ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA

O CUIDADO

AO IDOSO

NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19

redesam
Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor
Brasil
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Escritório Regional para as Américas
OPAS
Nursing now Brasil

O *E-book*: **O Cuidado ao Idoso na Atenção Primária à Saúde em Tempos de COVID-19,** é uma publicação digital da *Red de Salud del Adulto Mayor* - REDESAM – Brasil. Revisão 01, publicada em março de 2021.

Esse *E-book* esta licenciado por Creative Commons

Attribution - Non Commercial – No Derivatives 4.0 International License.” Para ver uma cópia dessa licença entre em: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/ Ou envie uma correspondência para: Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Organizadores

Profa. Dra Rosalina A Partezani Rodrigues[1]
Prof. Dr. Jack Roberto Silva Fhon[2]
Profa. Dra. Fabia Maria de Lima[3]

[1]Profa. Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Geriatria e Gerontologia da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - SBGG. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1A - CA-EF; Coordenadora da Red de Salud del Adulto Mayor – REDESAM – Brasil
e-mail: rosalina@eerp.usp.br

[2]Enfermeiro. Mestre e Doutor em Ciências na área de Saúde do Idoso; Professor Doutor da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; Líder do grupo de pesquisa Prática Pedagógica no Ensino Superior de Enfermagem e no Cuidado à Saúde do Adulto e Idoso; Membro da Red de Salud del Adulto Mayor - REDESAM – Brasil
e-mail: betofhon@usp.br

[3]Enfermeira. Mestre. Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Profa. Adjunta da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Universidade de Pernambuco; Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia- SBGG; Vice coordenadora da Red de Salud del Adulto Mayor – REDESAM – Brasil
e-mail: fabia.lima@upe.br

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C966 O cuidado ao idoso na atenção primária à saúde em tempos de COVID-19 / organizado por Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, Jack Roberto Silva Fhon, Fabia Maria de Lima. – Ribeirão Preto, SP : Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2021.
294 p.
ISBN: 978-65-88556-02-3
doi: 10.51796/978-65-8856-02-3

1. Enfermagem gerontológica. 2. Idoso. 3. Atenção primária à saúde. 4. Cuidado. 5. Novo coronavírus. I. Rodrigues, Rosalina Aparecida Partezani, org. II. Fhon, Jack Roberto Silva, org. III. Lima, Fabia Maria, org. IV. Título.

CDD:614

Elaborado por Deborah S. Capella Junqueira – CRB-8/8519

ISBN: 978-65-88556-02-3

9 786588 556023

"Esta obra foi parcialmente financiada pela Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde OPAS/OMS, através de seu escritório no Brasil, como parte dos esforços de enfrentamento da pandemia por COVID-19".

Autores

Alan Nogueira da Cunha
Especialista Saúde Pública. Doutorando do Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental-EERP_USP/Professor da Universidade Federal do Mato Grosso – Brasil

Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro
Doutor. Professor Adjunto / Provedor do Estudante, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal

Alejandra F. Rojas-Rivera
Mestre. Diretora e Postítulo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad de los Andes, Chile

Alejandra Ximena Araya
Doutor. Facultad de Enfermería/Universidad Andrés Bello- Chile

Alexandre de Assis Bueno
Doutor. Professor de Universidade Federal de Catalão - UFCAT- Brasil

Alexandre Ernesto Silva
Doutor. Professor da Universidade Federal de Sao João del Rei – Brasil

Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha -Oliveira
Doutor. Professora Adjunta Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal

Alisson Fernandes Bolina
Doutor. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências de Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal- Brasil.

Ana Maria Ribeiro dos Santos
Doutor. Professora do Curso Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – Brasil

Anahy Velasquez Aznar
Enfermeira. Gerente da Nacional de Enfermería - Cuba

Angela Maria Henao Castaño
Doutor. Professor Assistente da Universidad Nacional de Colombia Sede Bogota – Colômbia

Aurora Felix Aleman
Doutor. Professor da Universidad Autónoma de Tamaulipa - México

Beatriz Arana Gomez
Doutor. Professora da Facultad de Enfermería de la Universidad Autonoma del Estado de Mexico- México

Blanca Leticia Martínez Amaya
Enfermeira. Professora Universitaria en Universidad Dr. José Matías Delgado- El Salvador

Caridad Dandicourt Thomas
Doutor. Responsável pela carreira de enfermagem e coordenadora da especialidade em enfermagem comunitária. Facultad Manuel Fajardo-Cuba

Caridad Llanes Betancourt
Mestre. Professora e investigadora Faculdad de Ciencias Médicas Calixto Garcia, Habana- Cuba

Carmen del Rocio Parra Perez
Mestre. Universidad Catolica de Cuenca – Ecuador

Cecilia Lucía Rossi
Enfermeira. Professora Jubilada - Escuela de Enfermería-Universidad Nacional de Rosario- Argentina.

Celmira Lange
Doutor. Professora da Universidade Federal de Pelotas, R S- Brasil

Ceres Eloah de Lucena Ferretti
Pós-Doutorado. Enfermeira pesquisadora e colaboradora - Grupo de Neurologia Cognitiva e do Comportamento -GNCC- FMUSP-Brasil

Claude Odily Quintanilla de Calderón
Mestre. Professor- Universidad Dr. Andrés Bello - El Salvador

Cristina Mara Zamarioli
Doutor. Professora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- Brasil

Daiane de Souza Fernandes
Mestre. Doutoranda do Programa de Pós Graduação Enfermagem Fundamental da EERP-USP/Professora na Universidade Federal do Pará- Brasil

Daniela Alexandra Torres Fernández
Enfermeira. Enfermeira responsável pelo Programa Persona Mayor y Dependencia Severa, Cesfam Arauco, Ilustre municipalidad de Santiago- Chile

Darlene Mara dos Santos Tavares
Doutor. Professora Titular do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Triângulo Mineiro- Brasil

Denisse Parra-Giordano
Doutor. Professora Associada no Departamento de Enfermería Universidad de Chile - Chile

Deuzany Bezerra de Melo Leao
Mestre. Professor Assistente na Universidade de Pernambuco - Brasil

Diana Leonor Broin
Enfermeira. Gerente do Departamento Enfermería. Hospital Geriátrico D. Cuneo- Argentina

Doris Sequeira Daza
Doutor. Professora Titular da carrera de Enfermagem, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile- Chile

Edilene Araújo Monteiro
Doutor. Professora do curso de Enfermagem e em Biomedicina e do Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba - Brasil

Edith Nieves Álvarez Pérez
Mestre. Professora e gerente de investigação do Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud- Cuba

Eduardo Rodolfo Blotta
Especialista em Educação Superior. Profesor Titular. Vicedirector de carrera. Escuela de Enfermeria. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Rosario- Argentina

Edvane Birelo Lopes De Domenico
Doutor. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - Brasil

Elizabeth Fajardo Ramos
Mestre. Profesora de planta tiempo completo Universidad del Tolima- Colombia

Elizabeth Moura Soares de Souza
Doutor. Professora do Curso de Enfermagem e Coordenadora da Residência Multiprofissional em saúde na área do adulto e Idoso da Universidade Federal de Alagoas- Brasil

Elucir Gir
Doutor. Professora Titular da Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP- Brasil

Emanuella Barros dos Santos
Doutor. Consultora Técnica-legislativo - Enfermeira - Câmara Legislativa do Distrito Federal- Brasília- Brasil

Emilce Salamanca Ramos
Mestre. Professora de dedicação exclusiva- Colombia

Emma Teresa Urbancic - Marusic
Mestre. Professora Titular do Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. IUHIBA- Argentina

Estela Rodríguez Torres
Mestre. Professora- Universidad Santiago de Cali- Colombia

Eva Susana Corbo Ibañez
Enfermeira. Gerente da Sección Neurologia- Uruguay

Fabia Maria de Lima
Doutor. Professora da Universidade de Pernambuco- Brasil

Fernanda Raphael Escobar Gimenes
Pós-Doutorado. Professora Associada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- Brasil

Fernando Gomez
Mestre. Professor e Director de la Carrera de Licenciatura en enfermeria. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Argentina.

Gabriella Santos Lima
Mestre. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-Brasil

Germania Marivel Vargas Aguilar
Mestre. Professora Titular da Universidad de Guayaquil- Ecuador

Géssyca Cavalcante de Melo
Doutor. Professora da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas- Brasil

Giovana Paula Rezende Simino
Doutor. Professora Adjunto no Departamento de Enfermagem Básica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais- Brasil

Gladis Isabel Torres
Especialista. Gerente do Departamento de Investigación.Hospital Geriátrico Juana F Cabral-Argentina

Gudelia Nájera Gutiérrez
Doutor. Enfermeira - México

Heliberto Mena Cambronero
Mestre. Caixa Costarricense de Seguro Social- Costa Rica

Idalmis Georgina Infante Ochoa
Mestre. Profesora e investigadora auxiliar, Presidenta Nacional de la Sociedad Cubana de Enfermeria, Asesora de enfermeria oncologica en el Instituto Nacional de oncologia y Radiobiologia- Cuba

Idevânia Geraldina Costa
Doutor. Professor Assistente, School of Nursing, Lakehead University, Thunder Bay, Ontario, Canada

Idiane Rosset
Doutor. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Brasil

Jack Roberto Silva Fhon
Pós-Doutorado. Professor do Departamento Médico-cirúrgico, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Brasil

Julio Mendigure Fernandez
Mestre. Diretor Executivo de Povos Indígenas ou Nativos do Ministério da Saúde. Professor da Escola de Pós-Graduação da Universidade Privada San Juan Bautista. Professor da Escola de Pós-Graduação da Universidad Peruana Unión. Lima - Peru

Katherine Sanclemente Angrino
Mestre. Professora da Unidad Central del Valle del Cauca (UCEVA)- Colombia.

Laura Villaquirán Jiménez
Mestre. Coordenadora Salud Publica / Centro Medico Centenario- Colombia

Leonor Cuellar Gomez
Doutor. Professora Universidad del Valle- Colombia

Leonor Luna Torres
Mestre. Professora Ttitular da Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá- Colombia

Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval
Doutor. Professora- Universidad Nacional de Tumbes- Perú

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin
Doutor. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Brasil

Luciana Kusumota
Pós-Doutor. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Brasil

Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira
Doutor. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Brasil

Luípa Michele Silva
Pós-Doutorado. Professora na Universidade Federal de Catalão-GO - Brasil

Luís Carlos Lopes-Júnior
Doutor. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, Espírito Santo- Brasil

Manuel José Lopes
Doutor. Professor da Escola Superior de Enfermagem de S João de Deus.Universidade de Évora. Investigador do Comprehensive Health Research Centre- Évora- Portugal

María de Jesús Jiménez González
Doutor. Professora de dedicação exclusiva- México

Maria Elena Martinez Barrera
Enfermeira. Inmunizaciones. Ministerio de Salud Peru- Peru

Maria José D'Elboux
Doutor. Professor Colaborador no Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Medicas da Universidade Estadual de Campinas - Brasil

Maria Jose Sanches Marin
Doutor. Professora do Curso de Enfermagem e do Programa de Mestrado Saúde e Envelhecimento da Faculdade de Medicina de Marília- Brasil.

María Neila Sánchez Cedeño
Mestre. Coordenadora Nodo Valle del Cauca y Cauca Red ESAM Colombia- Colombia

María Victoria Rojas Martinez
Mestre. Professora da Universidad de Cundinamarca- Colombia

Marina Aleixo Diniz Rezende
Doutor. Professor Adjunto da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC Goiás- Brasil

Maritza Evangelina Villanueva Benites
Doutor. Professora de la Facultad de Enfermería da Universidad Nacional de la Amazonia Peruana- Peru

Marli Teresinha Gimeniz Galvão
Pós-Doutorado. Professora Titular da Universidade Federal do Ceará-UFC - Brasil

Martha Elba Salazar Barajas
Doutor. Professora de la UAMM-UAT - México

Martha Isabel Vivas Chacón
Enfermeira. Professora da Universidad del Cauca- Colombia

Miriam Gladis Martinez de Marroquin
Mestre. Decana de la primera Facultad de Enfermeria en El Salvador y Centroamerica- El Salvador

Mónica Patricia Pippino
Enfermeira. Professora Adjunta da Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Rosario- Argentina

Nayara Araújo dos Reis
Mestre. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo- USP- Brasil

Nayara Gomes Nunes Oliveira
Doutor. Enfermeira - Brasil

Orfelina Arpasi Quispe
Doutor. Gerente do Planeamiento y Calidad Hospital II San Isidro Labrador ESSALUD y Docente Asociado - Universidad Peruana Union - Peru

Pamela Andrea Valdebenito Aravena
Enfermeira. Professora Clínica da Universidad Central de Chile- Chile

Patricia Mardy Ruiz Pizarro
Enfermeira. Equipe Técnica de la Dirección de Prevención y Control de ITS, VIH y Hepatitis en el Ministerio de Salud- Peru

Paula Cristina Nogueira
Doutor. Professora Doutora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Brasil

Rachel Gabriel Bastos Barbosa
Doutor. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - Brasil

Rafael René Suárez Fuentes
Doutor. Professor Titular e Investigador- Cuba

Renata Karina Reis
Doutor. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- Brasil

Reyna Ysmelia Peralta Gomez
Doutor. Diretora del Departamento Académico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa- Peru

Rina Vanessa Quijije Díaz
Mestre. Professora-gestora pedagogico curricular- Ecuador

Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro
Doutor. Professora da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - Brasil

Rosa Elena Sibrian de Martinez
Mestre. Professora Titular da Universidad Evangelica de El Salvador- El Salvador

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Doutor. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Brasil

Ruth Jakeline Oviedo Rodríguez
Mestre. Profesora Titular de Universidad de Guayaquil -Ecuador

Sandra Arely Martínez de Diaz
Enfermeira. Diretor Associado Facultad de Ciencias de la Salud - El Salvador

Silvia Helena De Bortoli Cassiani
Doutor. Organização Panamericana de Saúde/ Assessora Regional de Enfermagem e Técnicos de Saúde- Washington-DC- Estados Unidos

Sofia Sabina Lavado Huarcaya
Doutor. Diretora de responsabilidade Social da Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Perú

Soledad Andrea Chocobar
Enfermeira. Coordinadora del Programa Ampliado de Inmunizaciones de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, Rosario, Santa Fé - Argentina

Sônia Maria Soares
Doutor. Diretora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais- Brasil

Soraia Assad Nasbine Rabeh
Doutor. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Brasil

Tércia Moreira Ribeiro da Silva
Doutor. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais-Brasil

Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso
Doutor. Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Tirso Duran Badillo
Doutor. Professor da Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros da Universidad Autónoma de Tamaulipas- México

Virginia Reyes Audiffred
Doutor. Professora de Tiempo Completo Titular B da Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM- México

Wanderson Kleber de Oliveira
Doutor. Hospital das Forças Armadas do Ministério da Defesa- Brasil

Zoila Esperanza Leitón Espinoza
Doutor. Professora da Universidad Nacional de Trujillo Peru- Peru

Diagramação e Ilustração:

Aline Salla Carvalho - Especialista em Inclusão Digital Senior, Web Marketing Digital, Coordenadora de comunicação da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI - Itália

Arte do sumário:

Paulo Alexandro Fernandes - Serviços de Criação e Produção Multimídia EERP/USP- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP - Brasil

Apresentação

No contexto global, a expectativa de vida e o número de idosos têm aumentado exponencialmente. Este fenômeno demográfico coloca em evidência o grupo populacional com maiores riscos de vulnerabilidades nas diversas dimensões humanas (física, social e emocional), as quais demandam da sociedade um movimento em busca de estratégias que conduzam a novas e melhores formas de viver. Nesta perspectiva, a *Rede de Salud del Adulto Mayor – REDESAM*, com os seus membros enfermeiros da América Latina, tem se comprometido a incrementar e avançar no desenvolvimento de pesquisas e na divulgação de novas propostas assistenciais para controle da pandemia da COVID-19 diante do panorama atual.

Recentemente, a pandemia da COVID-19 impôs uma carga de trabalho adicional aos profissionais da saúde, em especial aos enfermeiros. Cotidianamente, eles têm demonstrado sua força de trabalho na assistência e para descobrir novas formas de ensinar e pesquisar temas sobre o idoso, conferindo maior visibilidade social a esta profissão.

No decorrer do processo de envelhecimento, há necessidades básicas, inerentes ao ser humano, que precisam ser contempladas. Na iminência das diversas demandas, a essencialidade do cuidado, como premissa do saber da Enfermagem, se constitui como parte dessas necessidades. A Enfermagem Gerontológica, especialidade recente na área de Enfermagem, vislumbra por melhores condições de vida aos idosos e reporta a urgência por atender diferentes tipos de demandas da sociedade, sobretudo no contexto da pandemia da COVID-19. Notamos, atualmente, uma preocupação mais acentuada com a proteção e manutenção da saúde, bem como com a prevenção de agravos e redução de danos na atenção aos idosos no mundo todo, em especial nos países em desenvolvimento. Tais aspectos apresentam pertinência e precisam ser mais amplamente abordados nas instâncias de entrada nos sistemas de saúde.

Assim, nós, a comunidade dos enfermeiros que constituem a *Rede de Salud del Adulto Mayor-REDESAM*-Brasil, em parceria com as 12 Redes da América Latina, propusemos a elaboração deste e-book, intitulado **O Cuidado do Idoso na Atenção Primária à Saúde em Tempos de COVID-19**. Nosso intuito é apresentar aos enfermeiros da América Latina e de Portugal propostas de intervenção de enfermagem ao idoso no período da pandemia e pós-pandemia da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. É notório que o futuro da Enfermagem Gerontológica chegou, mesmo diante das adversidades da sociedade.

O corpo de autores é constituído por enfermeiros da assistência e de gestão, professores e pesquisadores, bem como por enfermeiros que ocupam cargos de liderança nos Ministérios de Saúde em países como Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Estados Unidos, México, Peru, Portugal e Uruguai, em um total de 107 pessoas.

O e-book é composto por 22 capítulos, escritos por enfermeiros com visões e experiências diversas, o que enriqueceu este trabalho e permitiu o compartilhamento de conhecimentos na América Latina e entre países ibero-americanos. Iniciamos este livro com a apresentação de dados demográficos e epidemiológicos da população idosa e da COVID-19, bem como a respeito dos sistemas de saúde da América Latina e da prática de enfermagem ao idoso em tempos de pandemia. Em seguida, direcionamos a discussão para temas emergentes e prioritários do cuidado com o idoso na Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19, considerando que os idosos integram a população de maior risco à infecção e às formas mais graves da doença.

São temas de extrema importância e que demandam por célere divulgação, uma vez que as medidas que envolvem o controle da pandemia são revistas e modificadas constantemente. Por esse motivo, optamos pela modalidade on-line, no formato e-book, a fim de disponibilizar acesso ampliado e rápido pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem dos idiomas português e espanhol.

Cada capítulo é de responsabilidade dos autores. O Ebook encontra-se no site da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo instituição parceira desta produção, no Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo - http://www.eerp.usp.br/caed-home

Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Prefácio

Os desafios dos enfermeiros face ao envelhecimento

Assistimos, há algumas dezenas de anos em todo o mundo, a um continuo aumento da Esperança Média de Vida à nascença. Todavia, o mesmo é desigual, existindo enormes discrepâncias entre as diferentes geografias. Assim, enquanto que na Europa (no seu conjunto) a Esperança Média de Vida é de 78 anos, se olharmos apenas para os países da União Europeia, constatamos que em grande parte dos mesmos já ultrapassou os 80 anos. Se o nosso foco for a América do Sul verificamos que a Esperança Média de Vida é de 75 anos, porém no continente Africano fica-se pelos 61 anos[1,2].

Apesar dessa discrepância entre regiões há um outro elemento que interessa considerar. Desde 1950 até 2016 o incremento médio na Esperança Média de Vida foi de cerca de 27,3 anos na América do Sul, mas foi apenas de 16 anos na Europa e de 17 anos nos Estados Unidos da América[1,2]. Ou seja, a aceleração do envelhecimento parece ser bem maior nos países da América do Sul.

Se tentarmos perceber o que se passou nestas regiões no que concerne ao principal indicador de riqueza (Produto Interno Bruto - PIB) no mesmo período, percebemos que todos os países têm um PIB muito superior. Porém, enquanto que em 1950 havia uma diferença de $13.692 entre o PIB do Brasil e dos EUA, favorável a este último, em 2016 essa diferença aumentou para $39.536[3]. Ou seja, o fosso é agora 3 vezes maior que em 1950.

Podemos assim concluir que, apesar de não atingirem ainda os valores dos países pertencentes à América do Norte ou à Europa, os países da América Latina estão com indicadores que indicam um rápido envelhecimento demográfico. Porém, a produção de riqueza desta última região está muito mais longe da média das primeiras que no passado. Portanto, envelheceram, mas não enriqueceram.

Ao mesmo tempo, principalmente na Europa, construíram-se sistemas de segurança social e de saúde robustos e baseados numa lógica de contrato social solidário, ou seja, todos comparticipam com os seus impostos enquanto podem (tempo de vida laboral), para terem quando não podem (infância, doença ou velhice).

Na América Latina, não apenas pela debilidade do desenvolvimento econômico, mas principalmente pelas políticas adotadas, os sistemas de segurança social e de saúde são de enorme debilidade, deixando desprotegidos os grupos populacionais mais desfavorecidos.

Este contexto é determinante particularmente quando se vivem situações extremas como as associadas à atual pandemia.

Ora sabendo nós que, nas atuais circunstâncias, associado ao envelhecimento temos fenômenos de multimorbilidade e dependência[4], a questão que se coloca é: como criar condições para viver essa fase da vida com qualidade, bem-estar e dignidade?

Com certeza que serão múltiplas as respostas possíveis a esta pergunta, todavia, gostaria de focar a minha atenção no papel que os enfermeiros já têm, mas principalmente naquele que poderão vir a ter no futuro.

O pretexto para esta reflexão foi, evidentemente, este livro e os múltiplos capítulos de diferentes temáticas que terão a oportunidade de encontrar. Porém, queria propor-vos um enquadramento mais amplo.

Para tanto, e face ao atrás referido, fica claro que uma das dimensões estruturais da vida dos idosos é o autocuidado entendido como um processo, assumido por cada um, de manutenção da saúde por meio de práticas de promoção da saúde e controle da doença[5]. Ora sendo os enfermeiros os profissionais do autocuidado, ou seja, aqueles que estão socialmente mandatados para intervirem terapeuticamente quando a pessoa não sabe ou não pode cuidar de si mesma, tal significa que precisam ser eles a liderar o processo de cuidados a todas as pessoas com dependência. Para tanto, os enfermeiros precisam deixar de ser formados e de agirem em função da obediência e passarem a fazê-lo em função de uma rebeldia inteligente e socialmente comprometida, neste caso com a saúde e bem-estar das pessoas. E para isso, precisam ainda de compreender que a dependência não é um atributo da pessoa, mas antes o resultado da sua condição de saúde em interação com um determinado contexto ecossistêmico. Por seu lado, o cuidado (o ato de cuidar) é sempre um ato político pela simples razão de que a saúde e bem-estar das pessoas, particularmente das idosas, são explicados em grande parte pelos determinantes sociais de saúde. Assim sendo, os enfermeiros precisam estar preparados para agirem a todos os níveis, desde o da definição das políticas de saúde, até ao nível clínico.

Relativamente ao primeiro (definição das políticas públicas), precisam de se assumirem como decisores políticos ou forçarem os decisores a assumirem o autocuidado como pilar estrutural de qualquer serviço público de saúde; ao nível das organizações quer sejam de prestação de cuidados ou acadêmicas, precisam trabalhar para que o autocuidado/dependência sejam, pelo menos, um foco tão importante quanto a doença; consequentemente, precisam desenvolver modelos de cuidados congruentes com isto e que assumam a casa das pessoas e estas como o contexto e o foco (respectivamente) de todo o processo de cuidados; precisam ainda de criarem condições para porem em prática e ao serviço das pessoas todo o seu imenso saber e todas as competências que até aqui têm estado subordinadas à ditadura da doença.

Se dúvidas houvesse, a pandemia que estamos a viver tem-nos a importância do autocuidado. Assim, todas as medidas de natureza preventiva da COVID-19 se enquadram no autocuidado (higiene das mãos, etiqueta respiratória e isolamento social). Se olharmos para os muitos milhões de pessoas infectadas em todo o mundo, constatamos também que, em média, mais de 95% das mesmas estão em suas casas apenas com autocuidado, quer para se protegerem a si próprias, quer para protegerem

os outros. Mas também é autocuidado a promoção da saúde mental destas pessoas. Neste contexto, a promoção do autocuidado, nomeadamente nas populações mais vulneráveis, como os idosos, é fundamental.

É já nesse sentido que múltiplos capítulos deste livro apontam, entre outros, o nº 3 (Ampliação do Papel do Enfermeiro no Cuidado do Idoso na Região das Américas), o nº 6 (Processo de Enfermagem Aplicado ao Idoso em Tempos de Pandemia na Atenção Primária à Saúde), o nº 7 (Promoção à Saúde do Idoso em Grupos de Convivência em Tempos de Pandemia na Atenção Primária à Saúde), o nº 11 (Impacto do Confinamento na Saúde Mental do Idoso em Tempos de Pandemia) e o nº 12 (Cuidador de Idoso em Tempos de Pandemia: Visão da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde). Por tais razões considero o contributo deste livro um sinal inequívoco da enorme vitalidade da enfermagem da América do Sul e não encontro melhor forma para encerrar o ano Internacional da Enfermagem. Por isso recordo a visão que para o efeito foi definida há um ano: "melhorar a saúde globalmente, elevando o perfil e o estatuto dos enfermeiros em todo o mundo - influenciando os formuladores de políticas e apoiando os próprios enfermeiros para liderar, aprender e construir um movimento global".

Em 2011 o *Institute of Medicine*, através de um relatório que neste preciso momento está a rever, defendia que se deviam preparar os enfermeiros para liderarem mudanças que melhorassem a saúde das populações"[6].

Termino citando um recente relatório da Organização Mundial da Saúde sobre os enfermeiros, o qual afirma que os governos nacionais, com o apoio, quando relevante, de seus parceiros nacionais e internacionais, devem catalisar e liderar uma aceleração dos esforços para:

- construir capacidade de liderança, administração e gestão para a força de trabalho de enfermagem para promover as agendas de educação, saúde, emprego e género relevantes;
- otimizar o retorno sobre os investimentos atuais em enfermagem por meio da adoção de opções de políticas exigidas em educação, trabalho decente, remuneração justa, implantação, prática, produtividade, regulamentação e retenção da força de trabalho de enfermagem;
- acelerar e manter o investimento adicional na educação, competências e empregos em enfermagem[7].

Portanto, inequivocamente, os enfermeiros já são indispensáveis em todos os contextos de cuidados, mas têm potencial para contribuírem muito mais em benefício do acesso universal aos cuidados de saúde.

Prof. Dr. Manuel José Lopes

REFERÊNCIAS

1- Riley JC. Life Expectancy. [Homepage]. 2019 [cited 2021 Feb 15]. Available from: https://ourworldindata.org/life-expectancy

2- Roser M, Ortiz-Ospina E, Ritchie H. Life Expectancy. 2019 [cited 2021 Feb 15]. Available from: https://ourworldindata.org/life-expectancy

3- Roser M. (Economic Growth. [Homepage]. 2013 [cited 2021 Feb 15]. Available from: https://ourworldindata.org/economic-growth

4- Lopes MJ, Escoval A, Pereira DG, Pereira CS, Carvalho C, Fonseca C. Evaluation of elderly persons' functionality and care needs. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2013;21(Sp.Issue):52-60. doi: https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700008

5- Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. ANS Adv Nurs Sci. 2012;3(35):194-204. doi: https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba

6- Institute of Medicine. The Future of Nursing. Leading Change, Advancing Health. Washington: National Academies Press; 2011. doi: https://doi.org/10.17226/12956

7- World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. [Online]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Feb 15]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331673/9789240003293-eng.pdf

Dedicatória

Dedicamos este E-book aos profissionais da Enfermagem na América Latina que nos deixaram neste mundo em consequência da pandemia.

Agradecimentos

"O presente Ebook faz parte de uma história da Enfermagem Gerontológica na América Latina, cuja precursora foi a Profa Marialcira O. Quintero, enfermeira e mestre da Universidade de Zuila, Maracaibo, Venezuela. Como primeira coordenadora da REDESAM, Marialcira foi incentivadora de uma geração de enfermeiras(os) interessados no desenvolvimento de rede de cooperação no cuidado a pessoa idosa. Assim, os coordenadores dos 12 países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Espanha, El Salvador, Equador, México, Perú, Uruguay e Venezuela) que compõem a REDESAM, no momento atual, expressam toda gratidão a professora. Com certeza a articulação dos enfermeiros da América Latina será cada vez mais fortalecida, em prol do cuidado ao idoso".

Muito grata!

Equipe de Coordenação do E-Book

Sumário

APRESENTAÇÃO 12

PREFÁCIO 14

1 - PANORAMA ATUAL DA COVID-19 NO MUNDO E NA AMÉRICA LATINA, COM ABORDAGEM NO IDOSO 23
Wanderson Kleber de Oliveira (Brasil)

2 - SISTEMA DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: POTENCIALIDADES, DESAFIOS E PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DIANTE DA COVID-19 35
Alisson Fernandes Bolina (Brasil); Anhay Velazquez Aznar (Cuba); Aurora Felix Alemán (México); Gladis Isabel Torres (Argentina) Julio Mendigure Fernandez (Perú); Luís Carlos Lopes-Júnior (Brasil); Marina Aleixo Diniz Rezende (Brasil)

3 - AMPLIAÇÃO DO PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DO IDOSO NA REGIÃO DAS AMÉRICAS 47
Silvia Helena De Bortoli Cassiani (Estados Unidos); Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval (Perú)

4 - BREVE HISTÓRICO DA PANDEMIA DA COVID-19 E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 60
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues (Brasil); Leonor Luna Torres (Colombia); Rachel Gabriel Bastos Barbosa (Brasil

5 - CUIDADOS INTERPROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARA O IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 74
Doris Siqueira Daza (Chile); Alexandre de Assis Bueno (Brasil); Beatriz Arana Gómez (México); Elizabeth Moura Soares de Souza (Brasil); Leonor Cuellar Gomez (Colombia)

6 - PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO AO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 86
Cristina Mara Zamarioli (Brasil); Germania Marivel Vargas Aguilar (Equador); Maria Neila Sanchez Cedeño (Colômbia); Nayara Araújo dos Reis (Brasil)

7 - PROMOÇÃO À SAÚDE DO IDOSO EM GRUPOS DE CONVIVÊNCIA EM TEMPOS DE PANDEMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 99
Cecilia Lucia Rossi (Argentina); Alejandra Rojas Rivera (Chile); Daiane de Souza Fernandes (Brasil); Estela Rodríguez Torres (Colombia); Luipa Michele Silva (Brasil); Rafael René Suárez Fuentes (Cuba)

8 - APOIO SOCIAL AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA 111
Zoila Esperanza Leitón Espinoza (Perú); Alejandra Ximena Araya (Chile); Caridad Dandicurt Thomas (Cuba); Eduardo Rodolfo Blotta (Argentina); Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira (Brasil); Monica Patrícia Pippino (Argentina)

9 - VACINAÇÃO DO IDOSO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 125
Tercia Moreira Ribeiro da Silva (Brasil); Alan Nogueira da Cunha (Brasil); Gudelia Nájera Gutiérrez (México); Maria Elena Martinez Barrera (Perú); Soledad Andrea Chocobar (Argentina)

10 - AVALIAÇÃO E CUIDADO DA PELE DO IDOSO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA 136
Soraia Assad Nasbine Rabeh (Brasil); Idevania Geraldina Costa (Canadá); Martha Elba Salazar Barajas (México); Pamela Andrea Valdebenito Aravena (Chile); Paula Cristina Nogueira (Brasil)

11 - IMPACTO DO CONFINAMENTO NA SAÚDE MENTAL DO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA 148
Sofia Sabino Lavado Huarcaya (Perú); Claude Odily Quintanilla de Calderon (El Salvador); Emanuella Barros dos Santos (Brasil); Emma Tereza Urbancic Marusic (Argentina); Maria Tereza Mendes Diniz de Andrade Barroso (Portugal)

12 - CUIDADOR DE IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA: VISÃO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 160
Elizabeth Fajardo Ramos (Colombia); Carmen del Rocio Parra Pérez (Equador); Edilene Araújo Monteiro (Brasil); Emilce Salamanca Ramos (Colombia); Sandra Arely Martínez de Diaz (El Salvador)

13 - TECNOLOGIAS DIGITAIS E O CUIDADO COM O IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 173
Idiane Rosset (Brasil); Fernando Gómez (Argentina); Lisiane Manganelli Girardi Paskulin (Brasil); Maria de Jesus Jiménez González (México); Rosa Elena Sibrian de Martinez (El Salvador)

14 - CUIDADO SEGURO COM O IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 183
Fernanda Raphael Escobar Gimenes (Brasil); Ana Maria Ribeiro dos Santos (Brasil); Miriam Gladis Martinez de Marroquin (El Salvador); Orfelina Arpasi Quispe (Perú); Rina Vanessa Quijije Diaz (Equador)

15 - VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA NA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE 197
Maria José D'Elboux (Brasil); Edith Nieves Alvarez Pérez (Cuba); Maria José Sanches Marin (Brasil); Ruth Jakeline Oviedo Rodríguez (Equador)

16 - O CUIDADO DO IDOSO COM HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19 210
Renata Karina Reis (Brasil); Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha- Oliveira (Portugal); Elucir Gir (Brasil); Gessyca Cavalcante de Melo (Brasil); Marli Teresinha Gimeniz Galvão (Brasil); Patrícia Mardy Ruiz Pizarro (Perú)

17 - O IDOSO EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO EM TEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 224
Giovana Paula Rezende Simino (Brasil); Edvane Birelo Lopes De Domenico (Brasil); Idalmis Infante Ochoa (Cuba); Reyna Ysmelia Peralta Gómez (Perú)

18 - LIMITAÇÕES DO IDOSO PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA EM TEMPOS DE PANDEMIA 237
Darlene Mara dos Santos Tavares (Brasil); Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro (Portugal); Blanca Leticia Martínez Amaya (El Salvador); Daniela Alexandra Torres Fernández (Chile); Martha Isabel Vivas Chacon (Colombia); Nayara Gomes Nunes Oliveira (Brasil)

19 - DEMÊNCIA NO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 249
Fabia Maria de Lima (Brasil); Celmira Lange (Brasil); Ceres Eloah de Lucena Ferreti (Brasil); Maria Victoria Rojas Martinez (Colômbia) Eva Susana Corbo Ibañez (Uruguai); Virginia Reyes Audiffred (México)

20 - O CUIDADO DO IDOSO COM CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19 262
Sônia Maria Soares (Brasil); Deuzany Bezerra Melo Leão (Brasil); Katherine Sanclemente Angrino (Colombia); Laura Villaquirán Jiménez (Colombia); Maritza Evangelina Villanueva Benites (Perú); Rita de Cassia Helú Mendonça Ribeiro (Brasil)

21 - CUIDADOS PALIATIVOS AO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE 272
Jack Roberto Silva Fhon (Brasil); Alexandre Ernesto Silva (Brasil); Denisse Parra-Giordano (Chile); Heliberto Mena Cambronero (Costa Rica); Tirso Duran Badillo (México)

22 - RESILIÊNCIA DO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 283
Luciana Kusumota (Brasil); Angela Maria Henao Castaño (Colombia); Caridad Llanes Betancourt (Cuba); Diana Leonor Broin (Argentina); Gabriella Santos Lima (Brasil)

1

PANORAMA ATUAL DA COVID-19 NO MUNDO E NA AMÉRICA LATINA, COM ABORDAGEM NO IDOSO

Wanderson Kleber de Oliveira
Brasil

1 - PANORAMA ATUAL DA COVID-19 NO MUNDO E NA AMÉRICA LATINA, COM ABORDAGEM NO IDOSO

Wanderson Kleber de Oliveira
ORCID: 0000-0002-9662-1930

RESUMO

Introdução: a pandemia do novo coronavírus no mundo é um grave problema de saúde pública, sobretudo na América Latina. **Objetivo:** Apresentar uma análise comparativa do panorama da COVID-19 em países da América Latina e ibero-americanos no contexto da saúde do idoso, no período de janeiro a outubro de 2020. **Desenvolvimento do tema:** serão discutidos aspectos epidemiológicos da doença, desde o surgimento na China, especificidades da pandemia no mundo e na América Latina, incidência, principais indicadores na atenção ao idoso diante da COVID-19 e problemas prevalentes nas políticas públicas dos países da América Latina. **Considerações finais**: os governos da América Latina devem elaborar estratégias e políticas que incluam os idosos, cientes de que estas serão essenciais, inclusive, para o alcance das metas estabelecidas na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Cada país deve, com base em suas especificidades, analisar regionalmente a pandemia e identificar quais lições podem ser aprendidas em 2020, para que ações mais efetivas possam ser implementadas.

Descritores: COVID-19, Epidemia, Política de Saúde, Saúde do Idoso, América Latina.

Introdução

Com o avanço e acesso às tecnologias nas diversas áreas, principalmente na produção de alimentos e no setor da saúde, é esperado que as pessoas vivam por mais tempo e que a proporção de idosos em relação às demais faixas etárias continue aumentando em todos os continentes. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 2015 e 2050, o número de pessoas com 60 anos ou mais passará de 900 milhões para 2 bilhões, ampliando de 12% para 22%(1).

No continente americano, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), indivíduos idosos representavam cerca de 16% da população em 2019, com previsão de crescimento ao longo das próximas décadas, podendo chegar a 36% no ano de 2100. Além da maior proporção de idosos, identificou-se, nos últimos 15 anos, aumento de 77% no número de anos vividos na faixa etária acima de 80 anos(2).

Neste contexto, as sociedades devem estar preparadas para a mudança no perfil de demandas e necessidades decorrentes deste padrão de envelhecimento, pois os valores também podem mudar. A OMS considera que o período de 2020 a 2030 será caracterizado como a década do envelhecimento saudável, em que a manutenção da capacidade funcional permitirá aos idosos realizar tudo aquilo que valorizavam anteriormente, com preservação da capacidade física e mental no curso do envelhecimento. Acredita-se que também será possível também antever a necessidade de adaptação dos ambientes para melhorar os espaços e serviços com acesso e acessibilidade no domicílio, no transporte, nas vias públicas, entre outros(3).

De acordo com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), no âmbito do envelhecimento saudável estão elencadas: ações contra a pobreza, visando políticas de aposentadoria, assistência social entre outras medidas; ações contra a fome e em prol do acesso dos idosos à ingestão de nutrientes suficientes; ações para acesso à educação e redução de barreiras ao longo de toda a vida; ações para promoção da igualdade de gênero, uma vez que as mulheres tendem a viver mais do que os homens e sua participação na força de trabalho é desproporcional; ações para que pesquisas e desenvolvimento tenham como foco os desafios da população idosa; ações para reduzir as iniquidades para incorporação de idosos na população; ações para promoção de cidades e comunidades saudáveis considerando a ampla gama de recursos e capacidades disponíveis; ações para promover paz e justiça, por meio de legislações e políticas que considerem as especificidades do envelhecimento; e, por último, ações para promover saúde e bem-estar(3).

Na descrição da ação referente à promoção de saúde e bem-estar, a OMS destaca que a maioria dos sistemas de saúde encontra-se melhor projetada para lidar com condições agudas de saúde individuais do que com necessidades de saúde mais complexas e crônicas, que tendem a surgir ao longo do envelhecimento(3). É fato que as doenças não transmissíveis figuram entre os principais problemas de

saúde que acometem os idosos, incluindo doenças cardiovasculares e respiratórias, diabetes, demência, entre outras[2]. No entanto, devemos considerar também as transições demográfica e epidemiológica, que, na América Latina, ocorrem de modo incompleto, adicionadas a um importante desafio: lidar com a coexistência de doenças agudas e crônicas. Além disso, mais recentemente, a disseminação da COVID-19 acrescentou outros aspectos a esta equação.

Com a aprovação do novo Regulamento Sanitário Internacional em 2005 (RSI), a comunidade internacional passou a contar com um instrumento de decisão para avaliar e notificar eventos que possam constituir Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)[4,5]. No entanto, para caracterizá-lo, deve ser avaliada a gravidade do impacto sobre a saúde pública, conforme consta do Anexo II. Para diminuir a imprecisão dessa avaliação, o RSI oferece alguns exemplos, sendo um deles: "A população de risco é especialmente vulnerável (ex.: os idosos)"[5].

Neste século, ocorreram diversas Emergências de Saúde Pública (ESP), por naturezas distintas, tais como epidemias, problemas com a qualidade de produtos e também motivadas por questões ambientais. Em todas essas situações, os idosos, aqui consideradas aquelas com 60 anos ou mais de idade, sofreram de modo desproporcional, em todos os locais do mundo. Em 2003, por exemplo, ocorreu uma das maiores ondas de calor da história da França, resultando em quase 15.000 mortes apenas nos primeiros 20 dias de agosto, sendo os idosos os mais afetados[6].

As epidemias geralmente estão associadas a alterações em padrões relacionados ao tempo, atingindo de modo mais intenso a população em determinadas épocas do ano, a depender de fatores como lugar, áreas mais densas e características individuais. Em 2009, ocorreu a primeira pandemia já na vigência do novo RSI. Na ocasião, a faixa etária mais afetada foi a de adultos jovens, embora o padrão esperado de Influenza fosse nos extremos de idade, ou seja, entre idosos e crianças. Portanto, o início marcado pelo acometimento de adultos jovens foi uma das principais evidências de que se tratava de uma situação inusitada[7].

Mais recentemente, em 5 de janeiro de 2020, a OMS publicou o primeiro comunicado sobre um surto de pneumonia por causa desconhecida na China. Segundo o comunicado, o Governo da China notificou, em 31 de dezembro, 44 casos de pessoas com sintomas desta doença, das quais 11 apresentavam o quadro grave[8]. O segundo comunicado apenas foi publicado em 12 de janeiro, momento em que o agente causador da doença, o coronavírus, já era conhecido. A data, aliás, coincide com o dia anterior em que foi registrado o primeiro óbito pela doença, posteriormente denominada Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19). No entanto, um fato importante foi destacado: o paciente possuía diversas doenças crônicas de base e tinha 61 anos de idade[9].

O primeiro caso fora da China foi registrado na Tailândia, em uma mulher chinesa de 61 anos[10] Desde o início da pandemia, a COVID-19 tem afetado desproporcionalmente pessoas com 60 anos ou mais[11].

Uma série de fatores pode ter contribuído para o surgimento de uma nova doença transmissível, tais como desmatamento, mutações, migrações humanas, cultura intensiva e desestruturação de serviços de saúde[12]. Também podem ser relacionados a esta doença alguns determinantes sociais da saúde[13–15].

De qualquer forma, a pandemia demonstra a importância de sistemas universais de saúde como o Sistema Único de Saúde (SUS) na pronta resposta a esta situação, sobretudo no que diz respeito ao suporte aos idosos[16,17].

OBJETIVO

Apresentar uma análise comparativa do panorama da COVID-19 em países da América Latina e ibero-americanos no contexto da saúde do idoso, no período de janeiro a outubro de 2020.

Desenvolvimento do tema

Aspectos epidemiológicos

Os coronavírus estão distribuídos em quatro gêneros: alfa, beta, gama e delta. No entanto, apenas os alfacoronavírus (HCoV-229E e HCoV-NL63) e os betacoronavírus (HCoV-HKU1, HCoV-OC43, MERS-CoV, SARS-CoV1 e SARS-CoV-2) afetam humanos. Destes, quatro espécies circulam sazonalmente na América Latina: os alfacoronavírus e dois betacoronavírus (HCoV-HKU1, HCoV-OC43)[18].

As regiões de clima temperado são caraterizadas por quatro estações bem definidas, sendo que a primavera e o verão apresentam temperaturas mais elevadas e o outono e o inverno baixas temperaturas. Essas regiões estão próximas do Trópico de Câncer no hemisfério norte e abaixo do Trópico de Capricórnio no hemisfério sul.[19] Nessas regiões, as infecções respiratórias por coronavírus são mais frequentes nos meses mais frios de inverno, embora possam ocorrer durante todo o ano[20–22].

Até 31 de outubro de 2020, foram registrados 46 milhões de casos confirmados de COVID-19 no mundo e 1,2 milhões de óbitos. Destes, 23,9% (11 milhões) e 61,9% ocorreram (407 mil) na América Latina e no Caribe, respectivamente, segundo dados da OMS (www.who.int).

O principal meio de transmissão do SARS-CoV2 é de uma pessoa infectada em contato próximo (menos de dois metros, por cerca de 15 minutos) para outra suscetível, sem que ambas tenham adotado medidas de prevenção[23].

De modo geral, a transmissão tem início alguns dias antes dos primeiros sintomas (cerca de 2 a 4 dias) e perdura até 10 dias após[18,24,25]. O período de maior transmissibilidade ocorre nos primeiros dias da doença[26].

A doença apresenta espectro clínico amplo, desde infecções assintomáticas, passando por um quadro oligossintomático e até mesmo fatal.[18,22,27] Um dos estudos mais completos sobre o perfil clínico das pessoas infectadas na China avaliou cerca de 44.500 casos e evidenciou taxa de letalidade de 2,3%. O estudo não registrou qualquer óbito entre pessoas que não fossem dos 5% do grupo de doença grave (Figura 1)[28–30].

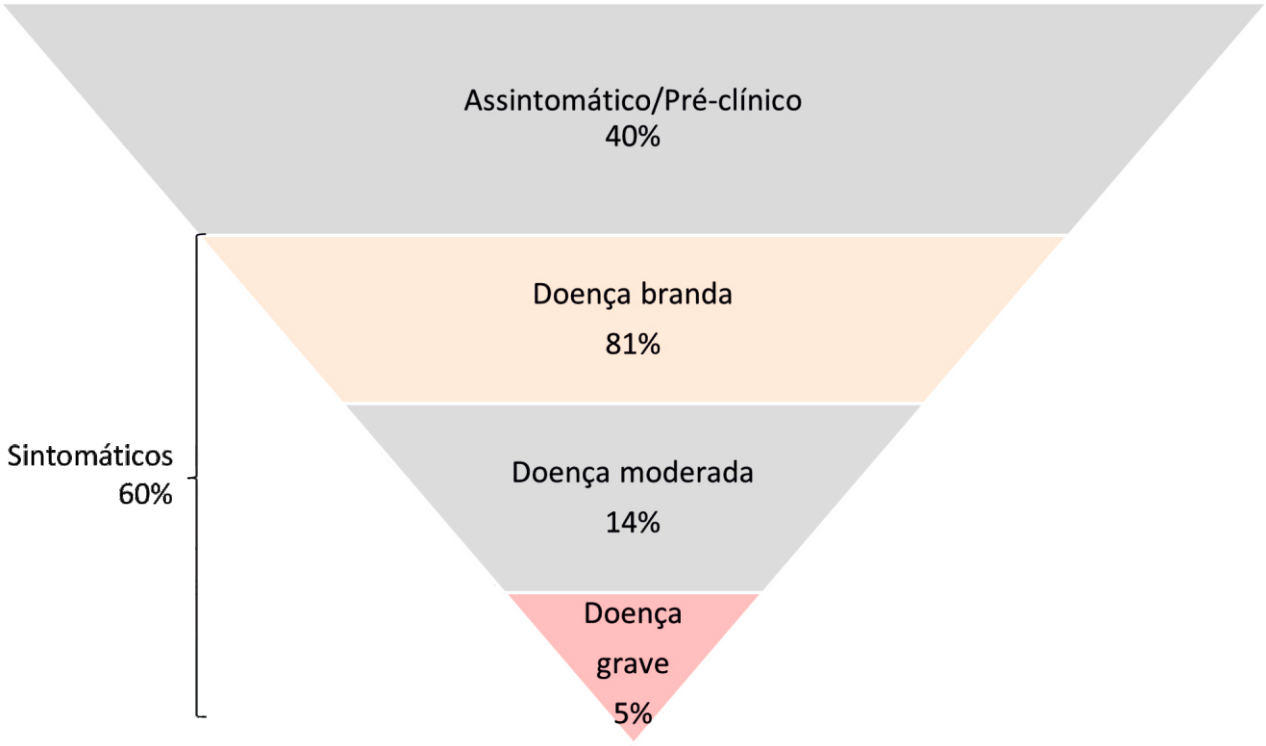


Figura 1 - Proporção das apresentações clínicas da COVID-19.

A COVID-19 pode afetar pessoas de qualquer idade, mas aquelas com 60 anos ou mais, principalmente acima de 75 anos, apresentam maior probabilidade de desenvolver a doença grave e evoluir para óbito. Em diversos estudos com pacientes hospitalizados, a metade tinha entre 49 e 56 anos de idade[31].

