento^{III}

ORCID: 0000-0001-6841-9551

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro^I

ORCID: 0000-0002-7641-1004

Pedro Augusto Paula do Carmo^{IV}

ORCID: 0000-0001-6269-5264

Valéria Moreira da Silva^{II}

ORCID: 0000-0001-6786-6325

Vanusa do Nascimento^V

ORCID: 0000-0003-4141-2784

INTRODUÇÃO

O vírus da família dos coronavírus responsável pela síndrome respiratória aguda grave, nomeado de SARS-CoV-2, causador da COVID-19, possui alta capacidade para infectar seres humanos e rápida disseminação geográfica, com quadro clínico variando de infecções respiratórias assintomáticas a quadros graves⁽¹⁾. Dados do Ministério da Saúde revelaram que, em meados de junho de 2020, o Brasil ultrapassou um milhão de casos confirmados e mais de 50 mil mortes por COVID-19, entre os óbitos, 69,4% eram pessoas com mais de 60 anos e 63,0% delas possuíam ao menos um fator de risco.

Dentre as regiões de saúde brasileiras, as cinco que apresentaram maiores coeficientes de incidência estavam localizadas na região Norte do país, em área da Amazônia brasileira: Amazonas, abrangendo as regiões do Rio Negro e Solimões, Triângulo e Alto Solimões; as demais estavam no estado do Amapá, compreendendo a Área Sudoeste e Área Central. Com relação ao coeficiente de mortalidade, a região metropolitana I no Pará e quatro regiões de saúde no Amazonas (Manaus; Alto Rio Negro; Rio Negro e Solimões; Alto Solimões e Triângulo) ocuparam o segundo e terceiro lugar, respectivamente, só ficando atrás do estado do Ceará (região metropolitana de Fortaleza)⁽²⁾.

O avanço da COVID-19 no Brasil teve uma evolução rápida, atingindo as principais capitais dos estados, chegando a pequenas cidades e em áreas rurais, como as comunidades ribeirinhas da Amazônia brasileira. Banhada pela maior bacia hidrográfica do mundo, seu território é constituído por nove Estados e ocupam 61% do território do país, abrigando 12% da população que enfrentam diversos problemas sociais e econômicos. A Amazônia brasileira possui, ao longo de sua extensão, inúmeras comunidades ribeirinhas, com características étnicas de distintos grupos sociais (indígenas, nordestinos, negros e brancos) e tem como modo de vida principal a vivência às margens dos rios, do qual depende o atendimento às necessidades básicas e as mais variadas formas de subsistência. O termo

^I Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde. Manaus, Amazonas, Brasil.

^{II} Fundação Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, Rondônia, Brasil.

^{III} Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas-SUSAM, Hops. e PS João Lúcio. Manaus, Amazonas, Brasil.

^{IV} Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho. Porto Velho, Rondônia, Brasil.

^V Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade – FUnATI. Manaus, Amazonas, Brasil.

Autor Correspondente:

Fernanda Farias de Castro
E-mail: fcastro_uea@hotmail.com



Como citar:

Castro FF, Souza CRS, Diniz CX, Parmejiani EP, Santos FS, Nascimento JN, et al. Idosos ribeirinhos da Amazônia Brasileira no enfrentamento da covid-19. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 131-138. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c20>



ribeirinho designa os indivíduos que possuem uma estreita relação com os rios, ou seja, andam e vivem às margens dos rios ou ribeiras, e dele dependem para o sustento, relações sociais, locomoção, comunicação e sobrevivência⁽³⁻⁶⁾.

Considerando o avanço da pandemia para essas comunidades, a grande dispersão geográfica e a pouca cobertura do sistema de saúde, a Amazônia brasileira vivencia um dos momentos mais críticos da história da saúde pública: conter, tratar e atenuar o número de indivíduos contaminados pela COVID-19, e evitar que evoluam para estados de gravidade, necessitando de hospitalização, principalmente os idosos e adultos com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNTs) prévias (hipertensão, obesidade, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares) que possuem maior risco de gravidade e morte pela doença.

Este desafio torna-se maior nessa região que enfrenta um crescimento populacional em franca expansão; que convive com problemas de saúde já equacionados em outras partes do Brasil; que possui um vasto território ocupado por uma população dispersa com grande diversidade étnica, ocorrência de doenças negligenciadas, presença de malária, dengue, doenças diarreicas, entre outras. Soma-se a essa realidade, a complexidade de organização da assistência, que na sua forma atual, não atende às necessidades de serviços demandados pela população ribeirinha, em termos de condições de acesso, qualidade, integralidade e equidade.

Na região amazônica, utiliza-se uma dinâmica diferenciada na prestação de cuidados à saúde da população que vivem nas zonas rurais. Por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), recebem assistência em períodos previamente planejados, levando em consideração a cheia e vazante dos rios para o deslocamento das equipes. Os profissionais mais atuantes nessas localidades são o Enfermeiro e o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que muitas vezes executam atividades limítrofes para atender os anseios da população e enfrentam inúmeras dificuldades de deslocamento, falta de insumos, medicamentos e apoio dos órgãos competentes. A escassez de estudos que abordem a temática de COVID-19 em populações que vivem em situação de vulnerabilidade, como os ribeirinhos, torna o assunto de alta relevância.

OBJETIVO

Refletir sobre as questões relacionadas à saúde dos idosos ribeirinhos da Amazônia brasileira e as ações realizadas para seu atendimento no enfrentamento da pandemia da COVID-19.

MÉTODO

Trata-se de estudo teórico-reflexivo sobre idosos ribeirinhos, tendo como cenário de (re)construção de ideias a Amazônia brasileira e as exigências de cuidados gerontológicos para esse segmento populacional no enfrentamento da pandemia por COVID-19.

As reflexões deste estudo teórico-reflexivo foram embasadas em artigos científicos relacionados ao tema, documentos oficiais do Ministério da Saúde, da Associação Brasileira de Enfermagem, da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, e da vivência e experiência das autoras. O texto propõe discussão e reflete sobre as peculiaridades dos idosos ribeirinhos, espaço geográfico, condições socioeconômicas e de saúde, vivência, e cuidados gerontológicos para esse segmento populacional no enfrentamento da pandemia por COVID-19.

RESULTADOS

CIRCUNSTÂNCIAS GEOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE DE IDOSOS RIBEIRINHOS NA PANDEMIA DA COVID-19

Das diversificadas formas que os espaços rurais assumem no território brasileiro, a menos conhecida talvez seja a da Amazônia, onde a vida respeita o tempo e os caminhos das águas. Na vastidão das matas e ao

redor de rios, lagos, igarapés e igapós, essa floresta é habitada por indígenas, quilombolas e ribeirinhos, que compõem as principais populações tradicionais da Amazônia brasileira, sendo a maior delas, os ribeirinhos.

Descendentes da miscigenação de indígenas e colonizadores portugueses, os ribeirinhos, também conhecidos como caboclos, vivem às margens dos rios e com o biosistema da vegetação de várzea bastante fecundo. Esse ambiente é caracterizado por inundações sazonais, que divide o clima em uma estação seca e outra chuvosa ao longo do ano. Os ribeirinhos trabalham principalmente como pescadores, extrativistas vegetais e produtores de derivados da mandioca; vivem, na maioria das vezes, de forma isolada, plantam para consumo próprio (agricultura de subsistência) e vendem seu excedente nos mercados das cidades próximas. Suas relações sociais e de trabalho são regidas pela natureza e pela marcante influência da cultura indígena; os hábitos alimentares são limitados a consumos de peixe, farinha de mandioca, frutos da região e pequena variedade de leguminosas.

Geralmente, a família ribeirinha é numerosa, tendo como chefe da família o idoso, que mesmo com idade avançada, ainda pesca, lida com a roça e participa diretamente das atividades comunitárias. Os ribeirinhos são detentores de um amplo conhecimento sobre o cultivo e uso de plantas medicinais, ensinado de geração em geração pelos idosos da comunidade, que muitas das vezes se apresenta como a única alternativa de tratamento contra doenças⁽⁶⁾.

A longa distância que separa fisicamente as casas, não dificulta a relação de vizinhança e compadrio; o terreno alagado nos períodos de enchentes com construções de marombas para a criação e proteção dos animais e as pontes instáveis construídas entre a casa e a margem do rio, não impedem o trabalho e os afazeres dos habitantes da floresta. Em muitas dessas localidades, as condições de infraestrutura são precárias, a energia elétrica é inconstante, a população consome água diretamente do rio sem nenhum tipo de tratamento; a assistência à saúde converge para o atendimento na zona urbana das cidades mais próximas, com ações pontuais dos profissionais de saúde nas localidades; e existe grande dificuldade de acesso às informações, uma vez que muitos não possuem energia elétrica regular, com um limitado acesso aos meios de comunicação (televisão, telefone, rádio, internet etc.).

A malha fluvial é o único meio de transporte e comunicação, por onde chegam os alimentos, medicamentos e a assistência à saúde. É também pelas vias fluviais que os trabalhadores ribeirinhos escoam aquilo que produzem, oriundos de atividades extrativistas, roçados de farinha e a pesca. O acesso à cidade é circunscrito pela distância, que pode superar a 500 km, com deslocamento de vários dias até a sede municipal mais próxima e, ser realizado somente por via fluvial. No cenário dessa floresta de dimensões colossais, aliado a um clima tropical, doenças infecciosas endêmicas da região cursam com gravidade, obrigando a população a esse tipo de deslocamento para tratamento em cidades longínquas⁽⁴⁻⁶⁾.

No momento em que o mundo passou a enfrentar a pandemia por COVID-19, vários moradores de cidades golpeadas pela doença, como Belém (PA), Santarém (PA) e Manaus (AM), migraram para pequenas comunidades dos afluentes dos rios e foram acolhidos por ribeirinhos, na tentativa de se proteger da doença, porém, alguns já portavam o vírus de forma assintomática e se tornaram a fonte principal de infecção, principalmente para pessoas idosas e outras do grupo de risco. Quando a situação da pandemia se agravou e casos novos foram identificados em áreas rurais, várias comunidades passaram a proibir novas chegadas e o trânsito de barcos de não moradores foram suspensos. E, por determinação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS), foram adotadas medidas restritivas de alcance comunitário que incluíam locais públicos principalmente igrejas, escolas, áreas de convívio social da comunidade e embarcações.

Com o aumento do número de casos, sem hospitais, sem profissionais para atender a demanda das comunidades e sem Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na maior parte das sedes municipais, foi necessário transferir pacientes para as cidades de maior porte, cujos hospitais já se encontravam sobrecarregados antes da pandemia da COVID-19. Sob essa ótica, o deslocamento de um idoso ribeirinho com problemas graves de saúde exige planejamento, gastos e meios de transporte viável de acordo com a localidade, seguido de uma realidade dura de peregrinação por um leito em cidades das zonas urbanas que, normalmente, já enfrentam problemas em sua capacidade de atendimento.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽⁷⁾ demonstram que, no Brasil, a população que necessita de serviços de saúde percorre 72 km em média para realizar atendimento ou procedimentos de complexidade média e baixa, como consultas, exames clínicos e radiológicos, dentre outros atendimentos que não necessite de internação. Em Manaus, capital do Amazonas, foi a cidade que recebeu pacientes que atravessaram as maiores distâncias, chegando a alcançar uma média de 418 km para tais atendimentos ou procedimentos. Quanto à procura por tratamentos especializados de alta complexidade e custos elevados, o percurso feito pelo paciente chega em média a 155 km. Os estados de Roraima e Amazonas, localizados na região norte do Brasil, apresentam as duas maiores médias de deslocamento para atendimentos de alta complexidade, com 471 e 462 km, respectivamente.

Em muitas áreas densas de florestas, o deslocamento de pacientes graves só é possível por meio de ambulâncias (lanças que executam atendimento nas margens dos rios), helicópteros e aviões de pequeno porte que se arriscam para executar pouso em pequenos espaços entre as árvores da floresta. Toda essa dinâmica de deslocamento, por ser bastante onerosa, não está disponível para todos os pacientes, estando na lista de prioridade as crianças, idosos e doentes em grau elevado de gravidade⁽⁷⁾.

Além disso, as limitações já existentes para os deslocamentos de pessoas ribeirinhas aos grandes centros urbanos e vice-versa, acrescidas da necessidade de distanciamento social durante a pandemia da COVID-19, impactaram no abastecimento de insumos às comunidades, como medicamentos e alimentos, uma vez que o transporte regular de cargas e passageiros por via fluvial ficaram restrito a excepcionais, como emergências/urgências médicas e serviços essenciais. É possível também que dados sobre casos novos e mortes por COVID-19 não tenham sido notificados pela dificuldade de comunicação entre os órgãos de saúde local e central.

A PRESENÇA DA COVID-19 NO MODO DE VIDA DOS IDOSOS RIBEIRINHOS

A interiorização da pandemia da COVID-19 é uma grande ameaça à saúde das populações ribeirinhas da Amazônia brasileira, que convive com diversas carências socioeconômicas e de saúde. Na vivência do idoso ribeirinho, destacam-se as condições de moradia deficitárias, que se caracterizam pelo número limitado de cômodos à quantidade de indivíduos por residência. As famílias vivem aglomeradas, com crianças, jovens, adultos e idosos dormindo no mesmo cômodo. O espaço do idoso é limitado, e diante de famílias disfuncionais, muitas vezes sofrem abandonos, negligências e várias formas de violência⁽⁶⁾.

Nas comunidades ribeirinhas, as informações chegam por meio da rádio, televisão, telefone ou meio impresso. Elas acontecem também por meio de rodas de conversa do final da tarde, nas pescarias, nas conversas da igreja, entre comadres e pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) durante a visita domiciliar. Mas, nem sempre os idosos compreendem as informações, seja pela maneira como ela é transmitida, pela diminuição da acuidade auditiva ou pela dificuldade de compreensão decorrente do analfabetismo de muitos idosos ribeirinhos. Assim, muitos idosos não conseguiram entender os aspectos mais importantes da COVID-19 e acabaram por se infectar e a morrer por causa da doença.

O distanciamento social é uma das orientações mais difíceis para ser seguida por idosos ribeirinhos que já têm seu ciclo de relacionamento social restrito a poucas pessoas. Para ele, o distanciamento social implica em deixar de ir à igreja, às vezes única atividade social; deixar de visitar parentes e comadres que moram próximo; deixar de receber pessoas que atracam nos portos e beiradas dos rios diante da residência; do encontro nos mercados para a venda e compra de produtos. O isolamento também produz nos idosos ribeirinhos, assim como para todos os idosos de qualquer lugar do planeta, sentimentos de carência, estado de ansiedade e depressão, tornando-o mais suscetível aos impactos provocados por uma pandemia que, para eles é completamente desconhecida e que provoca medo e alterações nas rotinas de sua vida^(3,8).

Nas comunidades ribeirinhas, a carência de saneamento básico e uso de água potável, tendem a potencializar a disseminação do vírus. Os ribeirinhos utilizam em grande parte, a água do rio para a higienização e preparo dos alimentos; para consumo; e higienização dos utensílios domésticos e do corpo⁽⁶⁾. Autores

apontam para a transmissão fecal-oral do SARS-CoV-2 e sua presença no trato gastrointestinal de pacientes infectados, o que tem muitas implicações em áreas carentes de infraestrutura e saneamento básico. Por meio da contaminação da água, dos alimentos ou da transmissão mão/boca e da inadequada lavagem das mãos, os idosos podem se infectar ou mesmo a população estar despejando nos rios uma enorme quantidade de carga viral. Levando-se em consideração que a higienização das mãos é uma das mais importantes medidas preventivas diante da COVID-19, e que o idoso tem dificuldade de mobilidade para chegar até o rio, essa prática fica a desejar. Outras medidas protetivas recomendadas pelas autoridades sanitárias como o uso de máscaras e álcool a 70%, são ações quase inexistentes devido à dificuldade de acesso aos itens⁽⁵⁾.

Deve-se considerar que o poder aquisitivo das famílias ribeirinhas é muito baixo, vivendo da pesca e agricultura, onde a prioridade é a produção de alimentos para subsistência e somente a venda do excedente gera alguma renda para a família⁽⁶⁾. Por outro lado, o idoso ribeirinho recebe auxílios financeiros como aposentadoria, benefícios do idoso, pensão do cônjuge falecido ou bolsa família, cujos dividendos são usados, em maior parte, na compra de alimentos e medicamentos para a família. Nesse caso, o risco de contágio se dá quando o idoso se desloca de sua comunidade à cidade para recebê-los, pois com o auxílio emergencial do governo, as pessoas que ficaram sem renda buscaram atendimento nos bancos e lotéricas, causando grandes aglomerações, tornando-se potencial fonte de transmissão do SARS-CoV-2.

Para sair da localidade onde mora, a via de transporte é o rio, por meio das embarcações, que acomodam os passageiros em poltronas ou redes, muito próximos, contribuindo para a transmissão do SARS-CoV-2. Embora tenham sido feitas orientações para uso de equipamentos de proteção individual, higienização das embarcações e distanciamento entre as pessoas, o cumprimento dessas medidas é negligenciado.

Nesse cenário, faz-se necessário uma avaliação crítica, a partir da própria logística da assistência prestada à saúde das comunidades ribeirinhas⁽⁴⁾. Nessas localidades, o acesso ao serviço de saúde é precário ou ausente, fazendo com que o idoso deixe de cuidar preventivamente de sua saúde. Atualmente as comunidades ribeirinhas da Amazônia Brasileira, contam com o apoio das equipes da ESF Ribeirinha e Fluvial, sendo composta principalmente pelo enfermeiro e ACS. Considerando a rapidez da disseminação da COVID-19, essas equipes não tiveram tempo suficiente para treinamentos relacionado aos cuidados específicos de prevenção e tratamento da doença junto à população, nem às especificidades pertinentes ao cuidado com o idoso vítima da COVID-19.

Embora vivam às margens dos rios, em lugares distantes e isolados, o distanciamento social estimulado por órgãos do governo e autoridades médicas sanitárias não assegura a proteção desses idosos ribeirinhos, no entanto, frente à pandemia que ora se enfrenta, a vulnerabilidade desse grupo etário e do precário sistema de saúde, o distanciamento social ainda é uma medida eficaz no combate à COVID-19. Ressalta-se, ainda, que para o enfermeiro atender idosos ribeirinhos nesse contexto, é importante que faça um planejamento da assistência à saúde, levando em consideração as peculiaridades da região e a cultura desse povo. A falta de planejamento dos serviços públicos para o enfrentamento, contribuiu de forma direta e indireta para o avanço da doença, vitimando pessoas e, em sua maioria, idosos⁽⁸⁾.

CUIDADOS GERONTOLÓGICOS COM IDOSOS RIBEIRINHOS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Um dos maiores desafios quando se discute cuidados relacionados à saúde de idosos ribeirinhos, está em contextualizar os aspectos sociais e culturais, visto que requer uma construção social capaz de absorver as suas reais necessidades de saúde. Além disso, as pessoas idosas possuem singularidades próprias, além da diversidade e complexidade do envelhecimento⁽³⁾. As populações ribeirinhas possuem um modo de viver peculiar, trabalhando e remanejando as possibilidades de existência em seus espaços, com formulação de estratégias que atendam sua necessidade e minimize a ausência dos serviços. Essas ações compartilhadas e de ajuda coletiva, apoiadas em conhecimentos tradicionais, ajudam no enfrentamento de doenças, escassez de assistência médica, equipamentos e serviços⁽⁶⁾.

A assistência à saúde do povo ribeirão é organizada e realizada a partir da Política Nacional de Atenção Básica, implantada no Brasil desde 2011 pelas Portarias MS/ GM nº 2.488 e 2.490, voltadas para a operacionalização e financiamento das ações de saúde realizadas pelas Equipes de Saúde das Famílias Ribeirinhas (ESFR), juntamente com as equipes das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) presentes na região amazônica⁽⁹⁾.

Para o enfrentamento da pandemia, um dos primeiros pontos a considerar é o treinamento da equipe de saúde, no que diz respeito às especificidades da pandemia e aos cuidados gerontológicos, como estratégia de organização para a assistência, possibilitando a esses profissionais reconhecer-se no processo de trabalho e estabelecer/fortalecer vínculo com a pessoa idosa. O enfermeiro deverá estabelecer fluxos para triagem e acolhimento de casos suspeitos, fazer a notificação e orientações necessárias para a prevenção da COVID-19⁽¹⁰⁾.