A combinação de idade avançada, doenças crônicas e COVID-19 é, geralmente, fatal. Nos Estado Unidos da América (EUA), as primeiras epidemias ocorreram no Estado de Washington, na Costa Oeste, afetando principalmente de idosos que viviam em instituições de longa permanência. A média de idade foi de 83 anos, sendo que 94% deles tinham doença crônica associada. Esse perfil resultou em uma taxa de hospitalização de 55% e de letalidade, ou seja, número de óbitos entre os que desenvolveram a doença, de 34%[32].

Especificidades da pandemia no mundo e na América Latina

A OMS apresentou, em 3 de novembro de 2020, um panorama da pandemia com informações provenientes de 124 países e de todas as regiões da organização, com foco nas questões de idade e gênero. A análise baseia-se na avaliação de 18.156.074 pacientes, no período de 31 de dezembro de 2019 a 18 de outubro de 2020[33].

Os resultados mostram que, no início da pandemia, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais contaminada chegava a 40% do total. Entretanto, a proporção na faixa etária de 15 a 24 anos apresentou aumento de 4% para 14% entre as semanas epidemiológicas 9 e 42, e na faixa de 25 a 65 anos passou de 50% para 65%, no mesmo período. Em contrapartida, entre pessoas com 65 anos ou mais, houve queda de 40% no início para 15% nas últimas semanas[33].

Algumas hipóteses podem explicar essa alteração na tendência, incluindo ampliação da capacidade e

aprimoramento dos testes laboratoriais e melhor performance dos serviços de saúde. No caso dos idosos, também foram implementadas medidas importantes em instituições de longa permanência, uma vez que foram bastante afetadas no início da pandemia. Importante destacar também o aumento da transmissão entre os mais jovens à medida que as medidas foram sendo flexibilizadas[33,34].

Sobre os óbitos, houve aumento na faixa etária de 25 a 64 anos: de 10% para 25% nas últimas semanas. Entretanto, nas pessoas com 65 anos ou mais, o número de mortes diminuiu, passando de quase 90% no início da pandemia para 75% nas últimas semanas[33]. Já na faixa etária de 0 a 14 anos de idade, o índice prevaleceu em torno de 0,2%. A proporção de óbitos nos idosos ainda permanece muito mais elevada do que nas demais faixas etárias, atingindo 75% das pessoas infectadas, enquanto a proporção dessa faixa etária está em torno de 12-14% da população mundial[3,11,33].

Na comparação entre países da América Latina e demais partes do mundo, é preciso considerar que, ao Norte, a fronteira do México com os EUA delimita o início da América Latina. A maior parte da região está localizada na zona intertropical, onde o clima não é bem definido.

O primeiro caso de COVID-19 nas Américas data de 20 de janeiro de 2020 nos EUA, e o primeiro caso na América Latina foi no Brasil, em 26 de fevereiro de 2020, no estado de São Paulo, constatado em um idoso que retornou de uma viagem para a Itália. Já o primeiro óbito ocorreu em 17 de março no mesmo estado[35].

Até 31 de outubro de 2020, foram registrados 45,7 milhões de casos no mundo, 47,4% (21,7 milhões) deles no continente americano. Destes, 24,3% (11,5 milhões) ocorreram na América Latina. No entanto, se avaliada a incidência por 100 mil habitantes, verificamos 1.791 casos por 100 mil habitantes nos 20 países que compõem a América Latina contra 2.696 casos por 100 mil habitantes nos demais países americanos.

Os demais países americanos não latinos, Estados Unidos da América, Canadá, países do Caribe e América Central e do Sul, de idiomas diferentes do espanhol, português e francês, atingiram o pico de transmissão na semana epidemiológica (SE) 30, encerrada em 27 de julho. Na América Latina, por sua vez, o pico aconteceu na SE 33, em 15 de agosto. No entanto, os dois grupos praticamente igualaram as incidências na SE 37, em 12 de setembro, momento em que os países não latinos, especialmente os EUA, apresentaram aumento significativo de casos. Apesar da redução de casos na América Latina, ainda há possibilidade de um novo aumento, considerando o número de suscetíveis e a indisponibilidade, até o momento, de vacina ou de medida de controle farmacológica[36] (Figura 2)

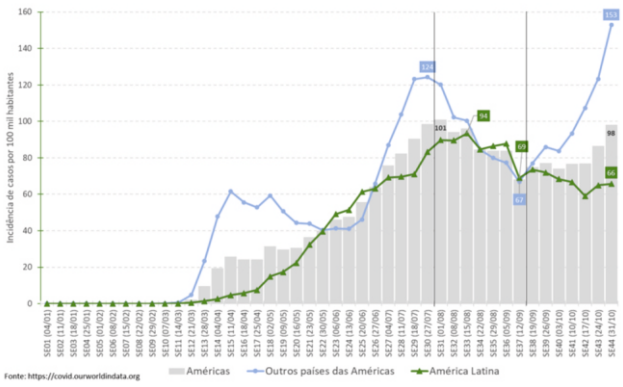


Figura 2. Distribuição da incidência de casos de COVID-19 para cada 100 mil habitantes no continente americano por semana epidemiológica.
(Clique para visualizar a imagem ampliada)

Segundo a OMS, o aumento da incidência de casos no continente americano é da ordem de 13%. No entanto, há redução sustentável na totalidade do continente, embora tenha sido identificado aumento de 2% nos óbitos[33].

Na Colômbia foram 1 milhão de casos e 31.000 mortes, com pico na SE 33 (15/08) e predominância (40%) na faixa etária de 20 a 39 anos. Os óbitos estão concentrados em pessoas com 60 anos ou mais (76%). No México, a mediana de idade foi de 63 anos[33].

Principais indicadores na atenção ao idoso diante da COVID-19

O terceiro objetivo do desenvolvimento sustentável (ODS) é a promoção de saúde e bem-estar, no intuito de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades[37].

Diante da pandemia da COVID-19, ainda em curso e sem previsão de término, será necessário, possivelmente, rever a amplitude, o prazo e até mesmo a qualificação dos indicadores dos ODSs, principalmente considerando que no site do governo brasileiro todos os indicadores abaixo estão em análise ou em construção e o último não apresenta dados disponíveis[37,38].

Os principais indicadores que possuem relação com o envelhecimento saudável, dentro do objetivo três, estão descritos no item 3.3, cuja meta é eliminar doenças transmissíveis. Esse indicador terá uma outra conformação considerando o impacto da COVID-19, pois no item 3.4 é mencionada a intenção de reduzir a taxa de mortalidade por doenças não transmissíveis em um terço, incluindo nesse escopo as doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias.

Na análise desses dois grupos de indicadores, é possível estabelecer métricas que objetivem investigar o impacto da morbidade e da mortalidade por doenças não transmissíveis em decorrência da pandemia. Em diversos lugares, pessoas com doenças crônicas deixaram de fazer o controle regular, o que pode resultar em agravamento e eventualmente óbito, por efeito indireto da pandemia.

Um outro grupo de indicadores, objetivos 3.8, envolve o acesso universal da cobertura de saúde, incluindo medicamentos e vacinas. Este objetivo se relaciona com o item 3.b, que trata do apoio à pesquisa e desenvolvimento de vacinas e medicamentos. Segundo a OMS, 47 vacinas estavam em fase clínica até 3 de novembro, 10 delas na fase 3 de desenvolvimento e outras 155 em fase pré-clínica[39]. No entanto, segundo os registros na plataforma do Clinical Trials (https://clinicaltrials.gov/) do governo americano, foram incluídas em alguns estudos pessoas com idade superior a 60 anos, grupo que provavelmente será priorizado nas primeiras etapas de vacinação, de modo que indicadores de monitoramento de síndromes respiratórias serão fundamentais.

No item 3.d estão previstos os reforços nas capacidades de vigilância e resposta às emergências com melhora na capacidade de detecção para redução de riscos.

Principais problemas identificados nas políticas públicas nos países da América Latina

Um fator comum entre os países latino-americanos foi a falta de suprimentos de itens de primeira necessidade como os equipamentos de proteção individual, máscaras, luvas, óculos, aventais, álcool em gel, entre outros itens como respiradores. É fato que esse desabastecimento afetou diversos países, inclusive os desenvolvidos, identificando-se a necessidade de fortalecimento do parque produtivo local, bem como de mecanismos mais ágeis para produção.

Outro aspecto importante foi o déficit de profissionais capacitados em diversas áreas como médicos e enfermeiros, mas também de fisioterapeutas, farmacêuticos e biólogos, para atuação tanto na assistência quanto nos laboratórios. No entanto, um setor ficou muito afetado e, apesar do desempenho importante durante a pandemia, evidenciou uma gritante demanda reprimida: os epidemiologistas e também os cientistas de dados, principalmente aqueles capazes de realizar análises e modelos em grande base de dados e implementar técnicas mais sofisticadas de predição, além de aprimorar os sistemas de informação.

Uma terceira limitação comum observada foi a necessidade capacitação e qualificação na comunicação de risco, considerando a diversidade de narrativas observadas nos veículos de imprensa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia continua afetando de modo mais grave os idosos. Apesar dos avanços nas tecnologias e da ampliação do conhecimento científico a esse respeito, será necessário que os governos elaborem estratégias e políticas que incluam os idosos. Ressaltamos que essas políticas serão essenciais, inclusive, para o alcance das metas estabelecidas na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Em diversos países em desenvolvimento, os sistemas previdenciários existentes cobrem apenas uma minoria dos idosos, motivo pelo qual será necessário prever medidas para ampliar os programas de transferência de renda, principalmente para a população nesta faixa etária. Essas medidas devem, ao mesmo tempo, garantir a sustentabilidade e a solvência de seus sistemas previdenciários.

Será preciso fortalecer, de modo equitativo, os lugares onde os sistemas de saúde existentes são frágeis e não disponibilizam infraestrutura para atender à demanda crescente decorrente do envelhecimento e da maior sobrevida da população. Citamos, como exemplo, o potencial acúmulo de demandas por cirurgias eletivas que foram adiadas em 2020, bem como a demanda reprimida pelo adiamento de procedimentos eletivos e consultas. Além disso, os governos precisam se organizar para o período pós-pandemia, quando haverá necessidade crescente de cuidados de longo prazo, tanto no domicílio quanto institucionalizado, para garantir o bem-estar dos idosos.

Por fim, na medida em que os governos compreenderem a tendência da COVID-19 em seus territórios, poderão avaliar as lições aprendidas em 2020, a fim de identificar o que foi exitoso e, principalmente, o que precisa ser aprimorado. Importante também que evidenciem as necessidades atuais, no intuito de antecipar as demandas futuras em relação à população idosa.

No passo seguinte, após a identificação deste amplo contexto, faz-se necessária a implementação proativa de políticas e programas que visem atender à população idosa, no contexto de um "novo normal", tendo em mente o que OPAS/OMS assinalou em 2007: "Nenhum país, por mais preparado que esteja, por mais rico ou tecnologicamente avançado que seja, pode prevenir, detectar e responder sozinho a todas as ameaças à saúde pública. Ameaças emergentes podem passar despercebidas de uma perspectiva nacional, exigir uma análise global para avaliar adequadamente o risco ou exigir uma coordenação eficaz em nível internacional"[40].

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. Organización Mundial de la Salud. 2017. 10 facts on palliative care. [cited 2020 Nov. 5]. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/es/
2. World Health Organization (WHO) [Internet]. Washington DC. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). Envelhecimento e saúde. [cited 2020 Nov. 5]. Available from: http://www.paho.org/pt/temas/enjecimiento-poblacion
3. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. Ageing and life-course. Healthy Ageing and the Sustainable Development Goals. [cited 2020 Nov. 8]. Available from: http://who.int/ageing/sdgs/en
4. Carmo EH, Penna G, Oliveira WK. Public Health Emergencies: concept, characterization, preparation and response. Estudos Avançados. 2008;22(64):19-31. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142008000300003
5. World Health Organization (WHO) [Internet]. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS-Brasil). Regulamento Sanitário Internacional (RSI). 2019. [cited 2020 Oct. 26]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5847:regulamento-sanitario-internacional-rsi&Itemid=812
6. Vandentorren S, Bretin P, Zeghnoun A, Mandereau-Bruno L, Croisier A, Cochet C et. al. August 2003 heat wave in France: risk factors for death of elderly people living at home. Eur J Public Health. 2006;16(6):583-591. DOI: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl063
7. Oliveira WK, Carmo EH, Penna GO, Kuchenbecker RS, Santos HB, Araújo WN et al. Pandemic H1N1 influenza in Brazil: Analysis of the first 34,506 notified cases of influenza-like illness with severe acute respiratory infection (SARI). Eurosurveillance. 2009;14(42). [cited 2020 Nov. 5]. Available from: https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/ese.14.42.19362-en
8. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. Pneumonia of unknown cause – China. OMS. Emergencies preparedness, response [cited 2020 Apr. 18]. Available from: http://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/
9. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. Novel Coronavirus – China. OMS. Emergencies preparedness, response [cited 2020 Nov. 8]. Available from: http://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/
10. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. Novel Coronavirus – Thailand (ex-China). OMS. Emergencies preparedness, response [cited 2020 Nov. 8]. Available from: http://www.who.int/csr/don/14-january-2020-novel-coronavirus-thailand/en/
11. Neumann-Podczaska A, Al-Saad SR, Karbowski LM, Chojnicki M, Tobis S, Wieczorowska-Tobis K. COVID 19 - Clinical Picture in the Elderly Population: A Qualitative Systematic Review. Aging Dis 2020;11(4):988–1008. DOI: https://doi.org/10.14336/AD.2020.0620

12. Centers for Disease Control and Prevention. Addressing emerging infectious disease threats: a prevention strategy for the United States (Executive Summary). MMWR 1994;43(No. RR-5). Available from: https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr4305.pdf

13. BRASIL. Casa Civil. Decreto n. 7616. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Brasília: 2011 [cited 2020 Oct. 26]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm

14. Silva Júnior JB. Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Campinas: UNICAMP, 2004. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Dr_JarbasTese_final.pdf

15. Baiter S, Benin A, Pinto SWL, Teixeira LM, Alvim GG, Luna E et al. Epidemic nephritis in Nova Serrana, Brazil. Tha Lancet. 2000;355(3217): 1776-1780.

16. Pollitt KJG, Peccia J, Ko AI, Kaminski N, Cruz CSD, Nebert DW et al. COVID-19 vulnerability: the potential impact of genetic susceptibility and airborne transmission. Hum. Genomics. 2020;14(17). DOI: https://doi.org/10.1186/s40246-020-00267-3

17. Castelyn CDV, Viloen IM, Dhai A, Pepper MS. Resource allocation during COVID-19: A focus on vulnerable populations. S Afr J Bioethics Law. 2020;13(2):X. [cited 2020 Oct. 18]. DOI: https://doi.org/10.7196/SAJBL.2020.v13i2.730

18. Chauhan S. Comprehensive review of coronavirus disease 2019 (COVID-19). Biomed J 2020;43(4):334-340. DOI: https://doi.org/10.1016/j.bj.2020.05.023

19. Caini S, Andrade W, Badur S, Balmaseda A, Barakat A, Bella A et al. Temporal Patterns of Influenza A and B in Tropical and Temperate Countries: What Are the Lessons for Influenza Vaccination? Plos One. 2016;11(5):e0155089. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155089

20. McIntosh K, Kapikian AZ, Turner HC, Hartley JW, Parrott RH, Chanock RM. Seroepidemiologic studies of coronavirus infection in adults and children. Am J Epidemiol. 1970;91(6):585-592. DOI: https://doi.org/10.1093/oxfordjournal.aje.a121171

21. Vabret A, Dina J, Gouarin S, Petitjean J. Human (non-severe acute respiratory syndrome) coronavirus infections in hospitalised children in France. J Paediatr Child Health. 2008;44(4):176–181. DOI: https://doi.org.10.1111/j.1440-1754.2007.01246.x

22. Zeng ZQ, Chen DH, Tan WP, Qiu SY, Xu D, Liang HX et al. Epidemiology and clinical characteristics of human coronaviruses OC43, 229E, NL63, and HKU1: a study of hospitalized children with acute respiratory tract infection in Guangzhou, China. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2018;37(2):363–369. DOI: https://doi.org/10.1007/s10096-017-3144-z

23. Bi Q, Wu Y, Mei S, Ye C, Zou X, Zhang Z. Epidemiology and transmission of COVID-19 in 391 cases and 1286 of their close contacts in Shenzhen, China: a retrospective cohort study. Lancet Infect Dis. 2020;20(8):911–919. DOI: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30287-5

24. Bellmunt JM, Caylà JA, Millet JP. Contact tracing in patients infected with SARS-CoV-2. The fundamental role of Primary Health Care and Public Health. Semergen. 2020;46(1):55-64. DOI: https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.001

25. Chau NVV, Lam VT, Dung NT, Yen LM, Minh NNQ, Hung LM et al. The natural history and transmission potential of asymptomatic SARS-CoV-2 infection. Clin Infect Dis.020;711./10.1093/cid/ciaa711

26. He X, Lau EHY, Wu P, Deng X, Wang J, Hao X et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. Nat. Med. 2020;26(5):672–675. DOI: https://doi.org/10.1038/s41591-020-0869-5

27. Chan JFW, Yuan S, Kok KH, To KKW, Chu H, Yang J 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 Lond. Engl. 2020;395(10223):514-523. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9

28. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA 2020;323(13):1239-1242. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648

29. Oran DP, Topol EJ. Prevalence of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection: A Narrative Review. Ann. Intern. Med. 2020;173:362-367. DOI: https://doi.org/10.7326/M20-3012

30. Lavezzo E, Franchin E, Ciavarella C, Ciavarella C, Cuomo-Dannenburg G, Barzon L, Del Vecchio C et al. Suppression of a SARS-CoV-2 outbreak in the Italian municipality of Vo'. Nature 2020;584:425-429. Available from: https://www.nature.com/articles/s41586-020-2488-1

31. Zachariah P, Johnson CL, Halabi KC et al. Epidemiology, Clinical Features, and Disease Severity in Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in a Children's Hospital in New York City, New York. JAMA Pediatr 2020;174(10):e202430. DOI: https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.2430

32. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. N Engl J Med. 2020;382:2005–2011. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMoa2005412

33. World Health Organization (WHO) [Internet]. Washington DC. 2020. Weekly epidemiological update - 3 November 2020. [cited 2020 Nov. 9]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---3-november-2020

34. Organização Pan-Americana Mundial da Saúde (OPAS) [Internet]. Brasília. 2020. Orientações sobre prevenção e controle de infecção para instituições de longa permanência no contexto da COVID-19 - OPAS/OMS. Available from: http://www.paho.org/pt/node/69988

35. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a COVID-19. Epidemiol Serviços Saúde. 2020;29(2):e2020044. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023

36. Our World Data (OWD) [Internet]. London. 2020. Coronavirus Pandemic Data Explorer. [cited 2020 Nov. 9]. Available from: https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer

37. World Health Organization (WHO) [Internet]. Washington DC. 2020. Department of Economic and Social Affairs. Sustainable Development. [cited 2020 Nov. 9]. Available from: https://sdgs.un.org/goals

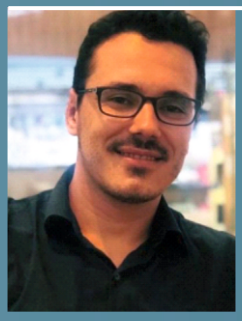
38. Brasil. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável no Brasil [Internet]. Brasília. 2020. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. [cited 2020 Nov. 9]. Available from: https://odsbrasil.gov.br/objetivo/objetivo?n=3

39. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. 2020. Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines. [cited 2020 No. 9]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines

40. Organización Panamericana de la Salud (OPS) [Internet]. Geneva. 2007. El Informe sobre la salud en el mundo 2007: Un porvenir más seguro - Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI - OPS/OMS. [cited 2020 Nov. 9]. Available from: https://www.paho.org/es/documentos/informe-sobre-salud-mundo-2007-porvenir-mas-seguro-proteccion-salud-publica-mundial s/documentos/informe-sobre-salud-mundo-2007-porvenir-mas-seguro-proteccion-salud-publica-mundial

2

SISTEMA DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: POTENCIALIDADES, DESAFIOS E PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DIANTE DA COVID-19



Alisson Fernandes Bolina
Brasil

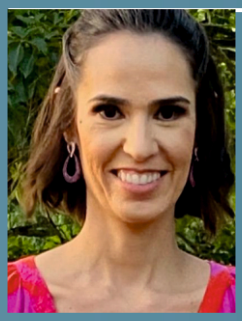
Anhay Velazquez Aznar
Cuba

Aurora Felix Alemán
México

Gladis Isabel Torres
Argentina

Julio Mendigure Fernandez
Perú

Luís Carlos Lopes-Júnior
Brasil



Marina Aleixo Diniz Rezende
Brasil

2- SISTEMA DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: POTENCIALIDADES, DESAFIOS E PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DIANTE DA COVID-19

Alisson Fernandes Bolina
ORCID: 0000-0002-1364-0176
Anhay Velásquez Aznar
ORCID: 0000-0003-0270-6851
Aurora Félix Alemán
ORCID: 0000-0003-1140-2040
Gladis Isabel Torres
ORCID: 0000-0003-2007-3154
Julio Mendigure Fernandez
ORCID: 0000-0002-5432-8656
Luís Carlos Lopes-Júnior
ORCID: 0000-0002-2424-6510
Marina Aleixo Diniz Rezende
ORCID: 0000-0003-3069-9185

RESUMO

Introdução: Na América Latina, as lacunas preexistentes nos sistemas de saúde diretamente relacionadas com as iniquidades sociais trazem à tona a importância de refletirmos sobre o papel da Atenção Primária à Saúde em trazer respostas mais efetivas e sustentáveis em tempos de pandemia. **Objetivos:** contextualizar os sistemas de saúde na América Latina e discutir os desafios e potencialidades diante da pandemia do novo coronavírus, com enfoque no papel da Atenção Primária à Saúde para esse enfrentamento. **Desenvolvimento do tema:** a heterogeneidade política, social, demográfica, econômica e ambiental, atrelada a características intrínsecas da organização e à estrutura do sistema de saúde de cada país, tem influenciado sobremaneira a evolução da pandemia na América Latina. A chegada, *a posteriori*, da COVID-19 em relação à Ásia e à Europa possibilitou que a maioria dos países adotassem estratégias para mitigar os efeitos da propagação do Sars-CoV-2. Entretanto, apesar desta "vantagem", fragilidades nos sistemas de saúde no tocante ao acesso e quantitativo de leitos de terapia intensiva e ventiladores mecânicos, associadas à pobreza e às desigualdades sociais sistêmicas, têm potencializado a situação pandêmica nesses países. **Considerações finais:** diante desses desafios, a pandemia representa uma oportunidade para transpor as desigualdades no acesso e iniquidades em saúde de modo a qualificar o cuidado integral em saúde. Isso reforça a relevância do papel da Atenção Primária à Saúde em trazer respostas mais efetivas, tendo em vista seu alto grau de capilarização e alcance de um maior contingente populacional mais vulnerável à COVID-19 em decorrência de suas condições de vida.

Descritores: Sistemas de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem de Atenção Primária; América Latina; Infecções por Coronavírus.

Introdução

A disseminação da doença causada pelo novo coronavírus 2019, a COVID-19, coloca à prova a estrutura dos sistemas de saúde e sua capacidade de enfrentamento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), diversos sistemas de saúde no mundo entraram em colapso, apresentando taxas de mortalidade expressivas, principalmente em países desenvolvidos[1]. Em comparação a esses países, postulou-se que a chegada mais tardia do novo coronavírus na América Latina poderia oportunizar a tomada de decisões mais acertadas em relação ao sistema de saúde, a fim de mitigar os efeitos da COVID-19[2].

Em que pese as divergências e tomadas de decisões por parte de algumas autoridades públicas, os governos da América Latina têm adotado estratégias para o enfrentamento da pandemia[3]. Entretanto, observa-se que o número de casos na América Latina continua crescendo em escala exponencial, sobretudo em decorrência da alta prevalência de condições crônicas e por questões de subfinanciamento dos sistemas de saúde e políticas de austeridades fiscais. Em adição, desigualdades sociais e iniquidades em saúde sistêmicas potencializam a situação pandêmica na América Latina, com projeções preocupantes após esse período[4].

O Brasil configura-se como o epicentro da pandemia do novo coronavírus da América Latina, tendo registrado o maior número de casos nesta região[5]: 4.497.434 confirmados e pelo menos 135.793 óbitos até o dia 18 de setembro de 2020[6] (https://coronavirus.jhu.edu). O Peru apresenta a maior incidência cumulativa (756.412 casos confirmados) e a terceira maior taxa de mortalidade, com 31.283 óbitos em 18 de setembro de 2020, atrás apenas do México, que registrou 72.803 mortes[6]. Em contrapartida, o Uruguai apresenta o menor número de casos até o momento, com 1.890 infectados e 46 mortes[4,6]. Já na Venezuela, há vários anos o governo não publica dados epidemiológicos[5], o que dificulta obter a real dimensão da magnitude da pandemia no país.

A heterogeneidade política, social, demográfica, econômica e ambiental[7,8], atrelada a características intrínsecas da organização e à estrutura do sistema de saúde de cada país, tem influenciado sobremaneira a evolução da pandemia na América Latina. Destaca-se que essa heterogeneidade e a fragilidade do sistema de saúde em lidar com surtos infecciosos foram demonstradas em emergências de saúde pública prévias, a exemplo do vírus da Influenza H1N1[9].

Outro ponto importante a ser considerado diz respeito ao cuidado da COVID-19 estar centrado e ter sido amplamente debatido em âmbito hospitalar. No entanto, sabe-se que sistemas universais de saúde orientados por uma Atenção Primária à Saúde (APS) robusta, resolutiva, abrangente e acessível apresentam maior potencial para responder às necessidades sociais da população, inclusive em tempos de pandemia[10].

A importância do papel APS em trazer respostas mais efetivas e sustentáveis merece maior destaque

uma vez que apresenta lacunas preexistentes nos sistemas de saúde diretamente relacionadas com as iniquidades sociais. Ademais, considerando as experiências de enfrentamento dos países desenvolvidos durante a pandemia, a utilização inadequada de recursos de alta complexidade sobrecarrega a atenção secundária e terciária e, além disso, compromete precocemente a rede de atenção à saúde no sistema com casos que poderiam ter sido resolvidos na APS[11].

OBJETIVO

Contextualizar os sistemas de saúde na América Latina e discutir os desafios e potencialidades diante da pandemia do novo coronavírus, com enfoque no papel da Atenção Primária à Saúde para esse enfrentamento.

Desenvolvimento do tema

Comparação dos sistemas de saúde na América Latina

Os sistemas de saúde contemporâneos mostram semelhanças em função das políticas sociais, pela difusão de avanços tecnológicos e por inúmeras contradições mercadológicas altamente geradoras de valor. Divergem, porém, quanto ao acesso das populações aos serviços de saúde e à forma de sua organização e desempenho. Tais diferenças são resultado de complexa interação entre elementos históricos, econômicos, políticos e culturais específicos de cada sociedade[12].

Os sistemas de saúde podem ser classificados em três grandes formatos: o sistema empresarial-permissivo ou de mercado, no qual predominam o financiamento privado e a assistência pública; os seguros sociais públicos; e os sistemas universais[13]. Além disso, há pilares essenciais para um sistema de saúde: a regulação, o financiamento (sistemas segmentados ou universais) e a prestação de serviços (serviços integrados ou fragmentados, com monopólio estatal, contratos públicos, competição gerenciada ou de livre mercado). A OMS ratifica a importância de seis pilares denominados *building block*: prestação de serviços, força de trabalho, informação, produtos médicos, vacinas e tecnologias, financiamento e governança com liderança[14].

De um modo geral, as comparações se referem aos serviços, havendo diversas formas de descrevê-los e analisá-los. Basicamente, esses sistemas diferem em relação às seguintes dimensões: grau de cobertura (universal ou segmentada); equilíbrio entre fontes de financiamento (impostos, contribuições sociais, seguro público ou privado, pagamento direto); grau de integração entre os agentes financiadores e prestadores (número de agentes financiadores, presença de um Ministério da Saúde ou de um Seguro Nacional); propriedade dos serviços (públicos, privados-lucrativos ou filantrópicos); e formas de organização de prestação de cuidados, remuneração e regulação dos profissionais (ato, salário, capitação, regulação)[12].

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a região das Américas divide-se nas seguintes

sub-regiões: América do Norte, Caribe Latino, Caribe Não Latino e a América Latina, composta pelo Istmo Centro-Americano, Região Andina (da qual faz parte a Venezuela), Cone Sul, México e Brasil. O continente americano é marcado por uma profunda heterogeneidade socioeconômica, política, demográfica e cultural. A renda per capita na América do Norte é 4,5 vezes superior à da América Latina, onde a razão de renda é o dobro no interior dos países com grande concentração da riqueza[12]. Essa diversidade se reflete nos indicadores de saúde. A mortalidade prematura por doenças cerebrovasculares, diante das quais as intervenções dos serviços são reconhecidamente efetivas, situa-se acima dos 25% em muitos países da América Latina, quatro vezes superior ao encontrado na América do Norte. A Tabela 1 (ANEXO 1) apresenta indicadores de alguns países da América Latina e do Caribe e compara dados continentais e das sub-regiões.

Na América Latina, ainda persistem importantes desigualdades com grande heterogeneidade na cobertura e na prestação de serviços, sendo difícil classificar os sistemas com base nessa tipologia. Em muitos países, seguros sociais convivem com a assistência prestada por serviços públicos ao restante da população, existindo poucos sistemas nacionais que propõem a universalização da atenção (Cuba, Brasil, Costa Rica)[13].

Embora tenha ocorrido uma expansão do acesso, principalmente aos serviços básicos de saúde, houve, também, um importante crescimento de seguros privados em todo o continente latino-americano. Em países como Uruguai (*Sistema Nacional Integrado de Salud*), Venezuela (*Sistema Público Nacional de Salud)* e Equador (Sistema Nacional de Salud), ocorreram esforços no sentido de ampliar a cobertura, unificar prestações e melhorar a coordenação entre os serviços sob controle público. No Chile, na Colômbia e no Peru, a estratégia para expansão do acesso implementou coberturas diferenciadas, com maior participação dos seguros privados no caso das reformas chilena e colombiana. O gasto público em saúde permanece baixo (US$ 182/ habitante, 3,7% do PIB), com elevado gasto direto das famílias. Embora o gasto social tenha crescido na região (19,1% do PIB em 2012-2013), o crescimento do gasto em saúde foi modesto, de 3,2% pra 4,2%[13].

É nesse contexto que a estratégia de APS emerge como consenso mundial para o alcance dos direitos à saúde, o que foi demarcado por meio do slogan “Saúde para Todos até o ano 2000”. Nesse cenário, no final das décadas de 80 e 90 do século XX, as reformas neoliberais ocorreram abruptamente por meio de ajustes macroeconômicos em várias nações, marcadas especialmente por uma ênfase na separação entre financiamento e prestação dos serviços, discurso de maior eficiência na gestão, estímulo à competição entre serviços públicos com a constituição de um “mercado interno” ou entre prestadores públicos e privados. São referências às agendas neoliberais implementadas no *National Health Service* (NHS) da Inglaterra e a um conjunto de medidas gerenciais introduzidas nos seguros privados americanos (*managed care*). A partir desse ponto, a APS passa a ser divulgada por organismos internacionais como o Banco Mundial, como uma estratégia seletiva orientada para grupos vulneráveis e excluídos do processo de produção. E no final da década de 1990 ocorreram as reformas pró-coordenação da APS. É nesse contexto que surge a proposta de cobertura universal para países de média e baixa renda, divulgada no Relatório Mundial da Saúde, em 2010[13].

Desafios e potencialidades dos sistemas de saúde da América Latina

As reformas que ocorreram no continente latino-americano nas últimas décadas refletiram as conjunturas internacionais mencionadas, de tal modo que é possível hipotetizar que o continente americano se constitui num grande laboratório de políticas de saúde e modelos assistenciais[13].

A ditadura de Pinochet introduziu seguradoras privadas *(ISAPRES*) com estímulo ao mercado, modelo adaptado e utilizado na Colômbia como forma de expandir a cobertura através de seguros subsidiados (Lei nº 100 de 1993), o que ficou conhecido como "pluralismo estruturado", com clara influência neoliberal. No Brasil, a Constituição de 1988 reconheceu a saúde como um direito e a prestação universal de serviços integrais passou a ser realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) - um sistema público integrado sob financiamento fiscal. Trata-se de uma reforma de caráter publicista, cujo discurso correspondia ao momento "democrático-racionalizador" da conjuntura anterior, mas que terminou por ser implementada tardiamente numa conjuntura neoliberal e adversa. No Brasil, houve uma expansão significativa da Estratégia da Saúde da Família (ESF) com medidas recentes em direção à melhoria do acesso e da qualidade[13]. Apesar disso, o sistema de saúde brasileiro é um sistema universal com uma cobertura duplicada e desigual: enquanto a população de renda mais baixa utiliza o SUS, usuários do segmento suplementar podem, constitucionalmente, recorrer aos dois, com direito à renúncia fiscal. Destacamos a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, em dezembro de 2016, que estabeleceu congelamento das despesas e investimentos públicos durante 20 anos[13].

No caso do Chile, o processo de redemocratização permitiu reformas com a vigência de duas novas leis, a partir de 2005: a *Ley de Autoridad Sanitaria* e a *Ley de Garantias Explícitas en Salud*. O *Plan AUGE - Acceso Universal con Garantias Explícitas en Salud* - define a cobertura obrigatória (garantias) dos principais problemas de saúde a serem atendidos tanto no sistema público como no privado. Também ocorreram ações para ampliar o acesso, reorganizar e melhorar a qualidade dos serviços com aumento do aporte fiscal, diminuição de copagamentos, retirada de subsídios das *ISAPRES*, recuperação da rede pública, estímulo à APS e à organização de redes regionalizadas e integradas de serviços. Esses objetivos fazem parte de um extenso Plano de Metas divulgado pelo Ministério da Saúde para o período 2011-2020. A análise da composição do financiamento mostra que o aporte público oriundo de fontes fiscais com caráter redistributivo é ainda muito reduzido, na ordem de 40%[13].

As reflexões que emergem da análise do caso colombiano também não parecem demonstrar a superioridade de um modelo centrado em operadoras de seguros como estratégia para a universalização dos cuidados. No período de 1993 a 2003, a cobertura se expandiu de modo significativo, alcançando 90% da população (38% regime contributivo e 51% subsidiado). O crescimento do plano subsidiado foi quase três vezes superior ao contributivo, com uma diferença importante no rol de serviços prestados em cada um desses planos. Em 2010, na Colômbia, uma grave crise institucional e financeira do *Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)* levou à revisão da *Ley 100*, que o havia instituído com a votação de um novo marco legal em 2011 (*Ley* 1438). Essa conjuntura foi marcada por um intenso debate entre autoridades governamentais, políticos, entidades profissionais e sociedade civil acerca dos resultados, impasses e possibilidades de aperfeiçoamento do sistema colombiano. A nova lei estabelece o acesso universal como um direito da cidadania e a APS como estratégia para organizar a prestação,

dos serviços. Para alcançar esse propósito, o novo marco legal prevê a unificação dos planos de benefícios com uma atualização a cada dois anos dos procedimentos cobertos. Em 2012, a arquitetura do sistema continuava composta pelos regimes contributivo, subsidiado, especial (militares, magistério, petroleiros, entre outros) e por não assegurados, cujo atendimento é previsto em serviços disponíveis das Secretarias de Saúde dos entes territoriais (Departamentos e Municípios)[12,13].

Na Argentina, o sistema de saúde é formado por três subsetores: o público, com gestão nacional, provincial e municipal; o seguro social e de saúde de afiliação obrigatória, composto pelas *Obras Sociales*; e o seguro privado de afiliação voluntária. Esse sistema é responsável pela cobertura de 47% da população, mas, comumente, não possui serviços próprios, garantindo a prestação por meio de prestadores privados ou de hospitais públicos[12]. O setor público detém uma rede própria de hospitais e centros de saúde. A maior parte do financiamento e da prestação de serviços está a cargo das províncias e dos municípios, enquanto o Ministério da Saúde se reserva das funções de normatização e regulação. As políticas de APS são do tipo focalizadoras/seletivas (distribuição de medicamentos, saúde materno-infantil, médicos comunitários para ações essencialmente de promoção e prevenção no nível local). O sistema é essencialmente voltado para a atenção médica curativa e centrado no hospital[12].

Salientamos que mudanças vêm ocorrendo nos sistemas de saúde do Paraguai e do Uruguai. No Paraguai, são observados avanços jurídicos gradativos com a gratuidade no acesso e na implantação de *Unidades de Atención a la Família* como porta de entrada do sistema público, desde 2008. Entretanto, estima-se que 40% da população ainda permanece sem cobertura, apenas 13,9% têm seguro público (*Instituto de Previsión Social*) e o gasto público continua muito baixo[12]. No Uruguai, surgiu em 2007 o *Sistema Nacional Integrado de Salud* (SNIS), considerado um seguro para a extensão gradativa da cobertura universal de cuidados integrais. Foi estabelecido um financiamento solidário por meio de Fundo Público Único e a prestação de serviços leva em conta o *mix* de prestadores de serviços e a presença importante de mutuais (*Instituiciones de Assistencia Médica Colectiva* (IAMC), representadas por cooperativas médicas. Essa reforma prevê mudança no modelo assistencial na direção da APS, contudo, dificuldades de coordenação, organização e de recursos humanos exigirão tempo para que sejam expressas e operacionalizadas no sistema de saúde[12]. A Tabela 2 (ANEXO 2) apresenta uma análise comparativa das principais características dos sistemas de saúde do Brasil, Chile, Argentina e Colômbia.

Estratégicas para fortalecimento da capacidade do sistema responder à pandemia

O impacto da pandemia na dinâmica econômica, social, política e cultural da população tem colocado à prova a governança dos países e agências internacionais para além das questões sanitárias[10]. Na América Latina, a chegada *a posteriori* da COVID-19 em relação à Ásia e à Europa possibilitou que a maioria dos países adotassem estratégias para mitigar os efeitos da propagação do Sars-CoV-2[2]. Porém, há fragilidades nos sistemas de saúde no tocante ao acesso e quantitativo de leitos de terapia intensiva e ventiladores mecânicos, as quais, atreladas a desigualdades sociais sistêmicas e pobreza, potencializam a situação pandêmica nesses países[4].

Diante disso, alguns pesquisadores estimaram os efeitos do surto da COVID-19 nos países de baixa

renda, como na América Latina, apontando para um cenário alarmante e com uma dinâmica de surto sem precedentes[3]. Segundo os pesquisadores, é premente fortalecer o sistema de Vigilância em Saúde e investir no desenvolvimento de recursos humanos, financeiros e de infraestrutura dos serviços de saúde para dar uma resposta efetiva a esta pandemia[3].

Destacamos que as primeiras estratégias adotadas pelos governos desses países focalizaram, sobretudo, nas medidas de distanciamento social das pessoas e na busca pela disponibilização de leitos em unidades de terapia intensiva para os doentes graves[10]. Entretanto, alguns *experts* presumiram, com base no elevado número de casos em alguns países da América Latina, que a implementação das medidas de mitigação da doença foi tardia, particularmente em relação ao distanciamento social e à fragilidade da Vigilância Epidemiológica[8].

No México, por exemplo, quando teve início o surto da COVID-19, as autoridades públicas declararam um risco subestimado muito aquém da real ameaça para a população, o que gerou tensões entre o governo e a atuação de alguns Estados, que agiram de forma independente[4]. No Brasil, apesar dos dados alarmantes, o governo também minimizou a pandemia e colocou em xeque as medidas de mitigação que estavam sendo propostas pelo Ministério da Saúde e reiteradas pela Organização Mundial da Saúde, ocasionando dúvida sobre o comportamento a ser seguido pela população[15].

Para ter acesso ao resumo das principais medidas, ações e políticas adotadas pelos países da América Latina e Caribe acesse o link:
http://www.sela.org/media/3219723/covid-19-resumen-de-las-principales-medidas-estados-miembros-sela.pdf

Segundo dados da *Johns Hopkins University*[6], esses dois países estão entre aqueles com maior número de mortes na América Latina, sendo 137.793 no Brasil e 72.803 no México (até o dia 18 de setembro de 2020). Outros países da América Latina apresentam dados alarmantes, como a Argentina (613.658 casos confirmados), a Colômbia (750.471 casos confirmados) e o Peru (756.412 casos confirmados), estando entre aqueles com maior número de casos confirmados.

Para atualizar as estatísticas de casos confirmados e mortalidade pelo novo coronavírus na América Latina e no mundo acesse o link:
https://coronavirus.jhu.edu

Para além dos aspectos relacionados à governança desses países, devemos considerar outros determinantes sociais, por exemplo, os dados sociodemográficos que influenciam os desfechos da pandemia nesses países. Embora a população da América Latina seja mais jovem se comparada à da Europa e dos Estados Unidos (menos de 9% da população latino-americana é maior de 65 anos, em relação a 20% da europeia e 16% da norte-americana)[2]; há um grande contingente de idosos que vivem em contextos de vulnerabilidade social, em domicílios unipessoais com ausência de rede de apoio social e em condições precárias nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

Assim, consideramos crucial identificar quais grupos, dentro de uma população, estão em maior risco de infecção e morte por COVID-19, bem como quais setores da sociedade têm maior probabilidade de infeção, morte ou desenvolvimento de outras consequências graves, a fim de possibilitar o direcionamento de recursos para quem mais precisa[16]. Por exemplo, a situação das residências de idosos é diferente da observada em outras instituições de saúde, as quais apresentam riscos específicos. Existem fatores intrínsecos como o processo de envelhecimento e a diminuição da capacidade funcional que dificultam a resposta do sistema imunológico no combate às doenças. Há, também, possibilidades de comprometimento da capacidade de locomoção e dificuldades de comunicação e alteração da autopercepção do corpo, sendo essas características inerentes a espaços comuns onde os idosos estão inseridos. Soma-se a isso a corresponsabilização pelo cuidado envolvendo diversos profissionais de saúde, familiares, cuidadores.

Países do mundo todo instituíram medidas para garantir que os idosos tenham acesso a serviços e informações essenciais durante a pandemia da COVID-19, e as instituições, principalmente as científicas, estão redobrando seus esforços para atender às necessidades de saúde desse grupo populacional. No entanto, esta não é apenas uma responsabilidade dessas instituições, mas sim uma obrigação de todo o aparato estatal garantir a proteção da população mais vulnerável por meio de políticas públicas nacionais.

Vários movimentos estão se organizando para promover cuidados ao idoso durante a pandemia do novo coronavírus, a exemplo dos enfermeiros d*a Red de Salud del Adulto Mayor* (REDESAM). Essas propostas são discutidas em eventos como congressos, palestras com uso dos *streming*, vídeos educativos direcionados para o idoso, desenvolvimento de pesquisas, publicação de artigos, entre outros, e também disponibilizadas por meio do e-book ora

Diante dos desafios dos sistemas de saúde da América Latina, a pandemia da COVID-19 representa uma oportunidade para transpor as desigualdades no acesso e iniquidades em saúde de modo a qualificar o cuidado integral em saúde[9]. Isso reforça a relevância do papel APS em trazer respostas mais efetivas e sustentáveis, tendo em vista seu alto grau de capilarização e alcance de um maior contingente populacional mais vulneráveis à COVID-19 em decorrência de suas condições de vida[10,11].

O papel da APS diante da pandemia da COVID-19

Os cuidados primários de saúde representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, devendo encontrar-se o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, bem como constituir-se em um elemento organizacional de um processo contínuo de assistência à saúde. Constituem alguns dos atributos essenciais da APS: o primeiro contato, acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema; a longitudinalidade; a integralidade, que garante o acesso a qualquer outro ponto do sistema; e a coordenação. Os atributos derivados englobam a orientação familiar e a orientação comunitária[17,18].

Existe um consenso sobre a importância da APS na melhora dos indicadores de saúde de uma dada

de uma determinada população podem ser resolvidos na APS, pois permite conciliar especialmente ações de assistência com prevenção e promoção da saúde, além de coordenar a atenção prestada nos outros níveis do sistema[17,19-22].

Contudo, durante uma pandemia, quando se tem em curso uma doença emergente com sua história natural não totalmente elucidada como a COVID-19, os sistemas de saúde e os profissionais que atuam diante das demandas assistenciais se deparam com inúmeras e complexas dificuldades no cotidiano do trabalho. De fato, a pandemia tem exigido dos profissionais, especialmente dos enfermeiros, um maior preparo técnico-científico, psicológico e de gestão e organização do processo de trabalho para atuar na linha de frente e garantir atendimento de qualidade e integral às comunidades[5,22].

Assim, a APS deve ser considerada um importante pilar no enfrentamento da COVID-19. Focar nos atributos essenciais e derivados da APS, como o monitoramento das famílias vulneráveis e o acompanhamento aos casos suspeitos e leve, é estratégia fundamental tanto para a contenção da pandemia quanto para o não agravamento dos quadros. Cabe à APS também abordar problemas oriundos do isolamento social prolongado e da precarização da vida social e econômica, como transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos, cujas consequências são de difícil previsão, exigindo cuidados integrados longitudinais[10].

De modo a garantir um atendimento seguro e de qualidade na APS, são necessários planejamento baseado em dados, reorganização dos serviços de acordo com as características da epidemia, alocação de recursos financeiros e estratégias de ação específicas para o enfrentamento da pandemia em curso. Premente também capacitar os profissionais de saúde, realizar testes diagnósticos em massa, criar uma estrutura para solicitação de exames complementares com resultados em tempo oportuno, oportunizar espaço físico adequado para acolher possíveis casos suspeitos, estocar medicamentos e instituir fluxos e protocolos bem definidos com acesso prioritário a outros níveis e serviços de saúde, a fim de potencializar a coordenação do cuidado exercido pela APS. Além disso, alertamos para a necessidade de oferecer apoio diagnóstico e de cuidado compartilhado com a equipe de saúde, bem como de disponibilizar profissionais suficientes e EPIs adequados e em número suficiente para os profissionais de saúde e indivíduos sintomáticos. Adicionalmente, a organização dos processos de trabalho que articulem as metodologias de acesso ao serviço, a assistência às pessoas e a produção de informações que possam retroalimentar o serviço e o sistema fortalecendo o cuidado prestado à população são igualmente imprescindíveis[10].

A alta taxa de propagação do Sars-CoV-2, particularmente em espaços fechados, incluindo os serviços de saúde da APS, e a necessidade de se evitar uma busca em massa pelos serviços de saúde nas fases iniciais da epidemia, tornaram os serviços de telessaúde uma estratégia de cuidado essencial em diversos países e sistemas de saúde do mundo.

Tal tecnologia possibilita que os usuários tenham acesso à informação qualificada e em tempo oportuno de como proceder em nível individual[10]. Ressalta-se que a APS é potente na redução das iniquidades em saúde e deve, portanto, ser fortalecida e estruturada como uma das principais respostas do setor

saúde à epidemia, em virtude de seu alto grau de capilarização nos territórios nacionais e do alcance de parcelas expressivas da população expostas a riscos excessivos por precárias condições de vida. Finalmente, pandemias como a COVID-19 colocam em xeque discursos e práticas de redução do tamanho do Estado, flexibilização das leis trabalhistas, desmonte do sistema de proteção social, desvalorização e desinvestimento em ciência, tecnologia e ensino, bem como de precarização de serviços públicos de saúde[10,11].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descrição e a análise da integração da APS nos sistemas de saúde da América Latina demostram que, mesmo nos casos de sistemas de base universal, há persistência de segmentação com fragmentação dos serviços nesse nível de atenção. Os atributos essenciais e derivados da APS precisam estar inter-relacionados para garantir a expressão das três funções de uma APS forte: a resolutividade, a comunicação e a responsabilização. Ademais, a procura por um marco abrangente para a avaliação e operacionalização da APS em cada país, que considere os níveis inter-relacionados de análise, poderá contribuir para o seu avanço na América Latina.

Sistemas públicos universais de saúde ancorados em uma APS robusta, resolutiva, abrangente, acessível e cultural e socialmente orientada constituem-se em um dos pilares de uma sociedade que respeita os direitos mais elementares das pessoas. A APS precisa assumir o seu papel como coordenadora cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde. O sucesso do enfrentamento à Covid-19, o futuro dos diversos sistemas de saúde e a saúde dos latino-americanos também dependem disso.
Ressaltamos a importância do papel da Enfermagem, que realiza ações de proteção, prevenção e assistência integral tanto aos pacientes com diagnóstico de COVID-19 como aos casos suspeitos e, sobretudo, com foco na população em maior risco de contaminação. Na APS, a Enfermagem atua como um elo entre a comunidade e os serviços de saúde, e entre a comunidade e os diversos setores que ela pode apoiar. Embora nos países latino-americanos exista uma variação do número de casos confirmados de Covid-19 na data desta publicação, as principais recomendações para lidar com essa crise sanitária ainda são voltadas para as medidas preventivas e de mitigação da propagação do Sars-CoV-2, nas quais a equipe de Enfermagem da APS exerce um papel central e decisivo.

REFERÊNCIAS

1- World Health Organization (WHO). [Internet]. Geneva. 2020. Coronavirus (COVID-19) events as they happen. Eventos de coronavirus (COVID-19) a medida que ocurren. [cited 2020 Sep. 19]. Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen

2- Alvarez RP, Harris PR. COVID-19 in Latin America: Challenges and opportunities. Rev. Chil. Pediatr. 2020;91(2):179-182. DOI: http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i2.2157

3- Caicedo-Ochoa Y, Rebellón-Sánchez DE, Peñaloza-Rallón M, Cortés-Motta HF, Méndez-Fandiño YR. Effective Reproductive Number estimation for initial stage of COVID-19 pandemic in Latin American Countries. Int J Infect Dis. 2020;95:316-318. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.04.069

4- Pablos-Mendez A, Vega J, Aranguren FP, Tabish H, Raviglione. Covid-19 in Latin America. BMJ. 2020; 370

DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.m2939

5- Burki T. COVID-19 in Latin America. Lancet Infect Dis. 2020;20(5):547–548. DOI: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30303-0

6- Johns Hopkins University [Internet]. Baltimore. 2020. Coronavirus Resource Center. [cited 2020 Sep. 19]. Available from: https://coronavirus.jhu.edu/

7- Rodríguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Méndez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C et. al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. Travel Med Infect Dis. 2020;35:101613. DOI: https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101613

8- Bautista-Molano W, Garrot LF. Toro C. Explorando el impacto de COVID-19 en América Latina. J Clin Rheumatol. 2020;26(6):218-219. DOI: https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000001523

9- Ezequiel GE, Jafet A, Hugo A, Pedro D, Maria MA, Carola OV et al. The COVID-19 pandemic: A call to action for health systems in Latin America to strengthen quality of care. International Journal for Quality in Health Care, 2020;1-2. DOI: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa062

10- Sarti T, Lazarini W, Fontanelle L, Almeida Coelho APS. ¿Cuál es el papel de la atención primaria de salud en la pandemia de COVID-19? Epidemiol. Serv. Saúde. 2020;29(2):e2020166. DOI: https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024

11- Farias LABG, Colares MP, Barreto FKA, Cavalcanti LPG. El papel de la atención primaria en la lucha contra el Covid-19. Impacto en la salud pública y perspectivas futuras. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2455. DOI: https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455

12- Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GVS, Bonfim JR, Minayo MCS, Akerman M, Drumond M Jr, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Fiocruz; 2012. p. 591-659.

13- Conill EM. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2018; 31(4):1-13. Available from: https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8779

14- World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. 2007. Everbody Business: Strengthening Health System to Improve Health Outcomes. WHO`s Framework for Action. Available from: https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

15- Editorial the Lancet. COVID-19: learning from experience. The Lancet. 2020; 395(10229):1011. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30686-3

16- Ritchie H, Ortiz-Ospina E, Beltekian D, Mathieu E, Hasell J, Macdonald B et. al. Coronavirus Pandemic (COVID-19). Our World in Data [cited 2020 Sep. 19]. Available from: https://ourworldindata.org/coronavirus

17- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

18- Organización Panamericana de Salud (OPS) [Internet]. Brasília. 2020. Atención Primaria de Salud; [cited 2020 Sep. 19]. Available from: https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude

19- Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

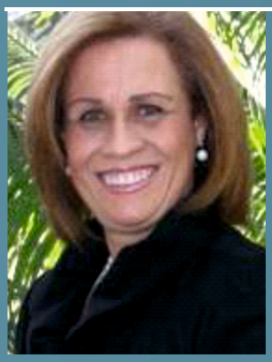
20- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Quarterly. 2005;83(3):457-502. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x

21- Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. Lancet. 2008;372(9647):1365-1367. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61524-X

22- Bolina AF, Bomfim E, Lopes-Júnior LC. Frontline Nursing Care: The COVID-19 Pandemic and the Brazilian Health System. SAGE Open Nursing. 2020;6:1-6. DOI: https://doi.org/10.1177/2377960820963771

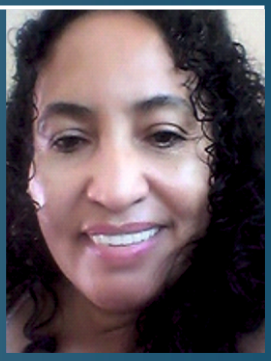
3

AMPLIAÇÃO DO PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO IDOSO NA REGIÃO DAS AMÉRICAS



Silvia Helena de Bortoli Cassiani
Estados Unidos

Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval
Perú



3- AMPLIAÇÃO DO PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DO IDOSO NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

Silvia Helena de Bortoli Cassiani
ORCID: 0000-0003-0914-7511
Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval
ORCID: 0000-0002-1773-6669

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional é um desafio nos países da Região das Américas e requer serviços de saúde e um número crescente de recursos humanos treinados para atender às necessidades dos idosos. **Objetivo**: Divulgar a ampliação da atuação do enfermeiro e enfermeira no cuidado do idoso nos serviços de primeiro nível de atenção. **Desenvolvimento do tema:** Serão abordados temas como expansão do papel do enfermeiro no cuidado comunitário, proposta da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde e papel do enfermeiro no cuidado do idoso na comunidade. **Considerações finais:** As evidências indicam que o Enfermeiro de Prática Avançada pode melhorar os resultados de saúde do idoso e a qualidade e eficiência do sistema de saúde para enfrentar os problemas causados por doenças crônicas e incapacitantes. É também capaz de prestar cuidados com elevado grau de complexidade com base científica. Os enfermeiros que atuam na saúde do idoso na comunidade apresentam experiências efetivas em diversos países e as evidências apontam para melhorias no acesso aos serviços de saúde, reconhecendo o cuidado como parte da equipe interprofissional, bem como para melhor promoção de saúde e redução da mortalidade. Expandir o papel da enfermagem no âmbito dos serviços e do sistema de saúde é fundamental.

Descritores: Rol; Enfermera; Atención; Anciano; Atención Primaria de Salud.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma ferramenta essencial que envolve serviços de saúde integrais, de acordo com as necessidades de saúde de todos os indivíduos e famílias da comunidade[1]. A declaração de Alma-Ata de 1978 reafirmou o direito ao acesso ao mais alto nível de saúde possível com equidade, solidariedade e direito à saúde, reconhecendo esses valores como fundamentais[2].

A adoção de uma rede de serviços de APS é fundamental para consolidação da meta de proporcionar saúde e bem-estar a todas as populações da Região das Américas. No entanto, o acesso universal e a cobertura universal de saúde, como função estrutural, requerem a eliminação de barreiras e a oferta de financiamento e recursos adequados, bem como de profissionais em número suficiente para o adequado funcionamento dos serviços de saúde.

Para alcançar o acesso e cobertura universal de saúde, os países devem estar envolvidos e comprometidos com a adoção de estratégias inovadoras. Em setembro de 2017, a 29ª Conferência Sanitária da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) aprovou a Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde, a fim de orientar as políticas nacionais de recursos humanos para a saúde, com base na disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, relevância e competência dos recursos humanos para atuação neste setor. Esses componentes são essenciais para o alcance tanto das metas de saúde universal quanto dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030[3].

A estratégia foi desenvolvida por meio de um processo ativo de consulta e discussão técnica com os países e estados-membros da OPAS/OMS e tem o objetivo de servir como um guia para o desenvolvimento de políticas e planos de recursos humanos. Propõe as seguintes linhas estratégicas de ação: a) fortalecer e consolidar a governança e a gestão dos recursos humanos em saúde; b) desenvolver condições e capacidades de recursos humanos para a saúde, a fim de expandir o acesso e a cobertura da saúde com equidade e qualidade; e c) coordenar ações com o setor da educação, no intuito de estabelecer acordos para responder às necessidades dos sistemas de saúde em transformação para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde[3].

Entretanto, na prática, para ter acesso aos serviços de saúde, a população desses países enfrenta dois desafios: as barreiras geográficas e a falta de recursos humanos. A maior parte dos recursos humanos concentra-se nas áreas urbanas e nos serviços de atenção terciária, em detrimento dos serviços de primeiro nível. Também se distribuem de maneira heterogênea tanto entre os países da Região como dentro de cada um deles.

Em 2019, a OPAS/OMS instituiu a Comissão de Alto Nível “Saúde Universal no Século XXI: 40 anos de Alma-Ata”. O relatório desta Comissão destaca, em sua oitava recomendação, valorizar os recursos

humanos como protagonistas da construção e consolidação de modelos de atenção baseados na APS[1]. No mesmo ano, a OPAS/OMS divulgou o documento "Orientação Estratégica para Enfermagem na Região das Américas", com o objetivo de fortalecer o papel do enfermeiro por meio de diferentes intervenções da OPAS, outras organizações regionais e países e parceiros[4]. Ambos os documentos enfatizam que a formação de uma força de trabalho eficiente e eficaz, capaz de responder às prioridades do século XXI, requer uma associação efetiva entre a oferta e as capacidades de recursos humanos para satisfazer as necessidades de saúde atuais e futuras[5].

Atualmente, o envelhecimento da população é um desafio nos países daquela Região e requer serviços de saúde e um número crescente de recursos humanos capacitados para atender às necessidades dos idosos. Estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT) intitulado "A proteção dos cuidados de longa duração para os idosos: uma análise dos déficits de cobertura em 46 países", além de constatar enormes déficits na proteção social dos idosos, relata falta de pessoal de saúde treinado para atendimento geriátrico. O déficit de recursos humanos impede a prestação de serviços de qualidade para mais da metade dos idosos do mundo[6].

Estudo que analisou o padrão de multimorbidade da população adulta e a experiência desses pacientes na atenção primária em seis países da América Latina e do Caribe (Brasil, Colômbia, El Salvador, Jamaica, México e Panamá) identificou variação da prevalência de multimorbidade entre 17,5% na Colômbia a 37,3% na Jamaica. A maioria das doenças examinadas foi acompanhada por outras, principalmente diabetes e doenças cardíacas. O estudo concluiu que oferecer atendimento adequado ao crescente número de pacientes com essas características é um importante desafio na maioria dos sistemas de saúde[7].

O documento *Panorama do Envelhecimento e Dependência na América Latina e no Caribe* mostra que as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade e morbidade entre os idosos da América Latina e do Caribe. Essas doenças incluem isquemia cardíaca e acidentes vasculares cerebrais, responsáveis por 25 % da carga total de doenças. O documento também assinala um significativo aumento das doenças neurodegenerativas como Alzheimer e demência senil, as quais, juntas, acometem 1,5% da população e causam 11,6% anos perdidos por invalidez e morte prematura da população com mais de 80 anos[8].

Comemoramos, em 2020, o ano dos profissionais de enfermagem e obstetrícia, justamente quando o mundo está enfrentando a devastadora pandemia da síndrome respiratória aguda grave-2 (SARS-CoV-2 ou COVID-19). Nesse sentido, a pandemia alertou, de uma maneira ímpar, para o papel crucial e inestimável dos profissionais de saúde.

Infelizmente, a COVID-19 vem atingindo a população idosa com maior gravidade e tem sido observada relação da doença com alguns fatores de risco, tais como idade avançada, sexo masculino, índice de massa corporal elevado e doenças cardiometabólicas. Em idosos, a COVID-19 é agravada pela presença de doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes[9-10].

Superar esses desafios e melhorar o atendimento à população idosa exige esforços coordenados entre o primeiro nível de atendimento e o atendimento hospitalar, bem como manutenção de serviços de saúde adequados, bem distribuídos e acessíveis, e com pessoal de saúde em quantidade suficiente, treinado e motivado.

No atual contexto, diante das diversas implicações causadas pela pandemia e da maior vulnerabilidade desta parcela da população, a enfermagem assume função fundamental. Nesse sentido, é possível ampliar o papel dos enfermeiros na APS, de modo que enfermeiros com formação em níveis avançados atuem de maneira integrada às equipes interprofissionais de saúde no primeiro nível de atenção, de forma cada vez mais frequente em todos os países da Região[11].

Essa expansão de atuação deste profissional é importante, pois pode contribuir para a redução de doenças crônicas e fatores de risco e maximizar o acesso aos serviços de saúde para populações com doenças crônicas como câncer, diabetes, hipertensão e problemas de saúde mental. Além disso, tem potencial para melhorar o acesso aos cuidados de saúde em áreas com oferta limitada de médicos, otimizar atividades de promoção da saúde e reduzir a mortalidade.

Com base nesse contexto, o objetivo deste capítulo é divulgar a ampliação do papel de enfermeiros idoso em serviços de primeiro nível e, assim, contribuir para a discussão de como os profissionais de enfermagem podem contribuir para maximizar o acesso e cobertura a serviços de saúde para populações idosas.

OBJETIVO

Divulgar a ampliação do papel do enfermeiro e enfermeira no cuidado do idoso nos serviços de primeiro nível de atenção.

Desenvolvimento do tema

Expansão do papel do enfermeiro no cuidado comunitário e proposta da OPAS/OMS

O mundo possui, aproximadamente, 28 milhões de profissionais de enfermagem. Na Região das Américas, há um total de 8,4 milhões, representando 30% dos profissionais de enfermagem do nível mundial; tal contingente é equivalente a 59% total da força de trabalho em saúde no nível mundial e 56%, na Região[12].

A enfermagem desempenha um papel essencial nos serviços de saúde, tanto por sua força de trabalho quanto por sua capacidade de fortalecer os sistemas de saúde[4].

A proporção de enfermeiros licenciados por habitante é, em geral, baixa nos países da Região, o que

compromete as condições e a capacidade de expandir o acesso e a cobertura com equidade e qualidade. A OPAS/OMS tem trabalhado junto com os países para transformar a formação dos profissionais, com o compromisso de capacitá-los com uma visão integral e interprofissional, voltada para a saúde dos mais necessitados[11].

A OPAS/OMS propõe que os países latino-americanos, principalmente, ampliem a formação e qualificação de profissionais, implementem a regulamentação da atuação e criem atratividade do mercado de trabalho do enfermeiro e enfermeiro de prática avançada. O enfermeiro de prática avançada (EPA) é aquele com formação de pós-graduação (mestrado) que, integrado à equipe interprofissional dos serviços de APS, contribui para a gestão do cuidado de pessoas com fatores de risco, doenças agudas leves e distúrbios crônicos diagnosticados de acordo com protocolos[11].

O profissional atuaria em locais distantes e também em grandes centros, oferecendo um diferencial e uma atuação ampliada nos serviços de atendimento de primeiro nível. A prática profissional ampliada diferiria daquela realizada pelo enfermeiro de primeiro nível de atenção pelo grau de autonomia na tomada de decisões, incluindo o diagnóstico e tratamento dos distúrbios do paciente[11]. Atualmente, a EPA é considerada uma intervenção que pode beneficiar o atendimento à saúde das populações mais vulneráveis.

A EPA melhora a acessibilidade aos serviços de atenção primária, reduzindo custos[11]. As avaliações de impacto dos cuidados de saúde da EPA têm mostrado um alto índice de satisfação do usuário, pois os enfermeiros tendem a passar mais tempo com o paciente e fornecer mais informações e conselhos.

Considerando a necessidade de estabelecer critérios para o treinamento da EPA, a OPAS/OMS propõe planos de treinamento para enfermeiros licenciados. No primeiro plano, o Modelo 1, eles seriam treinados como EPAs em programas de mestrado profissional oferecidos por universidades credenciadas, com foco na APS. No segundo plano, o Modelo 2, os enfermeiros licenciados com experiência profissional em unidades de APS seriam treinados por meio de programas de enfermagem de prática avançada específicos e complementares oferecidos por universidades credenciadas. No terceiro plano, o Modelo 3, os enfermeiros recém-formados seriam treinados por meio de cursos de residência em APS em universidades credenciadas e, ao final de dois anos, poderiam se graduar com um mestrado e como enfermeiros de prática avançada[11]. Para realizar esses modelos, no entanto, é necessário definir os regulamentos e elaborar leis nacionais.

O enfermeiro de prática avançada pode trabalhar com populações de crianças, adolescentes, adultos, famílias, comunidades e idosos.

O papel do enfermeiro no cuidado do idoso na comunidade

Nunca antes os idosos constituíram uma proporção tão grande da população mundial. Em 2017, havia cerca de 962 milhões de pessoas com mais de 60 anos, ou seja, 13% da população mundial. Essa porcentagem aumentará rapidamente nas próximas décadas, especialmente em países de baixa e média renda. Em 2050, uma em cada cinco pessoas terá mais de 60 anos[13,14].

O relatório *World Population Outlook 2019: Highlights*, publicado pelas Nações Unidas, relata que o envelhecimento da população mundial tem consequências importantes para o cumprimento dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Para alcançar o ODS 3, é necessário atender de forma abrangente as necessidades sociais e de saúde dos idosos e dar continuidade aos seus cuidados ao longo do tempo. Para atingir esse objetivo e suas 13 metas, os países devem adotar, cada vez mais, políticas, programas e intervenções baseados em evidências para prevenção e promoção da saúde[15].

Na Região das Américas, os dados indicam que os idosos representam 3% da população. Quanto às causas de morte na faixa etária de 60 anos, responsável por 40% dos óbitos, as doenças isquêmicas do coração são a principal causa (14,51%), seguidas de doenças cerebrovasculares (7,67%) e demência (6,21%)[15].

Em outubro de 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o Guia de Atenção Integrada para Pessoas Idosas (ICOPE): Diretrizes sobre intervenções em nível comunitário para gerenciar a perda de capacidade intrínseca. Capacidade intrínseca é definida no guia como a combinação de todas as capacidades físicas e mentais que uma pessoa possui à medida que envelhece e que permitem o bem-estar na velhice, sob a ótica do envelhecimento saudável[15]. A metodologia utilizada pelo guia ICOPE incorpora a otimização da capacidade intrínseca e da capacidade funcional como a chave para o envelhecimento saudável e aborda as seguintes condições prioritárias que estão associadas a uma diminuição da capacidade intrínseca nos seus vários domínios: deficiência cognitiva, perda de mobilidade, má nutrição, deficiência visual, perda auditiva, sintomas depressivos, apoio e assistência social, apoio para cuidadores[13].

A abordagem proposta no guia ICOPE fundamenta-se na noção de que os idosos são mais do que todos os seus transtornos ou doenças. O documento também indica cinco etapas necessárias para atender às necessidades de saúde e assistência social com uma abordagem de atenção integrada: 1. detectar perdas de capacidade intrínseca na comunidade; 2. avaliar e abordar os ambientes físico e social; avaliar as necessidades dos serviços de assistência social; plano de apoio e assistência social, eliminar obstáculos à participação social e à adaptação ao meio ambiente; 3. desenvolver um plano de atendimento personalizado, definir metas centradas na pessoa, empregar uma equipe multidisciplinar, desenhar um plano de cuidados que inclua múltiplas intervenções, abordagem e autogestão, apoio e assistência social; 4. garantir o encaminhamento e o acompanhamento do plano de cuidados; e 5. envolver as comunidades e apoiar os cuidadores[12].

Esse modelo ICOPE somente pode ser alcançado se o papel crucial desempenhado pelos profissionais de saúde na prestação de cuidados eficazes e aceitáveis for reconhecido e apoiado[13]. A adoção de cuidados integrados para os idosos nos serviços de saúde, nos cuidados de longa duração e em ambientes, requer a transformação dos serviços de saúde organizados, dos centros de saúde e das equipes. Nesse sentido, o enfermeiro de prática avançada pode contribuir para o cuidado do idoso nos três espaços citados.

Portanto, os enfermeiros devem ser formados em programas de pós-graduação em Geriatria e

Gerontologia, que contemplem o desenvolvimento de competências essenciais aos EPAs. São elas: experiência clínica; chefia; experiência no cuidado do paciente, família e comunidade; cuidado e educação do paciente e da família; investigação; colaboração intra e interprofissional; tomada de decisão ética; participação, representação política e uso de tecnologia[10].

Estudo desenvolvido em 2019 sobre o desenvolvimento da competência do processo de cuidar de enfermagem geriátrica geriátrica entre estudantes de enfermagem identificou a necessidade de que as universidades adotem programas educacionais voltados para as necessidades que se apresentarão nas próximas décadas tanto no grupo de idosos quanto naqueles que apresentam doenças crônicas. Os principais desafios para isso são a falta de formação de professores, a implementação de ferramentas didáticas metodológicas que apoiem a aprendizagem dos alunos em diferentes contextos, a falta de uma linguagem padronizada por parte do professor, o tempo de aplicação do Processo de Cuidado de Enfermagem na prática e o desinteresse do aluno[16].

Os cursos de pós-graduação podem treinar enfermeiros para o atendimento clínico de idosos. No entanto, faz-se necessário ampliar a oferta de cursos de mestrado e doutorado profissional em enfermagem na Região das Américas[17].

Uma revisão do papel do EPA aplicado à APS, em vários países como Austrália, Bélgica, Canadá, Chipre, Estados Unidos da América, Finlândia, França, Irlanda, Japão, Polônia, Reino Unido e República Tcheca, mostrou que eles podem contribuir para melhorar o acesso aos serviços de saúde e reduzir o tempo de espera dos pacientes[18]. As funções do enfermeiro no cuidado de adultos e idosos incluem atividades de recrutamento de pacientes; monitoramento proativo que visa à detecção precoce de sinais de alarme, por meio de consulta telefônica, visita domiciliar precoce ou agendada para monitoramento de sinais descompensação da doença; monitoramento e acompanhamento da adesão terapêutica; educação terapêutica estruturada ao paciente e família; e consulta sob demanda, sendo mediador e elo de ligação entre paciente, família e demais profissionais de saúde[11].

Na Austrália, Inglaterra e Suécia, programas foram implementados para monitorar pacientes crônicos em centros de saúde quanto a doenças como diabetes mellitus, hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva, asma crônica, doença pulmonar obstrutiva (DPOC) e transtorno mental[11]. Também na Austrália, Canadá, Espanha, Estados Unidos da América, Finlândia, Inglaterra e Suécia, os EPAs atuam no gerenciamento da demanda de pacientes com doenças agudas leves em centros de saúde e crônicas em centros de saúde domiciliar. Programas de gestão de doenças liderados por enfermeiros para reduzir o volume de pacientes em consultas médicas especializadas (pessoas com diabetes mellitus, asma e/ou DPOC), para gestão de processos em doentes hospitalizados, com possibilidade de gestão de medicamentos sob protocolos, também ocorrem na Austrália, Espanha, Holanda e Suécia[11,18].

Na Austrália, Canadá, Chipre, Dinamarca, Espanha, Estados Unidos da América e Holanda, foram implantados serviços de enfermagem especializados para o manejo de casos de pessoas com doenças crônicas complexas. A medida resultou em melhora significativa da autonomia, melhor manejo do regime terapêutico e redução significativa da demanda na atenção primária à saúde pelas pessoas atendidas

e cuidadores[11].

Na Suíça, foi avaliada a eficácia do cuidado integrado no domicílio em dois centros de serviços de enfermagem, que incluíam uma equipe geriátrica multidisciplinar de visitas domiciliares e serviços de enfermagem. A atuação do enfermeiro reduziu significativamente as internações desnecessárias, as idas ao pronto-socorro e permitiu que mais pacientes morressem no domicílio, com ações que incluíram o acesso a um serviço de atendimento e acompanhamento coordenado. Foi uma ferramenta eficaz para melhorar a coordenação e o acesso a cuidados para idosos frágeis e dependentes[19].

Na França, um estudo descreveu o estado de desenvolvimento das funções da EPA e revisou os principais fatores que motivam sua implementação em diferentes países. Como os pacientes idosos têm internações hospitalares mais longas, há mais casos documentados de declínio funcional quando hospitalizados e maiores taxas de incidentes de segurança do paciente. Neste caso, o EPA experiente em gerontologia pode atender essa população não apenas na unidade geriátrica, mas também na atenção primária, especialmente em lares de idosos[20].

Na Espanha, em resposta às inúmeras consultas de Enfermagem Urológica, os APNs têm sido considerados profissionais capacitados para realizar avaliações, estabelecer diagnósticos e tratamentos de forma autônoma e sem supervisão médica. Podem, inclusive, encaminhar pacientes a outros profissionais de acordo com o nível de complexidade e assumir pacientes encaminhados por outros profissionais, bem como atuar na prevenção, detecção precoce da incontinência e melhora dos resultados na população. São igualmente capazes de realizar e interpretar estudos urodinâmicos em consultas de pacientes com diversos problemas urológicos, com resultados altamente satisfatórios em adultos[21]. Na Andaluzia, avaliou-se a eficácia da atuação do EPA em feridas crônicas complexas no cuidado de pacientes com lesões por pressão, notando-se melhora geral em termos da profundidade das lesões, diferentes tipos de tecidos, características das bordas e quantidade de exsudato. Foi possível verificar otimização dos recursos de enfermagem, melhora nas medidas preventivas implementadas e necessidade de avançar na formação de enfermeiros para o cuidado das lesões por pressão, tratamento local e tipos de desbridamentos. Concluiu-se que a atuação do EPA em feridas crônicas complexas está sendo eficaz no cuidado de pacientes com lesões por pressão na Andaluzia[22].

Em 2020, a OPAS/OMS publicou o documento *Perspectivas e Contribuições da Enfermagem para a Promoção da Saúde Universal*, que relata a experiência vivida por enfermeiras no Brasil no intitulado Esquadrão Anti-Queda, o qual conseguiu reduzir o número de quedas em idosos e aumentar a resolutividade da APS[23]. Outra experiência relatada foi o projeto da Clínica Escola de Enfermagem, espaço de prática para alunos e professores que incluía atividades com idosos e seus familiares, para receber orientações sobre saúde, tratamento, acompanhamento e servir de referência para serviços de saúde de a cidade[23]. Porém, apesar da relevante iniciativa desses profissionais, suas práticas não foram regulamentadas e os profissionais não são reconhecidos como EPA.

Cuba tem a experiência do *Programa de Atenção Integral ao Idoso*, instituído em 1997. As 240 casas de avôs e avós, integrantes da rede de serviços integrados que caracterizam o modelo de Atenção

Primária à Saúde em Cuba, têm lotação para 7.932 pessoas. Elas estão distribuídas pelas 16 províncias do país e cumprem a função de assegurar assistência integral a idosos fragilizados e vulneráveis, idosos com deficiência física ou mental e idosos com graves problemas sociais. O Programa tem três áreas integradas: atendimento comunitário, atendimento institucional e atendimento hospitalar. No atendimento comunitário, é realizada uma avaliação multidisciplinar e multidimensional de todos os idosos residentes na comunidade[24].

No Chile, foi criado o Programa de Doenças Respiratórias de Adultos (DRA), implantado nas unidades básicas de saúde (APS) e direcionado de forma prioritária a pessoas com 65 anos ou mais. Neste Programa, os controles estão a cargo do médico, cinesiologista e enfermeira, e os resultados indicam uma redução de 56,5% na morte por pneumonia adquirida na comunidade[25].

No Peru, para a efetividade da Atenção Integral ao Idoso, os serviços de enfermagem ambulatorial requerem a ampliação de seu papel nos serviços de atenção primária à saúde, sendo sensibilizados, treinados e treinados para prestar atenção integral e fazer a avaliação clínica do idoso. Embora como resultado da alta prevalência de hipertensão no Peru, programas abrangentes de controle da pressão arterial (PA) são implementados em adultos com 70 anos ou mais, e a enfermagem realiza intervenções que incluem educação em saúde e treinamento nutricional para indivíduos e grupos. Essas ações visam melhorar os indicadores relacionados ao estilo de vida, níveis de pressão arterial e resultados laboratoriais em pessoas que vivem em áreas urbanas de baixa renda[26,27].

Devemos supor que resultados ainda mais positivos seriam alcançados pela população daquela região e, principalmente, por idosos em situação de vulnerabilidade se esses países mencionados tivessem implementado e regulamentado as funções de enfermeiro e enfermeiro de prática avançada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências apresentadas indicam que o APE pode melhorar os resultados de saúde do idoso, a qualidade e a eficiência do sistema de saúde para enfrentar os problemas causados por doenças crônicas e incapacitantes. Além disso, este profissional é capaz de prestar cuidados com alto grau de complexidade com base científica.

Os enfermeiros que atuam na saúde do idoso na comunidade apresentam experiências efetivas em diversos países. As evidências apontam para melhorias no acesso aos serviços de saúde, reconhecendo o cuidado como parte da equipe interprofissional, bem como para melhor promoção dos saúde e redução da mortalidade. No entanto, a expansão da função de enfermagem é fundamental no âmbito dos serviços e do sistema de saúde.

Ampliar a atuação do enfermeiro no cuidado do idoso permitirá abordar as condições prioritárias que estão associadas à diminuição da capacidade intrínseca em seus diversos domínios, atendendo às necessidades de assistência social do idoso e apoiando os cuidadores. Isso também permitirá intervir na redução de doenças crônicas e fatores de risco, maximizar o acesso aos serviços de saúde para

pacientes com doenças crônicas como câncer, diabetes, hipertensão, problemas de saúde mental, e melhorar o acesso aos cuidados de saúde em áreas com oferta limitada de profissionais médicos.

A pandemia da COVID-19 tem explicitado a relevância dos profissionais de saúde e, principalmente, dos profissionais de enfermagem. Os idosos são os mais afetados e aqueles que apresentam as maiores taxas de mortalidade. Enfermeiros com educação formal, atuação ampliada e regulamentada podem contribuir muito tanto durante a pandemia quanto no futuro.

REFERÊNCIAS

1. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:e104. [cited 2020 Jul 9]. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104.

2. Tejada de Rivero D.A. The history of Alma-Ata Conference. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet] 2018;64(3);361-366. [cited 2020 Jul 19]. DOI: http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098

3. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. Washington, DC. 29ª Conferencia Panamericana de la OPS, 69ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 25-29 sep. 2017; OPS; 2017 (documento CSP29/10) [cited 2020 Jun 18]. Available from: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2017/CSP29-10-s.pdf

4. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [cited 2020 Jul 8]. Available from: http://apps.who.int/iris.

5. Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. [Internet]. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2019. [cited 2020 Jun 8]. Available from: https://iris.paho.org.

6. Scheil-Adlung X. Global estimates of deficits in long-term care protection for older persons. International Labour Office. [Internet]. Geneva: ILO, 2015. [cited 2020 Jun 24]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_407620.pdf.

7. Macinko J, Andrade FCD, Nunez BP, Guanais FC. Primary care and multimorbidity in six Latin American and Caribbean countries. Rev Panam Salud Pública. 2019;43:1-9. [cited 2020 Jun 28]. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.8

8. Aranco N, Stampini M, Ibarrarán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe [Internet]. 2018. Banco Interamericano de Desarrollo. [cited 2020 Jul 29]. DOI: http://dx.doi.org/10.18235/0000984

9. Pan D, Sze S, Jatinder SM; Bangash MN, Pareek N, Divall P et al. El impacto de la etnia en los resultados clínicos en COVID-19: una revisión sistemática. Rev Eclinicalmedicine. 2020,23(100404). [cited 2020 Jul 12]. DOI: https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100404

10. Organización Panamericana de la Salud. Manejo de las personas con hipertensión y enfermedades cardiovasculares durante la pandemia de COVID-19 [Internet] Documento de gobierno OPS/NMH/NV/COVID-19/20-0020. [cited 2020 Jun 23]. Available from: https://iris.paho.org/handle/10665.2/52383

11. Dmytraczenko T, Almeida G. Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe: evidencia de países seleccionados. [Internet]. Washington, DC: Banco Mundial; 2017 [cited 2020 Jun. 23]. DOI: https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1177-7

12. Organización Panamericana de la Salud. Atención integrada para las personasmayores (ICOPE).

Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. [Internet] Washington, D.C. 2020. Licencia: CC BY-NCSA 3.0 IGO [cited 2020 Jul. 20]. Available from: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51973

13. Organización Mundial de la Salud. Strategic Plan of the Pan American Health Organization 2020-2025: Equity at the Heart of Health. (Official Document: 361). [Internet] Washington, D.C. 2020. Pan American Health Organization. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [cited 2020 Jul. 12]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466

14. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+. 2017. Panorama regional y perfiles de país. [Internet] Washington, D.C.: OPS; 2017 [cited 2020 Jul 12]. Available from: https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322

15. World Health Organization. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet] Ginebra: OMS; 2015 [cited 2020 Jul 12]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466

16. Maximina GN. Framework of reference for the development of the competence of the process of geronto-geriatric nursing care in undergraduate students. Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores. 2019;VI,3(6)1-21 [cited 2020 Jul 28]. Available from: https://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/1845

17. Organización Panamericana de la Salud. Formación doctoral en enfermería en América Latina y el Caribe. [Internet] Washington, D.C.: OPS; 2017. [cited 2020 Jul 29]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13685:formacion-doctoral-en-enfermeria-en-america-latina-y-el-caribe-2017&Itemid=3562&lang=en

18. Gysin S, Sottas B, Odermatt M, Essig S. Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2019;20(1):163. [cited 2020 Jul 12]. DOI: https//doi:10.1186/s12875-019-10585-z

19. Bejarano RC, González GC, Ruiz AR. Nuevas perspectivas profesionales: la enfermera de práctica avanzada en Urología. Enfuro 2014;126:4-12. [cited 2020 Jul 14]. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5015923

20. Fougère B, Morley JE, Decavel F, Nourhashémi F, Abele P, Resnick B, et al. Development and Implementation of the Advanced Practice Nurse Worldwide With an Interest in Geriatric Care. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(9):782-788. [cited 2020 Jul 12]. DOI: https//doi:10.1016/j.jamda.2016.05.009

21. Bozafa FA, El Rol De La Enfermería De Práctica Avanzada En Atención Primaria En Chile, Revista Médica Clínica Las Condes, 2018;29(Issue3):343-346, ISSN 0716-8640. [cited 2020 Jul. 14]. DOI: https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.03.006

22. Jiménez-García JF, Arboledas-Bellón J, Ruiz-Fernández C, Gutiérrez-García G, Lafuente-Robles N, García-Fernández FP. The advanced practice nurse in the adequacy of chronic, complex wound care. Enfermería Clínica, 2019(29)Issue2:74-82, ISSN 1130-8621. [cited 2020 Jul 23]. DOI: https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2019.02.003

23. Organización Panamericana de la Salud. Perspectivas y contribuciones de la enfermería para promover la salud universal. [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [cited 2020 Jul. 28]. Available from: http://iris.paho.org.

24. Organización Panamericana de la Salud. Las casas de abuelos La experiencia cubana hacia la transversalización de género y etnicidad en salud. [Internet]. Cuba. Organización Mundial de la salud. Editorial Ciencias Médicas y OPS/OMS, 2015 ISBN: 978-959-212-976-4. [cited 2020 Jun. 23]. Available from: https://iris.paho.org/handle/10665.2/33897

25. Valdés JT, Contreras C, Cárcamo M, San Martín P, Valdés N, Sbarra A, et al. Impacto de los programas de salud ERA y GES en la mortalidad por neumonía adquirida en la comunidad en personas de 65 años o más en Chile. Rev Panam Salud Pública. 2019;43:e41. [cited 2020 Jun 16]. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.41

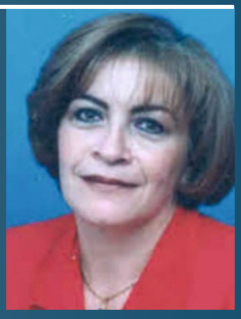
26. Defensoría del Pueblo. Envejecer en el Perú: Hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores. [Internet]. Lima. Serie Informes de Adjuntía 2019;1 nº 006-2019-DP/AAE. [cited 2020 Jul 12]. Available from: https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2019/08/IA-N%C2%B0-006-2019-DPAAE-ENVEJECER-EN-EL-PER%C3%9A.pdf

27. Kim JK, Jo HY, Malo MA, Nam EW. Effectiveness of a comprehensive blood pressure control program in primary health care in Peru. Rev Panam Salud Pública. 2020;44:e18. [cited 2020 Jul 12]. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.18

4

BREVE HISTÓRICO DA PANDEMIA DA COVID-19 E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Brasil



Leonor Luna Torres
Colombia

Rachel Gabriel Bastos Barbosa
Brasil

4- BREVE HISTÓRICO DA PANDEMIA DA COVID-19 E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
ORCID: 0000-0001-8916-1078
Leonor Luna Torres
ORCID: 0000-0002-5838-9616
Rachel Gabriel Bastos Barbosa
ORCID: 0000-0003-4205-6910

RESUMO

Introdução: A pandemia da COVID-19 tornou necessária uma nova reorganização do cuidado do idoso, considerando sua condição de vulnerabilidade, o que acrescentou desafios à prática de enfermagem. **Objetivo:** apresentar breve história da COVID-19 e uma proposta de intervenção do enfermeiro no cuidado do idoso durante a pandemia e no período pós-pandemia na América Latina. **Desenvolvimento do tema**: aborda a prática do enfermeiro durante a pandemia e pós-pandemia na Atenção Primária à Saúde, com ênfase na população idosa, levando em consideração seu processo de envelhecimento e o ambiente em que vive. Ressaltamos a necessidade de reorganizar a atenção oferecida a essas pessoas nos diferentes espaços como o domicílio, unidade de saúde e instituições de longa permanência. Também abordamos a implementação do cuidado de enfermagem por meio de métodos sistematizados, tais como a proposta de modelo de atendimento e de acompanhamento do idoso no seu núcleo familiar na Atenção Primária à Saúde, tanto daqueles sintomáticos como não sintomáticos, e a prevenção da COVID-19. **Considerações finais:** Nos períodos de pandemia e pós-pandemia, o cuidado de enfermagem ao idoso na Atenção Primária à Saúde, considerada a porta de entrada do sistema de saúde, objetiva assegurar o atendimento e o acompanhamento dessas pessoas e de seus núcleos familiares nos diferentes espaços, tanto para a prevenção quanto para o tratamento e recuperação da COVID-19.

Descritores: Prática de enfermagem. Cuidado, Idoso; Atenção Primária à Saúde, COVID-19.

Introdução

O mundo enfrenta, em 2012, uma pandemia sem precedentes. Nesse momento, pesquisadores e grandes centros de saúde de inúmeros países, inclusive da América Latina, atuam para estabelecer tratamentos mais efetivos, bem como para disponibilizar vacinas eficazes para a prevenção da COVID-19.

Mas quando tudo isso começou? Médicos da cidade de Wuhan, província de Hubei, na China, em 31 de dezembro de 2019, alertaram o Escritório da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o início de uma pneumonia de etiologia desconhecida, pouco responsiva ao tratamento convencional e com lesões pulmonares graves até então nunca descritas. A partir do momento em que as autoridades sanitárias de Wuhan entenderam o que estavam enfrentando, ficou claro que se tratava de um vírus novo, de alta transmissibilidade, e que medidas de prevenção mais drásticas deveriam ser instituídas rapidamente para evitar sua propagação. Diante disso, eles comunicaram o fato ao Centro de Controle de Doenças da China (CDC) e à Organização Mundial da Saúde. No início de janeiro de 2020, 44 casos de pacientes com sintomas desta pneumonia foram notificados à OMS, 11 deles em estado grave e 33 estáveis[1]. No dia 30 de janeiro de 2020, a OMS relatou 7.818 casos confirmados em todo o mundo, a maioria na China, porém 82 casos em 18 outros países, descrevendo uma avaliação de muito alto risco para a China e de alto risco no mundo[2].

Um dos primeiros artigos sobre as características clínicas da COVID-19 foi publicado em meados de fevereiro no *New England Journal of Medicine.* O artigo refere-se a uma coorte com 1099 pacientes internados e atendidos ambulatorialmente entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020, a respeito dos quais foram coletados dados sobre a história clínica, sinais e sintomas, resultados laboratoriais, imagens de RX e de tomografia computadorizada de tórax. Os pesquisadores chegaram a diversas conclusões decisivas para o conhecimento da evolução da doença e a possíveis tratamentos, como a definição de tempo médio de incubação (média de 4 dias) e de alguns sintomas prevalentes como febre (43,8%), tosse (67,8%), náuseas e vômitos (5%), além de diarreia (3,8%). O achado radiológico mais comum (56,4% dos casos) era opacidade em vidro fosco na tomografia computadorizada de tórax. Outros dados importantes desse estudo apontaram para a necessidade de cuidados intensivos em 5% dos casos, utilização de ventilação mecânica em 2,3% e óbito em 1,4% dos pacientes[3].

Em 11 de março de 2020, a OMS declarou uma pandemia com disseminação global do novo coronavírus (Sars-Cov-2), em decorrência da rápida disseminação geográfica do vírus no mundo, o que obrigou os países a instituírem medidas preventivas para evitar a transmissão da doença[2].

Ainda em março de 2020, a Europa, segundo dados da OMS (2020), tornou-se o epicentro da doença no mundo, sendo a Itália, naquele momento, o segundo país com maior número de casos depois da China.As taxas de mortalidade na população italiana mostraram-se, inclusive, maiores do que as até

então descritas, atribuindo-se a isso a proporção maior de idosos e a ausência de protocolos de tratamento eficazes para a COVID-19[2]. Em poucas semanas, vários países europeus, especialmente Espanha, França e Reino Unido, estavam em situação semelhante, com seus sistemas de saúde em colapso ou à beira de um colapso[4,5]. A Alemanha manteve-se com baixa taxa de mortalidade, aderindo a medidas mais restritivas e retomando as atividades de forma gradual e monitorizada[5].

Não demorou, por sua estreita relação com a Europa, para que a América Latina começasse a registrar casos, o primeiro deles no Brasil, em 26 de fevereiro de 2020. Desde então, o número de casos só cresceu, ultrapassando 5 milhões de brasileiros infectados e mais de 160 mil mortes, sendo o terceiro país do mundo em número de casos, atrás apenas dos Estados Unidos e da Índia.[2,6] Os três países latino-americanos mais afetados pelo novo coronavírus são Brasil, Argentina e Colômbia respectivamente, com maiores números de casos, e o México apresenta mortalidade de maior magnitude em relação aos demais[2].

A pandemia da COVID-19 na América Latina é preocupante em virtude das condições dos sistemas de saúde, da escassez de políticas públicas e das baixas condições socioeconômicas que caracterizam a população de quase todos os países. A evolução da COVID-19 é heterogênea e está associada tanto às medidas de saúde pública adotadas nos diferentes países quanto ao tamanho da população, aos níveis de pobreza e à estrutura dos serviços de saúde[6]. Tais aspectos são agravados pela escassez de testes diagnósticos e de leitos de terapia intensiva, bem como pelo ainda limitado conhecimento sobre a doença e por conglomerados urbanos de baixa renda. Esse conjunto de fatores favorece a maior propagação da COVID 19 e contribui para maiores taxas de mortalidade.[7]

São vários os desafios que os países latino-americanos precisam enfrentar nesta pandemia, um deles o impacto financeiro de uma quarentena prolongada para uma população pobre, que depende do trabalho diário para sobreviver. Destacamos também a necessidade de garantir a continuidade da prevenção e controle de outras doenças como gripes sazonais e dengue, que podem comprometer o cenário epidemiológico desses países. Uma das dificuldades tem sido enfrentar um grave problema de saúde pública com recursos econômicos limitados, impedindo a realização de teste diagnóstico rápido e o seguimento adequado de protocolos de tratamento ambulatorial e hospitalar para a COVID-19[8].

Além disso, a pandemia impôs desafios sem precedentes para os profissionais de saúde, especialmente de enfermagem. Os enfermeiros nunca estiveram tanto em destaque como neste século XXI, pois trabalham intensamente na linha de frente, sendo os profissionais mais expostos à doença. Este cenário enaltece um dos objetivos pelos quais esta categoria vem lutando há muito tempo: a necessidade de melhores condições de trabalho e de reconhecimento profissional[9,10].

Antes do surgimento da pandemia da COVID-19, a OMS definiu 2020 como o Ano Internacional dos Profissionais de Enfermagem, no intuito de valorizar o trabalho desenvolvido por enfermeiros em todo o mundo, em busca de mais investimentos, melhores condições de trabalho, educação e desenvolvimento profissional[11]. Além disso, este ano também marca a comemoração dos 200 anos de Florence

Nightingale, considerada a precursora da enfermagem moderna, incorporando ao trabalho do enfermeiro o protagonismo teórico-científico, legal e político[12,13].

Em meio à pandemia da COVID-19 evidenciou-se a fragilidade estrutural e política do Sistema Único de Saúde na América Latina, o que deixou a enfermagem mais vulnerável, forçando-a a buscar apoio nos legados deixados por Florence para o enfrentamento dos inúmeros desafios impostos abruptamente pela pandemia aos profissionais de enfermagem. São exemplos de alguns desses desafios: sobrecarga de trabalho, falta de profissionais qualificados, desenvolvimento de doenças físicas e mentais, contaminação e óbitos. Assim, após 200 anos do legado de Florence, foi necessário um resgate de práticas que envolvem a ciência da profissão, mantendo o enfermeiro como protagonista do cuidado, com uma visão abrangente e comprometida com mudanças sociais, organizacionais e políticas sociais durante a pandemia[13].

Dessa forma, a enfermagem precisou lidar com mudanças nos sistemas de saúde dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, como é o caso da América Latina.

A dimensão do problema na população mundial e nos sistemas de saúde é evidente, expressa pelo elevado número de mortes e pela alta proporção de pessoas infectadas, muitas delas idosas. Além disso, a pandemia também trouxe consequências físicas, psicológicas, sociais e econômicas. Após oito meses de isolamento e distanciamento social, os idosos deixaram de ser prioridade na atenção à saúde, exceto em casos de urgência. Para alguns, isso significou a interrupção de tratamentos que vinham recebendo para o manejo de doenças crônicas não transmissíveis e, por conseguinte, a piora da qualidade de vida.

Atualmente, os países da América Latina estão passando por um período de transição, que exigirá uma reorganização do sistema de saúde em cada um deles e, de forma particular, no que se refere à Atenção Primária à Saúde (APS). Esta reorganização, por sua vez, influenciará a prestação de serviços de assistência médica aos próprios idosos e suas famílias.

No caso da América Latina, os governos devem avaliar o sistema de saúde e reorganizar as políticas da APS para estabelecer uma nova forma de atenção e cuidado de idosos Esta deve ser planejada, embora com grandes desafios, considerando os recursos insuficientes para o setor saúde e as limitações de recursos humanos em número e qualificação para esse cuidado na Unidade de Saúde, no domicílio e nas ILPIs.

A pandemia exige dos governos intervenções tanto no contexto macro como micro. No primeiro caso, devemos reconhecer que cada país tem as suas particularidades, incluindo diversas regiões, bem como características muito diversas no momento da adoção de medidas e de políticas. Não obstante, o contexto micro abriga que os cenários de cuidado do idoso, grupo mais susceptível, respondam às necessidades dessa população.

Nesta eventualidade, os governos dos países, as instituições e a sociedade em geral foram obrigados a introduzir grandes mudanças em seus estilos de vida e rever padrões de comportamento cotidiano.

O setor saúde e todos da equipe que participam da prestação desses serviços não foram alheios a essas contínuas mudanças.

O enfermeiro na APS deva ser um empreendedor, inovador, flexível e utilizar esses atributos para elaborar um plano de cuidado com a equipe interprofissional integrada. Este plano deve ser direcionado para uma nova perspectiva para a reorganização do sistema de saúde local, a Unidade de Saúde, o atendimento no domicílio e nas ILPIs.

No momento de iniciar o planejamento de como será prestado atendimento de saúde a esta parcela da população no período pós-pandemia, em qualquer uma das modalidades de atendimento definidas, tanto nas Unidades de Saúde como nas ILPIs ou em programas de atenção domiciliária, é importante ter clareza sobre a necessidade de assegurar o monitoramento e a avaliação na prestação do serviço comunitário e, com base nos resultados, definir assim, planos de melhoria.

Fundamental também que cada país e localidade avalie o cenário da pandemia e pós-pandemia e planeje o cuidado do idoso. Para tanto, o enfermeiro inserido nesse cenário deve ter participação ativa nesse processo de (re) construção.

Nos países da América Latina, ressaltamos ser necessário analisar o comportamento da pandemia COVID-19 e suas consequências, para traçar programas e projetos que respondam a essas novas demandas de trabalho, com a participação de diferentes organizações de sistemas de saúde. Também é imprescindível o reconhecimento de mitos, crenças e hábitos dos idosos, bem como da diversidade cultural, étnica e racial que caracteriza esta população. É igualmente importante levar em consideração as condições de acesso aos serviços de saúde. Por exemplo, o Brasil é um país com cinco regiões distintas em termos de população, acesso à saúde e recursos financeiros, com número reduzido de enfermeiros e técnicos para a prestação de serviços de saúde, o que pode dificultar o acesso a serviços de saúde para idosos[14].

No caso da Colômbia, um país multiétnico, multicultural e multirracial, com sensíveis desigualdades no acesso aos serviços básicos, condição que se evidenciou na gestão da pandemia, há problemas na oferta de serviços de saúde, sobretudo em algumas regiões remotas do país, em parte devido ao difícil acesso geográfico e à má prestação de serviços de saúde[15].