Os cuidados com a saúde de idosos ribeirinhos na pandemia por COVID-19 envolvem ainda: higiene frequente das mãos com qualquer tipo de sabão ou sabonete disponível na residência; dos calçados antes de adentrar ao domicílio; troca e lavagem de roupas utilizadas fora do domicílio; higiene corporal completa, incluindo cabelos; higienização com água e sabão ou álcool a 70% de objetos de uso pessoal como bolsas, óculos, guarda-chuva; lavagem imediata das mãos ao manipular dinheiro, preferencialmente colocá-lo em um saco plástico e não mantê-lo em contato direto com o corpo; permanecer na comunidade em distanciamento social; evitar locais com aglomerações de pessoas como igrejas, mercearias, portos, embarcações, entre outros; usar máscaras caseiras; não cumprimentar tocando as pessoas; incluir a etiqueta respiratória e distanciamento ao espirrar ou em estado gripal; manter a situação vacinal atualizada e buscar atendimento imediato na presença de sintoma de COVID-19, como febre, tosse seca, dor de garganta, mialgia, cefaléia, alteração do olfato e paladar⁽¹⁰⁾.

A atuação gerontológica da equipe, em especial do enfermeiro, deve considerar o idoso de forma holística, atentando para as queixas, sinais e sintomas de doenças, aspectos físicos, condições sociais, econômicas, arranjos familiares, aspectos psicológicos, religiosos e culturais, estabelecendo condutas que assegurem sua recuperação. Em ambiente ribeirão, é fundamental que os atendimentos sejam marcados e respeitados os horários, pois os deslocamentos demandam de horas de viagem, algumas vezes feitas em canoas e à remo e outras por longos caminhos no meio da floresta sob os perigos de cobras, onças e outros animais selvagens.

As políticas de saúde para os idosos ribeirinhos precisam ser implementadas de forma integrada com as demais políticas públicas, com objetivo de alcançar a universalidade da assistência e a garantia de direitos à saúde, que perpassam pelo acesso aos serviços de saúde, saneamento básico, educação, habitação, alimentação, água potável e outros considerados essenciais. Para que isso aconteça, deve-se priorizar a regularidade e continuidade da assistência; comprometimento dos gestores e de toda equipe no sentido de prover condições para efetuar a assistência; investimentos na formação profissional; e valorização das pessoas idosas no processo de aprendizado para o autocuidado, levando em consideração todo seu contexto biopsicossocial, cultural, espiritual, ambiental e geográfico.

CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM

Sendo o enfermeiro (a) o principal agente da assistência à saúde para essas populações, sua atuação na prevenção da COVID-19 é de fundamental importância, visto que em muitas comunidades ribeirinhas, o acesso à saúde e informações são insuficientes, seja por fatores geográficos de distanciamento ou por falta de atuação e ingerência de instituições governamentais. Pretende-se contribuir para reflexão sobre a pouca visibilidade ou ausência do cuidado de enfermagem gerontológica à população idosa ribeirão, necessitando de incentivos para formações nessa área; valorização do conhecimento e práticas populares em saúde desenvolvida no contexto ribeirão da Amazônia brasileira, onde se deve valorizar saberes, crenças e culturas e as características de cada região e, por fim, destacar a necessidade de investimento na formação para os cuidados na atenção primária à saúde para atuação em unidade de saúde ribeirinhas e fluviais para a especificidade do atendimento ao idoso no contexto ribeirão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No dimensionamento territorial do Brasil, encontram-se populações rurais vivendo às margens dos rios que entrecortam a imensa floresta Amazônica, conhecidas como comunidades ribeirinhas, que diante de suas características geográficas, culturais e sociais, enfrentam inúmeros desafios para obter saúde ou preservá-la, passando pelas precárias condições de saneamento básico, longas distâncias nos deslocamentos para atendimento, ausência de assistência médica e de enfermagem especializada e dificuldade de transporte e comunicação. Nesse contexto, estão grupos de maior vulnerabilidade como as pessoas idosas que, diante da Pandemia da COVID-19, precisou se adaptar ao isolamento social e adquirir novos hábitos de cuidados completamente desconhecidos como o uso de máscara e álcool em gel.

O enfrentamento da pandemia por COVID-19 por idosos ribeirinhos que vivem na Amazônia brasileira requer planejamento, estratégias diferenciadas, equipes preparadas e incentivos nas ações por parte do sistema de saúde. As ações previstas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não chegam para todos, portanto muitos idosos são negligenciados ou não recebem assistência adequada à saúde. A Enfermagem ribeirinha e fluvial enfrenta inúmeros desafios, desde o deslocamento via canoas e pequenos motores, a falta de insumo e apoio. No que diz respeito aos cuidados gerontológicos, faz-se necessário treinamentos e formação das equipes, para prestar assistência qualificada e diferenciada de acordo com o modo de vida ribeirinho. Recomenda-se cursos de formação nesta área de forma remota, considerando a dificuldade de deslocamento do profissional de saúde e as necessidades das pessoas idosas que vivem nas comunidades ribeirinhas.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Shi H, Han X, Jiang N, Cao Y et al. Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet Infectious Diseases* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 12];20(4). Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099%2820%2930086-4>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial COE-COVID 19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. [cited 2020 Jun 13]. Available from: <https://static.poder360.com.br/2020/06/brasil-covid-boletim.pdf>
3. Hammerschmidt KSA, Santana RF. Health of the older adults in times of the COVID-19 pandemic. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 14]; 25: e72849. [cited 2020 Jun 12]https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72849/pdf_en
4. Gonçalves RM, Domingos IM. População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde. *RECHTD* [Internet]. 2019. [cited 2020 Jun 12]; 11(1):99-108. Available from: <http://www.revistas.unisinos.br/index.php/RECHTD/article/viewFile/rechtd.2019.111.06/60747117>
5. Nascimento RG, Cardoso OR, Pinto DS, Magalhães CMC. Fragilidade de idosos ribeirinhos amazônicos: das trajetórias metodológicas aos desafios em saúde pública. *Revista Saúde e Pesquisa*, Maringá (PR) [Internet]. 2019. [cited 2020 Jun 14]; 12(2): 367-375. Available from: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7196/3527>
6. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* [Internet]. 2018. [cited 2020 Jun 16];34(2):e00002817. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00002817.pdf>
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para conter Covid-19, IBGE antecipa dados de acesso da população a serviços de saúde. Agência IBGE. Editora: Séries Especiais. [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 14]; Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27338-para-conter-covid-19-ibge-antecipa-dados-de-acesso-da-populacao-a-servicos-de-saude>

8. Mendonça FD, Rocha SS, Pinheiro DLP, Oliveira SV. Região Norte do Brasil e a pandemia de COVID-19: análise socioeconômica e epidemiológica. *Journal Health NPEPS*. [Internet]. 2020. . [cited 2020 Jun 12];5(1):20-37. Available from: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4535>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Passo a passo das ações do Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012 [cited 2020 Jun 17]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/passo_passo_acoes_sb.pdf
10. Souza CRS, Reis DA; Castro FF, Carreira L, Nascimento V. Prevenção da covid-19 na população idosa indígena. In: *Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19*. Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília, DF: ABen/DCEG. [Internet]. 2020. 2012 [cited 2020 Jun 18].74 p. (Série enfermagem e pandemias). Available from: <http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/05/E-BOOK-GERONTO.pdf>

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c21>

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A IDOSOS EM SITUAÇÃO DE RUA NA PANDEMIA DE COVID-19

Aline Figueiredo Camargo^I

ORCID: 0000-0001-5964-5346

Quésia Nayrane Ferreira^{II}

ORCID: 0000-0002-2144-2313

Sônia Maria Soares^{III}

ORCID: 0000-0003-3161-717X

^I Centro Universitário de Belo Horizonte. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^{II} Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^{III} Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor Correspondente:

Aline Figueiredo Camargo

E-mail: aline_camargobh@hotmail.com



Como citar:

Camargo AF, Ferreira QN, Soares SM. Intervenção de enfermagem no cuidado a idosos em situação de rua na pandemia de covid-19. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 139-143. (Série Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c21>

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. Mas ao mesmo tempo em que ocorre o envelhecimento, as condições de vulnerabilidade desse grupo associado ao empobrecimento podem levar ao aumento do número de idosos em situação de rua. Esses estão presentes em grande parte das cidades e metrópoles vivendo em estado de vulnerabilidade biológica e social, são abandonados não só pelas famílias, mas também pelo poder público⁽¹⁾.

A pandemia da COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus, tem revelado as imensas desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais existentes na sociedade contemporânea. Em diferentes países, como o Brasil, estas desigualdades ficam mais visíveis em um momento como esse, que exige a mobilização de recursos para o enfrentamento das demandas sanitárias em meio a uma doença pouco conhecida e que afeta um grande número de pessoas⁽²⁾.

Pessoas em situação de rua, incluindo idosos que vivenciam precocemente a senescência nas ruas, têm mortalidade por todas as causas 5 a 10 vezes maior da população em geral. O contágio do covid-19 pode aumentar ainda mais essa disparidade de mortalidade⁽³⁾. Esses vivem, em sua maioria, em congregação ambientes de vida - seja formal (ou seja, abrigos ou a meio caminho casas) ou informais (ou seja, acampamentos ou edifícios) - e pode não ter acesso regular a informações básicas suprimentos de higiene ou chuveiros, todos esses fatores facilitam a transmissão do vírus. O potencial de exposição ao COVID-19 de idosos em situação de rua pode afetar negativamente sua capacidade de ser alojado, sua saúde mental e física⁽⁴⁾.

Dados da Pesquisa Nacional sobre a População em situação de Rua demonstram que 43,8% das pessoas em situação de rua procuram hospital/emergência quando doentes, enquanto a busca nas unidades básicas de saúde é apenas de 27,4%. Ressalta-se que esta população apresenta agravos em saúde que os enquadram nos grupos de risco ao adoecimento pelo COVID-19, como por exemplo, a idade⁽⁵⁾.



Essas pessoas podem ser esquecidas ainda mais quando os serviços de saúde são alocados quase exclusivamente ao combate à Pandemia do COVID-19. Detecção de casos e prevenção de doenças em uma população transitória é mais difícil. A situação torna-se mais complexa em países como Brasil, México, Argentina, entre outros que carecem de infraestrutura e recursos para abrigar e assumir o atendimento a pessoas sem-teto em uma eventual quarentena⁽⁴⁾.

Organizações sociais iniciaram com a intenção de prestar serviços a esta população como a Pastoral de Rua da Arquidiocese de Belo Horizonte, Minas Gerais. A instituição trabalha com várias ações destinadas à população de rua, buscando acolher e incentivar a organização dos moradores de rua em busca da superação do estigma da exclusão e da conquista da cidadania. A Pastoral desenvolve seu trabalho em parceria com as secretarias da Prefeitura de Belo Horizonte, prioritariamente com a Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania do município. Dentre as parcerias destaca-se apoio à operacionalização do Plano de Contingência do Estado de Minas Gerais para Infecção Humana pelo novo Coronavírus⁽⁵⁾.

Este surgiu para a promoção oportuna das articulações intersetoriais necessárias para a eficaz implementação das ações de prevenção, preparação e enfrentamento da COVID-19 conforme orientações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde. No documento há orientações voltadas para a população como um todo, mas ressalta-se o trabalho de aprimoramento das ações com alguns públicos específicos, como das pessoas em situação de rua⁽⁵⁾.

Dentre as medidas encontram-se orientar os municípios a destinar, em todos os serviços que oferecem dormitórios para as pessoas em situação de rua, áreas de isolamento para efetivação do distanciamento dos grupos que se enquadram no grupo de risco da COVID-19 dentre elas pessoas idosas. A recomendação foi emitida por meio da Nota Técnica COES-MINAS-COVID-19 Nº 13/2020 emitida em 26/03/2020 pela Secretaria de Desenvolvimento Social⁽⁵⁾.

É fundamental que os enfermeiros e todos os profissionais de saúde tenham uma melhor compreensão das necessidades de saúde e preocupações dos idosos sem-teto. Os enfermeiros são profissionais que podem realizar intervenções não apenas através do atendimento direto ao paciente durante a pandemia de COVID-19, mas advogar por melhorias no atendimento e empoderamento desta essa população vulnerável.

OBJETIVO

Refletir sobre a contribuição da enfermagem no cuidado à idosos em situação de rua em meio a pandemia da COVID-19.

MÉTODOS

Estudo descritivo que relata a experiência da assistência de enfermagem a 10 idosos em situação de rua com apoio de voluntários da Pastoral de Rua da Arquidiocese de Belo Horizonte. A assistência aos idosos durante a pandemia de COVID-19 partiu da experiência da realização de uma pesquisa de mestrado em enfermagem que subsidiou conhecimento acerca das demandas apresentadas por esta população. A partir deste estudo tornou-se possível criar um instrumento capaz de identificar as necessidades de saúde dos idosos e apoiar a Pastoral de Rua no desenvolvimento de estratégias de acolhimento e abrigamento de acordo com o Plano de Contingência do Estado de Minas Gerais. Como parte desse plano idosos, e pessoas classificadas como grupo de risco em situação de rua foram hospedados em pensões, hotéis e chalés durante o período da pandemia.

As entrevistas com os idosos aconteceram em maio de 2020 e objetivaram elencar prioridades de acolhimento e verificação das necessidades de saúde. Esses atendimentos são realizados por enfermeiros voluntários da Pastoral de Rua, e para a aplicabilidade do processo de enfermagem foi elaborado questionário de entrevista aos idosos que funcionou como instrumento único de triagem para acolhimento durante a pandemia de COVID-19. Além do acolhimento também são realizadas visitas semanais para acompanhamento

desses idosos. Ressalta-se que o plano continua em vigência e esses atendimentos acontecem de acordo com a disponibilidade de novas vagas de acolhimento por parte da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania de Belo Horizonte.

RESULTADOS

Ressalta-se o protagonismo do enfermeiro nos atendimentos com a criação do instrumento de triagem com questionário para a entrevista de idosos em situação de rua. Além disso, destaca-se seu potencial na educação em saúde, na prevenção do contágio pelo novo coronavírus e na avaliação da situação de saúde desta população.

Os resultados serão descritos em duas etapas: avaliação para diagnosticar as necessidades de saúde dos idosos; intervenção para distribuição dos locais de abrigamento e planejamento dos quartos para ocupação dos idosos.

Avaliação para diagnosticar as necessidades de saúde dos idosos

Após solicitação pela Pastoral de Rua da Arquidiocese de Belo Horizonte, duas enfermeiras que realizaram atendimentos aos idosos em situação de rua criaram um roteiro de avaliação em saúde que posteriormente foi padronizado para os atendimentos aos idosos e a outras pessoas em situação de rua. Esse instrumento constou de questões de saúde em geral e questões específicas para identificação de COVID-19 nesta população. O instrumento foi composto por 31 questões relativas à anamnese, avaliação do estado geral, exame físico, sinais vitais e condutas.

Participaram da triagem dez idosos que encontram-se em situação de rua em Belo Horizonte, Minas Gerais. Em relação aos idosos que foram avaliados, identificou-se as seguintes necessidades de saúde: alteração da pressão arterial sistêmica mesmo com uso regular dos medicamentos prescritos e sinais clínicos agravados de asma. Além disso, foi preciso verificar por meio telefônico em unidades de saúde específicas sobre o acompanhamento de outros dois sujeitos, um portador de doença crônica transmissível e um etilista crônico.

Distribuição de locais de abrigamento e planejamento dos quartos para ocupação dos idosos

A Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania prefeitura de Belo Horizonte firmou acordos com pensões, hotéis e chalés para cumprimento do Plano de Contingência do Estado e após a triagem realizada, as enfermeiras se reuniram com os coordenadores da Pastoral de Rua responsáveis pelo intermédio com a Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania da Prefeitura de Belo Horizonte para definir estratégias de alocação nos quartos dos locais.

Os idosos com maior nível de escolaridade foram alocados em quartos com idosos portadores de doenças crônicas para auxiliá-los no manejo de sua condição, respeitando o distanciamento de 2 metros entre as pessoas no mesmo quarto, evitando abraços, beijos e apertos de mãos. Este critério se baseou na verificação de que idosos que haviam maior nível de escolaridade conseguiam aderir melhor às recomendações da OMS e poderiam desempenhar auxílio mais assertivo aos demais no manejo de suas condições. Os que demandaram encaminhamento para os serviços de atendimento a partir da triagem foram alocados em quartos próximos a portaria, onde haviam funcionários dos estabelecimentos próximos em caso de agudização dos seus quadros.

Além disso, foram estabelecidas estratégias de motivação, como definição de um horário para ingerir medicamentos, ter remédios em mais de um local, como na bolsa pessoal e na portaria, pedir outra pessoa para lembrar de tomar o medicamento e dialogar com os profissionais do serviço para o esclarecimento de dúvidas para o uso correto da medicação e controle da condição crônica. Conjuntamente, os idosos foram orientados a estabelecer vínculo com os funcionários do local para exposição de demandas respeitando o

distanciamento social; estabeleceu-se monitoramento dos voluntários com visitas uma vez por semana aos idosos abrigados; orientação para o não compartilhamento de cachimbos, cigarros e utensílios como talheres, copos pratos e garrafas; ingestão de 2 litros de água por dia; sono de 8 horas por dia além da recomendação do uso da máscara e do álcool em gel e produtos de higiene pessoal que foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania.

Contribuições da enfermagem no cuidado a idosos em situação de rua

Os fatores de risco para a hospitalização por COVID-19 são idade maior que 60 anos e presença de comorbidades como hipertensão, diabetes, cardiopatias e doenças respiratórias. Essa faixa etária foi a mais hospitalizada em 2020 com diagnóstico de Síndrome Respiratória Aguda Grave ^(7,8).

Com a pandemia os idosos ganharam destaque, em grande parte por apresentar alterações decorrentes da senescência ou senilidade que os tornam mais susceptíveis a doenças infecciosas como a COVID-19, com ações e estratégias de distanciamento social especificamente para eles. Mesmo sendo uma realidade, o envelhecimento populacional, infelizmente há pouca visibilidade e valorização para os idosos que continuamente recebem uma visão preconceituosa, estigmatizada e estereotipada. E com as ações de proteção à pessoa idosa os preconceitos da sociedade foram reforçados. Se isso aconteceu com a população idoso em geral, o que dirá dos idosos em situação de rua, já tão marginalizados e estigmatizados por sua situação de vulnerabilidade ⁽⁷⁾.

Quando se olha mais profundamente o problema social do idoso em situação de rua, observam-se duas dimensões muito fortes que convivem. Uma coletiva e que conforma o imaginário popular, constituindo uma visão negativa do envelhecimento. A sociedade mantém e reproduz a ideia de que a pessoa vale o quanto produz e o quanto ganha e por isso, os mais velhos, fora do mercado de trabalho e na rua, podem ser descartados. A segunda dimensão, aquela que vem da convivência com as pessoas idosas e do conhecimento de sua história considera que há idosos e idosos, distintos em suas características e em suas necessidades ⁽⁹⁾.

Diante das lacunas de conhecimento inerentes a uma doença nova e considerando-se a similaridade entre os padrões de comportamento do SARS-CoV-2 e dos vírus causadores da influenza pandêmica, as estratégias adotadas nos planos de contingência estão sendo consideradas para a pandemia da COVID-19 ⁽¹⁰⁾. A elaboração desses planos visa acolhimento e abrigamento, articulam-se e se complementam na implementação de práticas de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado principalmente aos idosos em situação de rua.

Pela complexidade do processo de envelhecimento humano, com peculiaridades aliada à presença de doenças crônicas e suas repercussões, evidencia-se a necessidade de atenção específica aos idosos em que a enfermagem, que ganhou destaque como precursora do cuidado em prevenção, educação e reabilitação em saúde. Em especial a especialidade em enfermagem gerontológica pelo enfoque no cuidado aos idosos em decorrência da pandemia ⁽⁷⁾.