Na América Latina, soma- se a isso o déficit de recursos humanos em saúde, especificamente em enfermagem, insuficiente para suprir a demanda no serviço, sobretudo em áreas rurais e distantes das grandes capitais. Embora seja verdade que a pandemia revelou pontos fortes como a expressão da solidariedade e maior convivência familiar, também evidenciou as fragilidades do setor saúde em diferentes ordens, o que obrigou à instalação de um número considerável de leitos em unidades de terapia intensiva. Além disso, tornou necessário adiar cirurgias agendadas e permitir que áreas específicas das entidades de saúde recebam pacientes com diagnóstico de COVID-19.

Por outro lado, ficou evidente que o pessoal treinado nesses serviços especializados ainda não é

suficiente, de modo que a formação de pessoal de saúde passou a ser uma prioridade e continuará a ser para o enfrentamento desta situação no período pós-pandemia. Na prática, isso deverá favorecer o redirecionamento de programas de formação acadêmica, atualização e treinamento, principalmente em serviços de alta tecnologia.

Não é saudável ignorar que os países latino-americanos enfrentam problemas muito complexos de outra ordem, pois, infelizmente, não têm musculatura financeira suficiente para atender de forma otimizada à saúde de seus concidadãos. No entanto, é reconhecido que os governos e os municípios têm envidado todos os esforços para enfrentar as inúmeras consequências impostas pela pandemia nas esferas social, econômica, ambiental e de produtividade, apenas para citar alguns exemplos.

OBJETIVO

Apresentar breve histórico da COVID-19 e uma proposta de intervenção do enfermeiro no cuidado do idoso durante a pandemia e no período pós-pandemia na América Latina.

Desenvolvimento do tema

A pandemia do novo coronavírus demanda melhorar a eficiência na tomada de decisão do enfermeiro, de modo que diversos recursos são essenciais. Um deles inclui a elaboração de uma metodologia sistematizada de cuidado para o idoso no contexto da APS.
O trabalho do enfermeiro com uma equipe interdisciplinar integrada e harmônica é fundamental nesse processo para a promoção à saúde e consequente melhoria de saúde e de vida do idoso. Na APS, o enfermeiro desempenha papel essencial no processo de cuidado da população e, tanto neste momento de pandemia quanto futuramente, no pós-pandemia, deve tomar decisões assertivas e essenciais para que o processo de trabalho seja efetivo.

O cenário exige serviços técnico-científicos organizados, com recursos humanos altamente qualificados, para garantir a qualidade do cuidado de enfermagem.

Os idosos têm o direito fundamental de receber tratamento e de manter uma condição de vida aceitável. Nesse sentido, o enfermeiro deve assumir o papel de protagonista para planejar, implementar, acompanhar e avaliar a prestação do serviço em cada uma de suas fases. Deve, também, em conjunto com a equipe, garantir acesso ao idoso que não consegue se cuidar, por diversos motivos, tais como morar sozinho ou com companheiro mais velho, ser uma família idosa ou não contar com uma rede de apoio social eficaz. Situações como essas evidenciam a necessidade de capacitação de cuidadores informais vinculados à assistência à saúde[16].

de pandemia. Para tanto, são propostas algumas diretrizes a serem seguidas pelo enfermeiro, em conjunto com sua equipe interdisciplinar, a fim de implementar um método de trabalho sistematizado, com o objetivo de garantir o melhor resultado no atendimento a essa parcela da população. Além disso, consideramos imprescindível que a enfermagem estabeleça articulação com o setor saúde e demais setores afins, incluindo a comunidade, as Unidades de Saúde e as ILPIs.

Os idosos vivem um processo de envelhecimento individual, irreversível, heterogêneo, deletério e intrínseco, características que os tornam mais vulneráveis em relação a indivíduos de outras faixas etárias. Soma-se a isso o fato de um número considerável dessas pessoas apresentar múltiplas patologias crônicas, algumas que reduzem a capacidade funcional, tanto biológica, psicológica como social[17]. Dessa forma, é importante que a equipe da APS não avalie apenas os aspectos individuais, mas, também, as condições do entorno sociofamiliar.

As etapas de formulação, implementação e avaliação dos planos de cuidados devem contemplar aspectos biológicos, físicos e psicológicos, mediados por uma avaliação integral do idoso e de suas famílias, levando à identificação de seus problemas[17].

Reconhecer o trabalho realizado por enfermeiros e demais integrantes da equipe de saúde da APS no atendimento a essa população durante a pandemia, e também no período pós-pandemia, é um desafio sem antecedentes para a América Latina. Assim, propomos alguns eixos para o desenvolvimento do trabalho.

Eixos essenciais para o cuidado do idoso no domicílio, unidade de saúde e ILPI

1. Os serviços de APS devem capacitar a equipe interdisciplinar quanto às questões de atendimento aos idosos sintomáticos e não sintomáticos, a fim de oferecer segurança e qualidade de cuidado por parte dos profissionais de saúde. Necessário também que incluam os cuidadores informais nessa formação, pois são eles que mantêm os cuidados dessa população no domicílio (ver capítulo 12);

2. A APS tem papel fundamental no controle da pandemia e deve estar em condições de enfrentar as demandas, inclusive no período pós-pandemia. Dessa forma, é necessário propor e implementar outras alternativas de cuidado do idoso de forma específica e individualizada, reconhecendo que sofre frequentemente de doenças crônicas não transmissíveis e múltiplas, muitas das quais ocasionam perda da capacidade funcional física e mental;

3. Centrar nos atributos essenciais e derivados da APS, o que exige o conhecimento tanto da região/território de trabalho de cada Unidade quanto das formas de acesso do idoso ao serviço de saúde e demais serviços essenciais à vida. Também consideramos necessário haver vínculo entre o usuário idoso/família e a equipe de saúde, integralidade da assistência, monitoramento dos idosos que porventura vivem sós, com outras pessoas ou em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), além de serviços de saúde desenvolvidos com e para a comunidade;

4. Planejar o atendimento ao idoso em unidades de saúde, por meio de centrais de atendimento e/ou tecnologias de comunicação para agendamento de consultas. Garantir o fornecimento de medicamentos, programas de vacinação, entrega de guias e protocolos de atenção à saúde ou outros procedimentos necessários com programação específica, oferecendo atendimento humanizado, oportuno e seguro.

5. A atenção no domicílio, na Unidade de Saúde e na ILPI, deve ser, além de segura e de qualidade, monitorada e avaliada na APS. Isto requer fluxos de atendimento separados (sintomáticos, não sintomáticos e suspeitos de COVID-19), bem como recursos financeiros e estratégias de ação específicas para o cuidado do idoso, incluindo manutenção do distanciamento social em salas de espera, em consultórios e demais áreas das instituições onde são prestados os serviços de APS.

6. Assegurar o fornecimento de equipamentos ou implementos de biossegurança para proteção de pessoal de saúde e áreas de apoio, no momento das comunicações verbais e não verbais, sem diminuir a importância dos serviços on-line, telessaúde ou outras ferramentas tecnológicas utilizadas para esta finalidade.

7. O enfermeiro tem papel fundamental no planejamento de estratégias de rastreamento dos contatos de idosos e familiares que vivem no domicílio e são atendidos na APS. Necessário enfatizar políticas de rastreamentos nas ILPIS, em articulação com os serviços de vigilância em saúde de cada região/país.

Os eixos descritos servem de base para a proposta de medidas de intervenção do enfermeiro e equipe, conforme descrito a seguir.

Proposta de medidas de intervenção

1- Realizar a avaliação do idoso, na Unidade de Saúde, domicílio ou ILPIs, quanto a: capacidade funcional do idoso, sem desconsiderar as principais síndromes geriátricas como alterações cognitivas e estado mental, quedas, incontinência, instabilidade e imobilidade[18]. É importante considerar a avaliação do grau de fragilidade, das diversas iatrogenias na época da pandemia e das lesões cutâneas causadas pelo repouso prolongado que alguns mantêm e diante do isolamento social;

2- Aplicar escalas ou instrumentos de medição para identificar a perda de autonomia e independência. Avaliar também as necessidades e os cuidados que devem ser priorizados nas intervenções de enfermagem devido ao isolamento social e de maneira não presencial nos serviços de saúde;

3- Um aspecto muito importante para essa população diz respeito ao gerenciamento da espiritualidade, condição que a enfermagem também deve explorar e atender;

4- Avaliar os sintomas de gripe e outros problemas respiratórios eventualmente apresentados por idosos, além de levar em consideração as pessoas sintomáticas e que mantem contato com os idosos. O

enfermeiro deve avaliar o núcleo familiar com base no genograma e no ecomapa, para identificar as relações e conexões dentro do sistema familiar e monitorar possíveis indivíduos sintomáticos;

5- Desde a APS, é necessário acompanhar o idoso durante a pandemia da COVID-19 na detecção precoce de pacientes sintomáticos e assintomáticos e fazer uso de todos os protocolos de biossegurança, internacionais e de cada país. Aqueles com sintomas de dispneia devem ser encaminhados para serviços especializados e os assintomáticos receber orientações sobre a adoção de medidas preventivas no domicílio;

6- Disponibilizar a vacina contra Influenza quando indicada, de acordo com o esquema de cada país e no futuro próximo a vacina para a prevenção do novocoronavírus;

7- Estimular que os tratamentos farmacológicos e comportamentais não sejam interrompidos para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, bem como a prática de testes diagnósticos em tempo hábil.

Essas estratégias são essenciais tanto para conter a pandemia como para que os idosos diagnosticados com COVID-19 não piorem seu estado de saúde. Modelos de cuidado são essenciais para o acompanhamento dos idosos nos diversos espaços em que vivem. A seguir, apresentamos alguns destes modelos, inseridos nos hiperlinks; 1- Modelo para prevenção e controle de infecções pelo coronavírus nos idosos atendidos aps;2: Critérios de Manejo Prático de Casos no dia a dia- APS; 3- Algoritmo do cuidado do idoso na APS; 4- manejo e controle COVID-19 em ILPIs; 5- Modelos práticos de gestão de idosos atendidos na UBS e casos suspeitos;

Clique aqui para baixar os documentos

8- Conferir a carteira de vacinação e a Caderneta do Idoso atendido na Unidade de Saúde, no domicílio e na ILPI e criar estratégias para aplicar a vacina no domicílio, sobretudo na população mais vulnerável. Planejar o atendimento ao idoso no momento da vacinação da COVID-19, com vistas a contar com equipe capacitada para esta prática e disponibilizar infraestrutura necessária para garantir a segurança dessas pessoas no momento da vacina, inclusive dos idosos que vivem nas ILPIs.

9- O enfermeiro, como profissional responsável pelo programa de vacinação, deverá estar capacitado para aplicar a vacina da COVID-19 quando esta for disponibilizada no mercado. Este profissional também será responsável por capacitar a equipe na técnica de aplicação da vacina, a fim de oferecer cuidado seguro e melhor logística de atendimento na sala de vacina, no domicílio ou na ILPI.

10- Planejar o cuidado do idoso no domicílio e na ILPI quanto às suas condições de saúde/doença, oferecendo as medicações e insumos e necessários para o controle e manejo das doenças crônicas, de acordo com os problemas específicos de cada um. O enfermeiro deve avaliar, com a família e o idoso, a necessidade de identificar e orientar um cuidador familiar para o manejo do idoso sintomático, bem como

a respeito das medidas que são adotadas para a prevenção da COVID-19 e de outras eventuais alterações do idoso;

11- Avaliar os problemas sociais, econômicos e mentais que os idosos e suas famílias podem apresentar durante o período da pandemia ou pós-pandemia, para oferecer orientações pertinentes;

12- As visitas dos profissionais de saúde (enfermeiro ou agente comunitário/outro técnico, conforme cada país) no domicílio do idoso devem ocorrer com cuidado e segurança, tanto na busca ativa de indivíduos sintomáticos para a COVID-19 quanto nos encaminhamentos a diversos serviços de saúde, a depender da situação de cada um. Para tanto, propomos um quadro de avaliação e de acompanhamento do idoso (Hiperlink 5) e recomendamos atenção também às subnotificações de casos de COVID-19.

13- As ações de vigilância em saúde por meio da educação em saúde com a coordenação do enfermeiro e a equipe visam reduzir o risco de propagação da pandemia e também cuidar dos sintomáticos, seguindo protocolos de atendimento. A adoção das Boas Práticas, no domicílio e/ou na ILPI, é o protocolo adequado para a prevenção da COVID-19.

14- O vírus que causa a COVID-19, SARS-CoV-2, tem como principal via de transmissão as pequenas gotículas que emitimos ao falar, respirar, tossir ou espirrar. Assim, as ações da APS devem incluir todas as medidas de segurança, bem como utilizar diversos monitoramentos para a detecção dos sintomáticos atendidos nas Unidades de Saúde de sua região. Importante que essas medidas também contemplem a promoção das Boas Práticas, tais como lavagem das mãos com técnicas e materiais corretos, uso de máscaras adequadas ao ambiente, distanciamento social e outras condutas descritas no Manual das Boas Práticas[19]. Hiperlink 6- (Boas Práticas)

15- É igualmente importante promover uma alimentação saudável, que responda às necessidades dos idosos, visto que este é um fator de proteção para a manutenção de um bom estado de saúde e bem-estar e até mesmo para o enfrentamento da pandemia.

Diante do panorama exposto, o enfermeiro, em sua prática profissional, deve, preferencialmente, ter formação na área de gerontologia e conhecer a especificidade do cuidado do idoso nessas circunstâncias. Na prática, deve corresponder ao cuidado à saúde enquanto durar a pandemia[20].
A atuação do enfermeiro precisa levar em consideração o contexto social e familiar, o sistema de saúde de cada país e a legislação aplicável.

Não menos importante é insistir/recordar para que ele conheça suas competências profissionais e cumpra, de forma ética e responsável, com o compromisso de cuidar da vida do outro. Todavia, deve se lembrar sempre de que a primeira responsabilidade é cuidar da própria vida, conforme o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (SARS-COV-2) na Atenção Primária à Saúde[21].

Assim, o enfermeiro, como membro da sociedade, precisa estar consciente desses temas, assumir uma participação mais efetiva nesse processo de crise e trabalhar de maneira decisiva para a reconstrução

social do cuidado aos idosos, sobretudo daqueles mais vulneráveis. Os protocolos de cuidado devem fortalecer a articulação das Unidades de Saúde com o idoso no domicílio e nas ILPIs e, também, com os respectivos gestores das Unidades.

Alianças do setor saúde com os meios de comunicação são desejáveis, no sentido de promover programas voltados à comunidade que tenham como objetivo a educação em saúde[22]. Trata-se de uma medida importante também para a disseminação de medidas preventivas, promoção de boas práticas para o autocuidado e, especificamente, para o enfrentamento da COVID-19, sobretudo se desejarmos minimizar o manejo a ser feito com essa população no período pós-pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, destacamos a importância das competências do enfermeiro no cuidado do idoso ao longo da pandemia e, futuramente, no período pós-pandemia na América Latina, o que imprime um grande valor social. Algumas experiências exitosas mostraram-se fundamentais para o fortalecimento das ações de prevenção da COVID-19, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da figura do Agente Comunitário em Saúde (ACS), ambas no Brasil. Essas experiências são potencialmente aplicáveis a outros países latino-americanos com a finalidade de fortalecer a APS, a qual deve ser a fortaleza do sistema de saúde. Entendemos que o enfermeiro, em cada região/país, desenvolve ações distintas, norteado por protocolos internacionais e nacionais para o cuidado do idoso, sobretudo no momento atual e, futuramente, na pós- pandemia da COVID-19.

A experiência da pandemia deixa significativas aprendizagens para todo o mundo, uma delas a necessidade de fortalecer, em todos os países, programas de promoção e prevenção. A atuação efetiva e coordenada do enfermeiro dentro do sistema de saúde reduz a incidência e a prevalência de muitas doenças, inclusive daquelas crônicas não transmissíveis, ou pelo menos as tornaria menos graves em suas manifestações. Conforme mencionado anteriormente, a educação em saúde, que cumpre uma função primordial, é, de fato, uma das competências que têm identificado a profissão, de modo que os programas não devem ser focados apenas nos espaços intramuros, mas, também, permear os diversos ambientes habitados pelo idoso.

Outro aprendizado oportunizado pela pandemia é a familiarização com o uso das TICs, as quais, cada vez mais, atingem um maior número de pessoas e representam benefícios em termos de proporcionar informações e conhecimento em frações de segundos de forma criativa e precisa. A identificação desses benefícios tem sido importante e deve motivar a busca por novas ferramentas que cumpram esta tarefa.
Na educação em saúde, é fundamental que o enfermeiro se aproprie de instrumentos que possibilitem novos programas de prevenção de doenças mediante a utilização de estratégias didáticas como jogos, infográficos, webinars, fóruns e debates, entre outros, a depender do tipo de intervenção.

REFERÊNCIAS

27. Chan JFW, Yuan S, Kok KH, To KKW, Chu H, Yang J 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 Lond. Engl. 2020;395(10223):514-523. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9

28. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA 2020;323(13):1239-1242. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648

29. Oran DP, Topol EJ. Prevalence of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection: A Narrative Review. Ann. Intern. Med. 2020;173:362-367. DOI: https://doi.org/10.7326/M20-3012

30. Lavezzo E, Franchin E, Ciavarella C, Ciavarella C, Cuomo-Dannenburg G, Barzon L, Del Vecchio C et al. Suppression of a SARS-CoV-2 outbreak in the Italian municipality of Vo'. Nature 2020;584:425-429. Available from: https://www.nature.com/articles/s41586-020-2488-1

31. Zachariah P, Johnson CL, Halabi KC et al. Epidemiology, Clinical Features, and Disease Severity in Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in a Children's Hospital in New York City, New York. JAMA Pediatr 2020;174(10):e202430. DOI: https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.2430

32. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. N Engl J Med. 2020;382:2005–2011. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMoa2005412

33. World Health Organization (WHO) [Internet]. Washington DC. 2020. Weekly epidemiological update - 3 November 2020. [cited 2020 Nov. 9]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---3-november-2020

34. Organização Pan-Americana Mundial da Saúde (OPAS) [Internet]. Brasília. 2020. Orientações sobre prevenção e controle de infecção para instituições de longa permanência no contexto da COVID-19 - OPAS/OMS. Available from: http://www.paho.org/pt/node/69988

35. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a COVID-19. Epidemiol Serviços Saúde. 2020;29(2):e2020044. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023

36. Our World Data (OWD) [Internet]. London. 2020. Coronavirus Pandemic Data Explorer. [cited 2020 Nov. 9]. Available from: https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer

37. World Health Organization (WHO) [Internet]. Washington DC. 2020. Department of Economic and Social Affairs. Sustainable Development. [cited 2020 Nov. 9]. Available from: https://sdgs.un.org/goals

38. Brasil. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável no Brasil [Internet]. Brasília. 2020. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. [cited 2020 Nov. 9]. Available from: https://odsbrasil.gov.br/objetivo/objetivo?n=3

39. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. 2020. Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines. [cited 2020 No. 9]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines

40. Organización Panamericana de la Salud (OPS) [Internet]. Geneva. 2007. El Informe sobre la salud en el mundo 2007: Un porvenir más seguro - Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI - OPS/OMS. [cited 2020 Nov. 9]. Available from: https://www.paho.org/es/documentos/informe-sobre-salud-mundo-2007-porvenir-mas-seguro-proteccion-salud-publica-mundial

17. Freitas EV, PY L. Tratado de geriatria e gerontologia. 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

18. Torres LL. Los síndromes geriátricos comprometen la autonomía y funcionalidad de los adultos mayores. In. OPAS. La salud de los Adultos Mayores: Una visión Compartida. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2th ed. Washington, D.C.: María Alcira Quintero Osorio Edit, 2011.

19. Fernandes AES, Carvalho BFS, Zenatti CT, Silva CB, Abdalla C, Freitas DCCV et. al. Modelo Clínico e o controle da COVID-19 em Instituições de Longa permanência para Idosos. Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Versão II. (Cartilha digital) [cited 2020 Jun. 10]. Available from: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/07/1-MANEJO-CLINICO-E-CONTROLE-COVID-19-EM-ILPIs.pdf

20. Rodrigues, RAP (coord.). Boas práticas para as Instituições de Longa Permanência para Idosos no enfrentamento da pandemia de Covid-19: estratégias e protocolos. [recurso eletrônico]. Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília: FN-ILPI, 2020, 69p. Available from: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/06/FN-BOAS-PRA%CC%81TICAS-FICHA-C.pdf

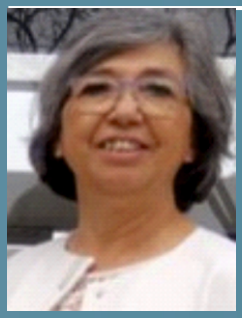
21. Rodrigues RAP, Bueno AA, Silva LM, Kusumota L, Almeida VC, Giacomini SB, et al. The teaching of gerontological nursing in Brazilian public higher education institutions. Acta Paul Enferm. 2018;31(3):313-320. DOI: https://doi.org/10.1590/1982-0194201800044

22. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), 2020. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf

23. Higashida BY. Educación para la salud. 3th ed. Ciudad de Mexico Ed. Mc Graw Hill Ed., 2015.

5

CUIDADOS INTERPROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARA O IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Doris Siqueira Daza
Chile

Alexandre de Assis Bueno
Brasil

Beatriz Arana Gómez
México

Elizabeth Moura Soares de Souza
Brasil

Leonor Cuellar Gomez
Colombia

5- CUIDADOS INTERPROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARA O IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Doris Sequeira Daza
ORCID:0000-0003-1793-8372
Alexandre de Assis Bueno
ORCID: 0000-0002-3311-0383
Beatriz Arana Gómez
ORCID:0000-0002-5177-4220
Elizabeth Moura Soares de Souza
ORCID: 0000-0002-5889-8197
Leonor Cuellar Gomez
ORCID: 0000-0001-7845-1678

RESUMO

Introdução: O cuidado do enfermeiro ao idoso em situação de pandemia é complexo e impõe importantes desafios, os quais sua formação profissional permite enfrentar de forma colaborativa em equipes interprofissionais, que possuem competências gerais e específicas para o atendimento e cuidado do idoso de acordo com suas necessidades. **Objetivo**: Descrever o papel específico e as competências do enfermeiro e da equipe interprofissional para o cuidado do idoso na atenção primária à saude e caracterizar o trabalho multidisciplinar, interdisciplinar, interprofissional e em equipe. **Desenvolvimento do tema**: A complexidade das demandas dos usuários derivadas das mudanças demográficas e epidemiológicas exige respostas que somente podem ser dadas por profissionais que atuam de forma colaborativa e integral, em equipes interprofissionais, com habilidades gerais e específicas para o atendimento e cuidado do idoso. A prática colaborativa otimiza os resultados da assistência à saúde, pois oferece assistência integral, de qualidade e segura aos usuários, suas famílias, cuidadores e comunidades, mediante uma organização do trabalho baseada na Atenção Primária à Saúde. O enfermeiro conduz e coordena o trabalho dos diferentes profissionais dos centros de saúde onde atua, observando e analisando a evolução da situação epidemiológica das doenças transmissíveis e não transmissíveis. Ele também define estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças mantendo as pessoas, a família e a comunidade informadas sobre a situação da COVID-19. **Considerações finais**: O atendimento interprofissional permite responder de forma colaborativa às demandas dos usuários decorrentes das mudanças demográficas e epidemiológicas.

Descritores: Cuidado Interprofissional; Enfermagem; Idoso, Atenção Primária à Saúde; Trabalho em Equipe.

Introdução

A mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população em decorrência do aumento da expectativa de vida e da maior incidência de doenças crônicas fez com que os serviços de saúde de consultoria de usuários passassem a fazer exigências cada vez mais complexas. Essas novas exigências, por sua vez, requerem monitoramento ao longo do tempo e tornam imprescindível a implementação de uma abordagem de cuidado integrado, que contemple as múltiplas dimensões das necessidades de saúde tanto dos usuários quanto dos serviços e da população em geral.

Para atender a essas demandas, consideramos essencial que os diferentes profissionais envolvidos no cuidado da saúde trabalhem juntos, mantenham uma comunicação de boa qualidade uns com os outros e desenvolvam suas atividades de forma conjunta. Dessa forma, poderão alcançar um cuidado de alta qualidade para os usuários, o que também os beneficiará, assim como suas famílias e comunidades[1].
Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)[2], a prática colaborativa otimiza os resultados dos cuidados de saúde, pois oferece cuidados abrangentes, de qualidade e seguros aos usuários, às suas famílias, aos cuidadores e às comunidades. Neste caso, uma genuína prática colaborativa se viabiliza por meio de uma nova forma de organização do trabalho com foco na Atenção Primária à Saúde[3].

OBJETIVO

Descrever o papel específico e as competências do enfermeiro e da equipe interprofissional para o cuidado do idoso na atenção primária à saude e caracterizar o trabalho multidisciplinar, interdisciplinar, interprofissional e em equipe.

Desenvolvimento do tema

O cuidado oferecido aos usuários dos sistemas de saúde está se tornando cada vez mais complexo e requer colaboração efetiva entre os profissionais. Os conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e trabalho em equipe não são exclusivos, mas inclusivos, sendo necessário aprimorar cada um desses níveis para o alcance da excelência no atendimento às pessoas, famílias e comunidades.

a) Trabalho multidisciplinar: trabalho comum realizado por profissionais de diferentes áreas do conhecimento técnico e específico. Desta contribuição individual resultam novas propostas de intervenção que favorecem a prática associada a uma visão ampla da saúde. Incorpora habilidades profissionais com uma visão

humanista e abrangente do processo de saúde-doença, considerando aspectos políticos, econômicos, familiares e educacionais, sob uma perspectiva de determinantes sociais[4].
A abordagem multidisciplinar consegue cuidar das pessoas observando sua multidimensionalidade, ao mesmo tempo em que se configura como individual, cultural, histórica e social, além de fazer melhor uso dos recursos existentes nas instituições e na comunidade[5].

b) Trabalho interdisciplinar: nesta modalidade de trabalho, profissionais de duas ou mais disciplinas interagem no cuidado do usuário, focalizando o cuidado à saúde deste indivíduo e envolvendo-o em seu próprio cuidado, tomando decisões sobre o plano de cuidado como um todo e interdependentemente[6]. Engloba ações realizadas de forma integral, desenvolvidas de forma criativa, reflexiva e original, em busca de superar a fragmentação do conhecimento[7].

c) Trabalho em equipe: implica uma ação coordenada, realizada por dois ou mais profissionais, o que demanda acordar objetivos comuns para o desenvolvimento da assistência e da atenção integral ao usuário. Requer uma clara compreensão e respeito pelos papéis e funções de cada membro. O trabalho em equipe, mais do que um fim, é um processo e demanda a capacidade de trabalhar como colegas, e não como superior-subordinado[4].

d) Trabalho interprofissional: envolve profissionais de duas ou mais profissões que estão trabalhando juntos com objetivos comuns para um cuidado integrado seguro, de alta qualidade e centrado na pessoa, interagindo uns com os outros para resolver problemas e participando da tomada de decisões. É um processo que inclui comunicação e tomada de decisões, permitindo uma influência sinérgica de conhecimentos e habilidades imprescindíveis para o trabalho em equipe[8].
O processo de colaboração inclui responsabilidade, coordenação, comunicação, cooperação, assertividade, autonomia, confiança e respeito mútuo; é sustentado por uma cultura na qual a contribuição de todos é importante para a inovação, mudança[3], melhoria da qualidade e segurança dos cuidados clínicos. Tal processo resulta em[10]:

- Aumento da satisfação do usuário e da família e redução das reclamações;
- Redução de custos, taxas de mortalidade, complicações e erros clínicos;
- Redução do tempo de permanência clínica e duplicação de esforços;
- Redução do estresse e do esgotamento dos profissionais;
- Aumento da satisfação dos profissionais no trabalho;
- Retenção de profissionais nas instituições e redução de sua rotatividade.

A prática colaborativa mudará à medida que as práticas de saúde se concentrarem nos usuários, na família e na comunidade e abordarem as necessidades de saúde dessas pessoas de forma abrangente. Isto significa que o trabalho diário de diferentes profissionais deve ser moldado de forma colaborativa e junto com os usuários[10]. Como estabelecido pela OMS desde 1988[11], "Aprendendo juntos a trabalhar juntos por uma saúde melhor".

O interprofissionalismo é um processo colaborativo que deve ser desenvolvido e mantido por meio de

relações de interprofissionais eficazes entre trabalhadores da saúde, usuários, membros da família e comunidade de modo a alcançar melhores resultados na área da saúde. Entretanto, para que o trabalho interprofissional seja de fato colaborativo, os papéis dos diferentes profissionais precisam ser esclarecidos[12], o que implica avaliar e assegurar tanto as boas relações entre a equipe quanto o seu desempenho colaborativo. Obs: o que implica avaliar e assegurar tanto as boas relações entre a equipe.

O cuidado dos idosos pela equipe interprofissional na atenção primária em tempos de pandemia visa alcançar um maior escopo de cuidado pela diversidade de profissionais, conhecimentos e percepções de seus membros. Sob essa perspectiva, o cuidado se torna uma ação essencialmente colaborativa, baseada na comunicação, nas relações e na cooperação.

Assim, a ação colaborativa da prática interprofissional é constituída com base em competências específicas, comuns e complementares, que se consolidam em práticas independentes, dependentes e interdependentes, com alternância na prestação de cuidados de acordo com a necessidade apresentada[13].

Existem habilidades, competências e valores inerentes aos cuidados de saúde interprofissionais que tornam possível oferecê-los de forma eficaz, integrada e comprometida, tais como respeito, confiança, reconhecimento do espaço de cada profissional e interdependência para a realização de várias ações. O desempenho do trabalho interprofissional, portanto, prevê a integração e a organização das ações de saúde, favorecendo, ao mesmo tempo, o estabelecimento de uma rede de atendimento entre os diferentes níveis de assistência à saúde[14].

Competências comuns e colaborativas dos profissionais no cuidado com os idosos na Atenção Primária à Saúde:

Nenhuma pandemia pode ser entendida sob a perspectiva de uma única profissão, pois enquanto o contágio é um evento microbiológico, a pandemia é um evento sociopolítico e econômico. Nesse sentido, ela envolve a resposta dos governos e de entidades supranacionais para lidar com o contágio - que reflete os valores da sociedade em que ocorre, ou, pelo menos, a forma como ela está organizada[15].

A necessidade de trabalhar eficientemente e em equipe demanda a posse de uma série de habilidades e conhecimentos dos outros[11]; habilidades para desempenhar certas funções que são compostas por um repertório de práticas profissionais que requerem conhecimento, atitudes e técnicas observáveis que, juntas, criam a capacidade de apresentar determinado serviço profissional[4].

Habilidades necessárias para o trabalho colaborativo de profissionais

A obtenção de uma cobertura de saúde universal requer profissionais de saúde integrados em equipes inter e multiprofissionais, que compartilhem as seguintes competências:

1. Colaborar de perto ou no desempenho de suas funções, gerando relações específicas com outros profissionais para a qualidade do atendimento;

2. Compartilhar conhecimentos profissionais teóricos e práticos para a solução de problemas de saúde em

institucional, intersetorial e comunitário;

3. Trabalho em equipe, unindo esforços e canalizando os recursos necessários para a solução de problemas prioritários de saúde;

4. Comunicar efetivamente para permitir a articulação de ações e a cooperação entre os profissionais[12];

5. Liderar pessoas, processos e dinâmicas diferentes que permitam orientar a ação da equipe em determinada direção, antecipando cenários, inspirando valores, confiança e motivação. Também inclui o estabelecimento de objetivos para o bem comum, considerando e integrando as opiniões dos membros da equipe e estabelecendo diretrizes para manter a eficiência e a qualidade do trabalho.

A intervenção das equipes inter e multiprofissionais favorece o cuidado dos idosos para um envelhecimento saudável. É importante promover a participação destes usuários na tomada de decisões sobre seus cuidados, bem como desenvolver ações de promoção e prevenção para minimizar o declínio funcional, identificar fatores de risco, monitorar o uso de medicamentos e produtos alternativos (suplementos, ervanários, homeopática) para identificar a polifarmácia e/ou o risco de interação droga-droga, promover a adesão ao tratamento, avaliar dependência e risco funcional, monitorar as pessoas de acordo com o risco, educar em saúde e oferecer cuidados abrangentes[16]. Além disso, é essencial que os membros das equipes de saúde possuam, mantenham e não se esqueçam de seus valores éticos individuais como membros[4].

Dessa forma, as competências de enfermagem não são conhecimentos ou habilidades fragmentadas, mas sim um conjunto de saberes combinados que não são transmitidos. A competência é construída ao longo de uma sequência de atividades de aprendizagem[17], que giram em torno da importância e da revalorização do trabalhador, sendo seu potencial a adaptação à mudança. Isto gera dentro da gestão do cuidado uma nova forma de melhorar a qualidade do cuidado prestado pelo(a) enfermeiro (a)[18].

Nesse contexto, o cuidado com a saúde demanda respostas às necessidades dos usuários sem reduzi-los às dimensões da patologia e da fisiologia. Também requer promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, respeitando e levando em conta as relações interprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais na rede de saúde[10].

Atualmente, os sistemas de saúde em nível de cuidados primários devem manter o foco na promoção de fatores de proteção, na prevenção de fatores de risco ao longo da vida, na detecção precoce de doenças crônico- degenerativas, no tratamento e no controle oportuno de doenças para que, na velhice, as pessoas tenham um envelhecimento saudável. Ações que promovem ou incentivam o autocuidado da saúde e estão ligadas ao cuidado profissional e a um modelo integrado de cuidado são o aspecto fundamental dos programas no primeiro nível de cuidado.

O papel do enfermeiro na equipe interprofissional

O enfermeiro, como membro integrante da equipe de saúde interprofissional, articula ações interdisciplinares de saúde de tal forma que estas atendam às necessidades humanas básicas das pessoas, especialmente daquelas idosas.

O papel do enfermeiro na equipe interprofissional é amplo e pode ser realizado em diferentes áreas, por mieo de tarefas interprofissionais tanto no hospital como em casa, tais como:

a) Participar do Projeto Terapêutico Singular (PTS), um conjunto de propostas da equipe de atendimento, de comportamentos terapêuticos articulados resultantes da discussão coletiva [19] para uma pessoa ou grupo. O PTS é uma estratégia inovadora para fortalecer o modelo de atendimento e gestão da enfermagem no cuidado da saúde do indivíduo e da família.[20] A relação entre o PTS e o Processo de Enfermagem gera cuidados de saúde expandidos e inovadores no Sistema Único de Saúde brasileiro.

b) A educação sanitária, que implica ir além de uma intervenção curativa, significa priorizar intervenções promocionais e preventivas para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, das famílias e das comunidades. O enfermeiro deve planejar e organizar o cuidado que deriva de sua realidade local, com foco nas necessidades identificadas. O papel do enfermeiro é essencial, incluindo o estabelecimento de cooperação com outros setores, atuando com inovação, senso crítico, humanização, e eficiência em seu trabalho[21].

c) Realizar a Consulta Interprofissional através da Clínica Amplificada. A Consulta Interprofissional de idosos deve estar baseada nas mudanças inerentes ao processo de envelhecimento e assumir uma abordagem diferenciada e uma gestão eficaz devido às características deste processo. O enfermeiro participa da análise e discussão dos resultados encontrados pela equipe[19].

d) A participação em visitas domiciliares, viagens às famílias e lares pode criar laços emocionais com pessoas mais velhas e suas famílias, especialmente com aquelas que apresentam mobilidade limitada ou humor depressivo[22]. Também proporciona uma visão mais próxima das necessidades das pessoas, o que permite a implementação de um plano de cuidados elaborado e executado em equipe, contribuindo assim para modificar as necessidades encontradas. O papel deste profissional é fundamental na escuta para a realização de procedimentos, principalmente na visita ao idoso com COVID-19.

e) Colaborar na educação interprofissional: é necessário para preparar o pessoal de saúde, motivá-lo e envolvê-lo em iniciativas colaborativas que respondam às necessidades de saúde locais em um ambiente dinâmico. O enfermeiro promove o ensino de graduação e pós-graduação realizando atividades teóricas e práticas como professor e tutor, contribuindo para a formação de profissionais de saúde e para o fortalecimento do trabalho interprofissional. As residências interprofissionais (internatos) podem ser espaços úteis para o desenvolvimento da educação interprofissional, trabalhando a perspectiva de promover a integração entre diferentes profissionais[23]. É importante enfatizar o cuidado do idoso doente, de modo que aqueles que recebem a educação possam incorporá-la em seus conhecimentos de forma significativa.

Cuidados interprofissionais do enfermeiro destinados ao idoso na atenção primária à saúde

Na atenção primária, concebida como uma ação político-territorial, o enfermeiro participa ativamente das atividades terapêuticas mediante a realização de procedimentos e ações assistenciais. Trata-se de um cuidado fundamental para os idosos em tempos de pandemia, juntamente com o exercício de sua

liderança na articulação e integração interprofissional[13].

O enfermeiro gera e projeta seu desempenho e intervenção interprofissional na perspectiva do trabalho colaborativo, do cuidado direto aos idosos e suas famílias, do trabalho intersetorial e dos processos educacionais. São pilares desta atuação:

a) Nos processos educacionais, o cuidado interprofissional do enfermeiro deve promover instâncias de treinamento com o pessoal de enfermagem e com os profissionais da equipe multidisciplinar para abordar de forma abrangente a situação da pandemia. Nesse sentido, devem ser fornecidas informações sobre as características da COVID-19, formas de contágio, comportamento epidemiológico e medidas de saúde de proteção pessoal que devem adotadas por esses profissionais na condição de agentes de saúde que prestam cuidados básicos ou específicos aos idosos.
Também devem repassadas orientações relacionadas aos sintomas típicos desta doença e cuidados a serem implmentados de acordo com os protocolos estabelecidos para este nível de cuidado. Igualmente vital que os enfermeiros, juntamente com os demais membros da equipe interprofissional, orientem e desenvolvam ações que favoreçam a saúde mental dos idosos por meio de medidas preventivas para mitigar os efeitos físicos e emocionais causados pelo isolamento social prolongado.

b) No trabalho colaborativo, o enfermeiro da Atenção Primária deve administrar e liderar as relações profissionais de trabalho com médicos, assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais da área onde trabalham, realizando a vigilância epidemiológica das pessoas com COVID-19 e seus contatos, a fim de elaborar planos de intervenção para as equipes da Atenção Primária que trabalham nas comunidades onde vivem essas famílias. A ação da equipe interprofissional favorece o protagonismo das comunidades e permite a troca de informações gerais e específicas sobre a situação em torno da pandemia, por serem capazes de promover a responsabilidade individual, familiar e coletiva e o uso racional dos serviços de saúde para fornecer informações gerais e específicas sobre a situação em torno da pandemia, por serem capazes de promover a responsabilidade individual, familiar e coletiva e o uso racional dos serviços de saúde.

c) No trabalho intersetorial, o enfermeiro tem a opção de promover ações conjuntas com outros setores (educação, saúde, ONGs, líderes comunitários e organizações de base) para fortalecer as práticas diárias que a população tem utilizado e que contribuem para seu autocuidado. Neste caso, ele pode liderar a concepção e a implementação de projetos de autogestão comunitária para mitigar os efeitos da pandemia sobre a saúde, tais como a adesão à prática da lavagem das mãos e práticas de distanciamento físico.
Deve também garantir a segurança dos membros da equipe da Atenção Primária, administrando, juntamente com as organizações de segurança do trabalho e seus administradores, os equipamentos de proteção pessoal necessários para sua segurança pessoal. Paralelamente, deve assegurar que as medidas de biossegurança sejam cumpridas durante a realiação de visitas domiciliares às famílias, no intuito de educá-las por meio de atividades de promoção e prevenção.

d) Na equipe de saúde territorial, é responsabilidade do enfermeiro: implementar ações

epidemiológicas parapara a busca ativa de casos, assegurar que os dados sejam incorporados ao sistema de vigilância epidemiológica, participar, com a equipe de saúde dos territórios, da análise e georreferenciamento de casos de pessoas com COVID-19, colaborar na construção de barreiras epidemiológicas por meio de ações específicas e determinadas de acordo com as características de cada território.

e) No cuidado dos idosos, a atuação do enfermeiro em tempos de pandemia se concentra principalmente na promoção da saúde e na prevenção de doenças, o que inclui o treinamento de cuidadores, da família e dos próprios idosos com foco no autocuidado e ênfase em recomendações nutricionais, indicação de prática de atividade física e melhoria das condições ambientais domésticas.

Os cuidados curativos para a restauração da saúde visam melhorar os resultados clínicos por meio da revisão de exames, do tratamento medicamentoso e controle de efeitos adversos, da avaliação do estado funcional dos idosos, dos cuidados derivados do repouso no leito, dos cuidados na incontinência urinária e fecal e do controle de complicações clínicas específicas da COVID-19, tais como dispneia, dor de cabeça, perda de apetite e aplicação de protocolos de cuidados paliativos[24].

O enfermeiro da comunidade deve identificar no local as famílias com membros mais velhos e os lares (ou residências) onde as pessoas mais velhas permanecem ou vivem. Dessa forma, será possível fornecer educação e/ou treinamento a essas pessoas sobre a presença de sinais de alarme, medidas preventivas e necessidade de isolamento diante de um caso suspeito de COVID-19.

Além disso, este profissional também poderá elaborar propostas para a proteção da saúde mental por meio de ações para administrar os tempos livres e o desenvolvimento de projetos educacionais destinados a fortalecer a autoestima e a resiliência dos idosos e suas famílias.

Apesar da diminuição das visitas domiciliares durante a pandemia, houve um aumento significativo das estratégias de telessaúde e de tele-enfermagem, tanto para consultas de enfermagem e monitoramento do estado de saúde como para o encaminhamento de indivíduos cujo estado de saúde está se deteriorando e evoluindo para a necessidade de serviços mais complexos[24].

A natureza da colaboração é compreendida sob a concepção de ser um princípio universal da natureza. Atualmente, a vida nos oportuniza retomar ou reconsiderar atitudes e comportamentos para uma convivência solidária, integral e colaborativa. A prática colaborativa mudará à medida que os profissionais de saúde se concentrarem na pessoa, na família e na comunidade e também quando atenderem às suas reais necessidades de saúde de maneira abrangente.

Como membro da equipe interprofissional, o enfermeiro deve levar em consideração as características dos idosos, sempre enfatizando o cuidado daqueles que estão saudáveis ou doentes, para que possam incorporar essas orientações de forma significativa em prol de melhor qualidade de vida. Por fim, garantir a qualidade do relacionamento e da comunicação entre profissionais, e entre pacientes e profissionais, fará com que pacientes e familiares se sintam à vontade e participem ativamente de seus cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da análise da literatura revisada, emergiram dois aspectos importantes no cuidado interprofissional de idosos: primeiro, este cuidado tem origem em suas necessidades e, portanto, deve ser focado nessas demandas e satisfazê-las plenamente. Consideramos imprenscindível incluir a família no processo de cuidado fundamental, pois isso reafirma a identidade dos idosos e lhes proporciona uma sensação de segurança. O segundo aspecto importante está relacionado à presença do enfermeiro na equipe interprofissional como um elemento fundamental para a coesão da equipe.

Estabelecer fronteiras profissionais no trabalho de uma equipe interprofissional não é tarefa fácil, porém, em termos gerais, práticas específicas são delineadas mediante a regulamentação da prática profissional e construção histórica da identidade profissional.

Em uma dimensão intermediária, os protocolos de atendimento e a taxonomia adotada também colaboram para definição das atividades de enfermagem e, em uma dimensão mais específica, têm-se a avaliação inicial dos idosos, a discussão coletiva dos casos e o processo de enfermagem. Todos esses instrumentos são importantes para a definição e orientação das ações de colaboração, bem como para autonomia do enfermeiro no contexto da prática colaborativa[27..]

REFERÊNCIAS

1. Peduzzi M; De Campos M; Marcelino J; Fernandes E; Miranda M. Trabalho em Equipe, Prática e Educação Interprofissional. In. Martins, MA; Carrilho, FJ; Alves, VAF; Castilho, EA; Cerri, GG. Atuação da clínica médica. 2016:1-9. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Geneva, WHO, 2010. [cited 2020 Aug 11]. Available from: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/.
3. Bonet MM. Práctica colaborativa interprofesional en salud: conceptos clave, factores y percepciones de los profesionales. Educ Med. 2016;17(1):21-24. Available from: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/148683/552467.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Tamayo M, Besoaín-Saldaña A, Aguirre M, Leiva J.Trabajo en equipo: relevancia e interdependencia de la educación interprofesional. Rev Saúde Pública. 2017;51:39. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/es_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006816.pdf.
5. Matos E, Pires DEP, Sousa GW. Work relations in interdisciplinary teams: contributions towards new forms of work organization in health. Rev. bras. enferm. 2010;63(5):775-781. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500013
6. Bandeira MVR, Belarmino AC, Anjos SJSB, Silva MRF, Ferreira Junior AR. Interprofessional collaboration for prenatal dental follow up in primary health care. Salud Colectiva. 2019;15:e2224. DOI: 10.18294/sc.2019.2224.
7. Fuentes PS. From interprofessional education to team work in health. Horizonte de Enfermería. 2017.;28(1):3-6. Available from: http://www.revistadisena.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12194
8. Reeves S, McMillan SE, Kachan N, Paradis E, Leslie M, Kitto S Interprofessional collaboration and family

member involvement in intensive care units: emerging themes from a multisited ethnography. Journal Interprofessional Care. 2015;29:230-7. DOI: 10.3109/13561820.2014.955914

9. Regional Network for Interprofessional Education in the Americas and Pan American Health Organization. Patient-centered care in interprofessional collaborative practice: key elements, strategies, and paths forward. 2019. Washington, DC.

10. Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M. Learn together to work together: multiprofessional education. [Internet] FEM 2018;21(4):169-171. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v21n4/2014-9832-fem-21-4-169.pdf

11. Lima AMV, Peduzzi M. Caracterização das ações da enfermagem na atenção primária à saúde para o trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional. J Manag Prim Heal Care. 2017;8(3):32-33. DOI: https://doi.org/10.14295/jmphc.v8i3.645

12. Mitchell S, Maynard V, Lyons V, Jones N, Gardiner C. The role and response of primary care and community nursing in the delivery of palliative care in epidemics and pandemics: a rapid review to inform practice and service delivery during the COVID-19 pandemic. Evidence Service Team Centre for Evidence-Based Medicine, Nuffield Department of Primary Care Health Sciences. 2020 Available from: https://www.cebm.net/covid-19/primary-carw-and-community-nursing/

13. D'Amour D, Goulet L, Labadie J. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv., 2008;8(188). DOI: https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188

14. Ayala, R. Cuidado interprofesional en salud para el siglo XXI. Webinar, mayo 2020. Available from: https://www.educacioninterprofesional.org/es/node/351

15. Secretaría de Salud Instituto Nacional de Geriatría [Internet]. Protocolos para la atención de las personas adultas mayores por enfermería. Secretaria de Salud, México [cited 2017]. Available from: http://www.geriatria.salud.gob.mx//descargas/publicaciones/Protocolo_PAM.pdf

16. Yañez-Gallardo RJ, Valenzuela-Suazo S. Conductas críticas para experimentar confianza en el liderazgo de enfermería en un hospital de alta complejidad. Aquichan 2013;13(2)186-196. Available from: https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2347/3222

17. Calderón MS. Competencias genéricas en enfermeras/os tituladas/os de la Universidad Arturo Pratt Sede Victoria 2010. Ciência e Enfermagem XVIII(1),89-97,2012. DOI: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100009

18. Brasil, Ministério da Saúde [Internet]. Núcleo de Política Técnica Humanización Nacional, Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, 2th ed., Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília: 2007. Ministério da Saúde. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf

19. Rocha EN, Lucena AF. Single Therapeutic Project and Nursing Process from an interdisciplinary care perspective. Rev. Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0057. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0057

20. Kirsch GH; Slob EMGB. Atuação do Enfermeiro na Educação em Saúde da População. Revista Saúde e Desenvolvimento. 2018 (12)13. Available from: https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1008

21. Neves R, Dimenstein M, Paulon S, Nardi H, Bravo O, Brito V, et al. Mental health in the Brazilian national health care system: An analysis of two realities. Rev. Psicol. Latinoam. 2012; 30(2):356-368. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v30n2/v30n2a11.pdf

22. Miranda Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. Rev Bras Enferm. 2015;68(4):586-593. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680403i

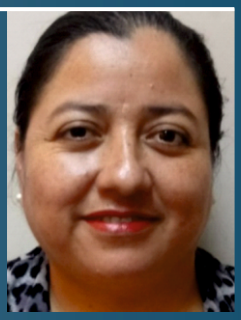
23. Jividen S. The Role Of Nurses In Nursing Homes During COVID-19. Trusted. 2020. Available from: https://www.trustedhealth.com/blog/the-role-of-nurses-in-nursing-homes-during-covid-19

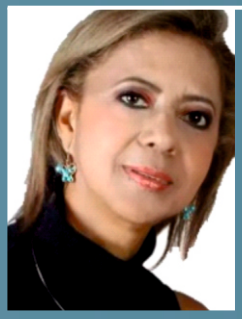
6

PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO AO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cristina Mara Zamarioli
Brasil

Germania Marivel Vargas Aguilar
Equador





Maria Neila Sanchez Cedeño
Colombia

Nayara Araújo dos Reis
Brasil

6- PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO AO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cristina Mara Zamarioli
ORCID: 0000-0002-4757-7611
Germania Marivel Vargas Aguilar
ORCID: 0000-0002-8116-7261
Maria Neila Sanchez Cedeño
ORCID: 0000-0002-5187-1864
Nayara Araújo dos Reis
ORCID: 0000-0002-2611-4132

RESUMO

Introdução: A enfermagem, como profissão e disciplina, desempenha um papel importante na Atenção Primária à Saúde, considerada a porta de entrada do sistema de saúde e uma estratégia de coordenação intersetorial. A assistência oferecida neste nível busca promover maior bem-estar dos usuários, atenção integrada e integral à saúde. **Objetivo**: Explorar o Processo de Enfermagem, suas diferentes denominações e distintas realidades de implementação, com foco no idoso na Atenção Primária, durante a pandemia da COVID-19. **Desenvolvimento do tema**: O Processo de Enfermagem, como o concebemos atualmente, é o método sistemático de desenvolvimento da prática de enfermagem que inclui o diagnóstico de enfermagem, resultados e intervenções, e que facilita a aplicação de cuidados baseados em evidências científicas. São inúmeras as barreiras para a sua real implementação, entre elas: questões legais e de exercício profissional, além de baixa qualificação profissional e limitada compreensão de sua real importância. Além disso, outras demandas de cuidados surgiram durante a pandemia, com implicações na saúde física, mental, social e espiritual dos idosos. São muitos os desafios apontados na literatura para melhorar esta assistência e, especificamente durante a pandemia, com as demandas de reestruturação de serviços e de fluxo de atenção, o acesso aos serviços foi alterado. A despeito dessas mudanças, em tese não foram alteradas as fases do processo de enfermagem, tampouco deveriam interferir na qualidade da assistência prestada. **Considerações finais**: As fases do processo de enfermagem permanecem as mesmas durante a pandemia e a interação adquiriu maior expressão para uma efetiva coleta de dados.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Processo de Enfermagem; Idoso; Infecções por Coronavírus; Enfermagem.

Introdução

A expressão Processo de Enfermagem (PE), como a concebemos hoje, ainda não era utilizada na segunda metade do século XIX, a despeito de Florence Nightingale ter enfatizado a necessidade do ensino da observação e dos julgamentos delas[1]. Na evolução histórica da profissão, Florence Nightingale, reconhecida como a pioneira em sua profissionalização, acreditava que a doença era um processo restaurador e que a manipulação do ambiente poderia contribuir para esse processo, bem como para o bem-estar do paciente. No entanto, as enfermeiras ainda desempenhavam funções predominantemente dependentes, sob orientação direta do médico[2].

Como em toda trajetória histórica, a do Processo de Enfermagem também teve momentos importantes e de destaque. No cenário da saúde nos Estados Unidos, esses momentos foram classificados inicialmente em três gerações: a primeira compreendeu o período de 1950 a 1970; a segunda as décadas de 1970 a 1990; e a terceira os anos de 2000 a 2010. No entanto, três novas gerações foram incorporadas: a quarta iniciando em 2010 com projeção até 2020; a quinta em 2020 com término em 2035; e a sexta projetada para o período de 2035 e 2050[3]. A figura 1 compila pontos importantes de cada uma dessas gerações.

Essas gerações (Figura 1), inclusive a que estamos vivenciando (4ª geração), parecem um tanto mescladas, pois já utilizamos simulação clínica para desenvolver o raciocínio e o julgamento clínico para a tomada de decisão (6ª geração) sem, contudo, termos uma estrutura sedimentada de banco de dados para inferir quais são os diagnósticos mais prevalentes, tampouco para predizer o modelo de cuidados mais aplicável em cada cenário da assistência. Trata-se de um reflexo de onde o PE é implementado, e isso se aplica aos distintos países onde o enfermeiro exerce suas atividades, aos diferentes cenários dentro de um único país ou ao tipo de serviço, público ou privado, no qual este profissional está inserido.

1ª Geração (1950-1970)

- Primeira tentativa de definição do universo dos termos clínicos da Enfermagem.
- Termo **Processo de Enfermagem** mencionado pela primeira vez por Lydia Hall, em 1955.
- Em 1961, Ida Orlando definiu o **PE** em **três aspectos**: o **comportamento do paciente**, a **reação do enfermeiro** e as **ações da enfermagem**. Dorothy Johnson 1960, Ida Jean Orlando y Ernestina Wiedenbach describen ese proceso con **tres fases** como el **análisis, síntesis y ejecución**.
- **PE** em **quatro fases**: **avaliação inicial, planejamento, intervenção** e **avaliação (**Helen Yura e Mary B. Walsh em 1967).
- **14 Necessidades Humanas Básicas** de Virginia Henderson.
- **Modelo de Levantamento de Dados** nas **13 Áreas Funcionais** de McCain.
- Necessidade de se *compreender os problemas de enfermagem, classificá-los e padronizá-los*.

2ª Geração (1970 a 1990)

- Em 1973, em Saint Louis, nos Estados Unidos, na 1ª Conferência Nacional para a Classificação do Diagnóstico de Doenças (DE) foram apresentados 34 DE, os quais foram validados por um pequeno grupo.
- Em 1980, a American Nursing Association (ANA) definiu a profissão como: "Enfermagem é o diagnóstico e o tratamento das respostas humanas a problemas de saúde reais e potenciais".
- O Conhecimento de Enfermagem avançou em relação ao desenvolvimento de um sistema linguístico padronizado, conforme o trabalho da North American Nursing Diagnosis Association - NANDA, nos projetos do College of Iowa, EUA, para a criação da Classificação de Intervenção de Enfermagem - NIC e

3ª Geração (2000 a 2010)

- Direcionada para o raciocínio clínico.
- Foco nos **resultados**, associado aos problemas de cuidados de enfermagem com a história clinica específica do cliente.
- O modelo é representado pela sigla "OPT" que significa *The Outcome Present State Test.*
- Valorização das classificações de diagnósticos, de intervenções e resultados como vocabulários para o raciocínio clínico

4ª Geração (2010-2020)

- **Organização da construção do conhecimento.**
- Linguagem comum.
- Analise quanto à relação entre diagnósticos, intervenções e resultados.

5ª Geração (2020-2035)

- Aprender a ocorrência e a epidemiologia dos diagnósticos, intervenções e resultados de pacientes em populações específicas a partir de um banco de dados.
- Obtenção de dados por tipo de instituição ou pelo cuidado prestado, sendo ele primário, secundário e terciário.

6ª Geração (2035 a 2050)

- Desenvolvimento de **modelos preditivos de cuidados** com características únicas do paciente, que podem ser comparados com dados empíricos derivados de várias instituições ou de um banco de dados internacional do conhecimento de enfermagem.
- Uso da simulação clínica para ajudar a desenvolver o raciocínio e o julgamento clínico para a tomada de decisão.

Figura 1. Gerações do Processo de Enfermagem e suas principais características.

Tais observações remetem a discussões importantes acerca da função do enfermeiro, seu processo de trabalho, corpo de conhecimento científico e reconhecimento enquanto profissão, que ainda se fazem necessárias.

São considerações pertinentes em virtude das diferenças observadas quanto às funções exercidas (Leis de Exercício Profissional) nos diferentes países, onde distintas categorias profissionais trabalham na enfermagem e, por conseguinte, têm implicações diretas na qualificação e limites de atuação do enfermeiro. Não devemos deixar de mencionar também a diferença no *status* profissional e, como consequência, o menor investimento na qualificação profissional e remuneração, o que impacta diretamente na produção do conhecimento e, portanto, na implementação do Processo de Enfermagem. Ressaltamos que tal implementação engloba tanto a questão legal como a prática: a primeira por não ter força enquanto categoria profissional que impulsione mudanças legais e de autonomia e a segunda, por permitir falhas na formação profissional que dificultam sobremaneira o desenvolvimento das distintas fases do PE.

Paralelamente a esta evolução do PE, surgiram novas demandas no ensino, na pesquisa e na prática assistencial, entre elas a de compreensão do processo de julgamento clínico e o reconhecimento de quais habilidades são necessárias neste processo[1].

Nessa perspectiva, o propósito do PE, segundo o *International Concil of Nurses* (ICN), é atender aos elementos da prática com uma abordagem para identificação das **necessidades** do **paciente,** da **família, grupo** ou **comunidade**, bem como estabelecer os **resultados** esperados após a implementação de **intervenções** voltadas para as situações identificadas e **avaliar** o efeito dessas intervenções[4] ainda é incipiente no cenário mundial.
Obs: Todavia, essas medidas ainda são incipientes no cenário mundial.

A **autonomia** para o exercício da prática profissional de enfermagem e para a aplicação de seu corpo de conhecimento é o que lhe dará liberdade para fazer julgamentos clínicos e tomar decisões, que representa a escolha entre duas ou mais alternativas. Autonomia, aqui entendida como a capacidade de controlar as atividades profissionais no ambiente de trabalho, implica independência, responsabilidade pelos próprios atos e autorregulação da organização social e econômica do trabalho[5]. No entanto, para a tomada de decisão, em que está implícito um julgamento, com base em discernimento[6], é preciso desenvolver muito mais do que autonomia, pois são necessárias habilidades cognitivas, procedimentais e atitudinais, passíveis de treinamento e aprimoramento.

Observamos, na frase anterior, diferentes conceitos apontados na literatura como sinônimos, entre eles tomada de decisão e julgamento. Também notamos na literatura outros conceitos, tais como raciocínio clínico para a tomada de decisão utilizando o pensamento crítico, igualmente considerados sinônimos, os quais, embora apresentem diferentes significados, se entrelaçam e se complementam quando analisado o processo de cuidar[7-8].

Quanto ao **raciocínio clínico**, trata-se do processo de pensamento necessário para avaliar e manejar

um problema de saúde de uma pessoa[8]. O uso do modelo de raciocínio dependerá de habilidades e conhecimentos prévios do profissional. É considerado um processo mental complexo, utilizado tanto na identificação de situações de vulnerabilidade e de problemas de saúde instalados quanto na seleção de ações (intervenções) pertinentes em cada caso, em busca do alcance de melhores resultados de saúde[9].

É, portanto, fundamental que o enfermeiro desenvolva habilidades que o auxiliem a construir o seu raciocínio clínico, aqui compreendido como o processo de pensamento e tomada de decisão integrado na prática clínica, para o atendimento aos usuários dos sistemas de saúde[9].

Já a **tomada de decisão** perpassa todas as fases do processo de enfermagem e inclui a escolha de instrumentos específicos para a coleta de dados ou da melhor intervenção para o alcance dos resultados esperados, com base nos recursos materiais e humanos disponíveis.

O **pensamento crítico** é abrangente, estando nele implícito um julgamento, com intencionalidade, autorregulação (crítica) e que leva em consideração os ambientes interno e externo do indivíduo. Revela a presença de padrões e da experiência, passível de aprendizado e treino. É uma função cognitiva superior, movida pela intencionalidade e de caráter racional para facilitar o alcance de um resultado desejável. Trata-se de um "pensamento cuidadoso, deliberado, focado em resultados (orientado para resultados)"[5].

Ressaltamos que até mesmo o pensamento crítico é definido de distintas formas: alguns o aproximam mais do termo raciocínio lógico[10] e outros de uma atividade acadêmica preparatória ou "construção de musculatura mental", permitindo melhor desempenho mediante a memorização de conteúdo ou pela realização de tarefas desconexas da realidade profissional. No entanto, a concepção mais difundida apresenta o pensamento crítico como uma atividade cognitiva de alta complexidade, que pode ser desenvolvida ao longo da vida, induzida por ambientes de ensino, de forma independente do nível ou área específica.

Do ponto de vista da NANDA-I, o diagnóstico de enfermagem é considerado um julgamento clínico sobre experiências/respostas a problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais de um indivíduo, família ou comunidade[11]. Constitui a base para a seleção de intervenções apropriadas ao alcance dos resultados esperados e que são de responsabilidade dos enfermeiros[11].

O **julgamento clínico** é a capacidade flexível e diferenciada para **reconhecer** aspectos (dados) relevantes de uma situação clínica indefinida, interpretar seus significados e **dar uma resposta apropriada**. Na enfermagem, representa a interpretação das necessidades em saúde de um paciente quando submetido ao diagnóstico de enfermagem, bem como a escolha de intervenções consideradas adequadas à situação. Esse processo do pensamento contempla quatro etapas: reconhecimento, interpretação, resposta e reflexão[12].

Portanto, para que o PE seja desenvolvido de maneira adequada são necessárias diferentes habilidades

e comportamentos, o que pode dificultar sua implementação.

O PE não teve início com as cinco fases que concebemos hoje, nem com os “rótulos” atribuídos a cada uma delas. É fruto de um processo histórico de construção do conhecimento que evoluiu após meados da década de 1950, com a contribuição de diversas teóricas da enfermagem ao longo do tempo, entre elas Wanda de Aguiar Horta (no Brasil), Helen Yura, Mary B. Walsh e Alfaro-Lefevre (Estados Unidos).

OBJETIVO

Explorar o Processo de Enfermagem, suas diferentes denominações e distintas realidades de implementação, com foco no idoso na Atenção Primária, durante a pandemia da COVID-19.

Desenvolvimento do tema

Atualmente, o PE é reconhecido como um processo sistemático e dinâmico que promove um cuidado humanístico, com foco nos resultados e custo efetivo. Este processo está organizado em cinco etapas, inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, que compreendem: 1. Coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem); 2. Diagnóstico de enfermagem; 3. Planejamento de enfermagem; 4. Implementação de enfermagem; e 5. Avaliação de enfermagem[13]. Essas fases do PE podem ter outras denominações, por exemplo: 1. Coleta de dados; 2. Diagnóstico; 3. Planejamento; 4. Implementação; e 5. Avaliação[13].

Em alguns países, inclusive no Brasil, está legalmente explícita a obrigatoriedade de embasamento em suporte teórico para a coleta de dados, para o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e para o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem[13] sem, contudo, restringir este arcabouço teórico. Este fato não se reproduz em todos os países, a exemplo da Colômbia, do Chile e do Equador.

Além da fundamentação teórica, alertamos para a importância de nos apropriarmos das funções exercidas pelo profissional, da forma de operacionalização do processo de cuidar, em consonância com o conhecimento, e do treino de habilidades (comportamentais, atitudinais e técnicas). Necessário também que as atividades não sejam desempenhadas, majoritariamente, de modo dependente de outros profissionais, ou seja, na condição de membro meramente executor de prescrições e recomendações, mas sim realizadas de forma interdependente ou colaborativa, mediante coordenação ou colaboração de outros membros da equipe de saúde [14].

Para a construção do raciocínio diagnóstico, podem ser utilizadas diferentes estratégias, entre elas o modelo de Risner e o mapa conceitual. E, para nomear o produto deste raciocínio clínico diagnóstico, podem ser utilizadas Classificações e taxonomias, sendo as mais comumente utilizadas a Taxonomia II

da NANDA-I[11] e a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®). Uma taxonomia é a prática e a ciência de categorização e classificação[11].

Para Carvalho, Cruz e Herdman[15], "a expressão sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem (SLP) refere-se a estruturas que organizam uma terminologia acordada entre os profissionais enfermeiros para descrever as avaliações, intervenções e resultados pertinentes ao cuidado de enfermagem". As unidades singulares de um SLP são os termos ou expressões que veiculam os conceitos pertinentes à área a que o sistema se aplica.

Ainda de acordo com essas autoras, os sistemas de linguagens padronizadas (SLP) são instrumentos importantes para atender à crescente complexidade do cuidado de enfermagem, pois contribuem para o raciocínio clínico, para a própria construção e organização do conhecimento da disciplina e para a prática de enfermagem[15].

De acordo com a NANDA-I, SLP de enfermagem é um conjunto de termos comumente compreendidos, usados para descrever os julgamentos clínicos envolvidos nas avaliações (diagnósticos de enfermagem), juntamente com as intervenções e resultados relacionados com a documentação dos cuidados de enfermagem[11].

Tradicionalmente, a fase de Planejamento do PE engloba o estabelecimento de prioridades, metas, objetivos a serem alcançados, estratégias necessárias e a prescrição de enfermagem. Contudo, atualmente já está divulgado o uso das Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC)[16], bem como da Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC)[17], ou, simplesmente, da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®) (Figura 2).

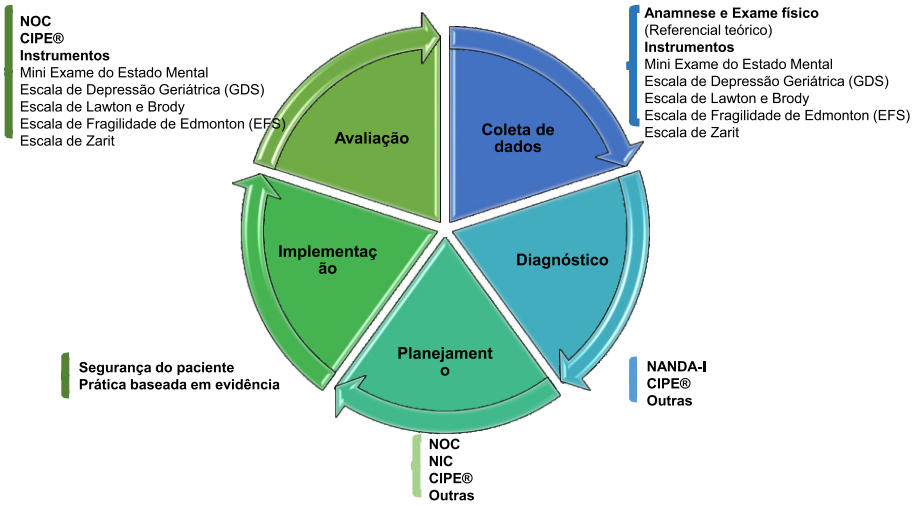


Figura 2 – Aplicação dos Sistemas de Linguagens Padronizadas nas diferentes fases do Processo de Enfermagem.

Contudo, nem todas as intervenções ou ações de enfermagem baseiam-se em diagnósticos de enfermagem. Enfermeiros podem realizar intervenções com base tanto em condições descritas por diagnósticos médicos como em diagnósticos de enfermagem e fundamentados em recomendações

protocolares[11].

Além disso, o PE, quando realizado em "instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias"[13], pode corresponder à Consulta de Enfermagem, a depender do país. Tal situação pode suscitar dúvidas, pois a Consulta de Enfermagem também é citada como uma Intervenção de Enfermagem na NIC.

Com base no exposto e para compreendermos melhor o PE na Atenção Primária à Saúde (APS) com foco no idoso, devemos analisar a abrangência da APS e os principais diagnósticos de enfermagem (promoção da saúde, risco, com foco no problema e de síndrome) observados nesta população.

Estudo transversal realizado no Brasil objetivou "desenvolver um subconjunto de diagnósticos de enfermagem (DE) para idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde. A pesquisa foi feita com base em um banco de termos para a prática clínica de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)". Foram evidenciados 127 DE, a maioria (74,8%) relacionada aos componentes biológicos/fisiológicos, com ênfase nos aspectos anatômicos e fisiológicos do idoso, a saber: respirar; comer e beber; eliminar; dormir e repousar; mover-se e manter uma postura adequada; vestir-se e despir-se; manter a temperatura corporal normal; manter-se limpo, cuidado e proteger a pele; e evitar perigos[18].

AAPS é a principal porta de entrada do paciente no sistema de saúde e "se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a **promoção** e a **proteção da saúde**, a **prevenção** de agravos, o **diagnóstico**, o **tratamento**, a **reabilitação**, a redução de danos e a **manutenção** da saúde"[19]. Também pode ser considerada o centro de comunicação com uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), a depender do país e de suas características, entre elas o Modelo de Atenção à Saúde adotado e o tipo de Sistema de Saúde (público, privado ou um mix dos dois).

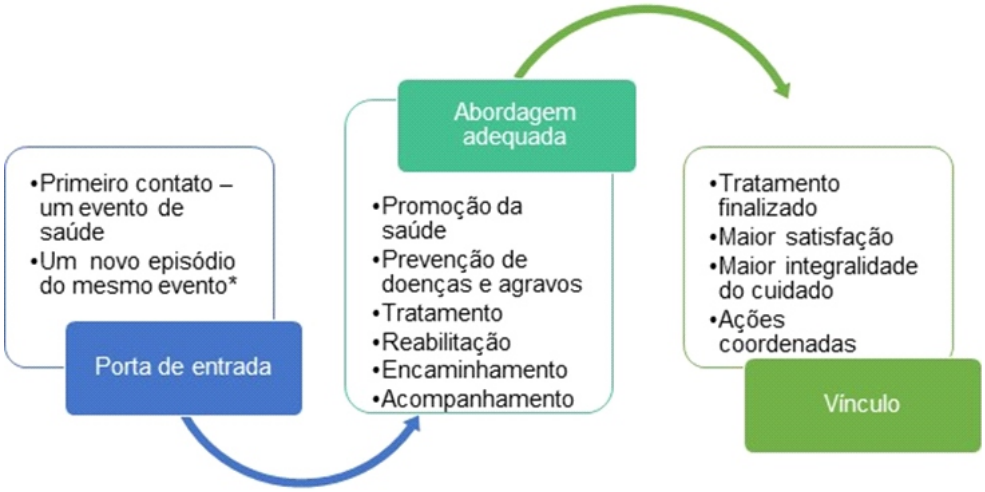


Figura 3. Atenção Primária à Saúde

A capacidade da APS organizar o fluxo dos serviços, iniciando em um nível de menor complexidade em direção aos mais complexos, pode ser desenvolvida em ambientes mais descentralizados, como no Brasil, ou de forma mais centralizada. Trata-se de um trabalho (Figura 3) de grande relevância que utiliza

distintas estratégias, com vistas à abrangência das ações, setores e níveis de complexidade, e no sentido de promover maior densidade tecnológica e identificar a demanda de serviços da população.

As profundas modificações no campo da saúde pública em decorrência da transição epidemiológica e das mudanças demográficas da população impuseram a necessidade de adaptação e reestruturação dos Sistemas de Saúde. Um dos grandes desafios é tornar os idosos, agora mais longevos, mais saudáveis e com menor carga de problemas de saúde.

E o contexto ideal para trabalhar esses objetivos é o da APS, por estimular a aquisição de estilos de vida favoráveis à promoção, manutenção ou recuperação do estado de saúde em todas as dimensões: física, mental, social e espiritual do idoso. No âmbito da APS, é possível não só minimizar as alterações inerentes ao processo de envelhecimento como monitorá-las, a fim de favorecer o desempenho de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Sabemos que o comprometimento de tais atividades em decorrência das doenças coexistentes como diabetes, hipertensão, osteoporose e outras patologias pode afetar o estado de bem-estar e saúde do idoso. Além disso, este nível de atenção permite melhor acompanhamento da adesão terapêutica e de problemas econômicos e socioculturais que podem agravar o processo de envelhecimento.

Na atual conjuntura, em virtude da pandemia, foi necessário reorganizar rapidamente o fluxo de atendimento e de entrada nas unidades de saúde, bem como alterar a modalidade de atendimento, implementar o distanciamento social e tomar decisões quanto ao atendimento por sinais e sintomas clínicos (assintomático, sintomas leves – quadro gripal, sintomas moderados e severos) suspeitos de COVID-19. Destacamos também a implementação de isolamento domiciliar, com todas as suas implicações.

Em todos os países, a enfermagem assumiu um papel relevante e de destaque no cuidado do ser humano, em todos os ciclos da vida, e é considerada a linha de frente na atenção à saúde, ainda que as situações sejam adversas a esta atuação e evidenciem a bagagem de valores éticos e morais que inclui a oferta de cuidados de saúde nessas circunstâncias.[20] Nesse momento, consideramos necessário indagar o que mudou em relação ao cuidado oferecido ao indivíduo idoso (Figura 4).

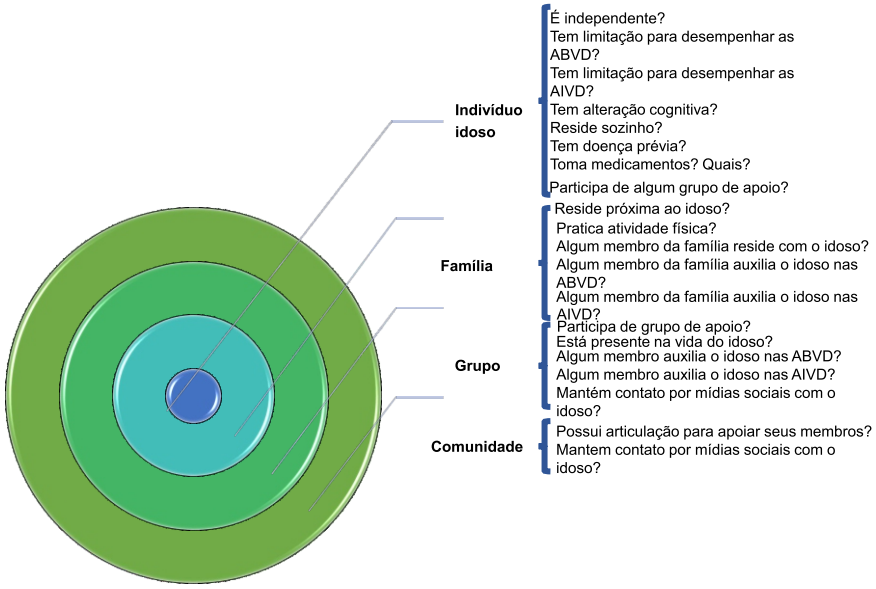


Figura 4. Questões importantes para o cuidado do idoso durante a pandemia da COVID-19.

No atual contexto, embora a estruturação dos serviços de saúde tenha sido necessária e resultado em restrição de acesso, criação de novas vias de acesso para idosos e seus familiares/cuidadores e modificações na forma de comunicação com a equipe de saúde (via telefone celular, internet), as fases do PE e as habilidades necessárias para o seu desenvolvimento permanecem as mesmas. Contudo, maior valor tem sido atribuído aos serviços de telemedicina e telefone, por exemplo, que permitem a divulgação mais rápida de informações a distância. Nesse caso, a interação adquire um valor ampliado, tanto para obter dados como para intervir.

A crise global provocada pela pandemia COVID-19 impôs diversas consequências físicas, familiares e mentais aos idosos. Este grupo é heterogêneo e foi o primeiro a receber recomendações mais rígidas do Estado no sentido de evitar a locomoção, por ser mais propenso a desenvolver complicações da COVID-19.

O aspecto físico, além do psicológico, é importante para avaliação dos fatores que impactam a saúde dos idosos em decorrência desta crise. Sabemos que a perda de massa muscular é inevitável com o passar do tempo, de modo que bons hábitos alimentares, associados à prática regular de atividade física, devem ser instituídos o quanto antes. A seguir, estão elencados outros fatores que podem ter consequências na saúde mental e física dos idosos:

- O confinamento prolongado leva ao isolamento social e familiar, podendo causar claustrofobia e depressão;
- Má adesão às regras de autocuidado devido ao pouco conhecimento ou acesso às redes sociais, incluindo o cuidador;
- Mitos e crenças sobre a doença;
- Perda de massa muscular (sarcopenia);
- Risco de quedas;
- Estilo de vida sedentário;
- Falta de conhecimento sobre o uso de produtos desinfetantes ou medidas de biossegurança[21].

Estudo realizado mediante revisão bibliográfica com a taxonomia da NANDA-I para sistematização da assistência de enfermagem à COVID-19 listou 15 principais DE. Esses diagnósticos foram selecionados com base em julgamentos e raciocínio clínico diante das principais manifestações clínicas da doença citadas nos estudos analisados. São eles: ansiedade relacionada à morte; contaminação; diarreia; enfrentamento ineficaz; hipertermia; isolamento social; padrão respiratório ineficaz; proteção ineficaz; resposta disfuncional ao desmame ventilatório; risco de choque; risco de contaminação; risco de infecção; termorregulação ineficaz; troca de gases prejudicada; e ventilação espontânea prejudicada[22].

Artigo de revisão integrativa identificou 25 diagnósticos de enfermagem delineados a partir da NANDA-I e da CIPE para crianças, adultos e idosos, de acordo com o quadro clínico prevalente da COVID-19. São eles: proteção ineficaz por incapacidade de proteção contra agente infeccioso, evidenciada por tosse, calafrios e fadiga; dor muscular; dor musculoesquelética; padrão respiratório ineficaz relacionado a sintomas de dor e fadiga, evidenciado por dispneia; e sofrimento espiritual relacionado a quadros de depressão, estressores e mudança ambiental, evidenciado por insônia[23]. Estudos apontam que a

população idosa tem sido mais afetada emocionalmente nessas circunstâncias de isolamento e solidão.

Sabemos que a solidão e o isolamento social têm aspectos importantes na saúde mental e física, sobretudo de idosos [24]. Indivíduos com mais de 60 anos correm o risco de sofrer o impacto da solidão devido ao afastamento de entes queridos e, além disso, o distanciamento social pode trazer complicações adicionais para a saúde e o bem-estar dessas pessoas, que ficam mais isoladas em decorrência da pandemia.

Destacamos, também, a maior taxa de mortalidade por COVID-19 entre idosos, em virtude da idade avançada e das morbidades preexistentes, e o nível de estresse e comprometimento psicológico e mental, que tende a ser maior neste grupo em relação aos demais. Por esses motivos, consideramos fundamental fornecer orientação e acompanhamento da família para a preservação da saúde mental, o que coloca o enfermeiro em um papel essencial: o de promover tranquilidade, autocuidado e controle diante desta situação.

Este profissional deve implementar a assistência de enfermagem aos idosos na APS, a fim de reduzir a ansiedade e proporcionar-lhes bem-estar físico, psicológico e espiritual. Para tanto, deve utilizar as habilidades de comunicação para promover uma relação pautada na atenção e no respeito, bem como aproveitar este momento de interação para implementar o ensino e a orientação de pacientes e familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da necessidade de adaptação e reestruturação dos serviços de saúde por causa da pandemia da COVID-19, novas tecnologias foram incorporadas e outras formas de interação ganharam campo.

No que diz respeito ao Processo de Enfermagem, se antes não estava implementado de forma efetiva em muitos países, com a visibilidade da enfermagem no cenário mundial, ele precisa ser repensado. Somente uma enfermagem empoderada, com raciocínio clínico diagnóstico e terapêutico acurados, poderá sistematizar essas etapas fundamentais para o alcance de resultados efetivos, de qualidade e seguros. Nesse sentido, a pandemia explicitou o papel, a relevância e a necessidade deste profissional de enfermagem.

Ainda, a pandemia da COVID-19 impactou sobremaneira a população idosa. Esta, embora atualmente mais longeva, foi bastante afetada pela necessidade de distanciamento e, por vezes, de isolamento social, requerendo uma atenção especial por parte da equipe profissional que atua na Atenção Primária à Saúde, inclusive no que refere à utilização destas novas tecnologias.

Ao mesmo tempo em que impôs a necessidade de reestruturação dos serviços de saúde em todo o mundo a pandemia evidenciou a importância da Atenção Primária à Saúde na organização do fluxo e da assistência às pessoas, pois esta precisou ser resiliente, a fim de enfrentar desafios adicionais aos já comumente vivenciados, entre eles o acesso, a cobertura e a resolutividade.

REFERÊNCIAS

1. Garcia TR, Nóbrega MML. Nursing Process: from theory to the practice of care and research. Esc. Anna Nery. 2009;13(1):816-818. DOI. https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100026.
2. McEwen M, Wills EM. Bases Teóricas de Enfermagem. 4th ed. Porto Alegre: ArtMed, 2015.
3. Pesut DJ. 21st Century Nursing Knowledge Work: Reasoning into the future. In: Weaver A et al. Nursing and Informatics for the 21st Century. Chicago: Healthcare Information and Management Systems Society, 2006.
4. Hutton A, Veenema TG, Gebbie K. Review of the International Council of Nurses (ICN). Framework of Disaster Nursing Competencies. Cambridge University Press. Prehosp Disaster Med. 2016;31(6):680–683. DOI: https://doi.org/10.1017/S1049023X1600100X
5. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del Proceso Enfermero: Fundamento para del razonamiento clínico. 8th ed. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer Health-Lippincontt; 2014.
6. Thompson C, Dowding D. Clinical decision making and judgement in nursing. London: Churchill Livingstone, 2006.
7. Crossetti MGO, Goes MGO. Critical Thinking Skills In The Nursing Diagnosis Process. In: Herdman TH (org) PRONANDA: Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem. 1th ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana. 2016;4(1):9-34.
8. Kassirer JP. Teaching Clinical Reasoning: Case-Based and Coached. Academic Medicine. 2010;85(7)1118-1124. DOI: https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181d5dd0d
9. Carvalho EC, Oliveira-Kumakura ARS, Morais SCRV. [Internet]. Clinical reasoning in nursing: teaching strategies and assessment tools. Rev Bras Enferm. [cited 2020 sep 21]; 2017;70(3):662-668. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509
10. Cerullo JASB, Cruz DALM. [Internet]. Clinical Reasoning and Critical Thinking. Rev Latino-Am Enfermagem. [cited 2020 sep. 21]. 2010;18(1):124-129. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000100019
11. Herdman TH, Kamitsuru S (Orgs.). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. 11th ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 462p.
12. Tanner CA. Thinking like a nurse: a research based model of clinical judgment in nursing. J Nurs Educ. 2006; 45(6): 204-211. DOI: 10.3928 / 01484834-20060601-04
13. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN N° 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. Available from: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/194/o/Resolu%C3%A7%C3%A3o_n%C2%BA358-2009.pdf
14. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo e diagnóstico de enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
15. Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribution of standardized languages for knowledge production, clinical reasoning and clinical Nursing practice. Rev Bras Enferm. [cited 2020 sep. 21] 2013;66(spe):134-141. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700017
16. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação dos Resultados de Enfermagem. 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
17. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 6th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640p.

18. Clares JWB, Guedes MVC, Silva LF, Nóbrega MML, Freitas MC. Subset of nursing diagnoses for the elderly in Primary Health Care. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(2):270-276. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200013

19. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? Epidemiol. Serv. Saúde. 2020;29(2):e2020166. DOI: https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024.

20. Silva FV. Nursing to combat the COVID-19 pandemic. Rev. Bras. Enferm. 2020;73(Suppl 2):e2020sup2. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-202073suppl201

21. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS et. al. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. Ciênc Saúde Colet 2020;25(Suppl 1):2423-2446. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020

22. Queiroz AGS, Souza RZ, Sottocornola SF, Barbosa SJ, Pinheiro FA, Souza LP. Nursing diagnoses according to the NANDA International taxonomy for systematizing nursing assistance to COVID-19. J Health Biol Sci. / Rev. Saúde Ciên. Biol. 2020;8(1):1-6. DOI: http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.3352.p1-6.2020

23. Dantas TP, Aguiar CAS, Rodrigues VRT, Silva RRG, Silva MIC, Sampaio LRL, et al. Nursing diagnoses for patients with COVID-19. J Health NPEPS. 2020;5(1):396-416. DOI: http://dx.doi.org/10.30681/252610104575

24. Tyrrell CJ, Williams KN. The paradox of social distancing: Implications for older adults in the context of COVID-19. Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy. 2020; 12(S1). DOI: http://dx.doi.org/10.1037/tra0000845

7

PROMOÇÃO À SAÚDE DO IDOSO EM GRUPOS DE CONVIVÊNCIA EM TEMPOS DE PANDEMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

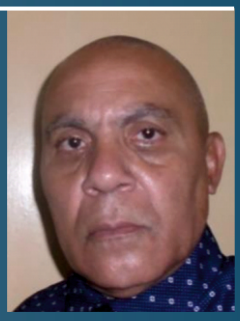
Cecilia Lucia Rossi
Argentina

Alejandra Rojas Rivera
Chile

Daiane de Souza Fernandes
Brasil

Estela Rodríguez Torres
Colombia

Luipa Michele Silva
Brasil



Rafael René Suárez Fuentes
Cuba

7- PROMOÇÃO À SAÚDE DO IDOSO EM GRUPOS DE CONVIVÊNCIA EM TEMPOS DE PANDEMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cecilia Lucia Rossi
ORCID: 0000-0003-0956-4112
Alejandra Rojas Rivera
ORCID: 0000-0001-5134-4135
Daiane de Souza Fernandes
ORCID: 0000-0001-6629-4222
Estela Rodríguez Torres
ORCID: 000-0002-4911-627X
Luípa Michele Silva
ORCID: 0000-0001-6147-9164
Rafael René Suárez Fuentes
ORCID:0000-0002-3518-7624

RESUMO

Introdução: No novo contexto mundial, as competências de liderança em enfermagem e a criação de novas funções foram e têm sido oportunidades para o exercício dessas competências nos sistemas de saúde. Esse novo cenário epidemiológico forçou os países a se adaptarem rapidamente a novos contextos e a lidarem com o impacto desta situação sobre grupos mais vulneráveis, em especial de idosos. **Objetivo**: Refletir sobre a promoção da saúde e os cuidados da atenção primária à saúde aos idosos dos grupos de convivência em tempos de pandemia por coronavírus na América Latina. **Desenvolvimento do tema**: Reflexões sobre os cuidados prestados durante a pandemia a este grupo populacional na atenção básica e em seus grupos de convivência são fundamentais, visto que o conhecimento de suas necessidades e o atendimento que recebem não é uniforme, evidenciando desigualdades e iniquidades, além da diversidade nos sistemas de saúde. **Considerações finais**: Foi realizada uma análise da situação e das medidas implementadas para o atendimento de idosos durante a pandemia em diferentes países do mundo e na América Latina.

Descritores: Idoso; Promoção da Saúde; Infecções por Coronavírus; Atenção Primária à Saúde; Centros de Convivência para Idosos.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno global. De acordo com a Organização das Nações Unidas, havia, em 2019, um total de 703 milhões de idosos no mundo, número que deve dobrar para 1,5 bilhão em 2050. Mundialmente, a participação de idosos aumentou de 6% em 1990 para 9% em 2019, com previsão de chegar a 16% em 2050[1].

Esta população, em expressivo crescimento no mundo e na América Latina, vem sofrendo grande impacto na saúde derivado do processo de isolamento social imposto pela pandemia da COVID-19. Idosos se enquadram como um grupo suscetível a apresentar efeitos negativos, com repercussões sobre a saúde emocional e física em virtude de diversas e abruptas alterações nas atividades cotidianas e, sobretudo, pela necessidade de manter o isolamento social. Essas medidas afetaram direta e profundamente a qualidade vida desta parcela da população[2].

As repercussões do impacto do isolamento social na saúde do idoso podem acarretar danos significativos, de modo que a adoção de estratégias que minimizem tais consequências neste momento atípico é fundamental. A Atenção Primária à Saúde desempenha um papel primordial na manutenção da qualidade de vida, pois desenvolve ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo a manutenção da qualidade de vida[3].
A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu a definição de envelhecimento ativo com indicação de diversos determinantes que estão relacionados com fatores sociais, econômicos, ambientais e de saúde que propiciam ao idoso viver essa etapa da vida com os plenos direitos em sociedade, possibilitando a este grupo o exercício da cidadania[4].

Desenvolver estratégias para um envelhecimento ativo durante a pandemia e posteriormente a esta tem relação com o estímulo de atividades que desenvolvam mecanismos de potencialização da autonomia e independência do idoso. Além disso, demanda estimular o convívio social, primordial para a efetivação de atividades que fomentem a qualidade de vida. Os grupos de convivência com idosos são importantes para minimizar os efeitos deletérios do isolamento social causado pela COVID-19[5].

Grupos de convivência são definidos como espaços de socialização para idosos, nos quais são desenvolvidas atividades coletivas e incentivado o envelhecimento ativo e saudável. Esses grupos também favorecem o estreitamento nas relações interpessoais, estimulam a aquisição de conhecimento e consequente empoderamento dos direitos sociais, estabelecem estratégias para lidar com sofrimentos (físicos, psíquicos e sociais), além de fomentarem a manutenção e aquisição de novas habilidades, contribuindo para maior autonomia e independência na velhice[6].

Atividades realizadas em grupos proporcionam senso de pertencimento, adaptação, estimulam a cidadania ativa, encorajam a manutenção e/ou recuperação do viver com qualidade e ressaltam o

compartilhamento e conhecimento. Dessa forma, configuram-se como um modelo inovador de atenção à saúde do idoso[4].

À medida que a pandemia ocasionada pela COVID-19 se alastrou pelo mundo, diversas atividades desenvolvidas na saúde sofreram impactos significativos. Na Atenção Primária, vários serviços oferecidos à população idosa foram suspensos, por ser um importante grupo vulnerável para acometimento e complicações pela doença[7].

Os encontros presenciais dos grupos de convivência foram interrompidos, o que tornou imperativo instituir estratégias inovadoras para a continuidade de atendimento a esta população[5]. Uma resposta de saúde pública para minimizar os efeitos desta pandemia na saúde do idoso se tornou urgente, com necessidade de mobilização não somente dos profissionais de saúde da atenção primária, mas também de comunidades, voluntários e outros envolvidos com estratégias que vislumbram a manutenção e a saúde desta população[2].

O enfermeiro desempenha um papel relevante na condução de grupos de convivência na atenção primária à saúde e, portanto, é fundamental que verifique as melhores estratégias para a retomada das atividades durante este período. Para tanto, ele deve atentar para as características do grupo, buscando interação social, cuidados com a saúde, e ajudando os idosos a ampliarem seus conhecimentos, atitudes (sentimentos/crenças) e autoeficácia para a execução de medidas preventivas em tempos de pandemia e pós-pandemia[8].

Consideramos também fundamentais investimentos na atenção primária para o atendimento ao idoso por meio da utilização de recursos tecnológicos neste momento de pandemia e sua possível incorporação no período pós-pandemia. Esses investimentos podem assegurar que o atendimento seja realizado pelo profissional de enfermagem de forma equânime e pautado nas políticas públicas relacionadas ao idoso.

Portanto, é premente a necessidade de discussão sobre uma prestação de cuidado do idoso que incorpore modelos de atendimentos modernos, o que demanda reflexão sobre o planejamento e implementação de ações efetivas para continuidade das atividades de grupos de convivência na atenção primária à saúde em tempos de pandemia pela COVID-19.

OBJETIVO

Refletir sobre a promoção da saúde e os cuidados da atenção primária à saúde aos idosos dos grupos de convivência em tempos de pandemia por coronavírus na América Latina.

Desenvolvimento do tema

Especificidades do tema na pandemia no mundo e na América Latina

Idosos com 60 anos ou mais constituem 12% da população mundial, de acordo com a Organização Mundial da Saúde. A infecção pelo SARS-CoV-2, conhecida como COVID-19, tem causado um aumento no atendimento de pessoas mais velhas no mundo[8]. Em cada país, os sistemas de saúde e os governos têm respondido às diretrizes internacionais e regionais para minimizar os impactos da pandemia neste grupo populacional, o que resulta no desenvolvimento de protocolos de atendimento hospitalar e domiciliar, bem como na implementação de tratamentos terapêuticos nos diferentes locais de convivência ou nos locais de residência dessas pessoas[9].

Na América Latina são aceitos os Princípios das Nações Unidas a favor do idoso[8]. Em diversos países, têm sido desenvolvidos programas e políticas que consideram os idosos, do ponto de vista social, como sujeitos de direito, socialmente ativos, com garantias e responsabilidades para com eles próprios, sua família e sua sociedade, assim como com seu ambiente imediato e com as gerações futuras.

Na Colômbia, destacamos a Política Colombiana de Envelhecimento Humano e Velhice 2015-2024[9], a qual disponibiliza Centros de Promoção e Proteção Social. Esses estabelecimentos prestam serviços de proteção e atendimento integral a idosos, oferecendo alternativas de desenvolvimento e proporcionando espaços favoráveis à socialização, lazer, formação, produtividade e desenvolvimento de projetos de vida digna. Para a gestão da pandemia, em conformidade com as recomendações gerais de contenção e mitigação de COVID-19 em idosos e sob a perspectiva dos direitos humanos expressa pela CEPAL-ONU, foram criados os Centros de Vida para a atenção de idosos. O direcionamento adotado pela Colômbia consta das diretrizes de prevenção, Centros-Dia e centros de proteção de longa permanência[9].

Em Buenos Aires, no mês de outubro de 2018 (OPAS/OMS), autoridades e especialistas nacionais e internacionais concordaram sobre a necessidade de "fazer mudanças fundamentais" para melhorar a qualidade de vida dos idosos na Argentina, um dos países com o maior índice de envelhecimento da região das Américas. Esse acordo foi firmado durante o I Fórum Argentino em comemoração ao Dia Internacional do Idoso, organizado pelo Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social da Nação, ANSES, PAMI e Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), com o objetivo de trocar experiências e buscar sinergias em torno da promoção e proteção dos direitos do idoso no país.

Em março de 2020, época do início da pandemia, a representante da Organização Mundial da Saúde (OMS) na Argentina, Maureen Birmingham, afirmou que “é importante que a Argentina mantenha uma abordagem abrangente para enfrentar" a pandemia do coronavírus e destacou, além das medidas governamentais, ser necessário o “compromisso social”. Segundo ela, “´é importante que a Argentina

mantenha este enfoque integral de abordagem desde as diferentes áreas do Estado e da sociedade, como vem fazendo". Birmingham acrescentou que o Governo deve "continuar com a detecção precoce de casos e seus isolamento", bem como a população tem que "manter comportamentos de prevenção"[10].

No Chile, o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado em 3 de março de 2020, momento em que se optou pela estratégia de realizar um elevado número de exames diários, quarentenas locais e dinâmicas, que dependem do número de casos ativos, medidas de isolamento social e monitoramento de contágios e contatos[11]. Foi elaborado o Plano de Ação Coronavírus Chile, que incluiu uma série de medidas sanitárias e educacionais; instalação de residências sanitárias, toques de recolher; controle de fronteira; estado constitucional de exceção; adaptação dos sistemas de transporte público, comércio, prisão, eventos de massa, casas e lares adotivos para crianças e idosos, além de uma série de medidas adicionais[12].

No momento em que o sistema hospitalar quase transbordava, uma estratégia foi fortalecer a atenção primária, cujo papel consistia em reforçar o diagnóstico por meio do teste de Proteína C-Reativa (PCR), estudos de caso, atendimento ao paciente, acompanhamento ao nível comunitário e encaminhamento de casos graves.

Principais problemas identificados nas políticas públicas dos países latino-americanos

A promoção da saúde é uma estratégia para manter a funcionalidade do idoso, reduzir sua dependência e a probabilidade de ingresso em uma instituição de longa permanência para idosos, gerando uma diminuição nas taxas de mortalidade. A promoção da saúde envolve três atores: idosos, profissionais de saúde e comunidade[13].

O reconhecimento da saúde como direito humano, componente e condição do desenvolvimento sustentável também deve ser respeitado no novo cenário global. Isso demanda a implementação de medidas urgentes e a avaliação dos impactos dessas ações.

Como a estrutura demográfica dos países latino-americanos é muito diversa, o impacto geral pode ter sido igual ou maior do que nos países desenvolvidos. As medidas de saúde adotadas afetaram as instituições de atendimento exclusivo ao idoso, gerando uma gestão ministerial hipercentralizada, com enfoque hospitalar prioritário e inclusão tardia da atenção básica ao idoso e seus grupos de convivência.

Em alguns países, durante as quarentenas preventivas, os idosos necessitaram de uma autorização especial, não exigida do restante da população, para realizar tarefas fora de casa. Essa medida constituiu uma violação dos direitos dos idosos e da sua autonomia.

Contraditoriamente ao paradigma do envelhecimento ativo e saudável, segundo o qual os idosos devem permanecer ativos, praticar exercícios físicos, dançar, ler, exercitar a memória, realizar novas atividades prazerosas ou reiniciar outras abandonadas e manter o convívio social, a quarentena preventiva impôs a essas pessoas a necessidade de afastamento físico e emocicional, levando-as à solidão. Em alguns países e/ou cidades, palestras e até shows são realizados on-line, como forma de minimizar o impacto

desta medida.

Foram observadas dificuldades para cumprir a quarentena e prevenir o contágio em determinados territórios devido à superlotação crítica e por deficiências habitacionais, inacessibilidade a produtos básicos de higiene como sabão, água sanitária e álcool. Em alguns lugares, ocorreram até mesmo problemas relacionados ao acesso à água e à água potável[14].

Nesse sentido, a ajuda estatal não tem sido suficiente e oportuna em países com problemas de desigualdade, violência, cidades com alta densidade demográfica, pobreza, famílias com baixa renda, acesso inadequado a cuidados de saúde e emprego informal. Por esse motivo, as pessoas têm sido forçadas a buscar a subsistência mesmo sob risco de exposição ao contágio da COVID-19, inclusive algumas delas idosas, por não terem alternativas viáveis, suficientes e adequadas para uma vida digna e sem garantias de cuidado humanizado.