O que foi apreendido diante da assistência de enfermagem aos idosos em situação de rua frente a pandemia de COVID-19 é que cada idoso possui características e peculiaridades próprias, além da diversidade/pluralidade/complexidade do envelhecimento e seu contexto de vida na rua. E apesar dos conceitos fundamentais de epidemiologia, virologia, imunologia, e tantos outros necessários e recorrentes, os fundamentos da teoria e prática gerontológica sobressaíram, pois são esses que promoveram o diferencial para a adoção de medidas eficazes na assistência a esse público ⁽⁷⁾.

As vivências durante a pandemia evidenciaram dificuldades econômicas, sociais, de saúde, culturais, éticas e morais em relação aos idosos em situação de rua. Enfrentar as incertezas do COVID-19, ensina o que é inevitável na vida individual, coletiva e na história do país e do mundo, agravada pelos medos da humanidade. Portanto adaptar a sociedade e remodelá-la no que concerne as relações com o idoso em situação de rua, traduz o sucesso contra a doença pandêmica ⁽⁸⁾. Como também, essa experiência reforçou a essencialidade de valorizar cada ser humano e ressaltou a necessidade de um sistema de saúde preparado para o cuidado ao idoso, em tempo de pandemia e fora desse, com estratégias alinhadas ao cuidado gerontológico de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se que a atuação da enfermagem em relação aos idosos em situação de rua no enfrentamento da pandemia do COVID-19 trouxe muitas reflexões e aprendizado, especialmente no desenvolvimento de instrumentos para garantir o cuidado desse grupo social. As diversas ações desenvolvidas em prol de garantir a avaliação das condições de saúde dos idosos, o acesso aos serviços de saúde, condições de abrigamento pautadas em protocolos sanitários e durante a pandemia, reforçam as possibilidades e potencialidades, das intervenções dos enfermeiros, despertando e reforçando a relevância de compreender a heterogeneidade do idoso em situação de rua. Desse modo, desacreditam-se em práticas de julgamento, ageísmo, e exclusão, principalmente as vivenciadas durante o período da pandemia. A elaboração e prática de planos de contingência com o advento da pandemia do COVID-19 foram essenciais para proteger os idosos em situações de vulnerabilidade, em especial, aos grupos de idosos que estão em situação de rua, contudo é importante ressaltar que políticas públicas isoladas não garantem o direito à saúde desse grupo populacional.

AGRADECIMENTO

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.
Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira, ED. Idosos em situação de rua: a ineficácia dos direitos humanos e das garantias constitucionais e infraconstitucionais ante a insuficiência de políticas públicas no Brasil, 2018. Monografia de Conclusão de Curso (graduação em Direito). Faculdade Três Pontas, Três Pontas, Minas Gerais, 2018. [Acessado 2020 Jun 15]. Disponível em: <http://repositorio.unis.edu.br/handle/prefix/805>
2. Souza ER, Nijaine K, Ribeiro AP, Legay L, Meira KC. Violência Estrutural e Covid-19. GT Violência e Saúde/ Especial Coronavírus. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) [cited 2020 Jun 15]; may 2020. Available from: <https://www.abrasco.org.br/site/gtviolenciaesaude/wp-content/uploads/sites/32/2020/05/TEXTO-VIOL%C3%8ANCIA-ESTRUTURAL.pdf>
3. Baggett TP, Hwang SW, O'connell JJ, et al. Mortality among homeless adults in Boston: shifts in causes of death over a 15-year period. *JAMA Intern Med* 2013 [cited 2020 Jun 16]; 173(3): 189–95. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3713619/>
4. Jack T, Michal W. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. *Lancet Public Health* 2020 [cited 2020 Jun 16]; 5(4): e186-e187. Available from: [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30053-0](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30053-0)
5. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Fazenda de Minas Gerais. Plano de Contingência. Minas Gerais, 2020.[Internet] 2020 [Acessado 2020 Jun 15]. Disponível em: http://www.fazenda.mg.gov.br/coronavirus/instrumentos-normativos/Plano_de_Contingencia-SEF.PDF
6. Sorrell, JM. Aging on the Street: Homeless Older Adults in America. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv., USA*, 2016 [cited 2020 Jun 16];54(9): 25 – 29. DOI: 10.3928/02793695-20160817-04
7. Hammerschmidt, KSA; Santana, RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], 2020 [Acessado 2020 Jun 15] 25: 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72849>
8. Hammerschmidt KSA, Bonatelli LCS, Carvalho AA. Caminho da esperança nas relações envolvendo os idosos: Olhar da complexidade sob pandemia do COVID-19. *Texto e Contexto*. 2020 [Acessado 19 Junho 2020]. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/281/403>
9. Minayo MCS. Violência contra idosos: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2ª ed. Manual 4, 2017 [Acessado 2020 Jun 15]. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_livros/18.pdf
10. Belasco AGS, Fonseca CD. Coronavírus 2020. *Rev Bras Enferm.* 2020[Acessado 2020 Jun 15];73(2): e2020n2. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020730201>

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c22>

VIOÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA EM TEMPO DE PANDEMIA DA COVID-19

Elizabeth Moura Soares de Souza^I

ORCID: 0000-0002-5889-8197

Fabia Maria de Lima^{II}

ORCID: 0000-0001-9992-6559

Jack Roberto Silva Fhon^{III}

ORCID: 0000-0002-1880-4379

Daiane de Souza Fernandes^{IV}

ORCID: 0000-0001-6629-4222

Deuzany Bezerra de Melo Leão^V

ORCID: 0000-0002-5510-0733

Anna Karla de Oliveira Tito Borb^{VI}

ORCID: 0000-0002-9385-6806

^I Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil.

^{II} Universidade de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

^{III} Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{IV} Universidade Federal do Pará. Belém, Pará, Brasil.

^V Universidade de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

^{VI} Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

Autor Correspondente:

Elizabeth Moura Soares de Souza
E-mail: elmososo@gmail.com



Como citar:

Souza EMS, Lima FM, Fhon JRS, Fernandes DS, Leão DBM, Borb AKO. Violência contra a pessoa idosa em tempo de pandemia da covid-19. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 144-149. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c22>

INTRODUÇÃO

A infecção aguda do trato respiratório conhecida com casos de pneumonia ocasionada pelo novo coronavírus iniciou-se em Wuhan, China, em dezembro de 2019 sendo declarada como pandemia em 11 de março de 2020⁽¹⁾. Dados obtidos até 11 de junho de 2020 sobre a pandemia no site da Johns Hopkins indica 7.403.713 casos confirmados sendo que Estados Unidos, Brasil e Rússia encontram-se no topo da lista. Quanto aos óbitos, o site informa que houve 417.174 casos sendo Estados Unidos, Reino Unido e Brasil que apresentam o maior número de mortes⁽²⁾.

A infecção é transmitida através de grandes gotículas geradas durante a tosse e espirros por pacientes sintomáticos, mas também pode ocorrer em pessoas assintomáticas e antes do início dos sintomas. Ademais, todas as idades são susceptíveis a adoecer em especial o idoso⁽³⁾.

Com o início da pandemia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indicou algumas recomendações sendo uma delas o isolamento e/ou afastamento social, em especial nas populações vulneráveis, entre elas, os idosos. No entanto, é sabido que o isolamento entre idosos causa preocupação devido ao seu risco aumentado de problemas de saúde física, neurocognitivos, depressão, ansiedade⁽⁴⁾ e aumento do risco de violência⁽⁵⁾.

A OMS define violência como: “o uso intencional de força ou poder físico, ameaçado ou real, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em ferimentos, morte, dano psicológico, desenvolvimento inadequado ou privação” (WHO, 2020) e pode ser de causa física, psicológica, sexual, econômica, negligência, autonegligência e abandono⁽⁶⁾.

Apesar da importância do isolamento social para conter o avanço da disseminação do vírus com a tentativa de proteger os mais vulneráveis, entre eles os idosos, população de maior risco para sofrer violência, uma vez que os membros das



famílias, muitas vezes, já eram agressores e com o isolamento de todos, o estresse aumenta entre as pessoas em decorrência da diminuição da renda, espaço inadequado para abrigar todos da família, conflitos diários, assim, o idoso, considerado mais frágil passa a ser um membro familiar oprimido pelos seus familiares.

Essa condição de maior vulnerabilidade do idoso deve merecer atenção especial da sociedade. Diante da necessidade de refletir sobre o assunto em tempos de pandemia à luz da literatura atual, o cuidado de enfermagem ao idoso deve ser de atenção redobrado, nesse momento de mudanças sociais.

OBJETIVO

Refletir sobre a violência contra a pessoa idosa no domicílio durante a pandemia da COVID-19.

MÉTODOS

Trata-se de um levantamento na literatura com a estruturação de uma revisão narrativa sobre a violência contra as pessoas idosas em isolamento no domicílio durante a pandemia da COVID-19. As reflexões foram embasadas à luz de artigos internacionais e nacionais relacionados ao tema. As observações identificadas nos auxiliaram a uma análise teórico-científica, pois a violência contra o idoso apresenta-se como um fenômeno multifatorial, dotada de complexidade.

Para análise da temática “violência contra as pessoas idosas em isolamento no domicílio durante a pandemia do COVID-19” na busca de artigos internacional utilizamos na Medline (via Pubmed) os termos MeSH: “pandemics”, “coronavirus”, “violencia” and “elderly”; e nacional buscamos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) as palavras chaves do DESC: “pandemia”, “coronavírus”, “violencia” e “idoso”, com operador booleano “AND”. O período da pesquisa foi de maio a junho/2020 e realizado a seleção de acordo com a necessidade de construção da temática.

REFLEXÕES

A violência caracteriza-se por um ato antissocial humano, sem formas, sem limites, muitas das vezes impiedosa e desumana. Por essa razão, a violência pode adotar várias configurações e passar por diferentes cenários, sendo impossível dimensioná-la em toda a sua abrangência.

De acordo com o modelo ecológico proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), as violências contra a pessoa idosa decorrem de um desequilíbrio entre fatores protetores e fatores de risco sociais, comunitários, relacionais e individuais, que interagem, tanto no âmbito social, na dimensão comunitária, no campo das relações mais próximas e no âmbito individual⁷. As causas da violência no idoso são variadas e muitos fatores afetam sua ocorrência.

Nesse contexto surge a importância da Enfermagem gerontológica através da capacitação profissional no desenvolvimento de uma assistência robusta, qualificada e segura, sendo necessário ressignificar as ações de atenção ao idoso, respeitando a pluralidade e vislumbrando ações de atuação.

O isolamento social e sua relação com a violência contra idosos em tempos de pandemia

Medidas de restrição social foram adotadas na maioria dos países do mundo com o objetivo de controlar o avanço e a transmissão da infecção causada pela COVID-19, bem como evitar o colapso dos sistemas de saúde público e privado. Contudo, essa estratégia caracteriza-se como um fator de risco para a ocorrência da violência contra a pessoa idosa e da subnotificação dos casos aos órgãos competentes.

O isolamento social no combate a pandemia da COVID-19 aumentou de forma exponencial pedidos de ajuda de vítimas de violência doméstica. Trata-se de um fenômeno complexo e multifatorial que afeta a

comunidade, a família e a pessoa. No mundo, estima-se que um entre seis idosos vivenciam algum tipo de violência⁽¹⁾. No Brasil, as denúncias aumentaram em até 50% durante esse período⁽⁸⁾.

A violência doméstica e familiar sofrida pela pessoa idosa geralmente ocorre de forma silenciosa e encoberta pelas relações de proximidade entre a vítima e o autor da agressão. O idoso apresenta dificuldade de manifestar seus sentimentos, pela proximidade que tem com o agressor, vergonha, insegurança, medo de retaliações e abandono, de não ser escutada/o quanto à queixa, assim como a dependência mútua entre o idoso e a família/cuidadores podem agravar ainda mais as situações. As agressões normalmente são praticadas por filho, filhas, cônjuges, netos, netas, irmãos, irmãs ou parentes, vizinhos próximos, pessoas com laços consanguíneos ou conhecidos da vítima⁽⁷⁾.

Quando em situação de fragilidade, como ser acamado, cadeirante, apresentar doenças incapacitantes, a exposição à violência é ainda mais desumana. Nesses casos, a depender da gravidade, pode causar danos irreversíveis a vida, de natureza psicológica e/ou física, capaz de provocar lesões graves, inclusive a morte.

O idoso que sofre de violência possui um risco maior de morte prematura quando comparado àqueles que não sofreram esse tipo de dano durante a vida, visto o impacto físico, psicológico e emocional do ato⁽⁷⁾. Por isso, a importância da identificação dos idosos em situação de risco, sinais de violência e a necessidade de adoção de medidas de prevenção e tratamento.

Nesse cenário de isolamento, alguns fatores podem contribuir para a ocorrência da violência contra a pessoa idosa, como o desemprego, diminuição na renda familiar, estresse, sobrecarga de trabalho, ausência de cuidadores formais, uso de álcool e outras drogas, bem como a convivência com o agressor. Esses fatores associados à insipiência de contato com familiares, amigos, serviços de assistência social e outros serviços de saúde podem favorecer a subnotificação dos casos de violência⁽⁵⁾.

O preconceito devido à idade conhecido com o ageísmo também é revelado nessa situação. A predição do vírus pelas pessoas mais envelhecidas e a necessidade de manutenção do isolamento social, pode gerar o descontentamento de alguns e o sentimento de raiva pela perda da liberdade do agressor, contribuindo para o aumento nos casos de violência doméstica contra a pessoa idosa^(7,9).

As pessoas idosas em geral por medo, não comunicam à violência que está sendo vitimado aos responsáveis, porém é importante estar atentos aos sinais que podem ajudar a identificar casos de violência, principalmente em tempo de pandemia, onde o distanciamento as consultas presenciais aos serviços de saúde tornam-se complexos. Vale observar sinais repentinos de: falta apetite, perda de peso, mudança de humor e de comportamento, higienização precária, presença de equimose, hematomas ou qualquer tipo de ferimento, óculos com armação quebrada, intensificação do isolamento, muito medo ou exagero no respeito a quem está cuidando ou a qualquer pessoa que se relaciona direta ou indiretamente com o idoso.

É importante estar atento também aos sinais de abuso físico que utiliza a força que resulta em danos como: dor e prejuízo físico; o abuso sexual normalmente causando sérios prejuízos para o idoso tanto do ponto de vista físico, emocional e psicológico, contato sexual não consensual; o abuso emocional apresentando uma carga significativa de angústia, sofrimento e dor e por fim, porém, não menos importante os sinais de exploração financeira pelo uso ilegal ou inapropriado dos bens do idoso, gerando insegurança, aflição e medo de não honrar os seus compromissos.

Quanto ao perfil do agressor, estudos^(10,11) mostram que o agressor normalmente é um membro da família ou pessoas muito próximas ao idoso, do sexo masculino, adultos/ adulto jovem representado por netos e sobrinhos. Existe uma maior prevalência entre os que são desempregados, alcoolista e ou dependente de outras drogas ilícitas, dependente do idoso financeiramente ou emocionalmente, normalmente apresenta um histórico familiar de violência e reside com o idoso na mesma casa ou próximo. Contudo, não existe nenhuma relação com religião ou outro credo. Normalmente, o agressor inicia pela agressão verbal, seguida da física, motivada geralmente pelo uso abusivo de álcool ou dependência de drogas, bem como sensibilidade emocional.

Por outro lado, a saúde do idoso pode ser afetada, comprometida e até mesmo agravada pelo isolamento social e pela solidão. O receio de exposição ao vírus, ainda pouco conhecido e ameaçador, tanto para as

pessoas que integram a rede de apoio, como principalmente para os idosos, contribuem ainda mais para o isolamento. Desse modo, pode colaborar para o aumento dos casos de ansiedade, depressão e violência⁽¹²⁾.

O isolamento para além da violência, pode também atrapalhar ou impedir o acesso do idoso a benefícios essenciais para o atendimento de suas necessidades básicas e serviços de saúde, os quais podem contribuir para o agravamento das condições crônicas de saúde da pessoa idosa.

Nessa conjuntura, o isolamento social também está associado fundamentalmente ao amparo à população idosa. Porém esse isolamento pode apresentar alguns efeitos não desejados tanto para o idoso que precisa de assistência especializada por profissionais quanto àqueles que precisam de cuidados de seus familiares, aqueles que residem em instituições de longa permanência, como para os cuidadores profissionais ou não. Infere-se que entre os idosos é comum a existência de doenças crônicas, como: hipertensão, doença pulmonar, diabetes melitus, asma, cardiopatias, tornando dessa forma o idoso ainda mais vulnerável às complicações das doenças.

Desse modo, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, em parceria com os órgãos competentes de proteção ao idoso, precisam usar de ferramentas capazes de identificar sinais de vitimização e violência ao idoso, bem como as características comportamentais do agressor a fim de traçar estratégias capazes de minimizar a ocorrência do ato.

Estratégias de redução da violência em tempos de pandemia

Na redução da violência a pessoa idosa em tempos de pandemia, a enfermagem gerontológica deverá traçar ações direcionadas ao idoso, cuidadores, outras pessoas da sua convivência e ao contexto os quais estão inseridos. Para isso, é preciso atuar por meio da capacitação profissional para o uso de tecnologias que ajudem no desenvolvimento de uma assistência robusta, qualificada e segura, sendo necessário ressignificar as ações de atenção ao idoso, respeitando a pluralidade e vislumbrando ações para o presente e, principalmente para o futuro.

Nesse sentido, o estabelecimento de intervenções para minimização de violência contra o idoso neste contexto atual torna-se primordial para redução de riscos e preservação da qualidade de vida desta população, dentre as quais destaca-se a rede de apoio e fomento a pesquisas que envolvam o cuidador e a pessoa idosa.

A ampliação da rede de apoio é fundamental para o combate à violência contra a pessoa idosa e como estratégia de enfrentamento neste momento de pandemia cita-se as que permitem o acesso não presencial, com atendimentos virtuais. A utilização de canais telefônicos constitui uma especial intervenção para a proteção dos idosos e cuidadores^(7,8,12).

O contato interpessoal limitado faz com que os profissionais de saúde busquem ferramentas tecnológicas para acompanhar esses indivíduos. A vídeo chamada é uma alternativa que se mostra promissora para observar os idosos em seu ambiente doméstico, sendo possível avaliar como estão vivendo, cuidando de si mesmo e sendo cuidado pelos outros. Por outro lado, também é possível avaliar o estresse do cuidador, a capacidade de manutenção do cuidado ao idoso e o acesso aos recursos e suprimentos necessários, como os medicamentos. Desse modo, mesmo com a distância, busca-se identificar e proteger o idoso da violência doméstica, com o possível direcionamento aos órgãos competentes⁽⁵⁾.

Salienta-se a necessidade dessas ferramentas virtuais, pois oferecem suporte adequado e pautado nas peculiaridades desta população. A ampliação deste serviço com o suporte de equipes multidisciplinares⁽¹²⁾, devem constar no planejamento de implementação das políticas públicas relacionadas à pessoa idosa, expandindo os serviços e coordenando os já existentes para atender as necessidades emergentes da pandemia.

O isolamento social ocasionado pela pandemia contribui para o tensionamento nas relações, em especial dos cuidadores, pois ocorre um aumento da sobrecarga de atividades e conseqüentemente do estresse. Alguns fatores funcionam como gatilho e contribuem para este processo, dentre os quais cita-se: dificuldades de cuidar de si, medo de transmitir a doença para o idoso ou adoecer⁽⁷⁾.

É primordial a discussão de estratégias de apoio aos cuidadores, pois é necessário cuidar de quem cuida. O desenvolvimento de programas virtuais de apoio aos cuidadores com desenvolvimento de atividades relacionadas ao autocuidado com estímulo da adoção de hábitos que enfatizem a qualidade de vida, é uma alternativa para minimização do estresse.

Ratifica-se a necessidade de investimento em pesquisas que envolvam os cuidadores nesse período da pandemia⁽¹²⁾. Existe uma necessidade de investigação sobre o estresse nesse público, bem como a identificação dos principais fatores para sobrecarga nesse contexto atual. Acrescentar nos questionários disponibilizados para os cuidadores, perguntas relacionadas à violência contra a pessoa idosa também contribuem para o levantamento das principais causas que levam à violência. Conhecendo essas nuances, será possível a adoção de medidas plausíveis para amparo deste grupo, impactando no cuidado mais assertivo à pessoa idosa.