Nas cidades onde a educação virtual é oferecida a idosos, há dificuldades para a continuidade da escolaridade virtual devido à falta de acesso a computadores e à Internet. Em algumas áreas rurais, nas quais inexiste comunicação via celular, a transmissão de informações tem sido extremamente prejudicada e essas pessoas enfrentam dificuldades para manter a comunição inclusive com os filhos e/ou netos.

Para os indivíduos idosos, a "casa" se estende para fora dela, de modo que o isolamento gera sofrimento direto pela perda dos locais de lazer[14].

Nos meios de comunicação e nas redes sociais, encontram-se muitos exemplos de decisões e políticas depreciativas em saúde para os idosos, além de falhas na comunicação sobre as medidas adotadas[15].
Em muitos países da América Latina, tem sido identificada a ausência de uma estratégia de teste em massa, bem como dificuldades de rastreabilidade e falta de estratégias para reduzir o isolamento de idosos institucionalizados.

Como os grupos de convivência foram afetados com a pandemia

Para evitar que os idosos não sejam contaminados pelo novo coronavírus, foram adotadas medidas de proteção no mundo e na América Latina, tais como isolamento e distância social. No entanto, essas medidas, embora tenham caráter protetivo, têm afetado tanto a saúde física como a mental dos idosos, os quais também sofrem com as constantes notícias sobre mortes, hospitalizações e crises enfrentadas por todos os países.

Por integrarem um grupo vulnerável, documentos oficiais recomendam que os idosos evitem frequentar grupos sociais ou de terceira idade neste momento ou que participem de atividades grupais. Elas têm sido orientadas a permanecer em casa, a cuidar da higiene pessoal e a evitar contato com familiares que tenham viajado[16].

Assim, desde o início do isolamento, os idosos foram afastados deste importante convívio, o que

modificou suas rotinas e despertou sentimentos de tristeza, solidão e abandono, especialmente entre aqueles que moram sozinhos. O grupo de convivência é um local onde eles podem trocar e vivenciar novas experiências. Para os pesquisadores, a preocupação com a qualidade de vida e a autonomia dessas pessoas é bastante pertinente, sendo importante avaliar as configurações dos arranjos familiares em que estão inseridas, pois, para a maioria, a família acaba sendo o único vínculo com o qual podem contar durante a pandemia[17].

Consideramos importante destacar que, no Brasil, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) aconselhou que os idosos com comorbidades, idade superior a 80 anos e portadores de síndrome de fragilidade adotassem medidas de restrição de contato social. Neste caso, os atendimentos devem ser preferencialmente domiciliares, para evitar a exposição ao novo coronavírus[16]. As Sociedades de Gerontologia e Geriatria estão cientes do alto impacto que a pandemia COVID-19 está causando nos idosos, o que inclui alterações fisiológicas habituais, imunidade, doenças crônicas e outras não transmissíveis, que apresentam elevada incidência, causam complicações e mortalidade.

O isolamento social imposto altera, lógica e substancialmente, a vida das pessoas, mas gera um problema ainda maior em termos de logística para quem deve manter o isolamento completo (ou seja, para aqueles impossibilitados de sequer contatar outras pessoas em virtude de suas condições de saúde ou de doenças preexistentes), ou para quem não pode se defender sozinho. Nesses casos, admite-se que a pessoa que justifique ter que se deslocar para ajudar as pessoas com deficiência; membros da família que precisam de ajuda; idosos; crianças e adolescentes podem fazer isso.

O Chile, muito cedo na crise de saúde, adotou o entendimento de que as pessoas com 60 anos ou mais estavam na faixa etária mais vulnerável e, com isso, instituiu o isolamento social para essas pessoas, a quarentena obrigatória para maiores de 80 anos e a proibição de visitas a estabelecimentos de longa permanência para idosos. Além disso, suspendeu o funcionamento de todos os Centros-Dia para idosos e as reuniões de clubes e sindicatos comunitários de idosos, criando o Fundo de Apoio Emocional para Idosos, a Campanha Conta Comigo e um site, para que as comunidades pudessem ajudar essas pessoas de forma voluntária. O foco era transmitir três ideias principais: cuidar da saúde mental e física, comunicar-se com outras pessoas por meio do uso de tecnologia e solicitar ajuda quando necessário.

Para desenvolver essas premissas, diversas estratégias e recomendações para o autocuidado do idoso foram veiculadas por diferentes meios de comunicação, como cuidar da rotina do sono e da alimentação, evitar a automedicação, manter a atividade física e mental e realizar ligações telefônicas para que os idosos pudessem se lembrar de experiências colocadas em prática em outro momento.

RECOMENDAÇÕES PARA O CUIDADO DO IDOSO DURANTE A PANDEMIA

As recomendações para o cuidado multidimensional na pandemia e pós-pandemia COVID-19 integram um plano de cuidado compartilhado com diferentes atores da saúde, comunidade e governo. Elas incluem:

1. Fortalecer o sistema de Atenção Primária à Saúde e integrá-lo às estratégias de saúde desde o

início do seu planejamento e implementação.

2. Implementar medidas de Atenção Primária à Saúde nos grupos de convivência para proteger idosos com decisões baseadas em uma abordagem de direitos, sem enfocar a proibição, mas sim a promoção de suas capacidades, recursos e redes comunitárias.

3. Integrar medidas sociossanitárias que promovam o autocuidado e reconheçam a heterogeneidade das pessoas sem discriminação por habilidades, estado de saúde e idade.

4. Promover a utilização das redes comunitárias existentes para garantir a integração nos diferentes cenários da sociedade, criando espaços reais e virtuais seguros para a participação de idosos.

5. Restabelecer uma visão positiva da velhice, promovendo o conceito de envelhecimento positivo e erradicando mitos e estereótipos associados à velhice.

6. Promover o autocuidado, a participação, o envelhecimento ativo e saudável de forma a alcançar o bem-estar significativo do idoso.

7. Incentivar a educação virtual e garantir o acesso a computadores em casa e internet para os idosos.

8. Promover o desenvolvimento nas zonas rurais, locais distantes das pequenas cidades ou vilas com sistemas de informação TIC, que permita aos idosos aproximarem-se dos filhos ou netos. Tal sistema também poderá ser utilizado pelos sistemas de saúde para promoção de cuidados a essas pessoas.

9. Integrar os processos de cuidado prestado pelos cuidadores aos idosos no que diz respeito aos aspectos de proximidade física, relações sociais, proteção pessoal, higiene e conforto.

10. Promover a formação de pessoal de saúde no cuidado de idosos; gerar suporte familiar, social e mental; cuidado em doenças crônicas preexistentes; educação em novas doenças como COVID-19, meios de diagnóstico e manejo terapêutico; medidas preventivas nas residências e nos centros de convivência.

11. Fortalecer o desenvolvimento de protocolos adequados e adaptados, estimulando o trabalho em equipe, respeito, valorização da vida, morte digna e liderança no cuidado ao idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em tempos de pandemia da COVID-19, os idosos devem ser reconhecidos nos processos da atenção primária à saúde como pessoas que deram grande contribuição à sociedade, por terem acumulado conhecimento ao longo da vida. Cada vez mais, essas pessoas têm conseguido sobreviver, integrar-se

nos diferentes grupos de convivência e desenvolver atividades coletivas promotoras de um envelhecimento ativo e saudável[17].

No entanto, o recente impacto social, emocional e físico causado pelo "isolamento" durante a pandemia da COVID-19 aumentou os déficits de atendimento e atenção de qualidade nos serviços de atenção primária à saúde, ao mesmo tempo em que limitou o direito à saúde e o exercício da cidadania, restringindo a autonomia e independência de pessoas idosas em todos os países da América Latina.

A pandemia, além de gerar sofrimento e limitações de mobilidade e potencializar as diferentes condições de deficiência, tornou visível o que estava oculto no âmbito da saúde e explicitou a inadequação dos cuidados na população em geral e, em maior proporção, entre os idosos. Também agravou as condições e modos de vida já significativamente impactados por déficits de atenção em diferentes países, por abraçar parcialmente as políticas geridas por organismos internacionais.

A decisão de implementar estratégias de envelhecimento ativo durante a pandemia e pós-pandemia implica em ações de longo prazo na agenda pública de todos os países da América Latina, a fim de evitar a discriminação e a estigmatização social. Paralelamente, devem ser desenvolvidas ações que reduzam o abandono, o qual tem sido acompanhado de pobreza e falta de acesso a recursos econômicos suficientes e adequados, para permitir que os idosos vivam com dignidade [18].

Nesse sentido, a enfermagem deve desenvolver e incentivar a prática de cuidados comunitários, trabalhando os problemas de saúde e a continuidade dos cuidados por meio de uma gestão em cada um dos locais de convivência.

A atenção primária é essencial na prevenção de doenças, principalmente quando a saúde pública é compreendida de forma integral e não apenas com o propósito de curar doenças ou vírus. Essa compreensão integral deve considerar, inclusive, a situação socioeconômica das pessoas e sua qualidade de vida.

Destacamos que um dos desafios atuais tem sido a elaboração de um novo contrato social, no qual a compreensão, o cuidado, a proteção e a ajuda à saúde e à vida de idosos constituam um dever geracional. Consideramos esta uma expressão necessária de amor pela humanidade e um imperativo ético dos sistemas de saúde[19].

REFERÊNCIAS

1. Day P, Gould J, Hazelby G. A public health approach to social isolation in the elderly. Journal of Community Nursing. 2020;34(3):54-59. Available from: https://www.researchgate.net/publication/342899133_A_public_health_approach_to_social_isolation_in_the_elderly

2. Xavier LN, Sombra ICN, Gomes AMA, Oliveira GL, Aguiar CP, Sena RMC. Group of experience with the elderly:psychosocial support in health promotion. Rev Rene. 2015; 16(4):557-566. DOI: 10.15253/2175-6783.2015000400013

3. Mira BC, Ferreira AMR, Ozela CS, Santos MIPO, Palmeira IP; Silva SED. Determinantes Socioeconómicos y de Comportamiento que Permiten el Envejecimiento Activo de Los Mayores de Un Centro de Vida Comunitario. Rev Cuidado é Fundamental. 2019;11(5):1122-8. DOI: http://ciberindex.com/c/ps/P11221128

4. Bokolo AJ. Exploring the adoption of telemedicine and virtual software for care of outpatients during and after COVID-19 pandemic. Irish Journal of Medical Science. 2020;1-10. DOI: https://link.springer.com/article/10.1007/s11845-020-02299-z

5. Moura AOD, Souza LK. Socialization groups for the elderly: participants, drop-outs, and uninterested. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2015; 15(3):1045-1060. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000300015&lng=pt&tlng=pt

6. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, et al. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. The New England Journal of Medicine. 2020;382(10):970-971. DOI: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2001468

7. Sampa MB, Hoque MR, Islam R, Nishikitani M, Nakashima N, Yokota F, et al. Redesigning Portable Health Clinic Platform as a Remote Healthcare System to Tackle COVID-19 Pandemic Situation in Unreached Communities. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(13):4709. DOI: 10.3390/ijerph17134709

8. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024. [Internet] Bogotá. Minsalud. 2015 [cited 2020 Jul. 20]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%c3%adtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf

9. Ministerio de Salud y Protección Social. Estándares de calidad para instituciones que atienden personas mayores [Internet]. Colombia. Misalud 2020. [cited 2020 Jul. 20]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/vejez-calidad.aspx

10. Diario PAGINA12. La OMS aplaude las medidas tomadas por Argentina a raíz del coronavirus. El País. 2020. Sociedad. Available from: https://www.pagina12.com.ar/254528-la-oms-aplaude-las-medidas-tomadas-por-argentina-a-raiz-del-

11. González RI, Kiwi M. COVID-19: Chile no está aplanando la curva, la perdimos de vista. [Internet] Chile. Cíper académico. Columna de opinión. 2020. Available from: https://www.ciperchile.cl/2020/04/16/covid-19-chile-no-esta-aplanando-la-curva-la-perdimos-de-vista/

12. Gobierno de Chile. Plan de Acción por Coronavirus. [Internet]. Chile. 2020. Gob.cl. Available from: https://www.gob.cl/coronavirus/plandeaccion/

13. Arechabala MC. Promoting health and active aging. Medwave. 2007;7(4):e2738. DOI: 10.5867/medwave.2007.04.2738

14. Kessler G, Bermúdez N, Binstock G, Cerrutti M, Pecheny M, Piovani JI, et al. Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN. 2020. Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19. Available from: https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/Informe_Final_Covid-Cs.Sociales-1.pdf

15. Dabove I, Oddone J, Perret C, Pochintesta P. Vejez en tiempos de pandemia: una cuestión de derechos. Revista Argentina de Gerontología y Geriatría. 2020;34(1):21-24. Available from: http://www.sagg.org.ar/wp/wpcontent/uploads/2020/04/RAGG_04_2020.pdf

16. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Posicionamento sobre COVID-19 – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) – Atualização 15/03/2020. Available from: https://sbgg.org.br/posicionamento-sobre-covid-19-sociedade-brasileira-de-geriatria-e-gerontologia-sbgg-atualizacao-15-03-2020/

17. Moura AOD, Souza LK. Socialization groups for the elderly: participants, drop-outs, and uninterested. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2015;15(3),1045-1060. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000300015&lng=pt&tlng=pt

18. Hammerschmidt, KSA, Santana RF. Health of the older adults in times of the covid-19 pandemic. Cogitare Enfermagem, 2020;25:e72849. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849

19. Osorio MAQ. La salud de los adultos mayores: Una visión compartida. 2th ed. Washington, D.C.: OPS; 2011.

8

APOIO SOCIAL AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA

Zoila Esperanza Leitón Espinoza
Perú

Alejandra Ximena Araya
Chile

Caridad Dandicurt Thomas
Cuba

Eduardo Rodolfo Blotta
Argentina

Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira
Brasil

Monica Patricia Pippino
Argentina

8 - APOIO SOCIAL AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA

Zoila Esperanza Leitón Espinoza
ORCID: 0000-0001-5040-7042
Alejandra Ximena Araya
ORCID: 0000-0001-9064-3947
Caridad Dandicurt Thomas
ORCID: 0000-0003-3321-6484
Eduardo Rodolfo Blotta
ORCID: 0000-0003-1772-2715
Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira
ORCID: 0000-0003-1629-8991
Monica Patricia Pippino
ORCID: 0000-0003-0160-8694

RESUMO

Introdução. O apoio social é uma construção dinâmica, interativa, multidimensional e complexa que vem sendo abordada por diversos autores e disciplinas há décadas, mediante a adoção de distintas abordagens e significados. **Objetivo.** Conhecer e propor estratégias de apoio social direcionadas a idosos durante a pandemia por meio do processo de enfermagem. **Desenvolvimento do tema.** O apoio social é desenvolvido com base na detecção dos principais problemas de enfermagem encontrados, a saber: solidão dos idosos secundária ao isolamento social em decorrência da pandemia da COVID-19 (no apoio direto); déficit de apoio social secundário ao isolamento em serviços geriátricos: instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e Centros-Dia (apoio comunitário e do Estado); e falta de proteção social para idosos com programas disponíveis (saúde, sociais, entre outros) secundários ao isolamento pela COVID-19. **Considerações finais.** As estratégias de suporte social descritas neste capítulo são projetadas com os seguintes propósitos: reduzir o impacto negativo da solidão secundária ao isolamento obrigatório como resultado da pandemia da COVID-19 em idosos que vivem na comunidade; reduzir o impacto negativo do déficit de suporte social secundário ao isolamento obrigatório como resultado da pandemia da COVID-19 em idosos atendidos em serviços geriátricos; e aumentar a proteção social da população idosa residente em ILPIs ou usuários de Centros-dia, facilitando o acesso a programas de informação e/ou saúde e sociais dirigidos a idosos que vivem na comunidade.

Descritores: Apoio social, Idoso, Estratégias de apoio, Solidão, Isolamento.

Introdução

A COVID-19 trouxe uma grande mudança global e alguns dos maiores desafios para a saúde pública, um deles o de assegurar o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos. Neste contexto, o apoio social adquiriu uma importância nunca antes vista.

As mudanças nos idosos resultaram em perdas sociais relevantes, as quais, por sua vez, demandam modificações na forma de ofertar apoio social a essas pessoas, sendo que isso ocorre paralelamente ao aumento da dependência e de comorbidades. Além disso, nesta pandemia, os idosos são considerados o grupo de maior risco e vulnerabilidade devido à imunossenescência e a comorbidades, o que os expõe às complicações mais graves da doença.

Pela própria natureza da COVID-19, as normas sanitárias impostas como medidas preventivas e protetoras, incluindo o distanciamento social e o isolamento, mesmo no âmbito familiar, também trouxeram consequências como o isolamento social e emocional. Com isso, o apoio social, principalmente oferecido por parte da família, tornou-se limitado ou ausente, favorecendo sentimentos de solidão, tristeza, abandono, falta de amor e de proteção, discriminação, isolamento e, às vezes, medo ou constatação de morrerem sozinhos.

Nessas circunstâncias, o apoio social recupera e adquire importância ainda maior, pois envolve o ser cuidado, amado, ter alguém que se preocupa com o outro e o valoriza. Isso gera confiança, sensação de pertencimento, compromisso, vínculo e bem-estar, por meio de ajuda emocional, instrumental ou informativa, fornecida pela família, amigos e comunidade. O apoio social não é apenas um suporte psicossocial nesta pandemia, mas também influencia positivamente a resposta inflamatória a esta doença.

Assegurar a oferta de apoio social durante a pandemia aos idosos é, portanto, um desafio para a enfermagem, enquanto integrante da rede social formal, cujas intervenções visam também otimizar as relações informais de apoio, especialmente para as mais vulneráveis. Atualmente, o desafio tem sido equilibrar a necessidade de manter o isolamento social com momentos de convivência, bem-estar e acolhimento. Nos casos que evoluem para óbito, a enfermagem pode proporcionar condições para enfrentar a morte da forma mais digna possível, sob o enfoque da humanização do cuidado e dos direitos humanos, envolvendo o próprio idoso, família, amigos, comunidade e Estado.

OBJETIVO

Conhecer e propor estratégias de apoio social direcionadas a idosos durante a pandemia por meio do processo de enfermagem.

Desenvolvimento do tema

O apoio social em tempos de pandemia

A situação de pandemia da COVID-19 e o início do isolamento social preventivo e obrigatório têm grande impacto na vida diária do ser humano.

Em idosos, essas medidas têm causado uma diminuição em suas interações sociais e, portanto, em suas redes de apoio. Segundo especialistas, grande parte do que somos e do que sentimos depende do que fazemos no dia a dia e, nesse sentido, o isolamento ocasionou uma quebra nas rotinas diárias, pois essa faixa etária teve que permanecer mais tempo em casa. Em alguns casos, os idosos foram privados do contato físico e, em outros, autorizados apenas a manter contato reduzido com suas redes de suporte.

Aproximadamente 16% dos idosos no Chile moram com o companheiro - outro idoso - e 14% residem completamente sozinhos em suas casas[1]. Para essas pessoas, a quarentena impôs, mais do que um "distanciamento" social, um completo "isolamento social". O contato com a família, a participação em organizações sociais e os encontros com outras pessoas da mesma idade costumam ser um importante espaço de socialização, mas, para alguns, este contato foi mantido apenas de modo virtual, com auxílio da tecnologia. Contudo, devemos assinalar que a exclusão digital e a falta de acesso são altas neste grupo.

Em Cuba, diante deste contexto de pandemia da COVID-19 e como parte de uma estratégia de abordagem integral, foi implementado um programa com enfoque geracional, a fim de oferecer atenção diferenciada aos idosos, por sua maior vulnerabilidade à doença. Neste programa, são desenvolvidas ações para oferta de apoio psicológico e social, com o intuito de reduzir os riscos derivados do isolamento, do medo do contágio, da perda de entes queridos e da incerteza social gerada em um cenário imprevisível [2].

Na Argentina[3], alunos da Faculdade de Psicologia da Universidade Nacional de Buenos Aires realizaram uma pesquisa autoaplicável com o objetivo de avaliar o impacto do apoio comunitário aos idosos durante a pandemia da COVID-19. A pesquisa desenvolvida na região metropolitana de Buenos Aires revelou, como resultado do isolamento social preventivo e obrigatório, que "a nova rede social é constituída principalmente por filhos (52,6%), netos (20,5%) e vizinhos (7,5%) que estimulam atividades associadas à sobrevivência, com foco no cuidado e promoção da saúde". Também de acordo com a pesquisa, "a nova rede de apoio que vem obtendo importantes conquistas com idosos é composta por apoio emocional (comunicação por meio de mensagens e ligações do *WhatsApp* e chamadas telefônicas), suporte instrumental (ajuda nas compras e orientações em situações de emergência) e suporte na conectividade (ajuda na conexão virtual e *chats*)".

Os autores ainda assinalaram que, para muitos idosos, a tecnologia tem sido a única forma de contato

com familiares e entes queridos durante a pandemia, de modo que eles sentem a falta de contato físico, abraços, visitas e atividades da vida diária. Já aqueles que não possuem recursos tecnológicos adequados ou habilidades suficientes para gerenciá-los sentem-se ainda mais solitários.
Na área de cuidados de longa duração, a maioria dos países tem se concentrado na divulgação de informações, na limitação do acesso de visitantes às residências, no estabelecimento de protocolos de atendimento a idosos e na prestação de cuidados domiciliares.

Com relação aos cuidados em instituições de longa permanência para idosos, alguns países implementaram a proibição ou a limitação de visitas. No Chile, por exemplo, as visitas a residências estaduais foram suspensas por 30 dias e, na Argentina, as visitas às residências do Programa de Assistência Médica Integral (PAMI) foram limitadas e as atividades nos Centros-Dia suspensas. Essas medidas são complementadas por outras, como a definição de protocolos e recomendações para atendimento em residências ou Centros-Dia (Argentina, Chile, Colômbia, Peru e Uruguai) [4].
No Peru, a COVID-19 revelou a existência de 285 Centros de Atenção Residencial a idosos que prestam atendimento e que são considerados informais pelo Ministério da Mulher e Populações Vulneráveis. Por serem espaços informais, a qualidade do serviço que prestam não pode ser garantida, situação que viola os direitos dos residentes.

Com base no exposto, questionamos: qual rede afetiva acompanha os mais vulneráveis neste contexto? Embora o isolamento social durante a pandemia nunca tenha a intenção de impedir as conexões sociais, consideramos importante observar que o confinamento prolongado tem sérias consequências físicas e mentais para esse grupo etário.

A crise do coronavírus obriga-nos a imaginar que existem diferentes modelos de apoio que, por um lado, respondem às prioridades e necessidades dos idosos e, por outro, apenas cumprem as medidas de confinamento e redução do contato físico. O apoio social é um conceito dinâmico, interativo, multidimensional e complexo, que vem sendo discutido por diversos autores e disciplinas há décadas com diferentes abordagens e significados, sem que uma definição unânime tenha sido estabelecida até este momento. Há, todavia, consenso sobre o fato de ser majoritariamente constituído por aspectos estruturais e funcionais, conforme expresso por alguns autores.

O apoio social foi descrito pela primeira vez de forma mais explícita por Caplan[5], que o define como um “processo de transações entre pessoas”. Fala-se de quatro tipos: tangível objetivo, psicológico objetivo, tangível subjetivo e psicológico subjetivo. O tangível são recursos, o psicológico as cognições, o objetivo os comportamentos e o subjetivo as percepções. Por sua vez, Cobb[6], o define como "um grupo de pessoas composto por uma pessoa central, família, amigos e todos aqueles que estão dispostos a ajudar essa pessoa central" e que fornece suporte social do tipo emocional e informativo e que facilite os comportamentos na resolução de crises da pessoa.

Semelhante aos conceitos anteriores, House[7], em 1981, o definiu como uma transação interpessoal relacional, fornecida de acordo com as necessidades individuais de regulação ou controle social,que inclui o fornecimento de ajuda instrumental, informacional ou, principalmente, emocional. Para Kahn e

Antonucci[8], são as “transações interpessoais que implicam em ajuda, afeto ou afirmação”, “pertencer às redes sociais de pertença, destinadas a potencializar, manter ou restaurar o bem-estar do destinatário, que é percebido como uma troca de ajuda entre destinatário e provedor”.

Considerando, principalmente, a abordagem estrutural, Canesqui e Barsaglini[9] afirmam que o apoio social envolve relações sociais entre colaboradores naturais (a família), grupos informais (autoajuda) e grupos formais e institucionalizados, tais como organizações destinadas a apoiar e/ou proteger os idosos. Este apoio deve ocorrer com base na reciprocidade, embora, por vezes, apareça como uma obrigação, tal como no caso de familiares que precisam dividir tarefas para dar suporte a um familiar dependente de cuidados.

Apesar das várias denominações expostas, é consenso que o apoio social ocorre em duas dimensões: as estruturais, referentes a fontes, elos ou redes dessa inter-relação, e as funcionais, que são os tipos ou conteúdos do suporte social recebido.

Esses referenciais teóricos e conceituais, com várias abordagens e aplicações práticas, têm levado muitos estudiosos a desenvolver uma considerável quantidade e heterogeneidade de instrumentos para medir o apoio social. Alguns dos instrumentos mais adequados aos idosos são: ISEL - Lista de Avaliação de Suporte Interpessoal [10], SSQ - Questionário de Suporte Social [11], MSPSS - Multidimensional Scale of Perceived Social Support[12], LSNS - Lubben Social Network Scale [13-14], MOS-SSS - Medical Outcomes Social Support [15] e Family Support [16], entre outros.

O apoio social no processo de cuidado

A abordagem de qualquer problema social deve ser estudada em um ambiente coletivo, de práticas concretas e com um método que nos permita compreendê-lo e resolvê-lo. A saúde coletiva tem diferentes graus de desenvolvimento nos países de nossa região, motivo pelo qual a enfermagem se depara, em cada país, com múltiplos e diferentes desafios.

O cuidado de enfermagem na perspectiva da comunidade visa atender às necessidades de saúde das pessoas, famílias e da própria comunidade, no contexto das relações em que vivem[17]. Não desconhecemos que os problemas de saúde das nossas comunidades são variados e apresentam diferentes graus de complexidade dependendo dos estilos de vida. Todavia, o desafio que 2020 nos impôs foi, sem dúvida, a pandemia. A globalização, em sua máxima expressão, colocou todas as equipes de saúde e todas as realidades sociais diante do mesmo problema.

A enfermagem, sem dúvida, tem sua especificidade: o cuidado. O desafio é cuidar do idoso, como grupo vulnerável, em seu ambiente comunitário. O método pelo qual abordamos os problemas é o processo de cuidar de enfermagem. Com base em uma ampla base teórica, ele requer habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, as quais o profissional de enfermagem irá desenvolver ao longo das etapas desse processo para, finalmente, resolver os problemas que surgirem, com base no conhecimento da disciplina.

Reconhecer os pontos fortes e fragilidades da área da saúde em que nos desenvolvemos é essencial, pois nos situa na perspectiva de resolver os problemas que ali se apresentam e de identificar os recursos que temos disponíveis para isso.

Quando desenvolvemos a avaliação da comunidade como principal estratégia, devemos caracterizar a comunidade da qual cuidaremos e identificar a rede social formal e informal disponível para o idoso[18]. Quais dispositivos de isolamento o Estado oferece? Qual rede social informal o idoso tem? Nesta última, qual é o papel da família ou dos cuidadores?

O isolamento em si também é um problema a ser analisado. A geração que hoje transita nessa etapa da vida vivenciou muitas mudanças no século XX, porém, os comportamentos de retração que podem ser causados pelo isolamento social compulsório e preventivo podem induzir respostas semelhantes a um conflito, ou seja, irritação, raiva, depressão. E, talvez, a questão mais importante deste primeiro estágio seja identificar o grau de vulnerabilidade social desses idosos.

Dessa forma, a avaliação deve ser orientada para os seguintes aspectos fundamentais: as condições sociais e o papel que o Estado nelas ocupa, bem como as condições individuais, nas quais a autonomia do idoso e da família exerce um papel especial. Sem essas estruturas, que protegem e acompanham os idosos, os problemas se tornam ainda mais complexos.

De posse desses dados, devemos nos preparar para analisá-los, a fim de entender a magnitude do problema, ou seja, elaborar diagnósticos comunitários que nos permitam estabelecer qual grupo de idosos está em maior perigo. Em outras palavras, devemos avaliar o grau de vulnerabilidade social dessas pessoas.

Planejar a abordagem das problemáticas do idoso em isolamento social obrigatório e preventivo não pode e nem deve ser tarefa de uma única disciplina profissional, pois é algo evidentemente interdisciplinar. Como as redes de apoio social dos idosos tendem a ter limites difusos, não devem ser constituídas apenas por membros de seu núcleo familiar, mas, também, por vizinhos, amigos, organizações e instituições de diversos tipos. Nesse aspecto, consideramos fundamental promover soluções criativas para essas situações críticas, bem como detectar laços negativos que aumentem ou gerem conflitos.

Principais problemas, metas e objetivos do apoio social

Os principais problemas identificados nesta fase de isolamento preventivo ou forçado que afetam o apoio social são:

Problema nº 1. Solidão dos idosos secundária ao isolamento social como resultado da pandemia COVID-19.

Isolar os idosos é uma estratégia para minimizar a disseminação do vírus para grupos de alto risco e tem sido implementada por muitos governos em todo o mundo. Os idosos que praticam o autoisolamento e o

distanciamento físico tendem a reduzir as taxas de transmissão, o risco de doenças graves e o impacto nos serviços de saúde[19].

No entanto, essa medida pode ter consequência negativa na saúde mental, na funcionalidade dos idosos e na qualidade do suporte social fornecido a essas pessoas em comparação com o período antes da pandemia. A incapacidade de fornecer as estratégias de suporte social a que os idosos estavam habituadas antes da COVID-19 será mais impactante nas populações mais desfavorecidas e marginalizadas, que devem ser objeto de urgência para a implementação de estratégias preventivas capazes de evitar a solidão do idoso em confinamento[17] e reduzir a fragilidade daqueles que vivem na comunidade[19].

A solidão do idoso está associada a uma menor qualidade de vida, maior necessidade de cuidados institucionais e mortalidade precoce. Pode ser considerada um fator de risco comparável ao tabaco, álcool, obesidade e fragilidade[20].

Antes da pandemia da COVID-19, a prevalência de solidão entre idosos variava nos estudos, dependendo do(a): instrumento adotado, (b) população estudada e (c) faixa etária, relatando uma variação de 19% a 34% de solidão em idosos. A solidão do idoso está associada às seguintes variáveis: (a) sociodemográficas - idade acima de 50 anos, ser mulher, viúva/divorciada/ solteira; (b) psicossociais - poucos amigos e/ou vínculos de amizade de baixa qualidade, baixa participação social, contexto cultural, falta de recursos socioeconômicos; e (c) de saúde - piora da saúde física, sintomas depressivos[21].

Problema nº 2. Déficit de apoio social secundário ao isolamento em serviços geriátricos: residentes em Instituições de Longa Permanência e Centros-Dia.

Entre os principais programas de política de envelhecimento positivo no Chile e na maioria dos países latino-americanos estão os Centros-Dia e as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).
Globalmente, a pandemia da COVID-19 afetou desproporcionalmente os residentes da ILPI, com 19-72% das mortes pela doença[22]. O objetivo das ILPIs é ampliar o acesso dessas pessoas a serviços de apoio e cuidados integrais de acordo com os seus níveis de dependência.

Todavia, no atual contexto, tanto os cuidadores quanto os idosos estão sendo desafiados por esta pandemia, sendo que os cuidadores que atuam nas ILPIs são a primeira linha de cuidado neste tipo de serviço geriátrico. Destacamos que a gestão inadequada do conhecimento, das emoções e relações interpessoais em virtude da pandemia pode ter um impacto adverso na prestação de cuidados e, em última análise, levar a uma prestação inadequada até mesmo dos serviços de alta qualidade para o cuidado de idosos institucionalizados.

No que diz respeito aos Centros-Dia, estes foram fechados na maioria dos países, resultando na interrupção do atendimento aos idosos e seus cuidadores. Esses centros realizam intervenções para idosos autônomos ou com dependência leve, que incluem atividades de educação e promoção da saúde, reabilitação para manutenção da capacidade funcional, intervenções psicossociais e atividades em

grupo, além de proporcionarem momentos de repouso e apoio às famílias. Alguns dos diversos benefícios atribuídos à eficácia dos Centros-Dia para idosos e seus cuidadores são a redução da sensação de solidão[19], o aumento dos níveis de suporte social[20] e a diminuição do rastreamento positivo para depressão. No contexto latino-americano, evidências mostram que, ao saírem destes centros, os idosos demonstram uma mudança positiva no rastreamento da depressão e na percepção do apoio social, talvez porque as atividades realizadas nesses espaços possuem um forte componente grupal, participativo e social. Por sua vez, o centro cumpre a função de religar os idosos às redes sociais disponíveis em sua comunidade, apoiando a percepção do suporte social percebido[21].

Problema nº 3. Falta de proteção social para idosos com programas disponíveis (saúde, sociais, entre outros) secundários ao isolamento por COVID-19.

O envelhecimento da população, o aumento das doenças crônicas e a atual expectativa de vida exigem respostas integradas e contínuas dos serviços de saúde para atender às necessidades dos idosos. Em geral, os sistemas de proteção social da América Latina têm se caracterizado pela prestação de serviços fragmentados, dificultando o acesso e o uso eficiente dos recursos. Dessa forma, o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) nestes tempos de pandemia da COVID-19 é essencial para a detecção oportuna da vulnerabilidade social do idoso, uma vez que este nível de atenção articula os programas comunitários porventura existentes. Nesse sentido, é imprescindível uma coordenação em rede que seja eficaz.

A meta e o objetivo de tal coordenação confluem para uma articulação da atenção à saúde do idoso com os diferentes programas de apoio social existentes em diferentes níveis de atenção (governo ou comunidade). Como resultado, esperamos obter um diagnóstico oportuno da vulnerabilidade social e do apoio social que existe na comunidade e no Estado para os idosos durante e após a pandemia da COVID-19.

Dos três problemas identificados, o objetivo geral é manter o idoso com o suporte social necessário para atender às suas necessidades durante a pandemia e, dessa forma, evitar ou ao menos minimizar os efeitos nocivos dos problemas associados ao déficit de suporte social.

Intervenção ou estratégias de enfermagem para abordagem dos problemas no apoio social

As intervenções para apoio social ao idoso integram a assistência de enfermagem, mas também requerem abordagem interdisciplinar e intersetorial.

Intervenções para problema nº. 1: Solidão dos idosos secundária ao isolamento social como resultado da pandemia da COVID-19.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta as seguintes estratégias para mitigar os efeitos adversos da solidão para os idosos que vivem na comunidade: manter a interação, ter uma rotina de ligação telefônica com pessoas significativas para o idoso, reconhecer e expressar sentimentos e necessidades por meio das redes sociais e agendamento de eventos familiares[23].

Ressaltamos que o distanciamento do idoso é apenas físico e não social, de modo que podemos manter abertos todos os canais de comunicação possíveis, respeitando o distanciamento físico recomendado pelas autoridades sanitárias.

A tecnologia móvel pode ser uma ferramenta valiosa para ajudar as famílias a se manterem conectadas, bem como para auxiliar na manutenção da mobilidade dos idosos ou conectá-los a recursos que promovem o bem-estar físico e mental. Os aplicativos podem abordar problemas cognitivos e visuais, com o potencial de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, principalmente durante o distanciamento social e/ou quarentena[23], evitando que sintam solidão emocional e social/relacional e amenizando aquela sensação de vazio e abandono.

Intervenções para o problema nº. 2: Déficit de apoio social secundário ao confinamento a serviços geriátricos: residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e Centros-Dia.

Os idosos institucionalizadas em ILPIs ficam isolados uns dos outros (dentro da própria instituição) e também do mundo exterior, uma vez que não podem receber visitas por risco de contágio.

Essa solidão dos idosos é um fator de risco conhecido para problemas de saúde, incluindo ansiedade, depressão, desnutrição e agravamento da demência. Uma forma de amenizar esse sentimento seria utilizar tecnologias no atendimento às populações em risco de isolamento durante surtos de saúde[19].

De um modo geral, o mais importante é sempre manter a comunicação entre o idoso e as pessoas que lhes são importantes, o que pode ser feito de diferentes maneiras: escrever uma carta e solicitar aos funcionários da instituição que a enviem eletronicamente aos seus familiares ou pessoas significativas; fazer um pequeno vídeo e enviá-lo por e-mail ou mensagem; deixar palavras ou mensagens inspiradoras em um quadro de avisos na instituição; ou usar smartphones para fazer ligações, enviar mensagens ou fazer videochamadas. Também é possível concordar em assistir a um mesmo programa na televisão ou a determinado filme para, ao final, discuti-lo virtualmente com o idoso; ou se juntarem para orar ou assistir celebrações religiosas virtualmente, de modo que ele se sinta acompanhado espiritualmente[23].

Intervenções para o problema nº. 3: Falta de proteção social para os idosos com programas disponíveis (saúde, sociais, entre outros) secundários ao isolamento por COVID-19.

Os profissionais de enfermagem devem estar vinculados aos programas de atenção comunitária disponíveis na forma de suporte remoto aos idosos, com foco no desenvolvimento de ações de assistência social, tais como aconselhamento contra violência, ajuda de saúde, apoio psicológico, entre outros. No Chile, por exemplo, existe o programa Amanoz, que cumpre a função social de receber ligações dos idosos que se sentem solitários e que são atendidos por voluntários[21].

No Peru, o Programa Nacional de Assistência Solidária “Pensão 65” do Ministério do Desenvolvimento e Inclusão Social (MIDIS) oferece proteção social a adultos com 65 anos ou mais, que vivem em situação de vulnerabilidade. O objetivo é fornecer a essas pessoas auxílio financeiro e serviços de saúde, sendo

que, na atual situação de emergência de saúde, foram disponibilizados também serviços de aconselhamento e orientação para prevenir a COVID-19 e detectar possíveis infecções [24]. Além disso, foi criada a Rede de Apoio à Terceira Idade em Alto Risco e Pessoas com Deficiência Grave, que prestará apoio emocional e de saúde por telefone, e implementada a Operação TAYTA (Operação Territorial de Auxílio ao Tratamento e Isolamento contra COVID-19), a qual oferece proteção a pessoas com mais de 60 anos e/ou com problemas de comorbidade. No entanto, ambos os programas ainda são insuficientes para cobrir toda essa população.

Na Argentina, diferentes programas foram desenvolvidos com enfoque interdisciplinar e intersetorial, dos quais podemos citar o programa conjunto da Universidade Nacional de Rosário e da Prefeitura Municipal da cidade, que inclui o voluntariado voltado para o acompanhamento, compartilhamento de informações confiáveis e precisas e assistência às compras, bem como a abordagem em relação às rotinas de atividades físicas, entretenimento, música, jogos e leituras por meio de ligação telefônica. Nesse contexto, no município de Rosário (Argentina), foi criada uma rede solidária destinada ao atendimento de adultos e idosos com o objetivo de acompanhar a população em maior risco na atual situação de emergência sanitária. A proposta baseia-se em três eixos prioritários de abordagem: rede de acompanhamento telefônico e digital (para contenção emocional, atendimento psicológico, prática de atividade física e estimulação cognitiva), rede de atenção domiciliar e espaços comunitários de atendimento para isolamento preventivo[23].

Avaliação ou resultados esperados

1. Reduzir o impacto negativo da solidão secundária ao isolamento obrigatório como resultado da pandemia da COVID-19 em idosos que vivem na comunidade.
2. Reduzir o impacto negativo do déficit de suporte social secundário ao isolamento obrigatório como resultado da pandemia da COVID-19 em serviços geriátricos.
3. Aumentar a proteção social da população idosa institucionalizada nos usuários das ILPIs ou Centros-Dia, facilitando o acesso à informação e/ou programas sociais e de saúde voltados para idosos residentes na comunidade.

Expectativas pós-pandemia

Como consequência da pandemia causada pela COVID-19, enfrentamos uma situação de saúde e social muito complexa, que afeta gravemente as pessoas, sobretudo aquelas que, devido à idade e a condições de saúde, são mais vulneráveis. O distanciamento obrigatório provoca sentimentos de solidão, angústia e incerteza, impondo-se como um grande desafio para este grupo.

Por esses motivos, consideramos premente abordar as redes de apoio formais e informais por meio de programas específicos ou solicitar apoio emocional, pois "é importante transmitir aos mais velhos que estar isolado não significa necessariamente estar sozinho".

Os meios de comunicação desempenham um papel preponderante para este grupo em situação de isolamento, pois permitem que possam manter os seus laços com a família, amigos e comunidade, tanto em casa como em instituições de longa permanência. O direito à informação, à manutenção do vínculo

afetivo e à comunicação adequada é igualmente essencial para manter "o sentimento de controle" daqueles que se sentem fragilizados.

Embora neste contexto de pandemia existam lugares “mediados pelo acrílico”, em que a distância se tornou uma “realidade plástica” e onde o contato físico não é recomendado, isso não deve ser considerado ou representar o isolamento total das pessoas, afinal "distância física não significa distância social". Pelo contrário, é precisamente neste momento de crise que nós, como profissionais de saúde, devemos promover e demonstrar maior solidariedade, empatia familiar e consciência social para alcançarmos o nosso compromisso de fomentar a inclusão, as relações sociais e as redes de proteção dos nossos idosos.

Embora a tecnologia esteja sendo uma grande aliada neste momento, é fundamental promover ações de apoio social para reduzir o isolamento pessoal e o impacto da pandemia neste grupo. São tempos difíceis, em que uma situação de pandemia impõe, abruptamente, uma série de restrições e novas configurações sociais, que nos custam caro, ao mesmo tempo em que não nos permitem construir um relacionamento melhor com os idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio que 2020 nos trouxe foi, sem dúvida, a pandemia. A globalização, em sua máxima expressão, fez com que todas as equipes de saúde e todas as realidades sociais se deparassem com o mesmo problema. Porém, o desafio de cuidar do idoso, como grupo vulnerável, em seu ambiente comunitário, apresenta aspectos diversos, embora seja comum a todas as nações.

Neste capítulo, abordamos o problema do ponto de vista epidemiológico, distinguindo os padrões de corresidência e relações intergeracionais como variáveis de risco para infecção e morte. Entendemos que esses fatores podem aumentar ou diminuir este risco dependendo do arranjo familiar de corresidência ou da mudança na dinâmica dos centros de longa permanência.

A abordagem que cada país tem adotado para este problema, considerando o Estado como responsável máximo pelo bem-estar dos cidadãos, faz-nos pensar em como é possível respondermos, como profissão, adequadamente às necessidades dos nossos idosos.

A ampla base teórica da nossa disciplina profissional com conteúdos cognitivos, técnicas e habilidades de relacionamento interpessoal, colocadas em jogo quando implantamos o processo de cuidar em enfermagem, nos coloca, mais do que nunca, em posição de atender às demandas dos idosos neste difícil contexto de pandemia. Para tanto, devemos nos fundamentar no conhecimento da diminuição das interações sociais e, portanto, de suas redes de apoio, que são os principais problemas a serem resolvidos. A solidão dos idosos secundária ao isolamento social, a mudança drástica na dinâmica dos estabelecimentos de longa permanência ou Centros-Dia e/ou a ausência de apoios do Estado colocam os idosos em um estado de vulnerabilidade que não pode ser negligenciado.

REFERÊNCIAS

1. Cerutti C, Saffie N. Adultos mayores en cuarentena: Cuidado vs. libertad personal. Pontificia Universidad de Chile. 2020. Available from: https://www.uc.cl/noticias/adultos-mayores-en-cuarentena-cuidado-vs-libertad-personal//

2. Domínguez MI. Pensar la pandemia: Cuba ante la pandemia COVID-19 [Internet]. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.clacso.org/cuba-ante-la-pandemia-del-covid-19/

3. Rovner, M, Casco J, Meseta V, Padilla A, Peccorelli S, Valdivia R, et al. Apoyo comunitario a la tercera edad en cuarentena. Relevamiento del impacto comunitario desde los jóvenes a los ancianos y su recepción a 110 días del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) dentro del Área Metropolitana de Buenos Aires de la población argentina. Carrera de Musicoterapia de Buenos Aires, Facultad de Psicología y Relaciones Humanas Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires (Argentina); 2020, 23p. Available from: https://drive.google.com/file/d/1HSJciw0erqFp2z41WktLrUUALDdKKnIs/view

4. Olivieri ML. COVID-19 y personas mayores: las medidas implementadas en la región [Internet]. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: https://blogs.iadb.org/salud/es/covid-19-adultos-mayores-medidas/

5. Caplan G. Support systems and community mental health: lectures on concept development. New York: Behavioral Publications 1974.

6. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine. 1976; 38 (5): 300-314. Available from: https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/1976/09000/Social_Support_as_a_Moderator_of_Life_Stress.3.aspx

7. House JS. Work stress and social support. Reading, Mass: Addison-Wesley; 1981.

8. Kahn RL, Antonucci TC. Convoys over the life course: attachment, roles and social support life-span development and behaviour (vol. 3). Orlando: Academic Press; 1980.

9. Canesqui AM, Barsaglini RA. Social support and health: standpoints from the social and human sciences. Ciên. Saúde Colet. 2012; 17(5):1103-1114. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500002

10. Cohen S, Syme SL. Social support and health. New York: Academic Press; 1985.

11. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: The Social Support Questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology. 1983; 44(1): 127-39. doi: https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127

12. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment. 1988; 52(1): 30-41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2

13. Lubben J. Assessing social networks among elderly populations. Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance. 1988; 11(3): 42-52. doi: https://doi.org/10.1097/00003727-198811000-00008

14. Lubben J, Blozik E, Gillmann G, Iliffe S, Von Renteln Kruse W, Beck JC, Stuck AE. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European Community–dwelling older adult populations. Gerontologist. 2006; 46(4): 503-13. doi: 10.1093/geront/46.4.503.

15. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. Soc Sci Med. 1991; 32(6): 705-14. doi: 10.1016/0277-9536(91)90150-b.

16. Leiton, Z. Adaptación a los cambios biopsicosociales del adulto mayor y su relación con independencia, participación socialy apoyo familiar. Tesis de maestría. Universidad Nacional de Trujillo, 1997. p. 42-43.

17. Gómez MIL. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud.2015;47(2):209-213. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013&lng=en

18. Fernández AR, Manrique-Abril FG. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Enferm. glob. 2010;(19):1-9. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016&lng=es.

19. Armitagea R, Nellumsa LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. Lancet Public Health. 2020; 5(5): e256. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7104160/

20. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. Ann Behav Med 2010;40(2):218–227. Available from: https://www.researchgate.net/publication/45283426_Loneliness_Matters_A_Theoretical_and_Empirical_Review_of_Consequences_and_Mechanisms

21. Araya AX, Herrera MS, Iriarte E, Rioja R. Changes in social psychological and functional variables among older people attending a day care center. Rev. méd. Chile 2018;146(8):864-871. DOI: http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000800864

22. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Guía práctica de manejo covid-19 en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). Abr., 2020. [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/13.04.2020-VF-Gui%CC%81a-ELEAM-COVID-19-MINSAL-SENAMA-ACHGG-Abril-2020-REV-SSR-2.pdf

23. Freedman A, Nicolle, J. Social isolation and loneliness: The new geriatric giants: Approach for primary care. Can Fam Physician, 2020; 66(3): 176-82. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32165464/

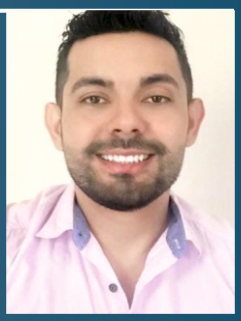
24. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) 2020. Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 [Internet]. [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.pension65.gob.pe/quienes-somos/

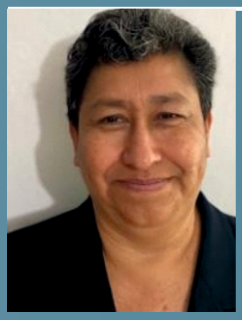
9

VACINAÇÃO DO IDOSO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Tercia Moreira Ribeiro da Silva
Brasil

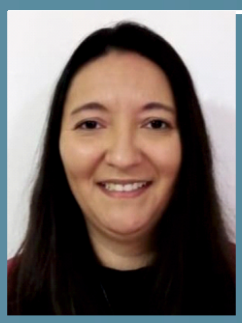
Alan Nogueira da Cunha
Brasil





Gudelia Nájera Gutiérrez
México

Maria Elena Martinez Barrera
Perú



Soledad Andrea Chocobar
Argentina

9- VACINAÇÃO DO IDOSO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Tercia Moreira Ribeiro da Silva
ORCID: 0000-0002-5261-2266
Alan Nogueira da Cunha
ORCID: 0000-0002-5424-8947
Gudelia Nájera Gutiérrez
ORCID: 0000-0003-1586-6627
Maria Elena Martinez Barrera
ORCID: 0000-0003-1435-3096
Soledad Andrea Chocobar
ORCID: 0000-0001-6210-2924

RESUMO

Introdução: a vacinação é um serviço de saúde essencial e não deve ser descontinuado durante a pandemia da COVID-19. **Objetivo:** apresentar aos enfermeiros responsáveis pelos serviços de imunização dos países da América Latina e Portugal a importância da adoção de estratégias seguras para a vacinação da população idosa durante a pandemia e de preparo dos serviços que realizam a imunização para, futuramente, oferecerem de forma segura a vacina que previne a COVID-19. **Desenvolvimento do tema:** elaborou-se um quadro que reúne as orientações do Grupo Consultivo Estratégico de Peritos em Vacinação da OMS e das principais agências internacionais e regionais de saúde para vacinação segura durante a pandemia da COVID-19. O distanciamento de pelo menos dois metros entre as pessoas que serão vacinadas, aferição de temperatura e triagem da população com sintomas respiratórios que busca o serviço de imunização são exemplos de estratégias que reduzem as chances de transmissão da COVID-19, tanto para o vacinador quanto para aqueles que serão imunizados. **Conclusões finais:** o profissional de enfermagem tem uma função importante na implementação de estratégias de comunicação e educação em saúde que auxiliam na ampliação da cobertura vacinal, principalmente em idosos, sabidamente mais suscetíveis ao desenvolvimento das formas graves da COVID-19 e de outras infecções respiratórias.

Descritores: Programas de Imunização; Vacinas Contra Influenza; Vacinas Conjugadas; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso.

Introdução

A vacinação é uma estratégia de saúde essencial e não deve ser descontinuada durante a pandemia da COVID-19. A interrupção da vacinação em países da América Latina e Europa pode favorecer a formação de bolsões de indivíduos suscetíveis a doenças preveníveis por imunização, impulsionando, assim, a reemergência de infecções até então controladas ou eliminadas. Durante a fase epidêmica de aceleração, a redução das internações pelas doenças respiratórias pode garantir a reserva de leitos do sistema de saúde e proteger outras infraestruturas críticas de saúde dos países, assegurando assistência adequada e oportuna aos indivíduos com COVID-19[1,2]. Nesse sentido, as agências internacionais de saúde recomendam a continuidade dos serviços de imunização durante a pandemia da COVID-19 e orientam a adoção de estratégias que assegurem a vacinação da população mais vulnerável, especialmente as crianças e os idosos[3].

Até o momento, não há uma vacina disponível contra o SARS-CoV-2, mas, recentemente, a OMS firmou parceria com a Aliança Internacional de Vacinas e a Coligação para Inovações de Preparação para Epidemias para acelerar o desenvolvimento, fabricação e disponibilização de vacinas que previnam a COVID-19[4]. Enquanto não houver vacinas disponíveis, a prevenção da COVID-19 está diretamente associada aos cuidados básicos de higiene, especialmente lavagem frequente das mãos com água e sabão, aplicação de álcool gel e desinfecção de superfícies e objetos expostos a secreções corporais contaminadas pelo vírus. Evitar aglomerações em locais fechados e manter o distanciamento social são medidas essenciais para controlar a disseminação do SARS-CoV-2[5].

A alta transmissibilidade do SARS-CoV-2 e a ausência de imunidade prévia ao vírus de quase totalidade da população mundial contribuíram para a disseminação e o aumento expressivo da demanda para assistência aos pacientes que evoluíram com as formas graves da COVID-19[6]. Nesse cenário de sobrecarga dos sistemas de saúde, a redução das internações por doenças respiratórias preveníveis por imunização na população idosa faz-se ainda mais urgente. Calculou-se que em 2017 ocorreram aproximadamente 900.000 hospitalizações devido à Influenza em todo o mundo, sendo a população idosa mais suscetível ao desenvolvimento das formas graves, especialmente quando as infecções secundárias pelo Pneumococo estão associadas ao vírus Influenza[7]. Nesse sentido, as vacinas Influenza e Pneumocócicas são imprescindíveis, devendo ser garantida a continuidade das estratégias de imunização da população idosa durante a pandemia da COVID-19.

Considerando a importância da continuidade das estratégias de imunização da população idosa, é imprescindível que o enfermeiro responsável pela imunização considere a fase epidêmica da pandemia da COVID-19 e siga as orientações das agências locais de saúde para assegurar a vacinação segura. O distanciamento de pelo menos dois metros entre as pessoas que serão vacinadas, aferição de temperatura, uso de máscaras, acesso a álcool 70% e triagem da população com sintomas respiratórios que busca o serviço de imunização são exemplos de estratégias que reduzem as chances de

transmissão da COVID-19, tanto para o vacinador quanto para aqueles que serão imunizados.

OBJETIVO

Apresentar aos enfermeiros responsáveis pelos serviços de imunização dos países da América Latina e Portugal a importância da adoção de estratégias seguras para a continuidade da vacinação da população idosa durante a pandemia e de preparo dos serviços que realizam a imunização para, futuramente, oferecerem de forma segura a vacina que previne a COVID-19.

Desenvolvimento do tema

Background

O SARS-CoV-2, agente etiológico de uma pneumonia atípica identificada inicialmente em dezembro de 2019, em Wuhan, capital da província chinesa de Hubei, disseminou-se rapidamente e, em março de 2020, a OMS declarou a pandemia da COVID-19[1]. A evolução clínica da infecção causada pelo SARS-CoV-2 varia desde as formas assintomáticas até a síndrome de angústia respiratória aguda (SRAG), condição grave na qual o paciente precisa de suporte ventilatório invasivo. Estudo de coorte multicêntrico identificou que os idosos com COVID-19 têm maiores chances de desenvolvimento da SRAG, sendo as taxas de mortalidade nesse grupo superiores àquelas de pacientes jovens com COVID-19 que não desenvolveram a SRAG[8].

Além da SRAG, a população idosa com COVID-19 pode evoluir com a elevação sistêmica de várias citocinas pró-inflamatórias, como a IL-1β, IL-6, IL-18 e TNF-α, resultando na condição descrita como "tempestade de citocinas".[9] Embora seja desconhecida a explicação para a ocorrência da "tempestade de citocinas" e a suscetibilidade aumentada ao desenvolvimento da SRAG na população idosa com COVID-19, estudos apontam que as alterações progressivas do sistema imune inato e adaptativo reduzem a capacidade de resposta do organismo senil aos agentes infecciosos, além de favorecerem a elevação dos níveis de citocinas pró-inflamatórias[9,10].

Imunossenescência: aumento da suscetibilidade às infecções respiratórias e redução do potencial imunogênico das vacinas

A imunossenescência caracteriza-se por alterações progressivas do sistema imune inato e adaptativo que reduzem a capacidade de resposta aos agentes infecciosos e às vacinas[9,11]. Assim sendo, os idosos são mais suscetíveis ao desenvolvimento das formas graves das infecções respiratórias causadas pelo SARS-CoV-2, vírus Influenza, Vírus Sincicial Respiratório (VSR) e *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) quando comparados à população jovem[10,12,13]. A suscetibilidade da população senil aos agentes infecciosos associada à redução da resposta imune às vacinas aumenta as taxas anuais de morbimortalidade por doenças respiratórias, especialmente durante a sazonalidade do vírus Influenza nos hemisférios Sul e Norte[14,15]. Nesse período, a SRAG e as pneumonias causadas pelo vírus Influenza

são responsáveis pelo aumento nas taxas de internação hospitalar, sendo as infecções secundárias pelo pneumococo associadas ao incremento no tempo de internação e à elevação nas taxas de óbitos por infecções respiratórias na população idosa[14,15]. As vacinas que previnem a Influenza e as pneumonias pneumocócicas compõem estratégias prioritárias para mitigar os prejuízos associados às infecções respiratórias em idosos, além de contribuírem para a redução da carga de doenças respiratórias na população idosa em todo o mundo[7,14].

Vacinação e Longevidade

(ANEXO 1) **Clique aqui para baixar o documento**

População idosa na América Latina e Portugal: transição epidemiológica

Estima-se que em 2050 a população mundial de idosos alcançará 2,1 bilhões, sendo 8 a cada 10 vivendo em países em desenvolvimento, distribuídos da seguinte forma: 35% na Europa, 28% na América do Norte, 25% na América Latina e Caribe, 24% na Ásia, 23% na Oceania e 9% na África[16]. O aumento da expectativa de vida da população mundial suscita estratégias que promovam qualidade de vida associada à longevidade, especialmente nos países onde prevalecem as desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, a OMS propôs o plano para uma *Década de Envelhecimento Saudável 2020-2030* reunindo estratégias alinhadas com a Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável com foco no fortalecimento dos serviços de atenção primária à saúde para atenção integrada e centrada na saúde do idoso, incluindo o acesso às imunizações[17].

Carga de doenças respiratórias preveníveis por imunização na população idosa da América Latina e Portugal

As infecções respiratórias causadas pelo vírus Influenza e pelo Pneumococo são responsáveis por elevadas taxas anuais de internação e óbito, especialmente entre crianças e idosos, populações sabidamente mais suscetíveis ao desenvolvimento das formas graves dessas infecções[13,18].

Influenza

A influenza é uma infecção respiratória aguda responsável pela síndrome gripal (SG), uma condição benigna e autolimitada, na qual o indivíduo evolui com febre, tosse, dor de garganta, cefaleia e mialgia. Nos casos mais graves, pode apresentar dificuldade respiratória, necessitando de suporte ventilatório e hospitalização, sendo essa condição grave denominada Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)[19].

Estudo com dados do *Global Burden of Disease Study* (GBD) estimou 145.000 mortes no mundo pelo vírus Influenza em 2017, sendo a fração atribuível populacional em indivíduos acima de 70 anos superior àquela de crianças menores de 5 anos[7]. Quanto às hospitalizações, contabilizou-se, em 2017, um total de 900.000 hospitalizações, o equivalente a 8.100.000 dias de internação devido ao vírus Influenza em todo o mundo[7]. Em idosos, as pneumonias causadas por esse vírus, quando associadas ao Pneumococo, evoluem com gravidade e maior tempo de hospitalização[20,21].

Os vírus Influenza pertencem à família *Orthomyxoviridae* e podem ser classificados de acordo com a análise filogenética em Influenza A, Influenza B ou Influenza C. Os vírus Influenza A são classificados em subtipos de acordo com as proteínas de superfície Neuraminidase (N1 e N2) e Hemaglutinina (H1, H2 e H3), podendo causar infecções respiratórias em humanos, além de suínos, aves migratórias, patos e frangos.[19] A infecção pelo vírus Influenza nessas espécies é imprescindível para a ocorrência do *spillover*, no qual o vírus Influenza que circula em uma espécie adapta-se à outra, configurando a transmissão interespécie, que desempenha importante papel na disseminação do vírus. Alguns vírus influenza A de origem animal também podem causar infecções graves em humanos, como os vírus A (H5N1) e A (H7N9). A coinfecção de suínos com vírus Influenza aviária e influenza suína, por exemplo, pode favorecer a ocorrência do rearranjo, uma mutação na qual um segmento do material genético de cada vírus passa a formar uma nova variedade[19].

Acredita-se que o rearranjo (*shift*) entre dois vírus Influenza que infectaram suínos foi responsável pela pandemia de Influenza A (H1N1) em 2009, a qual ocasionou 18.500 óbitos em todo o mundo[22]. Além dos rearranjos que acontecem em menor frequência, pequenas mutações (*drift*) no RNA do vírus Influenza A alteram a conformação ou a sequência de aminoácidos das proteínas de superfície viral: Hemaglutinina e Neuraminidase, ambas essenciais para a adsorção do vírus Influenza na célula hospedeira[19]. Essas alterações explicam a necessidade de as vacinas influenza serem produzidas anualmente com cepas dos subtipos do vírus Influenza A que causaram infecções respiratórias em humanos nos hemisférios Norte e Sul, no ano anterior[14]. Atualmente, dentre os subtipos de vírus influenza A, os subtipos A(H1N1)pdm09 e A(H3N2) e o vírus Influenza B das linhagens Yamagata e Victoria circulam na sazonalidade, causando infecções respiratórias em humanos anualmente[19]. Apresentamos, a seguir, a série histórica da cobertura da vacina Influenza (%) para os idosos da América Latina, no período de 2005 a 2018. (Figura 1)

Figura 1. Série histórica da cobertura (%) da vacina Influenza para os idosos da América Latina, no período de 2005 a 2018. Fonte: Pan American Health Organization / World Health Organization. Influenza Vaccine Coverage in countries and territories of the Americas, 2005-2018. Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2019. Updated as of Feb. 2019. © Pan American Health Organization - World Health Organization (WHO) 2019.

Além dos vírus Influenza A e B, o vírus Influenza C causa infecções respiratórias leves em humanos e suínos, sem evidências de ocorrência de epidemias. Em 2011, um novo tipo de vírus da gripe foi isolado nos Estados Unidos da América (EUA) em suínos e bovinos, mas sem evidências de infecção humana, sendo denominado Influenza D[19].

***Streptococcus pneumoniae* (Pneumococo)**

Além do vírus Influenza, o *Streptococcus pneumoniae* (Pneumococo) também causa pneumonias, ocupando o segundo lugar dentre os agentes etiológicos das infecções respiratórias e responsável por elevada taxa de mortalidade e longos períodos de internação hospitalar da população idosa anualmente[15]. O *Streptococcus pneumoniae* é um coco Gram-positivo encapsulado que se apresenta em cadeias ou aos pares (diplococo), podendo causar a Doença Pneumocócica Invasiva (DPI), definida como uma infecção confirmada pelo isolamento de *S. pneumoniae* de um sítio corporal normalmente estéril[23]. As vacinas pneumocócicas são produzidas a partir das cadeias de polissacarídeos capsulares dos sorotipos do pneumococo e, além de prevenirem as DPI, como a bacteremia, meningite e pneumonia com bacteremia na população infantil, previnem a pneumonia pneumocócica em idosos, de modo que a vacinação é fundamental para a redução da morbimortalidade nessa população.[23] As taxas de mortalidade por DPI variam de acordo com a faixa etária, sendo maiores na população infantil, em especial nos menores de dois anos, e adulta acima de 50 anos quando comparadas às demais faixas etárias. Além da faixa etária, a presença de comorbidades como diabetes mellitus e a coinfecção com o vírus Influenza podem aumentar o tempo de internação e a gravidade da DPI na população idosa[20,21,23].

Existem mais de 90 sorotipos identificados de *S. pneumoniae*, sendo o potencial invasivo atribuído a um subconjunto relativamente pequeno[24]. A ocorrência das DPI causadas pelos sorotipos do *S. pneumoniae* varia de acordo com o grupo etário e a região geográfica, mas os sorotipos 3, 19F, 19A, 23F e 14 foram mais prevalentes na população adulta em estudo realizado na China. [24] Após a introdução das vacinas pneumocócicas na região da América Latina e Caribe, verificou-se redução tanto da incidência das DPI quanto do estado de portador do Pneumococo em vias aéreas de adultos e crianças. [25] Contudo, aumentou a prevalência de DPI causadas por sorotipos de pneumococos que não estavam presentes na vacina pneumocócica[25].

O mapa a seguir apresenta a distribuição dos óbitos pelas infecções respiratórias causadas pelo vírus Influenza e pelo Pneumococo em indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos.

Clique aqui para baixar o mapa

As principais vacinas do idoso – Influenza e Pneumocócicas

(ANEXO 3) Clique aqui para baixar o documento

Recomendações de vacinação de rotina para o idoso considerando as fases epidêmicas da pandemia da COVID-19 na América Latina e Portugal

A manutenção dos serviços de vacinação durante a pandemia da COVID-19 deverá considerar a fase epidêmica da doença (classificada em ausência de casos, casos esporádicos ou transmissão comunitária), a situação do sistema de saúde, a carga local de doenças preveníveis pela vacinação (DEV), fatores demográficos e padrões migratórios[26]. Em cada fase epidêmica, será indicada uma estratégia de vacinação, que pode variar desde a imunização em unidades de saúde, em postos móveis, em domicílio até a vacinação comunitária em resposta a surtos ou campanhas, sempre priorizando os grupos populacionais mais vulneráveis, como as crianças, idosos, população em situação de rua e migrantes[27].

Nos casos em que o sistema de saúde estiver preservado e os serviços de saúde essenciais operacionalmente viáveis, os serviços de vacinação em postos fixos e a vigilância das DEV deverão ser continuados. Neste momento, será imprescindível a adoção de estratégias que assegurem a segurança do vacinador e da população que será imunizada a fim de impedir a disseminação do vírus[28]. Necessário também garantir o distanciamento de pelo menos dois metros entre as pessoas durante a vacinação e implementar estratégias para segurança ocupacional que mitiguem a disseminação do vírus[27].

Quando as possibilidades de prestação de serviços de saúde forem limitadas, deve-se priorizar a vacinação das populações mais vulneráveis, com risco aumentado de morbidade e mortalidade devido às DEV, especialmente da população idosa, mais suscetível às formas graves das infecções pelos vírus Influenza e Pneumococo. A avaliação da fase epidêmica da pandemia da COVID-19 e as orientações das agências locais de saúde devem ser consideradas para a adoção da melhor estratégia de vacinação que assegure a imunização e reduza os riscos de disseminação da COVID-19 e transmissão tanto para o vacinador quanto para a população que será imunizada.

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) compilou informações e recomendações para vacinação de pessoas com situação vacinal em atraso ou com esquema vacinal interrompido[29]. Nesses casos, os profissionais de saúde nem sempre sabem como devem proceder e comumente reiniciam o esquema vacinal, desconsiderando as doses de vacinas recebidas anteriormente. Contudo, a OMS recomenda que as doses que já foram administradas não sejam repetidas e, desde que respeitado o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses, o esquema vacinal pode ser continuado[29]. As únicas exceções para esta regra são as vacinas de febre tifoide e cólera[29]. A vacinação de crianças e adultos, assegurando as doses necessárias e os intervalos recomendados pela OMS, é imprescindível para a imunidade coletiva e para a redução da prevalência de doenças infecciosas em grupos populacionais mais suscetíveis, como indivíduos imunodeprimidos e idosos.

(ANEXO 4) Clique aqui para baixar o documento

A seguir, apresentamos um quadro que reúne as orientações do Grupo Consultivo Estratégico de Peritos em Vacinação da OMS e das principais agências internacionais de saúde para vacinação segura durante a pandemia da COVID-19. Além das agências internacionais, esse quadro foi avaliado e estrategicamente elaborado por enfermeiros da América Latina que têm *expertise* em estratégias de imunização de populações em situação de vulnerabilidade[24,26-29].

(ANEXO 5) Clique aqui para baixar o documento

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento da estratégia de imunização da população idosa durante a pandemia deve considerar o risco da transmissão do SARS-CoV-2 e as medidas para mitigar a sua disseminação tanto para os vacinadores quanto para os idosos e acompanhantes que comparecem aos serviços de saúde para serem imunizados. Além disso, a manutenção e segurança da rede de frio, gestão de estoque de imunobiológicos e insumos, fortalecimento das estratégias de vigilância das doenças imunopreveníveis e de eventos adversos pós-vacinais devem ser assegurados. Nesse contexto, o enfermeiro responsável pela imunização terá papel fundamental no desenvolvimento de estratégias que assegurem a continuidade da imunização com as vacinas Influenza e Pneumocócica para a população idosa durante a pandemia.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. [Internet] Geneva, 2020. [cited 2020 Oct 17]. Available from: https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020.
2. Beeckman D, Campbell K, LeBlanc K, Campbell J, Dunk A, Harley C, et al. Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Skin Tears in Aged Skin. Wounds International Best Practice Statement. 2018;45(6):540–542. Available from: https://www.woundsinternational.com/download/resource/6522
3. Campbell K, Leblanc K, Woo K. Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin: an over-view. Wounds Int. 2018;9(Issue3): 66-70. Available from: https://www.woundsinternational.com/uploads/resources/5cd2a0928a6a935aef5389ce961fce44.pdf
4. Tristão FR, Girondi JBR, Hammerschmid KSA, Zamprogna KM, Soares CF, Evaristo SM, et al. Práticas de cuidados do enfermeiro na atenção primária à saúde: gestão do cuidado da pele do idoso. Cogitare enferm. 2020;25. Available from: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.65223
5. Caliri MHL, Rabeh SAN, Bernardes RM, Sampaio CSJC. Feridas crônicas. [Internet] Ribeirão Preto. Grupo de Estudos e Pesquisas em Segurança do Paciente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. CNPq. Available from: http://eerp.usp.br/feridascronicas/
6. Bezerra SMG, Luz MHBA, Andrade EMLR, Araújo TME, Teles JBM, Caliri MHL. Artigo Original 4 - Prevalência, Fatores Associados e Classificação de Ulcera por Pressão em Pacientes com Imobilidade Prolongada Assistidos na Estratégia Saúde da Família. Revista da Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências. Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy. 2014;12(3). Available from: https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/95

7. Vieira CPB, Furtado AS, Almeida PCD, Luz MHBA, Pereira AFM. Prevalence and Characterization of Chronic Wounds in Elderly Persons Assisted in Primary Care. Revista Baiana de Enfermagem. 2017;31(3). DOI: 10.18471/rbe.v31i3.17397

8. Galván-Martínez IL, Narro-Llorente R, Lezama-de-Luna F, Arredondo-Sandoval J, Fabian-Victoriano MR, Garrido-Espindola X, et al. Point prevalence of pressure ulcers in three second-level hospitals in Mexico. International Wound Journal. 2014;11(6):605–610. DOI: 10.1111/iwj.12013

9. Gefen A, Alves P, Ciprandi G, Coyer F, Milne CT, Ousey K, et al. Device-related pressure ulcers: SECURE prevention. Journal of wound care. 2020;29(Sup2a): S1–S52. DOI: 10.12968/jowc.2020.29.Sup2a.S1

10. Woo K, LeBlanc K. Prevalence of skin tears among frail older adults living in Canadian long-term care facilities. International Journal of Palliative Nursing. 2018;24(6):288–294. DOI: 10.12968/ijpn.2018.24.6.288

11. Peres GRP. Prevalência e fatores associados à lesão por fricção em idosos de instituições de longa permanência. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014. Available from: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-17042015-115324/publico/Dissertacao_Mestrado_Giovana.pdf

12. Brandão ACMAG. Dermatite associada à incontinência e os fatores associados: estudo de prevalência em um Centro de Terapia Intensiva. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2017. DOI: 10.11606/D.22.2018.tde-27112017-210548

13. Ferreira M, Abbade L, Bocchi SCM, Miot HA, Boas PV, Guimarães HQCP. Incontinence-associated dermatitis in elderly patients: prevalence and risk factors. Revista Brasileira de Enfermagem. 2020;73(3):1-7. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0475

14. Campbell JL, Coyer FM, Osborne SR. Incontinence-associated dermatitis: a cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting. International Wound Journal. 2016;13(3):403–411. DOI: https://doi.org/10.1111/iwj.12322

15. SENAMA. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Servicio Nacional del Adulto Mayor [Internet]. Santiago 2020. [cited 2020 Oct 17]. Available from: http://www.senama.gob.cl/

16. Costa IG, Plazas Tregunno D, Camargo-Plazas P. I cannot afford offloading boots: Perceptions of socioeconomic factors influencing engagement in self-management of diabetic foot ulcer. Adv. Nur Sci. 2020;43(4):322-337. DOI: 10.1097/ANS.0000000000000328

17. Costa IG, Pilar M, Plazas C, Tregunno D. Rethinking self-care management for individuals with diabetic foot ulcers. Wounds International. 2017;8(2):22– 26. Available from: https://www.woundsinternational.com/download/resource/6963

18. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. The International Guideline. Australia: Emily Haesler (ed.). [S. l.: s. n.], 2014. Available from: https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf

19. Caliri MHL, Santos VLCG, Mandelbaum MHS, Costa IG. Classificação das lesões por pressão. Consenso NPUAP, 2016 – Adaptada Cyulturalmente para o Brasil. Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST): Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). São Paulo, 2016. Available from: http://www.sobest.org.br/textod/35

20. Leblanc K, Baranoski S, Holloway S, Langemo D. Validation of a New Classification System for Skin Tears. Adv. Skin Wound Care. 2013;26(6):263-265.[cited 2020 oct. 15]. DOI: http://dx.doi.org/10.1097/01.ASW.0000430393.04763.c7

21. Beeckman D. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence associated dermatitis: moving prevention forward. Wounds International 2015. Available from: https://www.woundsinternational.com/resources/details/incontinence-associated-dermatitis-moving-prevention-forward

22. Brandão ACMAG; Gambin CC; Majado CA; Kunitake N; Alexandre NMC; Dantas SRPE. Adaptação do instrumento "Perineal Assessment Tool" para a cultura brasileira. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther. 2018;16(e0618):1-7. DOI: 10.30886/estima.v16.397_PT

10

AVALIAÇÃO E CUIDADO DA PELE DO IDOSO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA

Soraia Assad Nasbine Rabeh
Brasil

Idevania Geraldina Costa
Canadá

Martha Elba Salazar Barajas
México

Pamela Andrea Valdebenito Aravena
Chile

Paula Cristina Nogueira
Brasil

10 - AVALIAÇÃO E CUIDADO DA PELE DO IDOSO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA

Soraia Assad Nasbine Rabeh
ORCID: 0000-0002-5998-5137
Idevania Geraldina Costa
ORCID: 0000-0001-8024-2074
Martha Elba Salazar Barajas
ORCID: 0000-0001-6230-2547
Pamela Andrea Valdebenito Aravena
ORCID: 0000-0001-6536-1382
Paula Cristina Nogueira
ORCID: 0000-0001-5200-1281

RESUMO:

Introdução: Diante do iminente risco de contágio e da severidade da COVID-19, associada a fatores predisponentes, os idosos encontram-se mais vulneráveis ao surgimento de lesões na pele. **Objetivos**: Identificar os fatores de riscos para as lesões de pele mais comuns nos idosos, ou seja, lesão por fricção (LF), lesão por pressão (LP) e dermatite associada à incontinência (DAI); descrever a avaliação da pele como parte da avaliação de risco para prevenção das lesões; e delinear os componentes de um programa de cuidados com a pele, no contexto da atenção primária à saúde. **Desenvolvimento do tema**: A LF ocorre quando há ruptura da pele, por trauma (fricção, contusão, cisalhamento). A LP é decorrente de pressão intensa ou prolongada e/ou cisalhamento sobre áreas de proeminências ósseas ou resultante do uso de artefatos. A DAI é uma lesão relacionada à umidade, por incontinência urinária e fecal. Em tempos de pandemia, a identificação dos fatores de risco para as lesões e a incorporação de medidas preventivas, pautadas em recomendações científicas, constituem os pilares do processo de (auto) cuidado da pele. **Considerações finais**: A adoção das medidas para prevenção e manejo de lesões teciduais integra as competências do enfermeiro da atenção primária e promove, em parceria com o paciente, família e equipe de saúde, o melhor cuidado possível para alcançar bons resultados. Investir na utilização de boas práticas com aprimoramento de tecnologias compõe o conjunto de ações de segurança do cuidado em saúde, para a redução de eventos adversos e obtenção dos melhores resultados na assistência, aos usuários dos serviços de saúde, família e comunidade.

Descritores: Enfermagem em Saúde Comunitária; Enfermagem Geriátrica; Cuidados de Enfermagem; Pele; Ferimentos e Lesões.

Introdução

A pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19) tem impactado o cenário mundial, agravando as taxas de morbidade e mortalidade. Alguns segmentos populacionais apresentam fragilidades e são reconhecidos como grupos mais vulneráveis ao SARS-CoV-2, sobretudos aqueles formados por indivíduos acima de 60 anos, com multimorbidades e imunossupressão. Esses grupos são desproporcionalmente mais afetados pela COVID-19 e enfrentam maior risco de gravidade e morte decorrentes desta doença[1].

O processo do envelhecimento humano é complexo e influenciado por múltiplos fatores. O sistema tegumentar passa por vários processos de modificações desde o nascimento até a velhice, em função da herança genética, das condições ambientais, dos hábitos e modos de vida e da ocorrência de doenças. Com o avanço da idade, ocorre deterioração da estrutura e função da pele, principalmente por fatores intrínsecos e extrínsecos, tais como perda da elasticidade e espessura, atrofia e hipotrofia muscular, atrofia das glândulas sudoríparas e sebáceas, diminuição da produção de colágeno e exposição prolongada a fatores ambientais[2,3].

Contudo, influenciadas por essas condições e também por fatores externos (pressão, fricção, cisalhamento), os idosos apresentam maior risco de desenvolver lesões cutâneas. Essas lesões são denominadas de extensão da síndrome geriátrica e incluem lesões por fricção (LF), lesões por pressão (LP) e dermatite associada à incontinência (DAI)[2,4].

A LF ocorre quando há ruptura da pele, decorrente de trauma (fricção, contusão, cisalhamento), capaz de ocasionar separação das camadas teciduais (epiderme, derme ou ambas)[3]. A LP é o dano tecidual superficial ou profundo, decorrente de pressão intensa ou prolongada e/ou cisalhamento, de ocorrência comum sobre áreas de proeminências ósseas ou resultante do uso de artefatos, (médicos ou não)[5]. A DAI é um dos tipos das lesões de pele relacionadas à umidade muito frequente em idosos, principalmente os acamados, em decorrência da fragilidade da pele, por presença de incontinência urinária e fecal[2].
Neste contexto, diante do iminente risco de contágio, da severidade da COVID-19, associada a fatores predisponentes de lesões, torna-se essencial que os enfermeiros da atenção primária à saúde (APS) conheçam e implementem medidas preventivas baseadas em evidências científicas para proporcionar um cuidado seguro e de qualidade visando minimizar o impacto da COVID-19 a essa população.

Considerando o cuidado no contexto da APS, o idoso, a família cuidadora e o cuidador informal devem estar no centro das ações educativas a serem implementadas pelos enfermeiros. Nesta perspectiva, torna-se fundamental que os profissionais que atuam na linha de frente da APS busquem por conhecimentos atualizados, estratégias e recursos capazes de promover o cuidado seguro e de qualidade.

Com este intuito, nos propusemos, na condição de enfermeiros, docentes e pesquisadores com experiência em lesões de pele, a compor este capítulo baseado nas melhores evidências cientificas disponíveis, a fim de disseminar o conhecimento dos fatores de riscos, avaliação e cuidados com a pele do idoso no contexto da APS em tempos de pandemia. Nosso propósito é, acima de tudo, subsidiar uma prática segura de enfermagem gerontológica e geriátrica, amparada nas melhores práticas para prevenção de lesões a essa população.

OBJETIVO

Identificar os fatores de risco para as lesões de pele mais comuns nos idosos, ou seja, lesão por fricção (LF), lesão por pressão (LP) e dermatite associada à incontinência (DAI), bem como os princípios para avaliação do risco; descrever a avaliação da pele como parte da avaliação de risco para prevenção das lesões; e delinear os componentes de um programa de cuidados com a pele, no contexto da atenção primária à saúde.

Desenvolvimento do tema

Relevância epidemiológica

No Brasil, uma das feridas crônicas que mais acomete os idosos é a LP. Estudo transversal, prospectivo, com 28 idosos da Assistência Domiciliar de Teresina, Piauí, identificou prevalência de 14,3% de LP[6]. Outro estudo, também realizado em Teresina, porém com 339 idosos da assistência domiciliar, identificou prevalência de 5% de LP[7].

No México, os estudos multicêntricos reportaram a prevalência de LP variando de 12,9% a 17% e, na Espanha, de 7,78%[8]. Em relação à Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico (LPRDM), a prevalência estimada foi de 10% do total das LP, variando de 6% a 16%, conforme o perfil do paciente, da instituição e das intervenções preventivas implementadas[9]. No Brasil, não foram localizados estudos epidemiológicos sobre LPRDM no cenário da APS e a maioria das pesquisas internacionais foram desenvolvidas em contexto de UTI.

A LF é uma lesão de pele muito comum em idosos e sua prevalência variou entre 1,07% e 11,4% em instituições hospitalares e entre 3,0 e 14,7% em instituições de longa permanência[10]. No Brasil, estudo realizado com 69 idosos de três Instituições localizadas no município de São Paulo identificou prevalência de LF de 11,6%[11]. Em relação à incidência, foram verificados coeficientes de 1,1% a 92%, com variações entre o sexo e a faixa etária do indivíduo acometido. Em muitos países, a notificação de prevalência e incidência de LF não é obrigatória, tampouco considerada um indicador de qualidade em saúde, porém, evidências internacionais mostram que são mais frequentes do que as LP[2].

No contexto nacional, estudos epidemiológicos sobre DAI desenvolvidos com a população idosa são escassos. Pesquisa brasileira realizada em um Centro de Terapia Intensiva com 93 participantes, média

de idade de 72 anos (±18,2), identificou prevalência pontual de 40,9% e prevalência em pacientes incontinentes de 59,2%. A média do tempo de internação foi de 18,3 dias (±24,4), a prevalência da incontinência urinária chegou a 33,3% e da fecal a 51,6%. O cateter vesical foi utilizado em 24,7% dos pacientes e a fralda por 66,7%. Quanto à eliminação das fezes, a maioria dos pacientes internados na UTI (83,3%) apresentou fezes semilíquidas e líquidas, com a ocorrência de diarreia em 20,4%[12]. Outro estudo realizado com 138 idosos, média de idade de 77,2 anos (±9,3), em unidades de internação clínica (41 leitos), cirúrgica (41 leitos) e em unidade de longa permanência (25 leitos), identificou prevalência de DAI de 36,2% (50 pacientes), sendo mais prevalente na unidade de longa permanência (50%) e na clínica médica (36,4%). Dos pacientes com DAI, 28% (14) também apresentavam LP[13].

Em contexto internacional, estudos mostram prevalência de DAI de 10% em pacientes hospitalizados e de 52,5% entre aqueles residentes na comunidade[14]. No Chile, 61,7% dos idosos de instituições de longa permanência apresentaram incontinência urinária, 51,4% incontinência fecal e 94% usavam fraldas[15]. No âmbito da APS não foram identificados estudos epidemiológicos sobre DAI. De um modo geral, estudos epidemiológicos indicaram que os idosos com limitação da mobilidade e atividade apresentavam maior risco de desenvolvimento de lesões e necessitavam de cuidados e proteção para prevenir lesões associadas à síndrome geriátrica.

Atuação do enfermeiro da atenção primária para prevenção de lesões de pele em idosos

Em tempos de pandemia, a atuação do Enfermeiro que integra a Estratégia Saúde da Família (ESF) na APS está centrada na abordagem participativa, alicerçada na integralidade do cuidado e no enfrentamento dos agravos pela população idosa[4], inclusive daqueles relacionados à pele. Este nível de atenção permite a inserção do Enfermeiro na comunidade e, por conseguinte, o reconhecimento das demandas de cuidados e intervenções necessárias para a manutenção da integridade da pele.

Neste cenário, torna-se imperativo que os profissionais da atenção primária à saúde, bem como os familiares e cuidadores, sejam preparados para prevenir essas lesões na pele dos idosos durante a pandemia, por estarem mais fragilizados e necessitarem de suporte familiar e/ou profissional para implementar as medidas preventivas.

Ressaltamos que as medidas para prevenção da COVID-19, tais como o isolamento social podem levar a várias consequências, não somente psicológicas e sociais, mas também físicas. Isso inclui possível dificuldade de deambulação; necessidade de ajuda para a realização de atividades de vida diárias (higienizar, vestir e alimentar-se); quedas, desnutrição, desidratação; e eventual contato da pele com urina ou fezes. A associação desses fatores aumenta a suscetibilidade dessa população para o desenvolvimento de lesões e, consequentemente, à infecções, com possível necessidade de hospitalização ou até mesmo óbito precoce.

FATORES DE RISCO E AVALIAÇÃO DA PELE

A prática assistencial do enfermeiro deve estar pautada na avaliação multidimensional do idoso e na identificação de fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Sabemos que aspectos que comprometem a função e barreira da pele podem desencadear danos teciduais muitas vezes

Assim, o reconhecimento precoce da etiologia do dano à pele é elemento-chave para o cuidado, assim como a identificação de fatores de riscos modificáveis como desnutrição, incontinência, tabagismo, etilismo, pressão, fricção, e cisalhamento, bem como dos fatores não modificáveis como idade, comorbidades, fragilidade da pele[2,5], tornam se essenciais para aplicação imediata e apropriada de um protocolo de prevenção.

Esses fatores devem ser incluídos na anamnese e exame físico, para auxiliar no processo de identificação, planejamento e implementação de medidas preventivas que visem a eliminação dos fatores modificáveis e minimizem o impacto dos fatores não modificáveis que predispõem a pele às lesões. Essas medidas visam melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem, proporcionar melhor qualidade de vida aos idosos e diminuir a necessidade de hospitalização dos mesmos durante a pandemia.

A avaliação criteriosa permite identificar diagnósticos de enfermagem e propor um plano de cuidados centrado nas necessidades individuais. Possibilita também a implementação de intervenções para prevenção e tratamento de complicações por alteração ou perda da integridade cutânea[4].
A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é ferramenta essencial na assistência ao paciente com riscos/lesões de pele, pois permite que o enfermeiro avalie e identifique fatores de risco para o desenvolvimento de lesões de pele. Além disso, a SAE favorece o planejamento e a implementação de um plano de cuidados eficaz, contínuo e individualizado[4,5].

Cuidados preventivos e manejo para a manutenção da integridade da pele

No contexto da APS, o enfermeiro desempenha papel preponderante no cuidado dos idosos com COVID-19, que apresentam diagnósticos de risco de lesão por pressão, integridade da pele prejudicada e/ou integridade tissular prejudicada. O profissional tem autonomia para promover cuidados que visem à manutenção da integridade tecidual, tanto no que se refere à prevenção e educação do paciente e família quanto à decisão de escolher os melhores produtos e equipamentos para prevenção (colchões, coxins, hidratante, protetor de umidade) e a melhor terapia tópica para tratamento das lesões inevitáveis, mesmo após a implementação das medidas adequadas para prevenção[5,9].

Processo de (auto) cuidado da pele do idoso na atenção primária

A identificação de fatores de risco para as lesões comuns no idoso e a incorporação de medidas preventivas constituem os pilares do processo de (auto) cuidado da pele dessa população em tempos de pandemia. Os profissionais de saúde devem não somente incorporar avaliações simples e completas da pele em cada consulta, como, também, incluir os idosos e/ou seus cuidadores nesse processo.

Envolvê-los na promoção e alcance do autocuidado significa prepará-los e apoiá-los na implementação de práticas e atividades diárias, a fim de manter a integridade da pele e evitar lesões que os colocam em risco de hospitalização durante a pandemia. Envolver os idosos e cuidadores na implementação de práticas de autocuidado da pele aumenta as chances de manutenção da integridade estrutural da pele e prevenção de lesões e suas complicações[16].

No contexto da APS, os idosos devem ser incentivados a adotar práticas de autocuidado diário e, por isso, precisam ser colocados no centro do cuidado. Recomendamos, por exemplo, ouvir os relatos de suas necessidades e preferências e identificar os fatores facilitadores e dificultadores da implementação do autocuidado. Alguns desses fatores incluem limitações físicas e cognitivas, decorrentes do envelhecimento e comorbidades, motivação, autoconfiança, conhecimento sobre as ações de autocuidado para prevenção de lesões, assistência familiar e profissional e acesso a recursos e serviços[16].

O cuidado da pele do idoso na APS ocorre majoritariamente no próprio domicílio. Assim, as medidas preventivas devem incluir estratégias para eliminar ou minimizar os fatores de riscos modificáveis e atenuar aqueles que favorecem o autocuidado. Também ressaltamos que o plano de (auto) cuidado domiciliar de prevenção de lesões deve ser desenvolvido com o paciente (e não para o paciente), pois, quando ele deixar o serviço de saúde, tomará a decisão de implementar ou não as medidas descritas no plano. Assim, é fundamental que eles participem ativamente da elaboração deste plano, bem como das decisões do cuidado, pois isso facilitará a identificação e inclusão de suas necessidades e preferências e, consequentemente, o alcance dos resultados[17].

Profissionais da APS devem implementar, por exemplo, juntamente com os idosos e familiares, medidas de controle da umidade excessiva ou secura extrema de pele, controle das comorbidades, orientações quanto ao reposicionamento para os idosos acamados, inspeção e hidratação diária da pele e utilização de recursos disponíveis no domicílio ou comunidade para prevenção de lesões[2,18]. Caso se deparem com situações desafiadoras para a prevenção das lesões e que necessitem de atenção multiprofissional, devem referenciar imediatamente os pacientes para profissionais especializados (ex. nutricionistas, estomaterapeutas - especialistas em feridas e incontinências), no lugar de tentarem tratar ou reverter situações fora do âmbito da pratica clínica dos profissionais da APS.

Prevenção das principais lesões de pele dos idosos em tempos de pandemia

Lesão por pressão - LP

De acordo com a Aliança Internacional do *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EUAP), *National Pressure Injury Advisory Panel* (NPIAP) e *Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (PPIAP)[18], a LP é um dano localizado na pele e/ou tecido mole subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionado a um dispositivo médico, podendo se apresentar como pele intacta ou úlcera aberta. Ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. Essas lesões são classificadas em estágios de 1 a 4, de acordo com o tipo de tecido acometido, LP não classificável, na qual não é possível determinar a extensão do dano, devido à presença de necrose e/ou esfacelos e LP tissular profunda, em que a pele pode estar intacta ou não, e apresenta descoloração ou aparecimento de áreas nas cores vermelha-escura, marrom ou púrpura, podendo também apresentar bolha hemática, na qual se evidencia um dano tecidual profundo[18].

Em 2016, foram estabelecidas duas definições adicionais para LP: as lesões por pressão relacionadas à dispositivos médicos (LPRDM) e as LP em membrana mucosa. A LPRDM é resultado do uso de dispositivos para fins diagnósticos e terapêuticos e, geralmente, apresenta o padrão ou a forma do

dispositivo em uso. Esta lesão deve ser categorizada de acordo com o sistema de classificação das LP. Já a LP em membrana mucosa está frequentemente relacionada ao uso de algum dispositivo médico, no entanto, não é possível categorizá-la devido à anatomia do tecido lesionado[19].

Prevenção de LP nos idosos

Destacamos, a seguir, algumas recomendações para prevenção de LP de acordo com a *guideline* internacional[18]:

- Avaliação de risco por meio do uso de escalas validadas (exemplo: escala de Braden);
- Reposicionamento e mobilização precoce de acordo com a avaliação individual;
- Avaliação nutricional: implementar um plano de cuidados nutricionais individualizado, que ofereça quantidades suficientes de proteínas, calorias e líquidos, assim como complementos de vitaminas e minerais adequados;
- Higiene e conforto: limpeza a pele com solução de PH adequado (ligeiramente acidificado), secar suavemente e aplicar creme hidratante e umectante;
- Uso de superfícies de suporte (SS): para escolha da SS devemos considerar a mobilidade funcional e o nível de atividade da pessoa, a necessidade de manter o controle do microclima, a capacidade de controlar a temperatura da SS, o forro, o enchimento da SS (como colchões pneumáticos) e o cisalhamento. Além disso, é necessário avaliar a duração, garantia, custo e manutenção necessária da SS, bem como a necessidade de reavaliar o tamanho e peso da pessoa, suas preferências, tolerância e conforto;
- Uso de coberturas profiláticas de espuma multicamadas e silicone nas proeminências ósseas e elevação dos calcâneos, colocando coxins ou travesseiros sob as panturrilhas.
- É ainda recomendado não massagear e friccionar a pele frágil, em locais com hiperemia.

Em relação às LPRDM, as principais intervenções preventivas, de acordo com as recomendações das diretrizes internacionais e demais evidências científicas, são: escolha do tamanho adequado do dispositivo; uso de coxins e curativos profiláticos entre a pele e o dispositivo para áreas de alto risco, tais como asa do nariz; inspeção da pele em contato com o dispositivo médico, pelo menos duas vezes ao dia, ou com maior frequência em pacientes de alto risco, por exemplo, em áreas edemaciadas; evitar a colocação de dispositivos em locais que já tiveram ou tenham LP; rotação e reposicionamento do dispositivo; remoção do dispositivo médico, assim que possível; e educação dos profissionais de saúde e cuidadores sobre o uso correto dos dispositivos e formas de prevenir as LP.

Lesão por fricção (LF)

LF é uma ferida traumática causada por forças mecânicas, como cisalhamento e fricção, incluindo a remoção de adesivos. Em peles frágeis e vulneráveis, como a dos idosos, uma força menor é necessária para causar uma lesão traumática, capaz de separar as camadas da pele, o que aumenta a incidência de LF. Essas lesões podem ocorrer em qualquer parte do corpo, mas cerca de 70% a 80% delas encontram-se nos membros superiores e no dorso das mãos[20]. O sistema de classificação mais recente, o *International Skin Tear Advisory Panel* (ISTAP)[20] foi elaborado por um grupo de mais de 800 especialistas internacionais e classifica as LF em três categorias, de acordo com a perda tecidual:

- LF Tipo 1 - sem perda de pele: lesão linear ou de retalho, onde o retalho da pele pode ser reposicionado para cobrir o leito da ferida;
- LF Tipo 2 - perda parcial do retalho: o retalho de pele não pode ser reposicionado para cobrir todo o leito da ferida;
- LF Tipo 3 – ruptura da pele: perda total do retalho de pele que expõe todo o leito da ferida.

Prevenção de LF nos idosos

O ISTAP ressalta a necessidade da avaliação de três categorias de fatores de risco para prevenção das LF:

1- Pele: extremos de idade, pele seca e frágil e história anterior de LF;
2- Mobilidade: história de queda e traumas, mobilidade prejudicada e dependência nas atividades de vida diária;
3- Saúde geral: comorbidades (doença crônica), comportamento agressivo, cognição prejudicada, desnutrição e polifarmácia.

É considerado em risco o indivíduo que apresentar pelo menos um dos fatores acima citados, sendo necessário implementar um programa de redução de riscos. As recomendações gerais incluem educação ao cuidador e à pessoa que necessita de assistência; manter as unhas curtas e evitar o uso de joias, tanto por parte do cuidador como do paciente; acolchoar ou remover qualquer mobília ou dispositivo potencialmente perigoso; proteger a pele com o uso de roupas adequadas, como meias ou bandagens protetoras, em pessoas vulneráveis; e promover a integridade da pele com o uso de emolientes protetores e sabonete líquido com pH balanceado[5].

Lesões por umidade: dermatite associada à incontinência (DAI)

A DAI é definida como uma inflamação da pele do períneo e/ou região genital devido ao contato prolongado com urina ou fezes. A presença desses irritantes altera o manto ácido da pele, pois alcalinizam o pH pela conversão da ureia em amônio. Assim, gera uma ativação enzimática de lipase e protease, causando inflamação por destruir proteínas e lipídios da barreira cutânea. Pode estar associada a sintomas como dor, coceira, formigamento, queimação local ou infecção[3].

O *Ghent Global* IAD *Categorisation Too* – GLOBIAD é um instrumento que categoriza a gravidade da DAI com base na inspeção visual das áreas da pele afetada. Esse instrumento, resultado de um projeto de dois anos envolvendo 22 especialistas internacionais e 823 clínicos de 30 países, encontra-se traduzido e validado para vários idiomas. O GLOBIAD classifica a DAI em duas categorias[21]:

Categoria 1: Eritema persistente
1A - Eritema persistente sem sinais clínicos de infecção;
1B - Eritema persistente com sinais clínicos de infecção;
Categoria 2: Perda de pele
2A - Perda da pele sem sinais clínicos de infecção;
2B - Perda da pele com sinais clínicos de infecção.

Prevenção de DAI nos idosos

Uso de uma ferramenta validada, como o PAT (*Perineal Assessment Tool*)[22], para identificar a população de risco e classificar a pessoa como sendo de baixo ou alto risco para desenvolver a DAI. Implementação de um plano de cuidados contendo: inspeção da pele em busca de alterações; rotina de limpeza; uso de hidratantes para a pele; protetores de pele/barreiras de umidade; monitoramento e tratamento de infecções de pele: considerar o risco de infecção fúngica, muito comum na pessoa com incontinência; otimização do estado nutricional e hidratação; e educação para profissionais de saúde em relação à prevenção e gestão de DAI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação sistematizada da pele do idoso em tempos de pandemia permite a identificação precoce dos fatores de risco que aumentam a probabilidade de desenvolvimento de lesões de pele. Além disso, visa também a elaboração e implementação de um plano de cuidados preventivos, com foco na eliminação ou minimização desses fatores para prevenir essas lesões e suas consequências (infecção, hospitalização e óbito).

Destacamos que a adoção das medidas para a prevenção e manejo de lesões compõe o rol de competências do enfermeiro. Profissionais de enfermagem, que implementam medidas preventivas amparadas por evidências científicas, e envolvem os pacientes, familiares e cuidadores (formais e informais) na implementação das mesmas, conseguem alcançar melhores resultados.

Investir na implementação de práticas baseadas em evidências cientificas e no aprimoramento das tecnologias demandam ações de segurança do paciente, a fim de reduzir eventos adversos e obter os melhores resultados para os usuários dos serviços de saúde, família e comunidade. De fato, a experiência da atual crise mundial tem mostrado que ainda temos muito o que investir em pesquisas científicas e ações, que visam a melhoria da qualidade da assistência à saúde do idoso. Além disso, torna-se essencial valorizar a formação continuada dos profissionais e, igualmente, desenvolver políticas e/ou programas sociais e econômicos direcionados às pessoas em situação de vulnerabilidade e àquelas que, direta ou indiretamente, têm sido afetadas por esse grande desafio do século XXI, que é a pandemia da COVID-19.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. [Internet] Geneva, 2020. [cited 2020 Oct 17]. Available from: https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020.