É premente a necessidade de atenção aos desafios impostos pelo isolamento social nas relações sociais/familiares que envolvem a pessoa idosa. Conhecer os fatores motivados dos atos de violência é fundamental para o direcionamento de estratégias assertivas. Atentando para as necessidades de saúde mental de todos os envolvidos, bem como, fornecendo subsídios para a convivência sem e/ou minimização violência durante a crise ocasionada pela pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O panorama apresentado quanto à violência relacionada à pandemia da COVID-19, pode agravar o risco de violência contra o idoso. Agravando o abandono afetivo com o distanciamento social, o idoso passa a receber menos ou nenhuma visita; existência anterior de histórico de violência na família, dessa forma há uma maior chance de recorrência; sensação intensa de medo e insegurança por fazer parte ao grupo de maior vulnerabilidade à COVID-19 pela severidade do quadro clínico e a maior letalidade; Cansaço e estresse dos familiares, por causa do trabalho excessivo; problemas financeiros e sobrecarga emocional, relacionado ao quadro de dependência total ou parcial do idoso. É importante a adoção de estratégias que, previnam, minimizem e cuidem dessa população vitimizada, tendo a inserção da enfermagem em todas as etapas.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Timeline – COVID-19, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
2. Johns Hopkins University & Medical. Coronavirus Resource Center. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
3. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, Zimmer T, Thiel V, Janke C, Guggemos W, Seilmaier M, Drosten C, Vollmar P, Zwirgmaier K, Zange S, Wölfel R, Hoelscher M. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *N Engl J Med*. 2020 Mar 5; 382(10):970-971.
4. Santini Z, Jose P, Cornwell E, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health*. 2020; 5: e62-e70
5. Makaroun LK, Bachrach RL, Rosland AM. Elder abuse in the time of COVI-19 – increased risk for older adults and their caregivers. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.017>
6. Souza ERD, Minayo MCDS. The insertion of the vilence against elderly theme at health care public policies in Brazil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet] 2010 [cited 2016 Nov 21];15(6):2659-2668. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a02v15n6.pdf>

7. Campbel AM. An Increasing Risk of Family Violence during the Covid-19 Pandemic: Strengthening Community Collaborations to Save Lives. *Forensic Science International: Reports*, 2020.
8. Ribeiro, AP, et al. O que fazer para cuidar das pessoas idosas e evitar a violência em época da pandemia?. Site da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/o-que-fazer-para-cuidar-das-pessoas-idosas-e-evitar-as-violencias-em-epoca-de-pandemia-artigo/48196/>
9. Han, SD, Mosqueda L. Elder abuse in the COVID 19 era. *J Am Geriatr Soc.*, 2020, doi: <https://10.1111/jgs.16496>
10. Matos NM., et al. Profile of aggressors of older adults receiving care at a geriatrics and gerontology reference center in the Distrito Federal (Federal District), Brazil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 2019;22(5): e190095. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190095>
11. Rodrigues, RAP, et al., Older adults in three Brazilian cities. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):783-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0114>
12. Elman, A, et al. Effects of the COVID-19 Outbreak on Elder Mistreatment and Response in New York City: Initial Lessons. *Journal of Applied Gerontology*, 2020, doi: <https://10.1177/0733464820924853>.

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c23>

ASPECTOS MULTIDIMENSIONAIS DE VULNERABILIDADE DA PESSOA IDOSA À VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro^I

ORCID: 0000-0002-7641-1004

Fátima Helena do Espírito Santo^{II}

ORCID: 0000-0003-4611-5586

Fernanda Farias de Castro^I

ORCID: 0000-0003-1970-5169

Camila Carlos Bezerra^{III}

ORCID: 0000-0001-5896-5604

Cássia Rozária da Silva Souza^I

ORCID: 0000-0001-9790-3713

Vanusa do Nascimento^{IV}

ORCID: 0000-0003-4141-2784

Cleisiane Xavier Diniz^I

ORCID: 0000-0003-4689-6204

^IUniversidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde. Manaus, Amazonas, Brasil.

^{II}Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

^{III}Universidade Federal do Amazonas, Escola de Enfermagem de Manaus. Manaus, Amazonas, Brasil.

^{IV}Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade – FUnATI. Manaus, Amazonas, Brasil.

Autor Correspondente:

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro
E-mail: mnribeiro@uea.edu.br



Como citar:

Ribeiro MNS, Santo FHE, Castro FF, Bezerra CC, Souza CRS, Nascimento V, et al. Aspectos multidimensionais de vulnerabilidade da pessoa idosa à violência no contexto da pandemia. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 150-156. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c23>

INTRODUÇÃO

Limitar o conceito de violência a uma definição fixa e simples significa deixar de compreender as singularidades que caracterizam suas diversas expressões em diferentes povos, contextos, culturas e especificidades históricas. Assim, para falar de violência na contemporaneidade é preciso enxergá-la para além das marcas deixadas visivelmente no corpo. É necessário ressaltar que o termo violência carrega consigo múltiplos significados e formas, bem como distintos níveis de visibilidade, de abstração e de designação de suas assimetrias. Ela está representada em formas físicas, objetivas, subjetivas, simbólicas, sistêmicas, coletivas, individuais, visíveis e invisíveis.

Todas essas formas coexistem em nossas vidas, em estreita proximidade e simbiose. Por esse motivo, as definições de violência, tradicionalmente vinculadas à existência de dano físico, hoje, direcionam-se para aspectos multidimensionais como, por exemplo, exclusão, humilhação e discriminação por etnia, cor, sexo, escolha sexual, idade e religião, dentre outros. Ela se expressa na relação desigual do uso do poder do mais forte sobre o mais fraco em diferentes circunstâncias e lugares, causando danos à integridade física, psicológica e usurpação de direitos.

Nesse amplo leque da violência, destaca-se aquela praticada contra a pessoa idosa, como uma das mais importantes demandas que acompanha a agenda dos temas prioritários da gerontologia e que tem acarretado adoecimento físico e psicológico, quando não resultando em incapacidades e morte.

Dentre as diversas tipologias da violência contra a pessoa idosa, destacam-se a **Violência Física**, identificada pelo uso da força física na tentativa de obrigar os idosos a fazerem o que não querem, chegando a ferir-los, provocando dor, incapacidade ou morte; a **Violência Psicológica**, que inclui agressões verbais ou gestuais com o propósito de atemorizar, depreciar, destratar e humilhar com gritos, asperezas, brutalidade e impropérios; a **Violência Sexual**,



manifestada pelo ato ou jogo sexual com a pessoa idosa, visando obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças e atitudes obscenas; a **Violência Financeira ou econômica**, que consiste na usurpação ou exploração não consentida dos recursos financeiros e patrimoniais da pessoa idosa; a **Violência Emocional e Social**, que envolve o desrespeito à privacidade e aos desejos das pessoas idosas, privação de acesso a amizades e necessidades tanto sociais quanto de saúde, além do uso de palavras depreciativas que menosprezam sua identidade, dignidade e autoestima; a **Violência Religiosa**, descreve o desrespeito pelas diferenças e/ou crenças religiosas e restringe a liberdade da prática de crenças, ritos e outros; o **Abandono**, associado ao absenteísmo dos responsáveis legais (governo, instituição e família) no auxílio a uma pessoa idosa que necessite de ajuda e proteção; a **Negligência**, caracterizada pela omissão ou recusa de cuidados necessários à pessoas idosas por parte da família, instituição ou governo; e a **Autonegligência**, que é a recusa da pessoa em propiciar cuidados necessários a si mesma, colocando em risco sua saúde⁽¹⁾.

No mundo, um a cada seis idosos sofrem algum tipo de violência e, no Brasil, os registros de violência contra as pessoas idosas têm aumentado a cada ano. Em 2018, foram 37.454 casos, aumento de 13% em relação ao ano de 2017. Em 2019, cresceu para 29%, com 48,5 mil recebidas pelo Disque 100. Em 80% dos casos os denunciados são familiares. As violações mais comuns são as agressões verbais, expressadas nas atitudes de humilhação, hostilidade, xingamentos, usurpação de bens e negligências⁽²⁾.

No que se refere aos profissionais da saúde, com ênfase no enfermeiro, todos têm responsabilidades direta nas discussões sobre a temática, identificação dos sinais de violência, notificação dos casos, denuncia e prevenção. Além disso, a identificação de situações de risco, por meio da observação acurada do comportamento, gestos, semblante, entonação de voz e outras expressões não verbais da pessoa idosa, possibilitará ao profissional a identificação precoce e a intervenção adequada da violência contra a pessoa idosa⁽³⁾.

Dessa forma, queremos nesse estudo, refletir sobre alguns importantes aspectos multidimensionais da violência praticada contra a pessoa idosa, considerando diversos fatores que se mostram ainda velados no contexto de vida de muitos deles, decorrentes de processos de relações sociais, institucionais, familiares, interpessoais e de gênero, que causam danos físicos, psicológicos e morais à pessoa idosa, destacando que todos esses aspectos se tornaram ainda mais preocupantes no período da pandemia de COVID-19 quando os idosos tiveram que ser mantidos em isolamento e distanciamento social.

OBJETIVO

Refletir sobre os aspectos multidimensionais da violência praticada contra a pessoa idosa no cenário da pandemia do novo coronavírus.

MÉTODO

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, descritivo, construído a partir de consulta à literatura científica e de percepções das autoras sobre os aspectos multidimensionais da violência que é praticada contra a pessoa idosa no contexto da pandemia da COVID-19. Dentre as multidimensionalidades dessa violência, abordou-se os aspectos físico, cognitivo, sociodemográfico e o de relação familiar com os seguintes tópicos: Incapacidade funcional e cognitiva como fator de violência; Condições sociodemográficas geradoras de violência; e Violência doméstica durante o isolamento social.

INCAPACIDADE FUNCIONAL E COGNITIVA COMO FATOR DE VIOLÊNCIA

A violência e maus-tratos contra a pessoa idosa tem se tornado um problema de saúde pública crescente, principalmente quando se apresenta como violação de direitos fundamentais daqueles em situação de maior

vulnerabilidade, como os idosos com comprometimento funcional e cognitivo. A capacidade funcional da pessoa idosa é definida pela habilidade em executar suas Atividades de Vida Diária ou tarefas básicas sem necessidade de auxílio. Já a capacidade cognitiva, refere-se ao desempenho mental, nas funções do sentir, compreender, pensar, raciocinar, memorizar, lembrar, formar juízos coerentes e responder a estímulos externos. Tanto a capacidade funcional quanto a capacidade cognitiva são decisivas para a preservação e manutenção da autonomia e independência da pessoa idosa.

A autonomia, que se refere à associação dessa com uma memória preservada e funcional, reside na capacidade do idoso de cuidar de si e a desempenhar atividades que propiciem ajustes psicossociais. Assim sendo, o comprometimento da capacidade cognitiva interfere na capacidade funcional da pessoa idosa e vice-versa, com repercussões na perda de independência e autonomia, que varia conforme o grau de severidade, principalmente na presença de doenças crônicas-degenerativas, interferindo na qualidade de vida do idoso⁽⁴⁾.

Pessoas idosas com algum grau de comprometimento funcional e/ou cognitivo, aparecem nas estatísticas em maior proporção de maus-tratos, apresentando histórico de episódios recorrentes de violência derivados de relações familiares conflitantes, estresse do cuidador principal, dificuldades na execução das rotinas de cuidados, coabitação multigeracional, isolamento social, comorbidades e diminuição de sua capacidade funcional e cognitiva⁽⁴⁾.

No Brasil, a incapacidade funcional e cognitiva tem sido associada ao aumento dos eventos relacionados à violência contra a pessoa idosa, tipificada, nesses casos, nas formas de agressão física, psicológica, medicamentosa, financeira, negligência, autonegligência e abandono. A incapacidade funcional na pessoa idosa se instala quando ela passa a depender de cuidados e assistência em tarefas básicas de vida diária como alimentar-se, vestir-se, locomover-se, procurar assistência à saúde e manter o mínimo de dependência. Nesse contexto, aparece frequentemente a negligência de cuidados, acompanhada do abandono e maior chance de institucionalização. A fragilidade física e cognitiva do idoso facilita a violência, uma vez que esse pode não ter a capacidade de se defender, seja por força física ou pela incapacidade de reconhecer atos de violência.

Tanto a incapacidade física como a cognitiva, colocam o idoso em situação de maior exposição à maus-tratos. Os idosos com comprometimento cognitivo e/ou demência apresentam, na maioria das vezes, com transtornos comportamentais e dependentes de cuidadores, seja familiar ou profissional, para executarem cuidados em graus variados. Essas demandas costumam gerar estresse no cuidador, aumentando a probabilidade de violência.

Muitas vezes, o simples fato de levar o alimento à boca do idoso de forma brusca; de deixar a comida para que ele próprio se alimente, sem ter condições para tal; pressioná-lo para andar mais rápido, quando este tem dificuldade de mobilidade; negligenciar sua higienização na presença das incontinências; abandoná-lo em cima de uma cama por horas, sem checar se está frio ou calor; não identificar a necessidade de tomar banho de sol; e desconsiderar a necessidade de convivência com pessoas, são as mais comuns e terríveis formas de violência contra o ser humano que envelhece em condições de baixa capacidade física e cognitiva.

Identificar a violência contra pessoas idosas é complexo e necessita de criteriosa avaliação, pois elas costumam ocultar ou não afirmar terem sofrido maus-tratos, principalmente quando advém de pessoas próximas e do meio familiar, com vínculo afetivo, ou ainda, quando o idoso possui demência em que não os permite comunicar com fidelidade os fatos ocorridos.

Dito disso, no cenário da atual epidemia da COVID-19, cujo grau de morbimortalidade se apresenta alto, principalmente estando os idosos classificados como grupo de risco e tendo uma ou mais disfuncionalidades, os cuidados necessitaram ser redobrados. Essas condições, somadas ao isolamento social obrigatório para esse grupo, apresentou-se como um dos mais importantes preditores de violência física aos idosos na epidemia⁵, haja vista que os agentes de saúde ficaram impossibilitados de visitar os idosos acamados com maior frequência; o acesso aos serviços de saúde tornou-se limitado, por serem do grupo de risco e recomendados a permanecer na residência; as visitas de outros familiares foram reduzidas, criando condição ideal para que o idoso que apresenta incapacidade funcional e cognitiva sofresse as mais variadas formas de violência.

A reflexão acerca da violência contra a pessoa idosa, decorrente da sua incapacidade funcional e cognitiva, em meio a epidemia da COVID-19, é fundamental para àqueles que cuidam, seja familiar, cuidador formal ou profissional de saúde, atentando para o monitoramento desses idosos, por meio de visitas ou teleconsultas. Para mitigar os riscos de violência durante o período da COVID-19, estratégias de apoio e orientação podem ser adotadas para que os familiares e cuidadores possam conduzir os momentos de tensão⁽⁵⁾.

Assim, de acordo com o grau de comprometimento cognitivo e com base na avaliação da capacidade de compreender as informações, os idosos devem ser informados sobre a ocorrência da doença para que possam compreender, apesar das limitações, a adoção das medidas protetivas como a higiene das mãos, uso de máscaras, distanciamento entre as pessoas e as mudanças repentinas na sua rotina em decorrência da situação, como também a solicitação de ajuda em casos de violência⁽⁶⁾.

CONDIÇÕES SOCIDEMOGRÁFICAS GERADORAS DE VIOLÊNCIA

Determinadas características, tanto atribuídas ao idoso como ao seu possível agressor, aumentam as chances de ocorrência de violência. Configuram-se como fatores de risco entre os idosos: pertencer ao gênero feminino, possuir incapacidades funcionais e cognitivas, compartilhamento de residência com outros membros da família de diferentes gerações e não possuir rede de suporte social. Com relação aos agressores, são fatores de risco: pertencer ao gênero masculino, idade superior a 40 anos, vivência familiar de comportamentos abusivos, ser cônjuge/filho(a) da vítima, história de distúrbio mental e/ou de uso de álcool e drogas⁽³⁾.

Na relação da violência com o processo de envelhecimento, destacam-se as características de gênero, não somente porque as mulheres alcançam maior longevidade em relação ao homem, mas, também, devido o histórico de maior vulnerabilidade da mulher para ocorrência de violência em todas as faixas etárias, principalmente se a mulher afrodescendente. Deve-se considerar que sempre existiram normas na sociedade para regular condutas de homens e mulheres, jovens e idosos etc., determinando o que é aceitável para as mulheres, o que pode inibir o reconhecimento de seus direitos e a procura de auxílio por parte das idosas.

Importante também enfatizar as violências produzidas por choque de gerações, por disputa de espaço físico e por questões financeiras que estão envoltas em um imaginário social que ainda considera a velhice e o idoso como “peso” e como ser “descartável”. Além disso, condições sociais negativas de baixa renda, baixa escolaridade, doenças crônicas e dificuldades de acesso a serviços de saúde e às informações são fatores que costumam contribuir para o aumento da violência contra a pessoa idosa. No entanto, existe um equívoco em se pensar que somente pessoas menos favorecidas economicamente e com baixa escolaridade sofrem violência. Ela está presente em todas as classes sociais.

A violência contra a pessoa idosa faz-se presente também nas instituições, quando estas estabelecem condições de coação, levando à danos físicos, mentais e morais. Ela perpassa por questões conjunturais e macroestruturais cuja responsabilidade das instâncias superiores não pode deixar de ser discutida e, na sua ausência, também se torna um fator de manutenção e perpetuação da violência.

No contexto atual, perante a epidemia da COVID-19, as pessoas idosas foram as maiores vítimas de violência das instâncias institucionais e superiores: inicialmente por terem sido os primeiros obrigados a manterem isolamento do meio social; em seguida por serem vistos como fator de dispêndio à sociedade; por não terem a prioridade dos leitos em UTI; por serem atingidos pela redução de oferta e dinâmica do atendimento nos serviços de saúde pela Estratégia de Saúde da Família; e pela mudança de logística de monitoramento e de atendimento aos idosos em condições crônicas e aos infectados pela COVID-19⁽⁷⁾.

Na comunidade, o isolamento social e o temor de transmissão da doença levaram a situações conflituosas diante da presença de idosos em determinados ambientes externos. No individual, a ausência de familiares, levaram a saída de idosos do seio do seu lar para um novo ambiente, como mais um motivo estressor os idosos sofreram com a descompensação das doenças crônicas, déficit cognitivo, ansiedade e depressão. Todos esses fatores favorecem

a propagação da COVID-19 no grupo de idosos, haja vista se tratar de situações que fragilizam o corpo e a mente, tornando-os mais vulneráveis à contaminação e mais expostos à violência, por demandarem de maiores cuidados⁽⁷⁾.

A dificuldade de acesso às informações condizentes com a capacidade de entendimento dos idosos é um fator importante a se discutir, uma vez que na ausência delas, os idosos tendem a se submeterem às ideias, aos cuidados e às vontades de terceiros, às vezes mal-intencionados. Além disso, o idoso deixa de conhecer os serviços sociais e redes de apoio que poderiam dar-lhe maior segurança e proteção. Ao contrário também ocorreu nessa pandemia as informações excessivas e as Fake News possuem como alvo majoritários idosos, como casos de abuso financeiro e propagação de tratamentos.

Cabe ressaltar, que as atuais condições epidemiológicas e seus efeitos estão sendo vivenciados pelas famílias de forma distinta. Portanto, manter vigilância sobre a ocorrência dos casos e articular ações interdisciplinares com outros setores sociais pode contribuir para garantir proteção e segurança da pessoa idosa, bem como melhorar a prevenção e o enfrentamento deste sério problema social.

Em condições epidêmicas normais os enfermeiros que atuam na Atenção Básica dispõem de maiores oportunidades, em vista de sua proximidade com a comunidade, realizando ações destinadas a reduzir situações de risco para as pessoas idosas, familiares e pessoas de seu convívio social, promovendo atitudes positivas em relação a sua tratativa, informando o público em geral acerca dos fatores de risco geradores de maus-tratos e sobre as melhores práticas que coloquem o idoso em situações de ameaça ou perigo⁽⁸⁾. Porém, nesse cenário de epidemia, a responsabilidade de investigar e notificar situações de violência passa a ser maior dos enfermeiros que atuam nos serviços triagem em centro de campanha, de urgência/emergência ou nas UTIs, sendo essas a principal porta de entrada na atual circunstância.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE O ISOLAMENTO SOCIAL

A família é o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos, onde se constroem e experimentam os vínculos básicos e outorgam identidade aos sujeitos. Dependendo da forma de organização familiar, os sujeitos podem experimentar muitas situações de violência doméstica, que são omitidas, ocultadas e/ou disfarçadas por seus membros e pela sociedade. A violência, por vezes, encontra, nas relações familiares, um campo fértil, mesmo que nelas haja relações íntimas e afetivas.

A violência doméstica ou intrafamiliar é toda ação ou omissão que interfira no bem-estar, na integridade física, psicológica ou na liberdade e no direito ao desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser praticada dentro ou fora do domicílio por um membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir a função parental, mesmo sem laços consanguíneos e em relação de poder à outra pessoa⁽⁹⁾.

Estudos nacionais e internacionais ressaltam uma associação significativa da violência doméstica com o grau de dependência do idoso e o grau de parentesco, demonstrando que o principal agressor/violador dos direitos dos idosos são familiares ou pessoas próximas que convivem no domicílio com ele⁽³⁻⁵⁾. Assim, é no seio familiar que são praticadas as mais diversas formas de violência contra a pessoa idosa, sendo, quase sempre, mantida como segredo pela família, daí ela ser entendida como uma violência “velada”, sofrida em silêncio.

Partindo-se do conceito de violência, podemos particularizar a violência doméstica em violência doméstica em sentido estrito, que está relacionada a prática de maus tratos físicos e psíquicos, ameaça, coação, injúrias, difamação e crimes sexuais; e violência doméstica em sentido lato, caracterizada pela violação de domicílio e/ou perturbação da vida privada, devassa da vida privada (imagens, conversas telefônicas, e-mails, revelar segredos e fatos privados, violação de correspondência), violência sexual, violação da obrigação de alimentos, homicídio (tentado/consumado), dano, furto e roubo. De modo geral, podemos dizer que a violência doméstica engloba diferentes tipos de abuso podendo surgir isoladamente e/ou combinados com as diversas formas de violência como a social, emocional, financeira, física, sexual, negligência, perseguição e abandono⁽⁹⁾.

Uma família pode oferecer um ambiente domiciliar saudável e harmonioso ou deixar-se contaminar pela violência, por relações tensas entre seus membros ou pessoas próximas. Dentro desse ambiente, os idosos

normalmente se mostram indefesos em razão da idade, deficiência e/ou presença de doença, independente das suas condições sociodemográficas.

Com o distanciamento, isolamento e o confinamento social durante a pandemia da COVID-19, as demandas de cuidado em domicílio das pessoas idosas aumentaram e, conseqüentemente, as condições de vulnerabilidade à violência doméstica se intensificaram. Os cuidados pessoais e, principalmente, os de saúde que antes eram divididos entre a família e os serviços de saúde, passaram a ser concentrados no domicílio para reduzir o risco de contaminação, resultando em maior sobrecarga ao cuidador principal. Assim, nas residências, houve alteração da rotina das famílias, criando um clima de mais tensão, elevação do estresse e maior presença da violência doméstica.

No Brasil, entre os meses de março a maio de 2020, com os casos de COVID-19 em alta e a obrigatoriedade do isolamento social, as denúncias de violência contra a pessoa idosa aumentou cinco vezes mais, passando de aproximadamente 3 mil para quase 17 mil casos. Isso indica que o isolamento social conseguiu reduzir o número de casos de COVID-19 em idosos, no entanto, ajudou a aumentar sua exposição à violência doméstica. Para reafirmar isso, os dados divulgados de 2011 a 2018 mostram que houve um aumento médio de 20% nas denúncias dos casos de violência, enquanto que o mesmo período de 2020 registrou aumento de 400%, sendo que só os registros do mês de maio de 2020 foi mais que o dobro de todas as denúncias ocorridas durante o ano 2011⁽²⁾.

A maior parte das denúncias estavam ligadas a violência financeira, psicológicas e físicas, mas, principalmente à violência financeira, uma vez que o país entrou em recessão e a única renda fixa de várias famílias era a aposentadoria do idoso. Na violência financeira sofrida pelos idosos e registradas no Disk 100 predominaram os empréstimos consignados, fraudes com cartão de crédito e sequestro da renda. As violências psicológicas e físicas, estavam relacionadas à questão do aumento da demanda de cuidados por parte dos familiares. A indisponibilidade de atendimento pelos serviços saúde da Rede de Atenção Básica voltados para os idosos mais dependentes desses serviços, contribuem muito para agravar o problema⁽²⁾.

Pode-se dizer que a epidemia pelo COVID -19 trouxe evidências da necessidade de se resgatar a cidadania e os direitos dos idosos, garantidos na Constituição e no Estatuto do Idoso; e a aplicação de maiores investimentos no combate à violência contra a pessoa idosa, incluindo um programa de ajuda à família que tem um idoso dependente para ser cuidado no domicílio. Só assim poderá se vislumbrar uma redução das ocorrências de violência domiciliar.

Contribuições para a enfermagem

A enfermagem tem um papel importante na prevenção, identificação e intervenção no processo da violência contra a pessoa idosa, mas, para isso, precisa participar efetivamente da organização dos serviços, na qualidade e humanização dos cuidados, discutindo e criando estratégias de enfrentamento, atuando em programas de treinamento e sensibilização dos profissionais que atuam com idosos e seus familiares. Assim, por meio de uma atitude de respeito e sensibilidade às questões referentes a violência e maus tratos aos idosos, a Enfermagem tem responsabilidade social de apoiar, informar e incentivar sobre os serviços de proteção e acolhimento para pessoas idosas que vivenciam uma situação de vulnerabilidade física, social e psicológica que repercute diretamente na sua dignidade e existência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro ao cuidar da pessoa idosa precisa considerar suas especificidades decorrentes do processo de envelhecimento aliados à instalação de doenças e/ou agravos que acarretam prejuízo na sua autonomia, independência e capacidade funcional. Além disso, na interação com idosos precisa saber identificar aqueles em situação de maior vulnerabilidade física, social, psicológica e econômica para o planejamento de ações que atendam as suas necessidades e, também preservem o respeito à sua dignidade, valores culturais e direitos. Nesse sentido, é fundamental que o enfermeiro conheça e avalie o contexto familiar e social em que o idoso vive e desenvolve suas

atividades, reconhecendo precocemente indícios de violência mediante observação atenta do comportamento, gestos, semblante, entonação de voz e outras expressões não verbais da pessoa idosa para promover suporte e orientação ao idoso e família. Contudo, em tempos de pandemia pelo COVID-19, quando as pessoas idosas estão mais expostas a ocorrência de violência, é fundamental que o enfermeiro tenha uma atitude mais empática e ativa para ajudar e apoiar à pessoa idosa e sua família, haja vista que o isolamento social, o ambiente familiar e a convivência cotidiana podem contribuir para desencadear situações de conflitos geradores de violência.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasil: manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar. / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.[Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 02]; Available from: <http://www.cedi.pr.gov.br/arquivos/File/CEDI/ManualViolencialdosogovfedweb.pdf>
2. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos - DISQUE 100. Balanço anual do Disque 100 registra aumento de 13% em denúncias de violações contra a pessoa idosa. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos 2019[Internet]. 2020[cited 2020 Jun 05]; Available from: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/junho/balanco-anual-do-disque-100-registra-aumento-de-13-em-denuncias-de-violacoes-contra-a-pessoa-idosa>.
3. Castro VC, Rissardo LK, Carreira L. Violence against the Brazilian elderlies: an analysis of hospitalizations. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018. [cited 2020 Jun 10];71(suppl 2):777-85. [Thematic Issue: Health of the Elderly]. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/0034-7167-reben-71-s2-0777.pdf>
4. Faustino AM, Moura LBA, Gandolfi L. Relationship between violence and cognitive function in the elderly. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 12];10(5):1717-23. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13547/16321>
5. Han SD, MosquedaL. Elder abuse in the COVID-19 Era. J Am Geriatr Soc. line [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 10];00:1-2. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.16496>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia de COVID-19. Violência Doméstica e familiar na COVID-19. 2020. [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 13]; Available from: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19-violencia-domestica-e-familiar-na-covid-19.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19). [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 12]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 14 de junho de 2020.
8. Souza CRS, Reis DA; Castro FF, Carreira L, Nascimento V. Prevenção da covid-19 na população idosa indígena. In: Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília, DF: ABEn/DCEG. [Internet]. 2020. 2012 [cited 2020 Jun 18].74 p. (Série enfermagem e pandemias). Available from: <http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/05/E-BOOK-GERONTO.pdf>
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Cadernos de Atenção Básica n.8. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 15]; Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar_cab8.pdf

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c24>

LIGAS ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA FRENTE A PANDEMIA COVID-19

Amanda Curiel Trentin Corral^I

ORCID: 0000-0002-3138-3927

Ana Maria Souza da Costa^{II}

ORCID: 0000-0002-1878-4814

Deyvylan Araujo Reis^{II}

ORCID: 0000-0001-9314-3745

Fernanda Rodrigues Xavier^{II}

ORCID: 0000-0002-4856-5903

Luisa Maria Apolinário da Silva Ramos^I

ORCID: 0000-0003-1880-4413

Priscilla Alfradique de Souza^I

ORCID: 0000-0002-4625-7552

^IEscola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{II}Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas (ISB/UFAM). Manaus, Amazonas, Brasil.

Autor Correspondente:

Amanda Curiel Trentin Corral.

E-mail: amandactrentin@gmail.com



Como citar:

Corral ACT, Costa MAS, Reis DA, Xavier FR, Ramos LMAS, Souza PA. Ligas acadêmicas de enfermagem gerontológica frente a pandemia covid-19. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 157-164. (Série Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c24>

INTRODUÇÃO

Com o surgimento do novo tipo de Coronavírus humano, responsável pelo desenvolvimento da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), a população mundial vem enfrentando medidas severas para controle da disseminação deste vírus que causa a doença COVID-19⁽¹⁾. Assim, em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS), após determinar Emergência de Saúde Pública Internacional, decretou estado de Pandemia⁽²⁾.

Após três meses de confirmação da pandemia e dos primeiros países mais gravemente acometidos, com rápida disseminação, estarem restabelecidos ou em fase decrescente da curva de números de casos (como, por exemplo, China, Itália, Espanha, Estados Unidos, dentre outros), o Brasil tem aumentado diariamente o número de casos e mortes. Dados nacionais mais atuais registram um total de 1.032.913 casos confirmados, com um total de 48.954 óbitos de pessoas confirmadas, o que posiciona o Brasil em segundo lugar no *ranking* mundial de casos confirmados, atrás somente dos Estados Unidos⁽¹⁾.

A transmissibilidade ocorre de uma pessoa para outra, pelo toque, aperto de mão, espirro, tosse ou pelo contato de objetos e superfícies contaminadas. Tosse, febre, coriza, dor de garganta e dificuldade para respirar tem sido observado como os sintomas mais comuns, o que pode variar de um resfriado até uma pneumonia severa⁽²⁾.

Em função imunossenescência (envelhecimento do sistema imunológico) e pelo aumento das chances de acometimento de multicomorbidades associadas⁽³⁾, a população idosa tem apresentado maior vulnerabilidade ao agravamento dos casos, sendo considerada população de risco. Os prognósticos mais graves e os casos de óbito em idosos são mais frequentemente relacionados a fatores de risco ou comorbidades presentes nesta população, como cardiopatias, diabetes e doenças renais⁽²⁾, o que aumenta a necessidade de medidas de proteção desta população.



Nesse sentido, diversas ações têm sido realizadas tanto para atenção a população idosa, quanto para formação e capacitação de acadêmicos e profissionais de saúde. A liga acadêmica é uma associação sem fins lucrativos, que visa complementar a formação do um estudante. Os grupos são compostos por alunos e professores orientadores. A maior parte das ligas acadêmicas possui como missão a difusão do conhecimento, através de atividades de ensino, pesquisa e extensão. É um meio que os estudantes possuem de aprofundar seus conhecimentos em temas de afinidade e/ou que a graduação não contemple de forma integral. Para uma liga ser reconhecida formalmente, é necessário a elaboração de um estatuto completo, com a assinatura dos membros discentes fundadores e professores orientadores, sendo posteriormente avaliado pela direção e universidade a que a liga tem vínculo. Após o reconhecimento do estatuto, a liga é considerada oficializada.

No processo formativo, as ligas acadêmicas de enfermagem gerontológica tem desenvolvido estratégias relevantes para comunicação de informações científicas atuais relacionadas ao contexto da pandemia, promoção de cuidados em saúde à pessoa idosa e consequente manutenção do processo ensino-aprendizagem. Desse modo, as ligas acadêmicas têm importante contribuição no desenvolvimento dos saberes relacionados ao ensino, pesquisa e extensão, com mobilização dos grupos em gerontologia, em prol de um objetivo comum, a saúde e o bem-estar dos idosos⁽⁴⁾.

Em função da importância das ações que as ligas acadêmicas em gerontologia têm desenvolvido frente a pandemia da COVID-19, emergiu a necessidade de relatar tais experiências desenvolvidas e refletir sobre os desafios e novas propostas para manutenção do processo formativo em enfermagem gerontológica.

OBJETIVO

Relatar a experiência sobre as ações das ligas acadêmicas em enfermagem gerontológica frente a pandemia da COVID-19.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência vivenciado pelos discentes e docentes do curso de Enfermagem de duas Instituição de Ensino Superior (IES), sobre a atuação de duas ligas acadêmicas, a primeira chamada de Liga Acadêmica de Enfermagem em Gerontologia (LAEG), pertencente a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/UNIRIO) e a segunda denominada de Liga Acadêmica de Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso (LAESAI) do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

O período vivenciado pelos ligantes de enfermagem foram os meses de março a junho de 2020. A LAEG busca atender a tríade ensino-pesquisa-extensão e tem como objetivos enriquecer a formação acadêmica, desconstruir estereótipos e estigmas, difundir a educação continuada no que tange a assistência integral da saúde para clientes inseridos no contexto do processo de envelhecimento, trabalhar junto à comunidade através de projetos de extensão, desenvolver trabalhos científicos e pesquisas acerca do objeto de estudo da liga e promover debates e ações que visem a inserção curricular de conteúdo da gerontologia. A LAESAI é um projeto de extensão da UFAM, que tem como objetivo integrar conhecimento teórico-prático aos acadêmicos ligantes sobre enfermagem na saúde do adulto e idoso em diferentes níveis de atenção, no enfoque da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde. A Figura 1 demonstra a logomarca das duas ligas acadêmicas.

O relato de experiência foi embasado em artigos científicos relacionados ao tema, sendo organizado em três categorias: 1) ações desenvolvidas pelas ligas acadêmicas de enfermagem; 2) desafios para o desenvolvimento das ações para os ligantes e idosos; 3) propostas de ações futuras como forma de contribuição para a formação em enfermagem gerontológica.



Figura 1 - Logomarca das ligas acadêmicas de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ações desenvolvidas pelas ligas acadêmicas de enfermagem

As atividades das ligas acadêmicas em enfermagem gerontológica dentro do processo de aprendizagem técnico-científico são entidades fundamentais. Estas promovem a troca de conhecimento entre as instituições de ensino e a comunidade, o que culmina em benefícios tanto para os ligantes, quanto para o público alvo que adquire informações preponderantes para suas vidas, com elucidação de dúvidas e revisão de hábitos inadequados. Além disso, os ligantes desenvolvem a criatividade na realização de atividades específicas dentro do contexto da enfermagem na saúde do idoso, tendo um olhar atento ao processo de envelhecimento e as suas consequências para a vida dos idosos e seus familiares. Desse modo, as ações realizadas pelas ligas acadêmicas são essenciais, pois difundem o conhecimento gerontológico, considerando as especificidades dos idosos e a realidade a qual estão inseridos, além de agregar saberes para a comunidade e corpo discente⁽⁵⁾.

Ambas as ligas criaram perfil público na rede social, como exemplo, o Instagram, para postarem os conteúdos das atividades desenvolvidas pelos ligantes, além de utilizar como meio de divulgação de eventos, *lives* e *posts* produzidos. As ações desenvolvidas pelas ligas acadêmicas estão resumidas no Quadro 1.

Quadro 1 - Ações desenvolvidas pela LAESAI e LAEG.

LAESAI	LAEG
<ul style="list-style-type: none"> • Produção de vídeos educativos sobre as medidas de prevenção contra a Covid-19; • A realização de <i>lives</i> abordando temáticas como: Cuidados com o idoso no domicílio em tempo de pandemia COVID-19; • Elaboração de cartazes sobre higienização das mãos, formas de transmissão da COVID-19 e formas de proteção para população; • Elaboração de pôster em combate a violência aos idosos; • Produção de vídeo sobre a importância da Higienização das mãos em tempo da COVID19; • Elaboração de <i>podcast</i> sobre a COVID-19 para comunidade ribeirinha, indígenas e a população geral; • Reuniões <i>online</i> com ligantes participantes; • Organização do "I Encontro da Liga Acadêmica de Enfermagem Gerontológica da Região Norte"; • Produção de tecnologia educativa aos cuidadores de idosos dependentes em tempo da COVID19; • Planejamento, organização de cursos online destinado a comunidade acadêmica de Enfermagem; • Organização de eventos como oficinas, simpósio e outros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de vídeos educativos e <i>posts</i> nas redes sociais com informações sobre a COVID-19; • Desenvolvimento de publicações temáticas, desde "Primórdios da história da enfermagem" até "Atuação no contexto do Sistema Único de Saúde na atual pandemia", em consonância com a Semana Brasileira de Enfermagem de 2020; • Monitoria, comissão de organização e divulgação do ciclo de palestras: "Introdução às bases de dados" da UNIRIO/EEAP; • Postagens sobre: Campanha nacional de vacinação contra a gripe; Saúde mental dos profissionais que cuidam de idosos; "A importância do processo de enfermagem e do registro"; • Orientações sobre "Comunicação e educação em enfermagem vs <i>fake news</i>"; • Produção de <i>folders</i> contando história de idosos notáveis, como Alma Clara, William Bill Lapschies, Tom Moore, entre outros; • Produção de vídeo: "Recém formados em meio a pandemia"; • Elaboração do quadro "LAEG NEWS" nas redes sociais da liga, para promoção de notícias sobre saúde pública e gerontologia; • Realização de palestra online: "Ai, meu Lattes!"; para promoção do ensino da plataforma Lattes e do Currículo Lattes, ministrada pelos ligantes.

Dentro do contexto das atividades executadas pelas ligas acadêmicas, foram adotadas várias estratégias. A LAESAI, por exemplo, partiu-se da necessidade de transmitir informações sobre o atual cenário em virtude da crise sanitária global, para elaboração de *lives* acerca de conteúdos relevantes sobre a pandemia da COVID-19. A *live* realizada abordou a temática sobre os cuidados com o idoso no domicílio em tempo de pandemia COVID-19, que foi transmitida ao vivo pelo Instagram com interação ativa do público e com espaço aberto a questionamentos acerca do tema, com participação de pessoas de vários Estados, como: Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Minas Gerais, Pará, Piauí, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, São Paulo e Tocantins.

Outras atividades realizadas foram a elaboração de cartazes informativos sobre atualizações da COVID-19, vídeos educativos sobre o uso correto de máscaras, prevenção da COVID-19, informações sobre a doença, principais sintomas, grupos de risco, medicamentos utilizados até o momento e realização de *podcast* para povos indígenas e comunidades ribeirinhas, além de pôster sobre a violência contra o idoso. As reuniões *online* foram realizadas para tratar assuntos internos da liga mantendo as restrições de distanciamento social.

As estratégias adotadas pelas ligas acadêmicas têm como intuito promover dentro do contexto atual, informações pertinentes sobre o novo coronavírus para toda a comunidade de maneira simples e dinâmica, de modo que se adequa a realidade que vem sendo vivenciada por todos. É inegável o momento de caos que se instalou no nosso país, por isso dentro das possibilidades existentes e a partir da utilização dos recursos disponíveis, a LAESAI iniciou a construção de ações de educação em saúde por meio das redes sociais (Instagram, link: <https://www.instagram.com/ligaacadenf/>), voltadas especificamente para um dos grupos de riscos que são os idosos. Com isso as estratégias formadas pela liga incluem alcançar principalmente os indivíduos que estão em convívio direto com os idosos. Neste contexto, o arcabouço de informações *online* criado, busca sanar as dúvidas referentes a pandemia e as suas implicações na saúde da pessoa idosa, tendo em vista as mudanças significativas ocasionadas na vida dos idosos em decorrência do coronavírus. Tanto mudanças de cunho social, quanto psicológicas que à medida que o tempo passa, podem ser agravadas.

As ligas acadêmicas na área da saúde têm importante contribuição ao estarem engajadas na determinação de metas que possam minimizar os impactos de qualquer agravo para a saúde da população, tornando-se fundamental a sua participação efetiva em situações de calamidade pública. Neste sentido, a liga acadêmica, mesmo diante de todos os desafios encontrados durante as fases de criação dos materiais que seriam expostos, conseguiu alcançar os seus objetivos de proporcionar conhecimentos que são fundamentais para as populações mais vulneráveis, especificamente os idosos, seus familiares e cuidadores, que através das informações disponibilizadas podem atuar de maneira efetiva nos cuidados a pessoa idosa dentro do ambiente domiciliar. Por isso, pode-se afirmar que as ligas acadêmicas funcionam como importante rede de suporte.



Figura 2 - Materiais educativos elaborados pelos discentes da LAESAI e LAEG.

A LAEG desenvolveu durante esse período de pandemia atividades educativas, tais como a elaboração de 39 posts e cinco vídeos, além de 34 publicações, em parceria com o movimento estudantil e outros produtores de conteúdo. Nesses três meses de pandemia COVID-19, a LAEG obteve uma crescente visibilidade nas redes sociais, alcançando sete mil e seiscentos e 11 perfis diferentes. Chegando a 13.143 visualizações no Instagram, link: <https://www.instagram.com/laeg.unirio> e 8.278 no Facebook, que pode ser acessado através do link: <https://www.facebook.com/laeg.unirio>. O número de seguidores do Instagram cresceu cerca de vinte por cento, sendo esse público majoritariamente do sexo feminino, entre dezoito a vinte e quatro anos, residentes da cidade do Rio de Janeiro. Já no caso do Facebook, o acréscimo foi de cerca de dez por cento no número de seguidores, sendo o perfil desses similares ao do Instagram, no entanto, não é fornecido o período de maior acesso.

Para a elaboração dos materiais divulgados pela LAEG, foram utilizados artigos, sites oficiais do governo, redes sociais do Ministério da Saúde (MS), da Sociedade Brasileira de Infectologia e dados da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Os materiais foram elaborados com a colaboração de todos os ligantes, organizados pela diretora de marketing e comunicação da liga, além da supervisão dos professores orientadores. Alguns dos enfoques relacionados a pessoa idosa foram: dados sobre a pandemia, postagens para 81ª Semana Brasileira de Enfermagem (SBEEn) e materiais informativos para o público em geral das ligas.

Com o desenvolvimento das atividades da LAEG, foi possível trazer também, questões como a saúde mental dos profissionais e cuidadores de idosos, impactos das medidas de isolamento social, bem como a importância dos movimentos estudantis na educação. Notou-se um interesse maior em assuntos específicos para a enfermagem. Os *posts* que receberam mais curtidas no período, foram os introdutórios sobre a COVID-19 e a divulgação da videoconferência. O menos visto foi o tutorial em vídeo de higienização das mãos.

Cabe ressaltar que, as ligas em gerontologia têm permitido que os acadêmicos tenham uma afinidade maior em relação aos aspectos que norteiam a saúde do idoso e adulto, uma vez que as atividades de extensão às quais as ligas estão vinculadas, proporcionam para o discente a oportunidade de conhecer de maneira mais aprofundada a realidade na qual a pessoa idosa está inserida, além do conhecimento a respeito dos grupos em outra faixa etária. A partir dessas perspectivas, são desenvolvidas metodologias e ações que visam reduzir os impactos provenientes do envelhecimento e dos processos patológicos, por meio da divulgação de informações relevantes para a saúde dos idosos⁽⁶⁾.

A pandemia causada pelo novo coronavírus é um problema de saúde pública, que afeta intensamente alguns grupos específicos, como os idosos. No combate ao coronavírus, a prevenção é considerada ferramenta primordial, pois a partir do reconhecimento dos indicadores que pautam a vivência do indivíduo, local e tudo aquilo que o rodeia, é possível sanar suas demandas⁽⁷⁾. Nesse sentido, as ligas acadêmicas estão engajadas na atenção e promoção da saúde com desenvolvimento de ações em modelos de prevenção e conscientização da população através de atividades educativas. Assim, as atividades das ligas envolvem ações para que a população idosa e seus familiares adquiram informações necessárias a compreensão das medidas de proteção adotadas no combate a COVID-19, ao mesmo tempo em que fornecem maior embasamento e auxílio na formação discente.

Desafios para o desenvolvimento das ações para ligantes e idosos

Existem vários desafios encontrados por acadêmicos das ligas de gerontologia espalhadas por todo o Brasil. O Rio de Janeiro, por ser uma área urbana, tem boa cobertura de internet na cidade, além de grande parte dos idosos possuir celular. Contudo, a adesão dos idosos às redes sociais e atividades online síncronas continua sendo baixa, especialmente quando se faz necessário o uso de tecnologias de comunicação mais complexas.

Nas atividades desenvolvidas no interior do Amazonas, os principais desafios enfrentados pelos ligantes de uma Universidade Federal começam a partir da comunicação via internet, uma vez que mesma se encontra com dificuldades de acessibilidade e conexão. A acessibilidade é agravada pela localização em que

cada município, comunidades ou vilas se dispersam pelo estado, fator que influencia nos preços de pacotes de internet oferecidos pelos provedores locais. Quanto mais distante e remoto o lugar, maior a dificuldade em disponibilização de sinal e maior a faixa de preço, com consequente exclusão de acesso da população de baixa renda.

A região Norte padece com a limitação de serviços de internet ofertados. Essas dificuldades derivam de vários desafios, no qual a dimensão geográfica surge como um dos maiores empecilhos a popularização do uso das tecnologias digitais, isso se deve as formas de acesso a maioria dos municípios do estado. O interior do Estado do Amazonas ainda tem municípios em que não existe sinal de operadora telefônica, o uso de internet é raro e feito apenas pela distribuição de cabos de energia. Assim, qualquer interferência na ligação contribui para a má qualidade de conexão, tornando-a lenta, ruim ou interrompendo-a. Tais interferências podem variar desde linhas de pipa, animais silvestres, temporais e até mesmo falta de energia; fato recorrente em algumas cidades.

Na questão de acessibilidade, encontra-se outro desafio para o uso de tecnologias pelos idosos. Observa-se que uma parte dos idosos não sabe manusear corretamente um aparelho celular ou um computador para uso de conteúdo *online*, seja por dificuldades cognitivas, ou porque não tiveram oportunidade de conhecer ou ter acesso a esse tipo de eletrônico. Dentre as principais barreiras relatadas pelos idosos no uso das novas tecnologias, tem-se perda da acuidade auditiva e visual, o que diminui a inserção desta população nos chamados ciberespaços, provocando muitas vezes, a sensação de impotência relacionada o uso de tecnologias, ansiedade e sentimento de inadequação⁽⁸⁾.

Dentre os desafios enfrentados pelas ligas acadêmicas podemos destacar a forte influência das crenças populares que são saberes enraizados na cultura de diversos povos, que ao longo da história da sociedade foram passadas de geração em geração⁽⁹⁾. As influências criadas por hábitos e crenças populares, tendem a ser expressas pela população idosa, principalmente no Estado do Amazonas, em que existe uma grande contribuição histórica das comunidades indígenas. No entanto, apesar da importância destes conhecimentos empíricos no que se refere as práticas de saúde baseadas no senso comum, tais práticas acabam, por vezes, dificultando a adesão dos idosos em atividades e cuidados oferecidos pelos estudantes de enfermagem, ligantes e equipes de saúde.

Na região fluminense, observa-se normalmente também o transporte na cidade como um desafio de acessibilidade, tanto para os idosos participarem das atividades promovidas pela liga, como para os próprios ligantes. O trânsito da cidade do Rio de Janeiro, apresenta-se por vezes caótico, rotineiramente engarrafado, com problemas relacionados à segurança e adaptação para uso pelas pessoas idosas, interferindo diretamente no deslocamento e socialização.

Com relação ao uso das redes sociais, o instagram tem sido considerada a rede com maior alcance de pessoas, mas ainda com um percentual menor de participação da população idosa. Portanto, faz-se necessário elaboração de estratégias para a informação e acessibilidade às redes sociais, como por exemplo o Facebook e Whatsapp, a fim de se ampliar o acesso populacional, especialmente dos idosos, as informações.

Outra questão é o fato das redes sociais tornarem parte das pessoas expectadores e não proporcionarem uma interação personalizada entre os alunos que desenvolvem o conteúdo e o público; além de não ser possível verificar a real participação e interesse de quem visualiza a publicação. Algumas pessoas tendem a curtir automaticamente as publicações, enquanto o grupo de interessados, em grande parte, não comenta suas opiniões.

Propostas de ações futuras como forma de contribuição para formação em enfermagem gerontológica

A elaboração de eventos como a videoconferência divulgada “Ai, meu Lattes” representam uma retomada dos esforços para criação de grupos de discussão acadêmica pós paralisação das atividades presenciais, permitindo melhor interação entre os participantes. Outra estratégia foi a utilização de enquetes e *quizzes*

de conteúdo incentivo e promoção da interação no Instagram e demais redes sociais. Até o momento, tais artifícios têm sido utilizados para verificação dos temas de maior interesse pelos seguidores.

Pôde-se observar a importância das publicações para a comunidade acadêmica e social não somente no âmbito regional, mas também nacional, pois em todos os *posts* haviam pessoas de outros estados e outras universidades públicas, auxiliando na construção de um conhecimento vasto e crítico, além de promover a capacitação dos ligantes para realização de intervenções fundamentadas e eficazes em suas comunidades. Tais atividades podem ser utilizadas como forma de aproximação das ligas acadêmicas em diferentes regiões nacionais, assim como para otimização do tempo de interlocução dos saberes e práticas.

Durante o período de pandemia, verificou-se entre os profissionais que atuam no cuidado à saúde ampla busca por conhecimento, inclusive com documentos e cursos ofertados gratuitamente pelo MS⁽¹⁰⁾, o que demonstra ampliação das modalidades de atualização do conhecimento científico. Os cursos, vídeos e encontros *online*, tem sido grande aliados na divulgação do conhecimento científico gerontológico por modalidade remota.

A utilização desses recursos não visa transformar o sistema de ensino ou qualificar o ensino à distância como possibilidade para cursos da área da saúde. Estes recursos auxiliam na disseminação do conhecimento, assim como na manutenção da construção do saber nesse momento atípico e para além dele. A adaptação se faz necessária a evolução da humanidade, que necessita considerar a melhor estratégia para a construção do seu futuro.

Limitações do Estudo

A limitação do estudo está associada a este relato de experiência estar restrito a apresentação da realidade dos componentes das ligas acadêmicas de enfermagem gerontológica de duas instituições de ensino federal, no entanto buscou-se duas realidades distintas para que pudessem ampliar o escopo do capítulo. Além disso, ocorre ainda limitada produção científica relatando casos semelhantes de outras ligas acadêmicas em gerontologia, o que impossibilita aprofundar as discussões.

Contribuições para a Área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Destacam-se como contribuições deste estudo a discussão ações das ligas acadêmicas de enfermagem gerontológica na graduação e a visibilidade de aspectos importantes das suas atividades na prevenção e controle da COVID-19 em idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ligas acadêmicas na área da saúde do idoso oferecem uma experiência para a vida pessoal, social e profissional, além de contribuir para formação e produção de conhecimento relacionado a pessoa idosa, não apenas dos discentes ligantes, mas de todos envolvidos. Outras contribuições das ações realizadas pelas ligas são relacionadas a ampliação do conhecimento acerca da saúde do idoso, promovendo o aprofundamento sobre os assuntos que envolvem a pessoa idosa; contribuindo muitas vezes para uma educação crítico-reflexiva, o exercício da criatividade, a espontaneidade e a liderança.

No atual cenário da pandemia da Covid-19, com o isolamento e distanciamento social, as redes sociais apresentam uma grande aplicabilidade como ferramentas educacionais complementares para as atividades das ligas acadêmicas, embora nem todos tenham acesso, principalmente em lugares remotos e população de baixa renda. As ações de isolamento social, embora necessárias aos idosos, podendo por vezes levar o idoso a solidão, angústia e medo. Nesse sentido, reforça-se a necessidade de uma rede fortalecida de apoio à pessoa idosa, assim como informações sobre ações preventivas a disseminação do SARS-COV-2.

O presente relato de experiência demonstrou o empenho das duas ligas acadêmicas de enfermagem em proporcionar atividades educativas através de informações seguras com relação a novo coronavírus aos

acadêmicos participantes, profissionais de saúde, idosos e cuidadores. É notória a dedicação dos ligantes nesta pandemia da COVID-19, que mesmo com as atividades suspensas das IES e os desafios de lidarem diariamente com notícias de pessoas ou familiares acometidos por essa nova doença, conservaram o engajamento em realizar ações aos idosos e todos aqueles com interesse pelo assunto, tornando-se os grandes protagonistas para o diferencial do futuro profissional da enfermagem.

As atividades iniciadas pelas ligas acadêmicas, fora da sala de aula, fazem parte de um outro grande desafio: o aprendizado de uma nova ferramenta tecnológica. Para tal, necessitam estudos e revisões entre os pares, organização e cooperação mútua entre os ligantes, acesso a artigos científicos, além das dificuldades de acesso à internet e questões financeiras, muitas vezes superadas pela força de vontade em contribuir com as ações educativas para os idosos.

Outro fator a se considerar está relacionado a carência de estudos que abordem sobre as ligas acadêmicas, principalmente experiências de atividades voltadas para a pessoa idosa. Assim, nota-se um vasto campo de pesquisa para o desenvolvimento de investigações sobre as ligas acadêmicas na formação de futuros profissionais, especificamente na enfermagem gerontológica, a fim de preencher esta lacuna na área científica.

Faz-se *mister*, o incentivo a formação de ligas acadêmicas nas instituições de ensino público e privado voltadas para a enfermagem gerontológica, primordiais na complementação do desenvolvimento profissional. Essas ações poderão contribuir para formação de futuros enfermeiros empenhados em promover uma assistência diferenciada e qualificada a pessoa idosa.

AGRADECIMENTO:

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

Ao Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da Universidade Federal do Amazonas.

A Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Coronavirus COVID19 O que você precisa saber [cited 2020 Jun 20]. Available from: <https://coronavirus.saude.gov.br/>
2. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Boletim COVID19 Semana Epidemiológica 24[cited 2020 Jun 20]. Available from: <http://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Boletim-epidemiologico-COVID-2.pdf>
3. Freitas EV, Py L. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
4. Silva AS, Flores O. Academic Leagues in Student Training. Revista Brasileira de Educação Médica [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 20]; 39(3):410-25. Available from <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n3/1981-5271-rbem-39-3-0410.pdf>
5. Bendelaque DFR, Carvalho DNR, Contente RTC, Cunha CS, Ferreira ENA, et al. Contribuição da liga acadêmica na formação e produção de conhecimento em saúde do idoso. Braz. J. Hea. Rev. 2019; 2(4): 3762-3773. doi: 10.34119/bjhrv2n4-138
6. Montanholi LL, Nunes LME, Teixeira VPA, Oliveira FA. Liga de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro: relato de experiência. Rev. Eletr. Enf. 2010;12(2):397-401. doi: 10.5216/ree.v12i2.10360
7. Rodrigues WP. Coronavírus: um problema de saúde pública. Scire Salutis 2020;10(2) :18-25. doi: 10.6008/CBPC2236-9600.2020.002.0003
8. Silveira BO, Parrião GB, Fragelli RR. Melhor idade conectada: um panorama da interação entre idosos e tecnologias móveis. Revista Tecnologias em Projeção [Internet]. 2017 [cited 2020 jun 18]; 8(2): 42-53. Available from: <http://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao1/article/view/867>
9. Oliveira EB, Severo E, Gabriel KOF. Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais na terceira idade: cuidados de enfermagem em uma revisão integrativa. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. [Internet] 2017 [cited 2020 jun 18]; 20(2): 146-152. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20171001_162029.pdf
10. Hammerschmidt KSA, Santana RF. Saúde do Idoso em tempos de Pandemia Covid-19. Cogitare Enfermagem. 2020;25. doi: dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c25>

DILEMAS EM PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA NA PANDEMIA DA COVID-19

Angélica Gonçalves Silva Belasco¹

ORCID: 0000-0002-0307-6225

Paula Cristina Pereira da Costa¹

ORCID: 0000-0003-2764-3797

Meiry Fernanda Pinto Okuno¹

ORCID: 0000-0003-4200-1186

¹ Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Departamento de Saúde Coletiva. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autor Correspondente:

Paula Cristina Pereira da Costa
E-mail: paulinhapcosta@hotmail.com



Como citar:

Belasco AGS, Costa PCP, Okuno MFP. Dilemas em promoção da qualidade de vida da pessoa idosa na pandemia da covid-19. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 165-171 (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c10>

INTRODUÇÃO

A Doença do Vírus Corona 2019 (COVID-19), que é induzida por um novo coronavírus (2019-nCoV), foi encontrada pela primeira vez em Wuhan. Atualmente, está se espalhando globalmente. Muitos países, especialmente aqueles com sistemas de saúde precários, estão enfrentando maiores ameaças. Quando a epidemia de COVID-19 ocorreu na China, o governo chinês adotou medidas rigorosas de prevenção e controle, que se mostraram eficazes para conter a propagação da epidemia na China. No entanto, assim como o pico da epidemia na China passou recentemente, a transmissão do vírus está se tornando mais severa em todo o mundo, mostrando as características de uma pandemia.⁽¹⁾

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a partir de março de 2020 a existência de uma pandemia do novo coronavírus cuja doença foi denominada COVID-19. Apresenta expressiva capacidade de transmissão e propagação, numa população mundial sem defesas naturais contra esta doença, causando com isto mortalidade considerável principalmente em idosos e pessoas com doenças associadas.⁽²⁾ A prevalência maior em idosos se dá devido a imunossenescência, que induz a diminuição da eficácia do sistema imunológico, caracterizando essas pessoas como uma população de risco.⁽³⁾

A orientação do Ministério da Saúde (MS) do Brasil para a população tem sido clara, desde o princípio, no sentido de reforçar a importância das medidas de prevenção da transmissão do coronavírus, que incluem: (i) a lavagem das mãos com água e sabão ou sua higienização com álcool em gel; (ii) a “etiqueta respiratória”, que consiste em cobrir o nariz e a boca ao espirrar ou tossir; (iii) o distanciamento social; (iv) o não compartilhamento de objetos de uso pessoal, como copos e talheres; e (v) o hábito de se manter a ventilação nos ambientes. A partir de abril de 2020, o MS passou a orientar a população para o uso de máscaras de pano, para atuarem como barreira à propagação do SARS-CoV-2.⁽⁴⁾



Durante a ameaça aguda e grave vinda do SARS-CoV-2, o distanciamento social pode ser nossa melhor esperança para retardar a disseminação silenciosa do SARS-CoV-2, pois essa estratégia aparentemente funcionou na China.⁽⁵⁾ As recomendações de isolamento social atualmente impostas em vários países também foi adotada por muitos estados brasileiros. No entanto, como as medidas continuam a ser impostas e são gradualmente prolongadas, os danos secundários de médio e longo prazo causados pelo isolamento devem ser considerados na avaliação de riscos. A maioria dos estados discute a implementação contínua de medidas de proteção para grupos de alto risco, como idosos, mesmo após o término dos regulamentos atuais. Nesse contexto, enfrentamos um desafio particular, pois os idosos não pertencem apenas ao grupo de risco SARS-CoV-2, mas também àqueles que sofrem aumento da morbimortalidade como resultado da retirada da interação social e do estímulo mental.

Assim deve-se dar prioridade em identificar e proteger os idosos contra ameaças imediatas e agudas que a COVID-19 impõem, no entanto não se podem menosprezar os danos secundários resultantes das medidas de isolamento social, especialmente, nessa população.

OBJETIVO

Refletir sobre possibilidades de promover a qualidade de vida no idoso e a importância de se avaliá-la durante a pandemia da COVID-19; e discorrer sobre possibilidades e desafios para o idoso e sua família.

MÉTODO

Trata-se de um ensaio teórico, de cunho reflexivo, oriundo da pandemia de COVID-19 e suas implicações para a qualidade de vida da pessoa idosa. As reflexões propostas tiveram como base a literatura internacional e nacional sobre o tema, além da experiência dos autores na prática. A apresentação das reflexões e considerações foi organizada na forma de três eixos condutores sobre o tema: Qualidade de vida da pessoa idosa, Implicações da pandemia de covid-19 para a qualidade de vida da pessoa idosa, Promoção da qualidade de vida da pessoa idosa durante a pandemia de COVID-19.

RESULTADOS

QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA

Qualidade de vida tem sido um assunto bastante discutido nas últimas décadas e devido ao seu aspecto multifatorial, tem gerado pesquisas decorrentes dos mais diversos segmentos da sociedade. Inúmeros estudos demonstram que a exposição do ser humano à diversas doenças, situações de estresse, condições ambientais desfavoráveis, além de outros podem alterar a qualidade de vida em parte ou na totalidade de seus domínios. O comprometimento da qualidade de vida pode desencadear situações pessoais, familiares e até coletivas desastrosas para a sociedade em que vivemos, uma vez que a busca por bem-estar e felicidade é inerente ao ser humano e transversal à todas as fases da vida.⁽⁶⁾

Segundo a Organização Mundial de Saúde o conceito de qualidade de vida é: "a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações e envolve o bem-estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e, também, saúde, educação, habitação saneamento básico e outras circunstâncias da vida".⁽⁷⁾ E especificamente pode-se detalhar:

1. Recomendações gerais sobre a manutenção da qualidade de vida compreendem: Adoção de hábitos saudáveis como: alimentar-se de forma saudável; não fumar; evitar café e bebidas alcoólicas; não dirigir

- após ingerir bebida alcoólica; dormir 8 horas diárias; praticar atividades físicas e de lazer; resolver problemas de forma racional; administrar o tempo realizando uma atividade de cada vez; cultivar o bom humor.
2. Estabelecimento de bons hábitos no Trabalho como: programar e tirar férias anuais; não levar serviços para casa; manter o ambiente de trabalho limpo, iluminado, ventilado, sem cigarros, poluição ou barulho excessivo; em momentos de tensão fazer relaxamento com respiração lenta e pausada.
 3. Prática de atividades físicas e lazer: fazer 30 minutos diários de atividade física, de forma contínua; subir e descer escadas em substituição ao uso do elevador; nos momentos livres fazer caminhadas, praticar esportes, dançar; escutar música; fazer passeios ao ar livre; sair com amigos e familiares; reservar um tempo só para você.
 4. Prevenção à exposição ao sol: busque as horas mais frescas do dia e evite exposição prolongada ao sol; use sempre protetor solar nas áreas expostas ao sol; use óculos escuros e roupas claras, chapéu ou boné para proteger-se.
 5. Hábitos Alimentares adequados: faça, no mínimo, cinco refeições ao dia (café da manhã, lanche, almoço, lanche e jantar); coma frutas, legumes e verduras variados diariamente; evite refrigerantes e salgadinhos; beba pelo menos dois litros (6 a 8 copos) de água por dia; faça as refeições em ambiente calmo e nunca assistindo televisão; evite comer em excesso quando estiver nervoso ou ansioso.⁽⁸⁾

As recomendações citadas coadunam com documento publicado em 2017 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que define o envelhecimento saudável como o “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada”⁽⁹⁾ nesse sentido alinham-se com a meta de promover - a Década do Envelhecimento Saudável de 2020 a 2030.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

O principal método de escolha para a avaliação da qualidade de vida, em geral, tem sido a aplicação de instrumentos traduzidos e validados para a cultura/população que será utilizado. Existem instrumentos genéricos e específicos que como os próprios nomes definem podem ser utilizados para a população geral ou grupos específicos (crianças, idosos, gestantes, pessoas com dor lombar, pessoas com determinadas doenças, familiares cuidadores, professores, entre outros). Os instrumentos genéricos abordam dimensões como: aspectos físicos, aspectos emocionais, meio ambiente, dor, vitalidade, sono, estado geral de saúde, espiritualidade, saúde geral.⁽¹⁰⁾

Os instrumentos genéricos abordam o perfil de saúde (população sadia ou com patologia) e estudam indivíduos da população geral ou de grupos específicos, mensurando aspectos funcionais, físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental. Já os específicos detectam particularidades da Qualidade de Vida (QV) em determinadas situações, como as funções físicas, sexual, sono e fadiga. Avaliam as particularidades de uma doença ou agravo, quantificando o impacto do tratamento e os ganhos de saúde obtidos. Geralmente os instrumentos genéricos não avaliam uma patologia específica, mas sim o todo, sem aceção de raça, idade, sexo ou grupo, utilizando questionário para o levantamento e comparação de indivíduos com diferentes patologias. Já os instrumentos específicos aferem de forma concreta grupos exclusivos de pessoas que apresentam em comum algum tipo de patologia, agravo, sexo, faixa etária.⁽⁶⁾

A partir do estabelecimento de um conceito, tornou-se possível a criação e a aplicação de instrumentos de avaliação da qualidade de vida, que inclui, além da prática clínica individual, a avaliação da efetividade de tratamentos e funcionamento de serviços de saúde. Os instrumentos de avaliação também são importantes guias para a formulação de políticas de saúde, permitindo o desenvolvimento de estratégias eficientes e eficazes para a promoção da qualidade de vida da população.⁽¹¹⁾

Inúmeras pesquisas têm demonstrado alteração da qualidade de vida de idosos sob diversas condições de doença, de vida e de vulnerabilidade. Estudo recente demonstrou que a boa percepção sobre a qualidade de vida pessoal e receber bom suporte social foram fatores protetores para sintomas depressivos, em idosos,

enquanto estar sob risco de desnutrição, morar sozinho, relatar dor e ser do sexo feminino foram fatores preditores.⁽¹⁰⁾

Diante da atual pandemia causada pelo coronavírus, SARS-COV-2, que assola o Brasil e o mundo, o isolamento social que se faz necessário, pode estar alterando a qualidade de vida de pessoas idosas, consideradas grupo de risco. Nesse contexto da pandemia pela COVID-19 a avaliação da qualidade de vida pelo enfermeiro se torna extremamente benéfico às pessoas idosas ao permitir a formulação do cuidado ampliado em saúde para além das questões físicas, mas também abordando as dimensões sócias e psicológicas, a fim de promover a qualidade de vida.⁽¹¹⁾

Os principais instrumentos de avaliação da qualidade de vida de idosos no Brasil são: Medical Outcome Study 36- item Short Form (SF-36) e os questionários da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHOQOL-100, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD).⁽⁶⁾ Especialmente neste momento de isolamento social devido a pandemia pela COVID-19 tem se adotado da teleconsulta como forma de ultrapassar as barreiras físicas para a ampliação do acesso à saúde. Essa ferramenta permite a interação entre profissionais de saúde e paciente. Desta forma os questionários de avaliação de qualidade de vida podem ser aplicados em consulta *on line*. O tempo para a aplicação dos instrumentos de qualidade de vida em idosos é um desafio quando realizada de forma presencial e provavelmente não deve ser diferente nas consultas virtuais. Uma facilidade é que esses instrumentos podem ser aplicados por meio de entrevistas ou formulários que podem ser realizadas de forma virtual.⁽¹¹⁾

IMPLICAÇÕES DA PANDEMIA DE COVID-19 PARA A QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA

O isolamento social e a solidão, requeridos durante a pandemia de covid-19, têm sido associados a um aumento da prevalência de doenças vasculares e neurológicas e mortalidade prematura.⁽¹²⁾ Além disso, é sabido que a exclusão social está significativamente associada a maiores riscos de comprometimento cognitivo, o que, por sua vez, aumenta o risco de doença de Alzheimer e acelera a progressão da doença nas condições existentes.⁽¹³⁾ O sofrimento emocional, que provavelmente é provocado pela situação atual, é outro fator de risco para morte prematura, já que se sabe que a ansiedade prediz mortes por todas as causas e é especialmente prejudicial em pessoas com 75 anos ou mais. Além da carga psicológica do isolamento, as oportunidades reduzidas de atividade física representam uma carga adicional prejudicial à saúde a longo prazo. Isso, é claro, se aplica não apenas aos residentes em casa, mas também aos idosos que vivem sozinhos. Eventualmente, o ambiente empobrecido e a falta de estímulo social, cognitivo e sensorio-motor regular de pessoas isoladas podem, portanto, levar a condições graves e morte prematura em idosos. O triste clímax do isolamento é a morte solitária e a impossibilidade de uma situação paliativa acompanhada - um desastre humano e médico-ético.⁽¹⁴⁾

A implementação do isolamento social por si só prejudicial à saúde, como medida preventiva deve, portanto, se a situação aguda persistir, ser ponderada em uma extensão razoável, considerando as consequências imediatas e a médio prazo. Além disso, e sem entrar nas profundezas de um debate ético-filosófico, a autonomia e a compreensão individual da qualidade de vida devem ser levadas em consideração. Deve-se supor que, para muitos dos afetados, uma existência isolada e solitária na última fase da vida não seja uma condição desejável. Portanto, deve-se garantir que, com isolamento contínuo e recursos de teste e equipamentos de proteção cada vez melhores, o monitoramento regular do status da infecção permita o ajuste individual do isolamento.⁽¹⁴⁾

PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Estudo mostra evidências quantitativas e qualitativas emergentes para apoiar a função das Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) no alívio do isolamento social, em geral ou em dimensões particulares, entre os idosos. O uso de programas de amizade por telefone, computador e Internet e TIC em geral diminuíram o isolamento social.

As intervenções em TIC promoveram significativamente apoio social, contatos sociais, conexão social/ conectividade social e redes sociais entre os participantes. Programas de comunicação (usando telefones

fixos, smartphones, iPads, e-mail e salas de bate-papo ou fóruns on-line) e aplicativos de alta tecnologia (Wii, o sistema de jogos de TV e Gerijoy, uma companheira virtual para animais de estimação) mostraram consistentemente um efeito positivo no alívio solidão em idosos.⁽¹⁵⁾

Faz-se necessário salientar que o distanciamento social não caracteriza abandono, portanto, cada família em conjunto com o idoso precisa refletir e discutir as estratégias importantes para seu contexto. Formas de contato e manutenção do vínculo afetivo podem ser viabilizadas por meio das TIC. A família e amigos devem ser uma rede de apoio que a pessoa idosa possa recorrer ainda mais nesse momento de pandemia, como por exemplo suprindo as necessidades de compras ao supermercado.⁽¹⁶⁾

A pessoa idosa pode fazer desse momento de pandemia pela COVID-19 uma oportunidade para aprender coisas novas. Buscar novas formas de entretenimento e conhecimento online se constitui como uma alternativa bastante válida para a promoção da qualidade de vida. Aplicativos podem permitir novos conhecimentos e experiências como aprendendo idiomas com a Duolingo, Aprendendo música com a Cifra Club, Aprendendo com os cursos online da Udemey (cursos em áreas como fotografia, música, business, nutrição, finanças, design de interiores, uso de softwares, cuidados com pets, dentre muitos outros), Aprendendo novas receitas de culinária com a Tudo Gostoso, Aprendendo a meditar e se sentir melhor com a Zen, Aprendendo sobre cultura e visitando vários museus online com o Google Art and Culture.⁽¹⁷⁾

Os benefícios da atividade física estão relacionados à sua prática e sua realização apresenta efeitos imediatos e a longo prazo na saúde além de diminuir efeitos nocivos relacionados a grandes períodos de imobilidade, favorece o controle das doenças crônicas e comorbidades a elas associadas, e melhora a resposta imunológica a infecções, o que pode impactar na gravidade dos sintomas e desfecho do quadro clínico de pacientes com COVID-19.

Nesse sentido a prática de atividade física, em particular as domiciliares, no período de isolamento social deve se estimulada aos idosos. Programas de atividades físicas domiciliares são considerados eficazes, seguros e de baixo custo, e quando realizados de forma direcionada, de acordo com a especificidade de cada indivíduo, promovem ganhos nos componentes da aptidão física relacionados à saúde e habilidades, impactando positivamente na funcionalidade global e qualidade de vida dos indivíduos. Apresentam, assim, uma alternativa promissora e eficaz para o aumento e manutenção dos níveis de atividade física da população e de resposta imunológica ao SARS-CoV-2, a ser adotada como política pública de saúde.⁽¹⁸⁾

O convívio mesmo que fisicamente dos idosos com os seus filhos e netos pode beneficiar mutuamente as gerações, no sentido do aprimoramento dos conhecimentos em relação à história familiar, a cidade onde residem, ao mundo, e fora do contexto familiar, pode facilitar o estabelecimento fortalecimento de vínculo que desencadeie troca de experiências, solidariedade, e o desenvolvimento cognitivo social.⁽¹⁹⁾ As ligações em vídeo são uma forma de manter o contato mais próximo e por meio dessa tecnologia brincadeiras antigas e populares, leitura de histórias, contação de causos, cantigas, troca de receitas culinárias, origami de barquinho de papel podem ser ensinadas pelos avós e aprendidas pelos netos. Há também os jogos online como o *Perguntados*. Gratuito na App Store, o jogo de trívia traz perguntas e respostas para testar os conhecimentos dos participantes. Assim, além de um ótimo passatempo, o aplicativo representa ainda uma maneira de exercitar a memória de netos e avós.

Limitações do Estudo

Devido ao tema ser atual, ainda se dispõe de poucas informações a respeito do seu real impacto na qualidade de vida da pessoa idosa. E por isso a emergente necessidade de se conduzir estudos com a temática

Contribuições para a Área

Como contribuição desse estudo para a Saúde Pública destaca-se a integração dos princípios éticos-científicos de qualidade de vida na pessoa idosa à situação de pandemia por COVID-19. Os instrumentos aqui apresentados poderão ser utilizados para avaliação da qualidade de vida e verificação de seu real impacto

na pessoa idosa nesta situação, principalmente pela equipe de enfermagem, como forma de direcionamento e qualificação do cuidado de enfermagem.

Além disso, a apresentação de estratégias que promovam a qualidade de vida da pessoa idosa frente as implicações causadas pela pandemia de COVID-19 podem auxiliar os idosos e sua família a remodelar comportamentos e atividades, não unicamente durante o período de pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia COVID-19 destacou a saúde dos idosos, incitando necessidade da promoção da qualidade de vida a pessoa idosa durante a pandemia COVID-19, por meio de proteção, respeito, zelo, dignidade e rede de apoio. A ação protetiva de distância deve manter a autonomia e a independência do idoso e não deve ser sinônimo de solidão. É necessário ressignificar as atividades, respeitando a pluralidade e vislumbrando tanto o presente quanto os cenários futuros.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

6. Ding Z, Xie L, Guan A, Huang D, Mao Z, Liang X. Global COVID-19: Warnings and suggestions based on experience of China. *J Glob Health*. 2020;10(1):011005. doi: 10.7189/jogh.10.011005
7. Ribeiro MAF, DE-Campos T, Lima DS, Marttos-Jr AC, Pereira BM. The trauma and acute care surgeon in the COVID-19 pandemic era. *Rev Col Bras Cir*. 2020;47:e20202576. doi: 10.1590/0100-6991e-20202576
8. Veiga AMV. Imunidade e Envelhecimento. In: Freitas EV, Py L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 2116-2127.
9. Ministério da Saúde (BR). Máscaras caseiras podem ajudar na prevenção contra o coronavírus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 jun 23]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46645-mascaras-caseiras-podemajudar-na-prevencao-contra-o-coronavirus>
10. Sun K, Chen J, Viboud C. Early epidemiological analysis of the coronavirus disease 2019 outbreak based on crowdsourced data: A population-level observational study. *The Lancet Digital Health*. 2020. doi: 10.1016/S2589-7500(20)30026-1
11. Rôla CVS, Silva SPC, Nicola PA. Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de Revisão Sistemática. *Id on Line Rev Mult Psic*. 2018;12(42):111-120. doi: 10.14295/idonline.v12i42.1300
12. WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. (Eds.). *Quality of life assessment: international perspectives*. [Internet] Heidelberg: Springer, 1994. p.41-60. [citado 2020 jun 23]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
13. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Qualidade de vida. 5 passos para uma melhor qualidade de vida: uma meta ao seu alcance. (Fôlder). [Internet]. julho 2013. [citado 2020 jun 23]. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br>
14. World Health Organization. Department of Ageing and Life Course. 10 Priorities towards a decade of healthy ageing. [Internet]. 2017. [citado 2020 jul 27]. Disponível em: <http://www.who.int/entity/ageing/WHO-ALC-10-priorities.pdf> [Links]
15. Didone LS, Machado ITJ, Santos-Orlandi AA, Pavarini SCL, Orlandi FS, Costa-Guarisco LP, et al. Factors associated with depressive symptoms in older adults in context of social vulnerability. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 1):e20190107. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0107
16. Silva PC, Mota MS, Neutzling A, Amorim CB, Blan BS, Oliveira SM. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida de pessoas com estomias intestinais: Revisão Integrativa. *Revista Enfermagem Atual IN Derme*. 2019;90(28). Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/488>
17. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*. 2015;10(2):227-237. doi: 10.1177/1745691614568352

18. Friedler B, Crapser J, McCullough L. One is the deadliest number: The detrimental effects of social isolation on cerebrovascular diseases and cognition. *Acta Neuropathologica*. 2015;129(4):493–509. Doi: 1007/s00401-014-1377-9
19. Plagg B, Engl A, Piccoliori G, Eisendle K. Prolonged social isolation of the elderly during COVID-19: Between benefit and damage. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020;89:104086. doi: 10.1016/j.archger.2020.104086
20. Chen YR, Schulz PJ. The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2016 Jan 28;18(1):e18. doi: 10.2196/jmir.4596
21. Hammerschmidt KS de A, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. *Cogitare enferm*. 2020;25:e72849. doi: 10.5380/ce.v25i0.72849
22. Tavares NP, Nascimento DMV. Atenção à saúde da pessoa idosa e Covid-19: orientações para um enfrentamento saudável. Recife: EDUFRPE. 1ª ed, 2020. Disponível em: <http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2020/05/Cartilha-Idoso-Covid-19-Final.pdf>
23. Souza Filho BAB, Tritany EF. COVID-19: importância das novas tecnologias para a prática de atividades físicas como estratégia de saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(5):e00054420. doi: 10.1590/0102-311x00054420
24. Massi G, Santos AR, Berberian AP, Ziesemer NB. Impacto de atividades dialógicas intergeracionais na percepção de crianças, adolescentes e idosos. *Rev CEFAC*. 2016; 18(2):399-407. doi: 10.1590/1982-0216201618223015.

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c26>

IDOSOS NO CENÁRIO DE INCERTEZAS DA PANDEMIA COVID-19: CAMINHOS PARA ESPERANÇA MEDIANTE O CUIDADO INTERGERACIONAL

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt^I

ORCID: 0000-0002-7140-3427

Rosimeire Ferreira Santana^{II}

ORCID: 0000-0002-4593-3715

Susanne Elero Betioli^{III}

ORCID: 0000-0003-4469-4473

Carla de Lima Silva^{III}

ORCID: 0000-0003-2640-9114

Vanusa do Nascimento^{IV}

ORCID: 0000-0003-4141-2784

Luciana Mitsue Sakano Niwa^V

ORCID: 0000-0002-9342-7454

Anderson Abreu de Carvalho^{VI}

ORCID: 0000-0002-4355-1721

INTRODUÇÃO

Durante as pandemias, a saúde física das pessoas e o combate ao agente patogênico são os focos primários de atenção, com esforço para compreensão dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos em propostas para prevenir, conter e tratar a doença¹. Embora nessas situações, também deva-se considerar os aspectos envolvidos nas implicações psicológicas, culturais e éticas.

A *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), identificada na China no final de 2019, é uma patologia com alto potencial de contágio em que sua incidência aumentou exponencialmente no mundo, sendo considerada uma pandemia^{2,3}. A COVID-19 apresenta alta letalidade entre os idosos, especialmente aqueles com doenças crônicas e em idade avançada⁴.

As incertezas sobre a contaminação e o risco de morte do próprio idoso, ou de seus familiares, amigos ou conhecidos podem potencializar estados mentais disfóricos⁵. Essas questões incitam preocupações específicas com a saúde deste público em tempo de pandemia, principalmente relacionadas aos idosos que residem sozinho, aqueles que não dispõem de rede de apoio e cuidadores de outros⁶.

Idosos saudáveis e principalmente aqueles infectados com COVID-19 (ou com suspeita de infecção) podem sofrer reações emocionais e comportamentais, como medo, tédio, solidão, ansiedade, insônia ou raiva, podendo desenvolver alterações psicológicas, que podem suscitar até mesmo em tentativas de suicídio⁵. Esse sofrimento tem chance de ser exacerbado com o distanciamento e/ou isolamento social.

Soma-se a isso o fato do Brasil vivenciar o envelhecimento populacional acelerado, em que os idosos encontram-se em condição de pouca visibilidade e valorização social, partilhando experiências e ações permeadas de preconceito, estigma e estereótipos, imersas no ageísmo⁶. Além disso, os idosos brasileiros perpassam crises econômicas, sociais, de saúde e culturais, principalmente envolvendo aspectos intergeracionais.

^IUniversidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

^{II}Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

^{III}Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{IV}Universidade Federal do Amazonas. Manaus, Amazonas, Brasil.

^VEscola de Enfermagem da USP. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{VI}Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Autor Correspondente:

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt
E-mail: ksalmeidah@ufpr.br



Como citar:

Hammerschmidt KSA, Santana RF, Betioli SE, Silva CL, Nascimento V, Niwa LMS, et al. Idosos no cenário de incertezas da pandemia covid-19: caminhos para esperança mediante o cuidado intergeracional. In: Santana RF (Org.). *Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19*. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 172-177. (Série Enfermagem e Pandemias, 2). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c26>



Desse modo é emergente repensar a vida individual e coletiva dos idosos, não somente durante a pandemia, mas vislumbrando cenários futuros, principalmente em relação às necessidades, rede de apoio, humanidade e destino coletivo-planetário. A ressignificação dessas compreensões e ações podem induzir caminhos de esperança, com valorização da cultura do envelhecimento, do cuidado intergeracional, do idoso cidadão, mediante metamorfose do individualismo/ageísmo, promovendo a dignidade humana.

A função e a possibilidade do cuidado intergeracional podem ser manifestadas no reconhecimento de cada geração no outro, como momento evolutivo e fundado na própria existência. Portanto, pertencer a uma mesma geração determina comportamentos e atitudes, logo a geração tem sido utilizada como termo representativo de uma coorte, ou seja, grupos de pessoas nascidas em determinada época e que vivenciam os mesmos acontecimentos.

No entanto, como seria as percepções de cada coorte geracional em relação a fato único ocorrido socialmente – a pandemia da COVID-19. Para tanto, os indivíduos deveriam ser capazes de gerir suas carências e urgências de problemas imediatos, permitindo-se em seguida a buscar objetivos coletivos, conduzindo a organização e planejamento amplo e coletivo – por si intergeracional, ou seja, almejando-se a continuidade do ciclo de vida. Por isso, o caso de sucesso de um idoso que venceu o Coronavírus, fortalece gerações mais novas, assim como, ações de apoio aos idosos em atividades cotidianas enaltecem o valor do idoso na sociedade, e ambos evoluem⁶.

Nesse âmbito, a enfermagem gerontológica é fortalecedora e promotora de ações intergeracionais, repensando os cenários de incertezas frente à pandemia da COVID-19, com ênfase nas condutas de valorização e proteção, conhecimentos científicos em geriatria e gerontologia, e promoção da dignidade do idoso como cidadão no contexto intergeracional.

OBJETIVO

Refletir sobre o cenário de incertezas que permeia os idosos frente à pandemia da COVID-19, vislumbrando caminhos para a esperança com cuidado intergeracional.

MÉTODO

Trata-se de texto teórico-reflexivo sobre a pandemia COVID-19, principalmente no cenário de incertezas que permeiam os idosos, alinhado aos possíveis caminhos para a esperança com cuidado intergeracional.

As reflexões foram embasadas em artigos indexados (internacionais e nacionais) relacionados ao tema, bem como em documentos de órgãos oficiais e vivência das autoras. Conjecturam-se dois pilares de reflexão: Idosos no cenário de incertezas frente à pandemia da COVID-19, o qual enfatiza as relações que permeiam a vivência do idoso na sociedade antes e durante a pandemia; e Caminhos para a esperança com o cuidado intergeracional, com abordagem da cultura do envelhecimento, das relações intergeracionais, ressignificação individual e coletiva com ênfase no envelhecimento humano, dignidade e cidadania do idoso, bem como fortalecimento da enfermagem gerontológica nesse contexto.

RESULTADOS

Idosos no cenário de incertezas frente à pandemia da COVID-19

A OMS recomenda o protagonismo da pessoa idosa na sociedade, seja em questões sociais, econômicas, políticas, culturais, espirituais e civis. Todavia a pandemia da COVID-19 reforçou a fragilidade das políticas efetivas para o envelhecimento ativo e saudável, promoção à saúde e proteção dos mais fragilizados no Brasil.

Pois, infelizmente, as pessoas idosas têm sido tratadas como fardo para a sociedade, ora pela incapacidade funcional imposta por doenças crônicas; pelo aumentado como população de risco; pelo déficit cognitivo,

marcado pelo crescente aumento dos casos de demências; pela previdência social insuficiente para vida digna; pela falta de acesso aos serviços de saúde; pelos atos de violência e ageísmo. Portanto, o histórico do Estatuto do Idoso de 17 anos de existência que defende o dever amplo do Estado, da sociedade e da família no cuidado da pessoa idosa⁷, tem iniciativas tímidas sendo realizadas, sobrecarregando a família e não suprimindo as demandas de necessidade dos serviços sociais, saúde e segurança.

Em tempo de pandemia da COVID-19, as medidas sanitárias e de distanciamento e/ou isolamento social utilizadas para diminuir o contágio e evitar o colapso do sistema de saúde assentaram os idosos em um risco social dicotômico. Isto é, não consideraram as diversas faces e cenários de vida da pessoa idosa, delegando aos próprios idosos e seus familiares a responsabilidade de provimento e de um cuidado complexo neste momento pandêmico⁸.

Dessa forma, idosos que moram sozinhos e/ou em condições sociais vulneráveis, tornaram-se invisíveis. Os idosos residentes em instituição de longa permanência para idosos (ILPI) se viram aprisionados e sem direito às visitas dos familiares. Aqueles que ainda trabalham, vivenciaram a pressão e consequências de manterem-se afastados das atividades, sem renda complementar, e em vulnerabilidade. Em contraposição, nessa situação complexa de sobrevivência e misto de sentimentos em relação a proximidade da morte observou-se idosos menosprezando a existência da COVID-19, contrariando as recomendações sanitárias e de distanciamento, aumentando ainda mais o preconceito e o ageísmo.

Em meio a essa complexidade planetária, alguns idosos foram tomados por sentimento de tristeza, sensação de abandono e desdémio sobre o viver; outros investiram tempo para contribuir com a sociedade na confecção de máscaras, escudos faciais, cuidando da casa e encorajando os familiares sobre a importância do distanciamento. Para diminuir a saudade ocasionada pelo distanciamento social, alguns idosos reservaram tempo para contar histórias para os netos utilizando recursos de comunicação, outros aprenderam com os familiares a utilizar novas tecnologias/equipamentos e tiveram aqueles que retomaram a realização de atividades de lazer, como artesanatos, leituras, jogos e jardinagem.

Nesse período também afloraram preocupações da sociedade quanto aos idosos, mediante ações solidárias: vizinhos de condomínio colocaram-se à disposição para auxiliar e/ou fazer compras; serviços de saúde se mobilizaram para viabilizar teleatendimento e escuta solidária; redes de supermercados, açougues, padarias e farmácias deram preferência ao serviço de entrega para pessoas idosas ou estabeleceram horários específicos para essa população; associações e instituições sociais distribuíram materiais e alimentos àqueles mais vulneráveis; voluntários serviram comidas para desabrigados, disponibilizaram vestimentas, máscaras e álcool em gel.

Entretanto, mesmo diante de ações positivas, verificaram-se também atitudes negativas e preocupantes, como preconceito, ageísmo, desvalorização, isolamento, exclusão e discriminação do idoso, verificado na diferenciação de classes, na ridicularização do idoso e na infantilização dos cuidados e das necessidades dessa parcela populacional. Citam-se, ainda, hábitos de vida dos idosos arraigados e com dificuldades de mudança, como a compra de mantimentos diariamente, ou a resistência no uso dos serviços de delivery; os conflitos intergeracionais de uso dos recursos de saúde e tecnológicos; imposição para os idosos de decisões ou das escolhas familiares; generalização do ser humano idoso; desvalorização dos conhecimentos específicos sobre geriatria e gerontologia; idosos solitários e/ou que residem sozinhos; ambiente cogeracional passivo para apoio social; exploração financeira do idoso; violências domésticas contra o idoso; responsabilização do idoso como cuidador familiar; e idosos com dificuldades de conhecimentos e acesso tecnológicos⁷.

A preocupação com as incertezas, geradas com a pandemia da COVID-19, aumenta a crise no âmbito social, que tem se qualificado como problema de saúde pública no Brasil e no mundo². Destacando o princípio da ecologia da ação, que assegura atitudes desencadeadas no conjunto do jogo de interações e retroações que envolvem os idosos na sociedade, agregado às demandas inerentes ao momento pandêmico, fortalecidas pela imprevisibilidade das consequências da ação individual e coletiva⁸. A compreensão da hologramaticidade, em que tudo está ligado a tudo, de forma antagônica, concorrente e intercomplementar, permite inferir a complexidade vivida pelo idoso no período da pandemia da COVID-19.

Neste contexto, as ações, condutas e considerações realizadas no momento atual em relação aos idosos repercutirão nos cenários futuros, principalmente quanto aos cuidados intergeracionais. Desse modo, cabe a cada um fortalecer estas possibilidades, tecendo a proatividade essencial para as relações entre gerações com preservação da autonomia, respeito e dignidade do idoso.

Caminhos para a esperança com o cuidado intergeracional para os idosos

A pandemia da COVID-19, ao tempo que pode fortalecer ações desfavoráveis para a cultura do envelhecimento, também pode se constituir em política do bem viver, com revitalização da solidariedade em relação aos idosos, enfraquecendo desigualdades, preconceitos e exclusão, regenerando possibilidades de novos caminhos. Dessa forma, considera-se que a metamorfose dos caminhos para a esperança pode estar permeada pelo cuidado intergeracional dos idosos.

A pandemia reforçou que os idosos necessitam de cuidados específicos, o próprio distanciamento social proposto para protegê-los provocou em alguns o aumento da ansiedade, irritabilidade e agitação. Dessa forma, destaca-se a necessidade do respeito, autonomia, independência e bem viver; possibilitando o cuidado intergeracional dialógico, mantendo a dualidade que associa tempos complementares e antagônicos. Cultivar a rede de apoio ao idoso, pode ser o caminho para obter possibilidades de cenários futuros de valorização e potencialidade para esta população.

Desse modo, o cuidado intergeracional é pautado nas recomendações da Organização Mundial da Saúde aos idosos frente à pandemia da COVID-19, principalmente entre aqueles com declínio cognitivo. É importante promover apoio emocional por meio dos serviços de saúde, mas também pela rede informal, incluindo amigos e familiares, com informações claras e linguagem de fácil compreensão pelos idosos. Práticas de exercícios e rotinas devem ser incentivadas, com ações a serem desenvolvidas pelos idosos junto de seus familiares, no que compete à manutenção da interação e contato regular com entes queridos⁹.

Ao refletir sobre o cuidado intergeracional, é imprescindível considerar a autonomia como determinante do cuidado, e a presença como significante do cuidado. Preservar e garantir a autonomia do idoso perpassa o sentimento de ser cuidado, assim como a presença determinada pela disponibilidade, e pelo estar perto, representa a segurança necessária ao idoso. Ambos os fatores devem estar condicionados ao respeito à totalidade e à complexidade das pessoas aos seus modos de vida e valores culturais¹⁰.

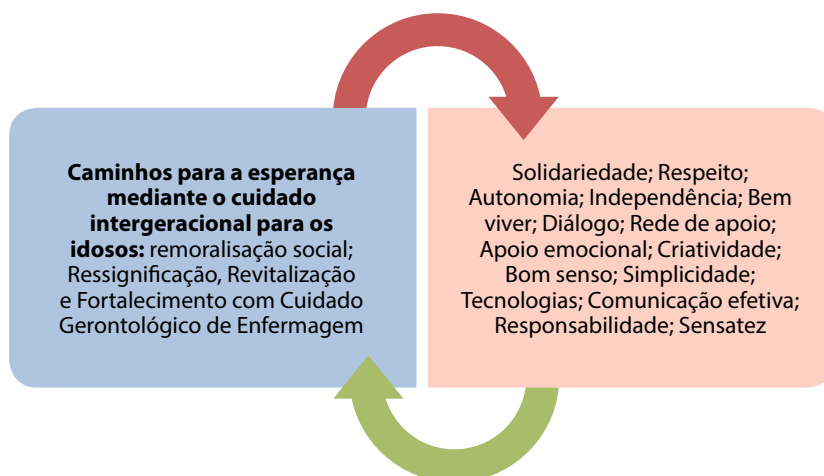
As incertezas que nos rodeiam sobre o futuro, principalmente aquelas relacionadas à pandemia COVID-19, são inúmeras e envolvem essencialmente a esperança, criatividade, bom senso, responsabilidade, simplicidade e tecnologia. Talvez algumas estratégias aprendidas com a vivência pandêmica indiquem o caminho para fortalecimento da rede de apoio, com comunicação efetiva e constante entre os idosos e seus familiares de maneira segura, mediante utilização de tecnologias.

A remoralização social em relação ao idoso perpassa a responsabilidade e solidariedade, com revitalização das relações intergeracionais, infelizmente, degradadas pela irresponsabilidade, pelo movimento frenético de trabalho, pela hipervalorização da utilidade e jovialidade, e pela amplificação do distanciamento das relações¹¹. O cuidado intergeracional revigorado pelo aprendizado pandêmico despreza a rejeição; minimiza escolhas unilaterais; respeita decisões, hábitos e condutas autônomas dos idosos; reduz medidas de residencialização, de proteção exacerbada, de invalidez e de desconhecimento; pois valoriza e considera a sabedoria da vida e das relações. Para tanto, envolve sensatez, pois considera que as vivências dos idosos e conhecimentos foram adquiridos ao decorrer de sua vida, em tempos e momentos diversos.

Diante de período tão singular como a pandemia da COVID-19, a enfermagem gerontológica buscou alternativas para auxiliar e atender os idosos nos diversos cenários; elaborou e divulgou amplamente informações para o cuidado da pessoa idosa; não limitou esforços para compartilhar seus saberes com os demais profissionais e com a sociedade; teceu redes de conhecimento e apoio para o fortalecimento do cuidado à pessoa idosa e da enfermagem brasileira.

Neste íterim, a ciência do envelhecimento humano é elemento fundamental para apoio no cuidado intergeracional do idoso, pois abarca com competência técnica e científica conhecimentos sobre a heterogeneidade que envolve os seres humanos idosos. É atuante na luta pelos direitos da pessoa idosa, combatendo o ageísmo, em busca da excelência do cuidado de enfermagem prestados. Envolve-se com afinco em orientações e explicações sobre a saúde individual e coletiva, estando próxima das famílias em suas necessidades, tendo vínculo e aproximação com o idoso e sua rede de apoio.

Na sequência apresenta-se figura esquemática 1, representativa dos elementos envolvidos nos caminhos para a esperança mediante o cuidado intergeracional para os idosos.



Fonte: Autores, 2020.

Figura 1 – Caminhos para a esperança mediante o cuidado intergeracional para os idosos

Como experiência relevante para motivação e esperança no cuidado intergeracional, destaca-se ações que podem ser propostas para suprir a demanda emocional, fomentar a reflexão e empatia entre idosos¹². Destaca-se estratégia desenvolvida com residentes em ILPIs, mediante oficinas intergeracionais a distância para confecção de cartas com mensagens de esperança. A mesma proposta, também foi desenvolvida com um grupo de estudantes do ensino fundamental da cidade de São Paulo, que durante o período de distanciamento social tiveram as aulas presenciais substituídas por atividades *online*.

Mediado por um projeto de extensão universitário, as cartas dos estudantes foram encaminhadas para as ILPI via e-mail, que por sua vez fizeram a impressão e leitura para os residentes. Nesta experiência tanto os estudantes quanto os idosos se encontravam em distanciamento social. Os emitentes das mensagens de esperança, relatam que ao escrever, refletiram sobre a pandemia da COVID 19, pensaram em seus familiares, principalmente avós e/ou parentes idosos e sentiram-se motivados a ter um futuro resignificado, com superação da pandemia que está sendo vivida. Os idosos das ILPIs, mencionaram sentimento de felicidade, acolhimento, valorização e, esperança ao receber as mensagens escritas pelas gerações mais jovens.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da COVID-19 gerou impacto na sociedade, impondo modificações rápidas na estrutura de serviços e no próprio convívio social (laboral, familiar e de lazer). Ao tempo que envolveu preocupações e incertezas, reforçou a essencialidade do cuidado gerontológico de enfermagem, mediante ações preventivas com ênfase na intergeracionalidade.

Portanto, ações de estímulo da participação social de idosos a distância para interações com as demais gerações, aceitação de ajuda e construção de redes de apoio às situações impostas pela pandemia da COVID-19, incitam importantes reflexões e atitudes positivas com solidariedade, respeito e dignidade ao idoso.

Pois, o distanciamento social, imposto para contenção da pandemia, principalmente para a população idosa, trouxe luz à necessidade de apoio a esta população. Neste âmbito o cuidado intergeracional pode ser afluído, com gestos de amparo, autonomia, independência; nos quais a família e as gerações mais jovens, podem estar envolvidas visando o bem-estar e proteção do idoso. Quiçá que este possa ser o caminho da esperança para ressignificação dos cenários futuros em relação ao idoso, nos quais ações de valorização, respeito, dignidade, solidariedade possam ser os pilares que sustentam a vida do idoso cidadão.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

- Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. "Medo pandêmico" e COVID-19: ônus e estratégias de saúde mental. *Braz. J. Psiquiatria* [Internet]. 2020 junho; 42 (3): 232-235. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462020000300232&lng=en. Epub 03 de abril de 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>
- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) situation dashboard. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <https://covid19.who.int/>
- Brasil. Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19). 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
- Lloyd-Sherlock P, Ebrahim S, Geffen L, Mckee M. Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. *BMJ* [Internet]. 2020; 368. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1052>. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1052>.
- Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020 Feb; 74 (4): 281-82. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/pcn.12988>. Doi: 10.1111/pcn.12988.
- Santana RF, De Souza MT, Santo FHE, Silva ED, Martins NH (2015). Youth Participation in Home Care for the Elderly. *J Gerontol Geriat Res* S3:006. doi:10.4172/2167-7182.S3-006
- Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 3. ed., 2. reimpr. - Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 70 p. ISBN 978-85-334-1845-5 1. Disposições preliminares , artigo 3.
- Hammerschmidt KS de A, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2020; 25. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72849>. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>
- Morin, E. Introdução ao Pensamento Complexo. Porto Alegre: Sulina; 2011.
- World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 Outbreak. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
- Flores GC, Borges ZN, Denardin-Budó ML, Mattioni FC. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. *Rev. Gaúcha Enferm*. (Online). 2010; 31(3): 467-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000300009>
- Hessel S, Morin, E. O caminho da esperança. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2012.