2. Beeckman D, Campbell K, LeBlanc K, Campbell J, Dunk A, Harley C, et al. Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Skin Tears in Aged Skin. Wounds International Best Practice Statement. 2018;45(6):540–542. Available from: https://www.woundsinternational.com/download/resource/6522

3. Campbell K, Leblanc K, Woo K. Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin: an over-view. Wounds Int. 2018;9(Issue3): 66-70. Available from :

4. Tristão FR, Girondi JBR, Hammerschmid KSA, Zamprogna KM, Soares CF, Evaristo SM, et al. Práticas de cuidados do enfermeiro na atenção primária à saúde: gestão do cuidado da pele do idoso. Cogitare enferm. 2020;25. Available from: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.65223

5. Caliri MHL, Rabeh SAN, Bernardes RM, Sampaio CSJC. Feridas crônicas. [Internet] Ribeirão Preto. Grupo de Estudos e Pesquisas em Segurança do Paciente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. CNPq. Available from: http://eerp.usp.br/feridascronicas/

6. Bezerra SMG, Luz MHBA, Andrade EMLR, Araújo TME, Teles JBM, Caliri MHL. Artigo Original 4 - Prevalência, Fatores Associados e Classificação de Ulcera por Pressão em Pacientes com Imobilidade Prolongada Assistidos na Estratégia Saúde da Família. Revista da Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências. Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy. 2014;12(3). Available from: https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/95

7. Vieira CPB, Furtado AS, Almeida PCD, Luz MHBA, Pereira AFM. Prevalence and Characterization of Chronic Wounds in Elderly Persons Assisted in Primary Care. Revista Baiana de Enfermagem. 2017;31(3). DOI: 10.18471/rbe.v31i3.17397

8. Galván-Martínez IL, Narro-Llorente R, Lezama-de-Luna F, Arredondo-Sandoval J, Fabian-Victoriano MR, Garrido-Espindola X, et al. Point prevalence of pressure ulcers in three second-level hospitals in Mexico. International Wound Journal. 2014;11(6):605–610. DOI: 10.1111/iwj.12013

9. Gefen A, Alves P, Ciprandi G, Coyer F, Milne CT, Ousey K, et al. Device-related pressure ulcers: SECURE prevention. Journal of wound care. 2020;29(Sup2a): S1–S52. DOI: 10.12968/jowc.2020.29.Sup2a.S1

10. Woo K, LeBlanc K. Prevalence of skin tears among frail older adults living in Canadian long-term care facilities. International Journal of Palliative Nursing. 2018;24(6):288–294. DOI: 10.12968/ijpn.2018.24.6.288

11. Peres GRP. Prevalência e fatores associados à lesão por fricção em idosos de instituições de longa permanência. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014. Available from: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-17042015-115324/publico/Dissertacao_Mestrado_Giovana.pdf

12. Brandão ACMAG. Dermatite associada à incontinência e os fatores associados: estudo de prevalência em um Centro de Terapia Intensiva. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2017. DOI: 10.11606/D.22.2018.tde-27112017-210548

13. Ferreira M, Abbade L, Bocchi SCM, Miot HA, Boas PV, Guimarães HQCP. Incontinence-associated dermatitis in elderly patients: prevalence and risk factors. Revista Brasileira de Enfermagem. 2020;73(3):1-7. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0475

14. Campbell JL, Coyer FM, Osborne SR. Incontinence-associated dermatitis: a cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting. International Wound Journal. 2016;13(3):403–411. DOI: https://doi.org/10.1111/iwj.12322

15. SENAMA. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Servicio Nacional del Adulto Mayor [Internet]. Santiago 2020. [cited 2020 Oct 17]. Available from: http://www.senama.gob.cl/

16. Costa IG, Plazas Tregunno D, Camargo-Plazas P. I cannot afford offloading boots: Perceptions of socioeconomic factors influencing engagement in self-management of diabetic foot ulcer. Adv. Nur Sci. 2020;43(4):322-337. DOI: 10.1097/ANS.0000000000000328

17. Costa IG, Pilar M, Plazas C, Tregunno D. Rethinking self-care management for individuals with diabetic foot ulcers. Wounds International. 2017;8(2):22– 26. Available from: https://www.woundsinternational.com/download/resource/6963

18. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. The International Guideline. Australia: Emily Haesler (ed.). [S. l.: s. n.], 2014. Available from: https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf

19. Caliri MHL, Santos VLCG, Mandelbaum MHS, Costa IG. Classificação das lesões por pressão. Consenso NPUAP, 2016 – Adaptada Cyulturalmente para o Brasil. Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST): Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). São Paulo, 2016. Available from: http://www.sobest.org.br/textod/35

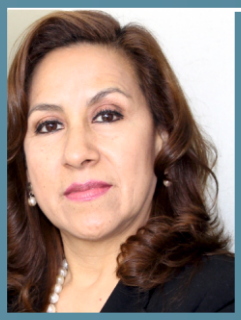
20. Leblanc K, Baranoski S, Holloway S, Langemo D. Validation of a New Classification System for Skin Tears. Adv. Skin Wound Care. 2013;26(6):263-265.[cited 2020 oct. 15]. DOI: http://dx.doi.org/10.1097/01.ASW.0000430393.04763.c7

21. Beeckman D. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence associated dermatitis: moving prevention forward. Wounds International 2015. Available from: https://www.woundsinternational.com/resources/details/incontinence-associated-dermatitis-moving-prevention-forward

22. Brandão ACMAG; Gambin CC; Majado CA; Kunitake N; Alexandre NMC; Dantas SRPE. Adaptação do instrumento “Perineal Assessment Tool” para a cultura brasileira. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther. 2018;16(e0618):1-7. DOI: 10.30886/estima.v16.397_PT

11

IMPACTO DO CONFINAMENTO NA SAÚDE MENTAL DO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA



Sofia Sabino Lavado Huarcaya
Perú

Claude Odily Quintanilla de Calderon
El Salvador

Emanuella Barros dos Santos
Brasil

Emma Tereza Urbancic Marusic
Argentina

Maria Tereza Mendes Diniz de Andrade Barroso
Portugal

11 - IMPACTO DO CONFINAMENTO NA SAÚDE MENTAL DO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA

Sofia Sabina Lavado Huarcaya
ORCID: 0000-0002-5755-3066
Claude Odily Quintanilla de Calderon
ORCID: 0000-0002-3955-6992
Emanuella Barros dos Santos
ORCID: 0000-0002-1089-973x
Emma Teresa Urbancic Marusic
ORCID: 0000-0002-1978-9705
Maria Tereza Mendes Diniz de Andrade Barroso
ORCID: 0000-0002-9411-6113

RESUMO

Introdução: O confinamento, adotado como uma estratégia de enfrentamento da pandemia da COVID-19, tem gerado desafios em torno da saúde mental da população, principalmente das pessoas idosas, grupo de maior risco à infecção. **Objetivo:** Refletir sobre o impacto do confinamento na saúde mental dos idosos de forma a implementar o processo de cuidados de enfermagem durante a pandemia da COVID-19. **Desenvolvimento do tema:** O capítulo pauta-se na reflexão dos principais conceitos centrais, apoiada pela literatura relevante nesta temática. Para discutir esses conceitos, adotamos a seguinte organização: Análise do impacto do confinamento na saúde mental dos idosos; Exploração dos principais componentes relacionados com a implementação do processo de cuidados de enfermagem aos idosos na atenção primária, incluindo processo de cuidar, principais indicadores a serem obtidos na coleta de dados e diagnósticos identificados; Metas, objetivos, resultados esperados e problemas; Formas de intervenção ou estratégias de enfermagem para alcance dos resultados/objetivos propostos; e Avaliação. **Considerações Finais:** Embora as medidas de confinamento sejam fundamentais para reduzir a propagação da COVID-19, o isolamento e a consequente solidão forçada têm impactos significativos na saúde mental dos idosos. Assim, esperamos que esta proposta de planeamento dos cuidados de enfermagem responda aos desafios dos enfermeiros na prestação de cuidados com vista à prevenção, promoção e recuperação da saúde e do autocuidado dos idosos e de suas famílias, em tempos de pandemia da COVID-19.

Descritores: Idoso; Saúde Mental; Pandemias; Atenção Primária à Saúde.

Introdução

A saúde mental é um estado de bem-estar no qual uma pessoa executa as suas capacidades, sendo capaz de lidar com as tensões normais da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para a sua comunidade. Sob esta concepção, a saúde mental representa a base do bem-estar individual e do funcionamento eficaz da comunidade[1].

Por todo o mundo, o campo da Saúde Mental evoluiu rapidamente, partindo da resolução sobre a estratégia e o plano de ação[2]. Em seguida, esta pauta foi inserida na agenda dos governos, concretizando, dessa forma, a vontade política e técnica de lhe dar prioridade e levando à sua inclusão nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável[3] .

No que diz respeito à política de saúde mental, existe atualmente uma situação de disparidade entre os países. Alguns carecem de uma política de saúde mental, outros precisam atualizá-la ou expandi-la no quadro das normas internacionais, e há ainda outros que revelam dificuldades na implementação de planos, geralmente escassos nos países da América Latina[1]. No âmbito da emergência sanitária causada pela pandemia da COVID-19, é claro que todos os países necessitarão de estratégias mais abrangentes para lidar com esta situação, assim como de uma maior cooperação e articulação social entre as pessoas.

Reconhecer a saúde mental como um processo dinâmico, determinado por componentes históricos, socioeconômicos, culturais, biológicos e psicológicos implica considerar que a sua preservação e melhoria incluem a construção social ligada à concretização dos direitos humanos e sociais, partindo da presunção de "capacidade" por parte de todas as pessoas[4]. Capacidade que é agora afetada pela propagação do vírus SARS-CoV-2, devido à qual metade da população mundial, principalmente as pessoas idosas, que constituem o grupo de maior risco, foi sujeita a algum tipo de confinamento.

O conceito de confinamento é aqui entendido como a separação e restrição de movimento imposta a uma pessoa ou um grupo de pessoas, com o objetivo de controlar e cessar a transmissão viral[4;5].

Não há dúvida de que a pandemia tem imposto importantes desafios em torno da saúde mental. Agora, mais do que nunca, é necessário gerenciá-la por meio de estratégias abrangentes de promoção, prevenção, tratamento e recuperação, que envolvam todo o governo e priorizem a proteção e promoção do bem-estar mental de todos os cidadãos, sobretudo dos idosos, grupo mais fragilizado neste momento. Para isso, a equipe comunitária de saúde mental deve ser multidisciplinar e estar o mais próxima possível da população e dos centros de atenção primária[4;5].

OBJETIVO

Refletir sobre o impacto do confinamento na saúde mental dos idosos de forma a implementar o processo de cuidados de enfermagem durante a pandemia da COVID-19.

Desenvolvimento do tema

As pandemias afetam as pessoas e as populações de forma diferente. Os determinantes sociais e as experiências individuais condicionam as diferentes respostas e emoções originadas nestas situações. Consideramos importante compreender as emoções como respostas psicofisiológicas ou reações que ocorrem inconscientemente, de forma automática e espontânea, pontuadas com mudanças súbitas, que também variam em intensidade e tempo. O reconhecimento dessas emoções como positivas ou negativas permite o gerenciamento dos sentimentos que perduram no corpo e na mente, mediante a intervenção da consciência na interpretação das emoções, que podem ser reguladas pelos pensamentos.

O termo CONFINAR é definido como a reclusão de algo ou alguém dentro de certos limites. A medida do distanciamento físico (que é diferente do isolamento social) foi acordada mundialmente como estratégia de limitação da propagação do vírus SARS-CoV-2[6], levando ao estabelecimento do confinamento. Este é responsável pelo sentimento de desconforto e pelos efeitos prejudiciais sobre a saúde mental. O estresse traduz as primeiras percepções de perigo relacionadas com o vírus, anestesiando e paralisando as atividades diárias, por meio da perda de atenção e concentração[7;8]. O risco de abandonar as medidas de sobrevivência pode aumentar a deterioração das capacidades das pessoas vulneráveis. O equilíbrio mental pode, igualmente, ser ameaçado por circunstâncias internas e externas, recursos individuais, familiares e sociais disponíveis, estado de saúde anterior e sentimento de valorização pessoal.

O desenvolvimento das capacidades e potencialidades das pessoas é fundamental para a saúde mental. As respostas ao confinamento e às limitações impostas durante a pandemia não podem ser generalizadas. Todos os aspetos do desenvolvimento individual, as ligações e experiências anteriores de situações de estresse precisam ser avaliados, assim como a construção de resiliência, necessidades de cuidados de saúde, apoio espiritual, econômico e social[9].

A participação social é valiosa para um bom envelhecimento e, nesse sentido, o confinamento pode levar a uma ruptura dos laços sociais motivada pelo distanciamento físico. A consciência de saber que faz parte da população de risco pode gerar uma perceção negativa da situação, aumentando a sensação de vulnerabilidade e o medo[10]. Esses sentimentos, por sua vez, podem fazer com que o idoso deixe de participar de atividades sociais e de comunicação, com risco de se tornar um evento traumático devido ao medo de morrer sozinho.

A redução das atividades da vida diária, da estimulação sensorial e do contato social pode estar relacionada com o déficit cognitivo[11]. A preocupação com o desconhecido e a incerteza, exacerbada se não tiver ninguém com quem expressar os seus receios sobre o distanciamento físico, podem causar inquietação e ansiedade. Os efeitos no estado emocional expressos por mudanças de humor, tristeza, irritação e raiva podem ser observados nas mudanças de comportamento, tais como agitação, retraimento ou confusão e desorientação.

No entanto, a medida de distanciamento também pode dar origem a respostas positivas[12], e o confinamento pode ser entendido como a oportunidade necessária para a resolução de assuntos pendentes a nível individual, familiar, social, e até mesmo global, constituindo-se, assim, como uma forma positiva de aproveitar o tempo. Valores como respeito, aceitação, escuta, solidariedade e dedicação são postos em prática não só por parte das pessoas confinadas, mas também do ambiente relacional. A análise desses fatores pode favorecer impactos positivos na saúde mental e, por conseguinte, contribuir para cenários mais favoráveis.

O distanciamento físico não deve limitar o contato social ou a comunicação interpessoal, de modo a não causar sentimentos como dor, frustração, culpa, solidão, além de problemas relacionados ao sono, ao apetite e exaustão. Tais sentimentos potencializam a desmotivação e o desespero, condições que prejudicam seriamente o autocuidado[6;12].

O cenário pandêmico é propício a causar sintomas isolados, mas que podem ser parte de condições complexas, com acentuada diminuição da funcionalidade, insônia, ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático[5;9]. A possibilidade de enfrentar esta stiuação de uma forma construtiva demanda um processo de busca por sentido e harmonia intimamente ligado à capacidade de exercer o autocuidado, a empatia e a confiança. Isso coloca em jogo a relação consigo mesmo e com os outros, bem como o reconhecimento da condição, podendo esta ser própria e/ou dos outros[7;12].

A subjetividade constitui a pessoa em interação com a sua cultura e o seu ambiente enquanto um sujeito transcendental[13]. A forma de compreender a si próprio em relação a direitos[14], liberdade pessoal, independência e autonomia para tomar decisões, trabalhar, divertir-se e ter momentos de lazer está ligada ao conhecimento de que os outros têm a obrigação de proteger as pessoas em risco. Dessa forma, a saúde mental individual pode ser concebida como uma construção coletiva.

Processo de cuidar

Florence Nightingale salientou que o enfermeiro deve responder a todos os aspectos da pessoa e ao seu cuidado integral, não se limitando apenas aos cuidados relacionados com o físico.

A realização do processo de cuidar das pessoas idosas em tempos de pandemia é um grande desafio para os enfermeiros da atenção primária. Tem sido necessário recorrer a estratégias diferentes da consulta de enfermagem presencial, de modo que a videochamada e contato telefônico são recursos que permitem a atuação do enfermeiro e evitam a possível exposição do idoso ao vírus SARS-CoV-2. No entanto, mesmo utilizando esses recursos, o enfermeiro deve manter uma escuta ativa, fazer pausas e

conceder tempo para que as pessoas idosas possa fornecer dados fidedignos, expressar seus sentimentos/percepções sobre a situação de confinamento e colaborar com o planejamento de metas e intervenções.

Principais indicadores a serem obtidos na coleta de dados

A coleta de dados envolve a obtenção de informações que indiquem a existência de problema(s) ou de oportunidade(s) de promoção e de prevenção/adiamento de potenciais problemas de saúde mental no idoso em situação de confinamento. Uma vez que a saúde mental pode ter repercussões fisiológicas e psicológicas, inclusive no desempenho das atividades da vida diária, o enfermeiro deve realizar uma avaliação completa do idoso.

Diante da impossibilidade de executar o exame físico, deve questionar ao idoso se tem observado aumento da transpiração, episódios de tremores, tensão facial, palpitações ou respiração rápida/ofegante. Caso ele tenha o hábito de aferir, no domicílio, a pressão arterial e a frequência cardíaca, deve questioná-la sobre os valores que indicam a presença de hipertensão e/ou taquicardia. O padrão de sono, alimentar, apetite, função intestinal e urinária são avaliados a fim de identificar possíveis anormalidades. A história de saúde do idoso pode evidenciar insônia, inapetência, náusea, diarreia, enurese, urgência e hesitação urinária.

O levantamento de informações sobre a realização das atividades da vida diária, de lazer e a prática de exercício físico é essencial para verificar se houve redução da participação ou do desempenho nessas atividades. Com o objetivo de realizar uma avaliação mais precisa, o enfermeiro deve comparar a rotina atual com a anterior ao confinamento.

As informações sobre a rede de apoio social, o arranjo, a dinâmica e o processo familiar permitem avaliar se as necessidades físicas (alimentação, habitação, cuidados pessoais), psíquicas (autoestima, amor, afeto) e/ou sociais (identificação, relação, comunicação, pertencimento a um grupo) dessas pessoas estão sendo atendidas. É relevante considerar a percepção que esses indivíduos têm sobre o apoio social vigente e sua disponibilidade.

É também indispensável investigar se o idoso tem algum interesse espiritual e, caso tenha, outros questionamentos devem ser realizados para aprofundamento do tema e melhor compreensão da rotina anterior, bem como da importância e da influência da prática espiritual na sua vida.

Outro ponto importante é avaliar o conhecimento que ele possui acerca da pandemia da COVID-19. Esta pode ser uma oportunidade para identificar o idoso que deseja conhecer mais sobre o tema para aumentar o autocuidado na vida ou aquele que possui déficit de conhecimento e apresenta sentimento de medo, angústia ou incerteza.

Também ressaltamos ser fundamental que o enfermeiro indague sobre como o idoso vivencia ou percebe a condição de confinamento. Alguns podem experienciar o evento como ameaçador e de forma negativa, e outros como um momento de estímulo para crescimento e mudança.

Outras informações podem ser obtidas mediante a observação da atitude do idoso durante a chamada telefônica ou videochamada.

Principais diagnósticos identificados

Diante da complexidade da resposta humana ao confinamento, inúmeros diagnósticos de enfermagem são possíveis para o idoso nesta condição. O quadro 1 apresenta os possíveis diagnósticos, de acordo com a taxonomia NANDA[15].

Quadro 1. Potenciais diagnósticos de enfermagem para pessoas idosas em situação de confinamento, de acordo com a taxonomia NANDA.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		
De promoção da saúde	**De risco**	**Com foco no problema**
• Disposição para bem-estar espiritual melhorado • Disposição para enfrentamento melhorado • Disposição para esperança melhorada • Disposição para resiliência melhorada	• Risco de solidão • Risco de resiliência prejudicada • Risco de sentimento de impotência • Risco de síndrome pós-trauma	• Ansiedade • Enfrentamento defensivo • Enfrentamento ineficaz • Medo • Negação ineficaz • Pesar • Desesperança • Sobrecarga de estresse • Isolamento social • Regulação do humor prejudicada • Sentimento de impotência • Síndrome pós - trauma

NANDA 2018 - 2020, 11. ° EDIÇÃO

Metas, objetivos, resultados esperados e problemas

Os possíveis resultados, de acordo com a taxonomia NOC[16], podem incluir: controle do estresse, enfrentamento, autocontrole da ansiedade, adaptação psicossocial: mudança de vida, bem-estar pessoal, apoio social, participação nas decisões de cuidados de saúde, esperança e resiliência pessoal.

Formas de intervenção ou estratégias de enfermagem para alcance dos resultados/objetivos propostos

As intervenções, de acordo com a NIC [17], a serem adotadas pelos enfermeiros para alcance dos resultados propostos estão apresentadas a seguir (Quadro 2):

Quadro 2. Intervenções (NIC) e resultados (NOC) de enfermagem para pessoas idosas em situação de confinamento.

Intervenções de Enfermagem (NIC)	Atividades	Resultados de enfermagem (NOC)
Melhorar o enfrentamento	- Auxiliar o idoso a resolver problemas d maneira construtiva. - Proporcionar um ambiente de aceitação. - Procurar compreender a perspectiva d idoso sobre uma situação estressante. - Utilizar uma abordagem serena tranquilizadora. - Ajudar o idoso a identificar a informaçã que está mais interessado em obter. - Auxiliar o idoso no exame dos recurso disponíveis para alcance dos objetivos. - Auxiliar o idoso a desmembrar meta complexas em etapas pequenas administráveis .	Enfrentamento Autocontrole da ansiedade Adaptação psicossocial: mudança de vida Bem-estar pessoal Esperança
Grupo de apoio	- Usar um grupo de apoio durante o estágios de transição para auxiliar o idoso se adaptar ao novo estilo de vida. - Determinar o local mais apropriado para reunião do grupo (p. ex. on-line). - Encorajar a expressão e o compartilhamento de conhecimentos com grupo.	Apoio social
Promoção da resiliência	- Encorajar o suporte familiar. - Fomentar comportamentos positivos d procura de cuidados de saúde. - Facilitar o desenvolvimento e a utilizaçã dos recursos locais.	Enfrentamento Bem-estar pessoal Adaptação psicossocial: mudança de vida
Apoio emocional	- Apoiar o uso dos mecanismos de defesa apropriados. - Ajudar o idoso a reconhecer sentimento como ansiedade, ira ou tristeza. - Ajudar o idoso a expressar sentimentos de ansiedade, ira ou tristeza. - Discutir a(s) experiência(s) emocional(is com o idoso. - Fazer declarações compreensivas o empáticas. - Explorar com o idoso o que desencadeo as emoções.	Enfrentamento Autocontrole da ansiedade Adaptação psicossocial: mudança de vida Bem-estar pessoal

Redução da ansiedade	- Definir claramente as expectativas d comportamento do idoso. - Ouvir com atenção. - Ajudar o idoso a fazer uma descriçã realista do evento que se aproxima. - Orientar o idoso quanto aos métodos par diminuir a ansiedade (p. ex., distração,ouv música suave). - Auxiliar o idoso a identificar situações qu precipitam a ansiedade. - Encorajar a verbalização dos sentimentos das percepções e dos medos.	Conhecimento: controle do estresse Enfrentamento Autocontrole da ansiedade Adaptação psicossocial: mudança de vida Bem-estar pessoal
Aconselhamento	- Relação terapêutica baseada na confianç e no respeito. - Demonstrar simpatia, cordialidade autenticidade. - Promover a expressão de sentimentos. - Ajudar o idoso a identificar o problema o a situação que causa a doença. - Fornecer informação factual conform necessário e adequado. - Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por outros desejáveis. - Auxiliar o idoso a identificar os ponto fortes e reforçá-los.	Enfrentamento Autocontrole da ansiedade Adaptação psicossocial: mudança de vida Bem-estar pessoal
Falicitação da autorresponsabilidade	- Falar sobre as consequências de nã assumir as suas responsabilidades. - Incentivar o idoso a assumir a maio responsabilidade possível pelo seu própri autocuidado. - Determinar se o idoso tem conhecimento adequados sobre os seus cuidados de saúde.	Participação nas decisões sobre cuidados de saúde
Facilitação das visitas	- Encorajar o uso do telefone para mante contato com pessoas significativas.	Enfrentamento Autocontrole da ansiedade Adaptação psicossocial: mudança devida Bem-estar pessoal
Estímulo a rituais religiosos	- Explorar alternativas para a adoração (vi redes sociais, aplicativo de mensagens televisão, plataforma de vídeos)	Adaptação psicossocial: mudança de vida Bem-estar pessoal

Melhora do sistema de apoio	- Calcular a resposta psicológica à situação e a disponibilidade do sistema de apoio. - Determinar a adequação das redes sociais existentes. - Determinar o nível de apoio familiar e econômico, bem como outros recursos. - Encaminhar para um grupo de autoajuda ou recurso baseado na internet, conforme apropriado. - Identificar pontos fortes e fracos do recurso da comunidade e defender mudanças (p.ex. criação de projeto de comunitário de apoio intergeracional).	Enfrentamento Adaptação psicossocial: mudança de vida Apoio social
Fortalecimento da autoestima	- Evitar realizar críticas negativas. - Reforçar os pontos positivos pessoais reconhecidos pelo idoso. - Encorajar o idoso a conversar consigo mesmo e a verbalizar afirmativas positivas sobre si próprio diariamente. - Proporcionar experiências que aumentem a autonomia do idoso, conforme apropriado - Auxiliar o idoso a identificar respostas positivas de outras pessoas	Resiliência pessoal Bem-estar pessoal

AVALIAÇÃO

O enfermeiro deve descrever as respostas das pessoas idosas às intervenções de enfermagem e indicar se os resultados foram alcançados.

Após as intervenções listadas no quadro 2, o enfermeiro espera que o idoso:

1. Apresente uma resposta psicossocial de adaptação a uma mudança de vida significativa: a) expresse satisfação com as condições de vida; b) relate sentir-se empoderado; c) mantenha a produtividade.
2. Receba assistência confiável de outras pessoas: a) conte com assistência oferecida por outras pessoas; b) receba informações fornecidas por outras pessoas; c) possua contatos sociais de apoio.
3. Apresente percepção positiva do próprio estado atual de saúde: a) desempenhe as atividades da vida diária e papéis habituais; b) expresse uma boa saúde psicológica.
4. Adote ações pessoais para controle de estressores que sobrecarregam recursos: a) identifique padrões de enfrentamento eficazes; b) relate diminuição de pensamentos negativos e do estresse; c) relate diminuição dos sintomas físicos do estresse; d) relate aumento do conforto psicológico.
5. Adote ações pessoais para eliminar ou reduzir os sentimentos de apreensão, tensão ou mal-estar de uma fonte não identificável: a) elimiine os precursores da ansiedade; b) utilize técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade; c) mantenha o sono adequado; d) utilize estratégias eficientes para o enfrentamento.

6. Compreenda o processo estressante e as estratégias para reduzir ou lidar com essa situação: a) identifique fatores que causam/aumentam o estresse; b) utilize efetivas técnicas de relaxamento e de redução de estresse.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos constituem o grupo de maior risco para a infecção por SARS-CoV-2. Embora as medidas de confinamento sejam fundamentais para reduzir a propagação da COVID-19, o isolamento e a consequente solidão forçada têm impactos significativos na saúde mental dessas pessoas.

Esta reflexão pode contribuir para o planeamento de cuidados de enfermagem, particularmente no contexto dos cuidados primários. Os diagnósticos de enfermagem potenciais identificados para pessoas idosas em confinamento, bem como os resultados e as intervenções de enfermagem selecionados, constituem uma base de trabalho importante que pode servir de manual de intervenção neste contexto particular, com vista à prevenção, promoção e recuperação da saúde e do autocuidado dos idosos e das suas famílias.

Consideramos importante analisar o impacto da pandemia na saúde mental não só para melhorar a saúde, mas, também, para evitar outros problemas sociais, tais como a estigmatização dos indivíduos, a falta de adesão a medidas de prevenção e o luto diante da perda de pessoas queridas. Em suma, esses fatores desempenham um papel fundamental na resposta global à pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Marco de referencia para la implementación de la estrategia Regional de Salud Mental [Internet]. Washington D.C.: OPS-OMS; 2011. [cited 2020 Jul. 20]. Avaolable from: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/MARCO%20DE%20REFERENCIA%20Salud%20Mental%20final.pdf?ua=1

2. Organización Panamericana de la Salud. Brote de enfermedad por el Coronavirus (COVID-19). [Internet]. Washington, D.C.; OPS-OMA 2020. [cited 2020 Aug. 11]. Available from: https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19

3. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013. [cited 2020 Jul. 20]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=D36E9B13C44830AF74ABEBAD69C6C088?sequence=1

4. Ministerio de Salud. Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19 (R.M. N° 180-2020-MINSA) / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Menta [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2020. [cited 2020 Aug. 13]. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf

5. Huarcaya VJ. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2020;37(2)327-334. [cited 2020 Sep. 9]. DOI: https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419

6. Ministerio de Salud de la Nación (OMS). COVID-19 Recomendaciones para la asistencia y continuidad de

de la atención ambulatoria en salud mental durante la pandemia. [Internet]. Buenos Aires: 2020 [cited 2020 Aug. 16]; Available from: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001885cnt-covid19_recomendaciones-asistencia-y-continuidad-atencion-ambulatoria-en-salud-mental.pdf

7. Ramirez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Consequences of the Covid-19 Pandemic in Mental Health Associated With Social Isolation. Scientific Electronic Library Online [Internet]. Bogotá. Colombian Journal of Anesthesiology, 2020;48(4):e930.[cited 2020 Aug. 16]. DOI: https://doi.org/10.5554/22562087.e930

8. Organización Panamericana de la Salud. Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias. [Internet]. Washington, D.C.: OPS-OMS; 2016. [cited 2020 Aug. 18]. Available from: https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&cat-egory_slug=informes-tecnicos&alias=2539-proteccion-salud-mental-atencion-psicosocial-situaciones-epidemias-2016-539&Itemid=1179&lang=en

9. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MA, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et. al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. Brain Behav. Immun. 2020;87:172-176. [cited 2020 Sep. 1];. DOI: https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040

10. Ministerio de Salud Argentina. Materiales para equipos de salud. [Internet]. Buenos Aires: 2020. [cited 2020 Aug. 10]. Available from: http://www.msal.gob.ar/index.php?option=com_bes_contenidos

11. Ministerio de Salud Argentina. Materiales para equipos de salud. [Internet]. Buenos Aires: 2020. [cited 2020 Aug. 19]. Available from: http://www.msal.gob.ar/index.php/component/bes_contenidos/?filter_problematica=28&filter_soporte=0

12. Blay R. Reflexiones y actitud positiva ante el confinamento. RED CENIT; 2020; [cited 2020 Sep. 3]. Available from: https://www.redcenit.com/reflexiones-y-actitud-positiva-ante-el-confinamiento

13. Yáñez A. Integración de cuidados de salud mental en la atención primaria de salud. Lanús: UNLA; 2009.

14. Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. [Internet]. Washington, D.C.: 2015 [cited 2020 Aug. 22]. Available from: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

15. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem NANDA: definições e classificação 2018-2020. 11 th. NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2018.

16. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. Barcelona: Elsevier; 2014.

17. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier; 2014 .

12

CUIDADOR DE IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA: VISÃO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Elizabeth Fajardo Ramos
Colombia

Carmen del Rocío Parra Pérez
Equador

Emilce Salamanca Ramos
Colômbia

Edilene Araújo Monteiro
Brasil

Sandra Arely Martínez de Diaz
El Salvador

12 - CUIDADOR DE IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA: VISÃO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Elizabeth Fajardo Ramos
ORCID: 0000-0002-3484-1620
Carmen del Rocío Parra Pérez
ORCID: 0000-0003-1521-4733
Edilene Araújo Monteiro
ORCID: 0000-0002-3312-868X
Emilce Salamanca Ramos
ORCID: 0000-0002-3549-7067
Sandra Arely Martínez de Díaz
ORCID: 0000-0001-7710-6784

RESUMO

Introdução: A intervenção de enfermagem teve como foco o cuidador de idoso no contexto da COVID-19 e baseia-se na identificação de seus problemas e necessidades para melhorar sua saúde e bem-estar. **Objetivo:** Elaborar um plano de cuidados de enfermagem para o cuidador de idoso na Atenção Primária à Saúde em época de pandemia por COVID-19, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do cuidador na América Latina. **Desenvolvimento do tema:** Na América Latina, os sistemas de saúde fundamentam-se na Atenção Primária à Saúde para responder eficientemente às necessidades sanitárias dos cidadãos. Neste contexto, a promoção da saúde com participação comunitária é fundamental e deve considerar tipos, características e papéis dos cuidadores de idosos, os quais foram significativamente ampliados durante a pandemia, ocasionando sobrecarga manifestada por ansiedade, sintomas depressivos, temor, entre outros. Por essas razões, tem sido necessário identificar e acompanhar os problemas e necessidades do cuidador, capacitando-o sobre o autocuidado e a qualidade do cuidado que oferece. **Considerações finais:** Um plano de cuidados é um guia para aplicar uma intervenção com resultados benéficos, neste caso ao cuidador. São exemplos de diagnósticos de enfermagem focados nos cuidadores de idosos em época de pandemia: cansaço do papel de cuidador; desempenho ineficaz da função; risco de cansaço do papel de cuidador; risco de intolerância à atividade; disposição para melhorar o autocuidado; disposição para melhorar o bem-estar; disposição para melhorar a tomada de decisões; e disposição para melhorar a alfabetização em saúde.

Descritores: Cuidador Familiar; Enfermagem; Idoso; Atenção Primária à Saúde; Infecções por Coronavírus.

Introdução

O envelhecimento é consequência de um processo universal, dinâmico, cumulativo, irreversível, com componentes físicos, psíquicos e sociais, ao longo do qual há diminuição gradual das capacidades físicas e mentais, conduzindo ao desenvolvimento de doenças e à morte. O envelhecimento também está associado a situações como aposentadoria, transferência para moradias mais adequadas, morte de amigos e do cônjuge. Estudos mostram que uma adequada resposta de saúde pública ao envelhecimento deva considerar não somente os aspectos que minimizam as perdas associadas à velhice, mas, também, fortalecer o processo de recuperação, adaptação e crescimento psicossocial[1,2].
Os idosos constituem um dos grupos vulneráveis da sociedade, por suas condições físicas, psicológicas, funcionais e sociais. Eles necessitam do cuidado de outras pessoas, geralmente da própria família ou de algum cuidador formal ou informal.

Em tempos de pandemia, as mudanças vivenciadas em uma sociedade global tiveram importantes repercussões nos aspectos econômicos, culturais e sociais, inclusive com alterações na funcionalidade familiar. Dessa forma, indivíduos que cuidam de idosos têm sofrido um processo de sobrecarga pelo efeito dominó causado pela pandemia em todo o mundo. Este sentimento de sobrecarga tem sido apontado como fator que interfere tanto na utilização de serviços de longa permanência como na qualidade de vida dos cuidadores[1].

Condições comumente vivenciadas por uma pessoa idosa, tais como perda de audição, cataratas e erros de refração, dores nas costas, pescoço e osteoartrites, pneumopatias obstrutivas crônicas, diabetes, depressão e demência, podem surgir associadas. São as chamadas *síndromes geriátricas*, causadas por múltiplos fatores subjacentes que incluem: fragilidade, incontinência urinária, quedas, estados delirantes e lesão por pressão; condições que parecem prever melhor a morte do que a presença ou o número de doenças específicas que um cuidador deve enfrentar.

Em relação aos cuidadores, foram identificados os seguintes tipos: cuidador primário, geralmente um familiar da pessoa cuidada, o qual não tem formação específica para o desempenho desta função, tampouco recebe remuneração financeira para isso. Seu compromisso é limitado, mas cumprido com elevado grau de afeto e responsabilidade[5]. O cuidador secundário, geralmente, é outro familiar, cujo apoio é do tipo instrumental e emocional. Até mesmo quando os cuidadores secundários não têm a responsabilidade do cuidado, ajudam de forma clara o cuidador principal[5]. O cuidador não profissional formal é aquele que, sem possuir formação específica, presta seus serviços e é renumerado financeiramente para isso. Ele desempenha as mesmas funções do cuidador familiar e representa um recurso de apoio, ajuda ou substituição do cuidador principal. Há, ainda, o cuidador formal, que possui nível mínimo de capacitação no cuidado de idoso, recebe remuneração pelo trabalho realizado e cumpre jornada de trabalho definida por horas, conforme atividades e número de dependentes[6].

Em tempos de pandemia, é relevante que o profissional de enfermagem identifique os problemas e necessidades que geram angústia, ansiedade, incerteza e temor, entre outros. Essas informações são fundamentais para subsidiar a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem capaz de contribuir para a saúde e bem-estar do cuidador, tendo em vista a alta probabilidade de contágio tanto para ele como para o idoso que recebe os seus cuidados[2].

OBJETIVO

Elaborar um plano de cuidados de enfermagem para o cuidador de idoso na Atenção Primária à Saúde em época de pandemia por COVID-19, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do cuidador na América Latina.

Desenvolvimento do tema

Papel dos cuidadores de idosos no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) na América Latina

Com o envelhecimento gradual e aumento da sobrevivência de pessoas com doenças crônicas e deficiências, tem aumentado o número de idosos que necessitam de cuidados, bem como o nível de exigência na prestação de serviços de saúde. Os cuidadores prestam assistência em atividades básicas a pessoas que não são mais capazes de, sozinhas, praticar o autocuidado.

As funções desempenhadas pelo cuidador incluem ajuda em atividades domésticas, de enfermagem e transporte fora do domicílio; acompanhamento em consultas médicas e relacionadas com serviços de saúde; e apoio na alimentação, mobilidade, higiene e bem-estar pessoal. Por vezes, ele também intervém na resolução de situações de conflito, na comunicação com os outros, na administração de bens e na tomada de decisões complexas, que podem envolver um julgamento ético e moral sobre questões relacionadas com violência, exagero terapêutico e "uma morte digna"[5].

Para o profissional de enfermagem, é de vital importância identificar situações que afetam o cuidado do idoso, incluindo as características dos cuidadores e o ambiente familiar. Essas informações auxiliam no planejamento de intervenções com foco no fortalecimento de suas competências, aumentando as chances de cuidado sem riscos e um envelhecimento ativo e saudável.

Diferentes estudos realizados na América Latina[3,4] sobre as características sociodemográficas dos cuidadores de idosos identificaram aspectos comuns, sobretudo predomínio de cuidadores do sexo feminino, idade média de 54 anos, com relações estáveis, casadas ou em união livre, em geral filhas ou esposas da pessoa cuidada. O maior percentual de cuidadores possui escolaridade baixa ou média, correspondendo ao ensino fundamental incompleto. Além disso, foram frequentes situações em que o cuidador principal era o único cuidador, a metade deles relatando cuidar de seu familiar por mais de sete

horas por dia sem nenhum tipo de apoio, inclusive da saúde pública. Talvez o dado mais alarmante seja o de que mais da metade (53%) dos cuidadores familiares referem doenças tipicamente associadas à esfera psíquica, tais como estresse, ansiedade, depressão; sintomas como distúrbios do sono, apatia ou irritabilidade; doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial e doenças osteoarticulares; problemas de saúde aos quais se adicionou o risco ou o contágio com o novo coronavírus COVID-19. Além disso, os estudos destacaram situações adversas que terão um impacto devastador na saúde física, emocional e econômica dos cuidadores devido às consequências socioeconômicas provocadas pela pandemia no mundo.

Sobrecarga do cuidador de idoso na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia

Estudos nacionais e internacionais mostram que a família tem sido protagonista no cuidado de idosos[1,7,8,9]. A demanda por atenção pode caracterizar-se pela frequência, duração, tempo empregado durante o dia e a noite, ininterrupto ou intermitente, pelo esforço físico, complexidade, despesas financeiras e motivação requerida[8,9]. O cuidado pode ser compreendido como reação de doação a uma relação de ajuda ao outro, que se expressa por meio de atitudes, preocupações, responsabilidades e participação[8]. No entanto, quando oferecido a um idoso de maneira integral e intensiva, principalmente por um só cuidador, pode determinar sobrecarga física e emocional e representar uma ameaça para sua saúde[8,9].

Além disso, a continuidade do cuidado de uma pessoa dependente requer um esforço psicológico[7,8,9]. O termo inglês "*burden*" (carga) é traduzido como "overload" (sobrecarga) ou "stress" (estresse) e implica uma reação biológica/hormonal extensa, também conhecida na literatura como "fadiga e impacto"[9]. Refere-se às dificuldades que comprometem a vida das pessoas que são responsáveis pelo cuidado de outros[8]. A sobrecarga foi definida especificamente como a resistência aos cuidados, causada pela inclusão ou expansão das atividades realizadas nos cuidados[8,9].

A sobrecarga compreende duas dimensões: objetiva e subjetiva. A primeira inclui as atividades realizadas na prestação e supervisão dos cuidados, as perturbações e limitações impostas à vida social e profissional do membro da família e as dificuldades financeiras. A sobrecarga subjetiva envolve a compreensão e o afeto dos membros da família, as apreensões sobre o paciente, a sensação de levar uma carga e o desconforto no exercício de cuidar[1,8]. Neste mesmo entendimento, sobrecarga pode ser concebida como um somatório de implicações causadas pela aproximação ao paciente, neste caso, a pessoa idosa dependente com ou sem diagnóstico de demência[7,8]. Enquanto a sobrecarga objetiva resulta das necessidades e peculiaridades do cuidador, devido aos sinais e sintomas no corpo e na mente, a subjetiva se refere à compreensão do cuidador quanto às repercussões do cuidado.

Assim, a sobrecarga objetiva se ocupa das consequências negativas observáveis e verificáveis que derivam da função de cuidador, e a subjetiva se demonstra por meio do sofrimento e da preocupação atribuídos a esta função [8,9]. O impacto da atenção está diretamente relacionado com a proximidade do grau de parentesco entre o cuidador e o idoso e, também, com o tempo de exercício nesta função[9].

O estresse associado ao cuidado é um evento multidimensional, motivo pelo qual o cuidador pode se

sentir sobrecarregado quando no desempenho de funções para as quais ele não dispõe de conhecimento. Este sentimento também pode ser observado nas situações em que o tempo de cuidados se prolonga, principalmente no caso de idosos dependentes, com deficiência ou doenças crônicas[7,8].
O processo de cuidar da pessoa idosa no domicílio pode determinar limitações na vida do cuidador que se manifestam na vida profissional, incluindo o abandono do emprego. É possível que ele também vivencie falta de tempo para cuidar de si mesmo, conflitos conjugais, fadiga permanente, percepção de piora na saúde, longo tempo de dedicação ao cuidado e a condição de não receber ajuda para desempenhar esta função[7,8,9].

Particularmente durante a pandemia da COVID-19, os cuidadores têm enfrentado uma sobrecarga de trabalho ainda maior, uma vez que cuidam de idosos, os quais são vulneráveis e pertencem ao grupo de risco; porque precisam ajudar os membros da família que adoeceram; porque têm crianças em tempo integral dentro de casa, visto que as escolas estão fechadas; ou porque trabalham em serviços considerados essenciais e, portanto, necessitam permanecer mais tempo fora de casa. Além disso, devido ao distanciamento social, o cuidador não pode contar com a ajuda de familiares e amigos, ao mesmo tempo em que precisa lidar com a redução temporária dos serviços de atenção domiciliar, ambulatorial e de assistência social[10,11].

Assim, ele precisa manter os cuidados, tanto os anteriores como os adicionados recentemente, e, ao mesmo tempo, conviver com o temor diário de contrair a COVID-19 e transmiti-la a quem está sob seus cuidados[10]. A pandemia também causou privações financeiras, desemprego e aumento do custo de vida, especialmente para aquisição de alimentos[10,11]. O cuidador convive com o sofrimento do familiar que, em geral, apresenta comorbidades, e isto o leva a um estado de fadiga e angústia em virtude de frequentes dificuldades para acesso a serviços de assistência à saúde, transporte para se locomover, informações sobre a doença e o cuidado com o idoso[9]. No ambiente familiar, geralmente existem relações de afeto, compreensão e reciprocidade entre a pessoa idosa e seus membros[8]. No entanto, os conflitos familiares surgem por várias razões, não raro por discordância de opiniões e dependência do idoso[9].

Da mesma forma, a não aceitação do idoso às orientações induz o cuidador a um desgaste físico, emocional e psíquico[8]. Como consequência da pandemia, os cuidadores acrescentaram horas dedicadas a este trabalho e assumiram, abruptamente, funções para as quais não estavam qualificados ou capacitados, uma vez que alguns idosos utilizam sonda, cateteres diversos, bolsa de colostomia e as visitas domiciliares dos profissionais de saúde foram suspensas. Esta situação causou estresse, transtornos de ansiedade e depressão, comprometendo a saúde do cuidador[10,11].

Com o aumento da expectativa de vida, pessoas idosas tornaram-se cuidadores de outros idosos, motivo pelo qual muitas apresentam doenças crônicas e vivenciam maior sobrecarga que afeta a sua saúde e qualidade de vida[7]. Por conseguinte, alertamos para a alta a prevalência de doenças crônicas como hipertensão arterial, problemas cardiovasculares, osteomusculares e diabetes mellitus entre cuidadores, assim como para alterações do estado emocional, desequilíbrio entre atividade e repouso e enfrentamento individual comprometido, evidenciado pelo baixo desempenho em ações de cuidado e autocuidado[7,8].

Nesta pandemia, foram instituídas medidas sociais e de saúde pública, a exemplo do isolamento social e da redução na jornada de trabalho em muitos serviços. No entanto, o cuidador teve que se adaptar para desempenhar sua função ao longo da semana, ampliando o tempo gasto na dispensação de cuidados[10]. Embora os cuidadores familiares sejam considerados parceiros neste cuidado, o que alivia a pressão sobre os sistemas de saúde e a assistência social, eles permanecem sendo "invisíveis"[10,11].—
Estudos alertam para uma deterioração da saúde e adoecimento do cuidador pela exposição diária a situações estressantes que envolvem a atividade de cuidar e os distúrbios de comportamentos dos idosos[8,9]. Acresce-se a isto o impacto que a solidão e o isolamento social podem causar na saúde física e mental dos cuidadores por ocasião da pandemia[10,11].

Outra situação que chama atenção diz respeito às dificuldades e funções advindas do cuidado, principalmente em decorrência do distanciamento social. O cuidador deve assumir funções como administração de medicamentos, orientação de profissionais de saúde e busca de recursos públicos na tarefa de cuidar, o que coopera para aumentar a sobrecarga[9,10,11]. Devemos reconhecer ainda que a exposição constante a circunstâncias estressantes ao longo do tempo resulta em diminuição do bem-estar do cuidador[8,9]. Nesse sentido, o apoio da família e dos profissionais de saúde é fundamental para diminuir a sobrecarga do cuidador[8].

O cuidador familiar também cuida de idosos asilados em instituições de longa permanência, as quais, devido à disseminação da COVID-19, restringiram as visitas. De um modo geral, os cuidadores representam o elo dessas pessoas com a família, fornecendo apoio emocional e confiança, assim como existem idosos em estado de demência que dependem do cuidador para a tomada de decisões[10,11]. Do mesmo modo, o cuidador carrega o sentimento de gratidão para com a pessoa idosa e, por esse motivo, esse afastamento pode causar-lhe sofrimento[8]. Considerando que algumas dessas instituições são acompanhadas por profissionais da atenção primária à saúde, é necessário que estes profissionais mantenham os cuidadores informados sobre os cuidados necessários para prevenção da COVID-19 e facilitem sua convivência com os idosos[10,11].

Os gestores e os profissionais da atenção primária à saúde devem estabelecer estratégias de apoio aos familiares e cuidadores, por meio de contatos telefônicos ou grupos virtuais, com o objetivo de escutá-los, aconselhá-los ou ajudá-los na resolução de problemas. Devem ainda avaliar a situação de estresse do cuidador e sua capacidade de manter as atividades de cuidado e o acesso aos recursos e provisões essenciais[1,11]. Também ressaltamos a necessidade de buscarem parcerias com organizações que possam auxiliar os cuidadores nas demandas relacionadas a este cuidado, a fim de criar uma rede de apoio social, bem como propor intervenções capazes de minimizar o impacto da sobrecarga do cuidador e melhorar sua qualidade de vida.

Necessidades dos cuidadores para reduzir a sobrecarga na prestação de cuidados a idosos durante a pandemia

Na perspectiva da Atenção Primária à Saúde (APS), elencamos algumas necessidades que precisam ser atendidas para prevenção, diagnóstico e acompanhamento da sobrecarga do cuidador familiar e da família do idoso.

1. Acompanhamento do estado de saúde do cuidador: a saúde do cuidador é afetada pela demanda de cuidados em momentos de pandemia. As condições podem ser de ordem física e emocional, mas estudos indicam que as mais frequentes para o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos são ansiedade e distúrbios do sono. Essas condições repercutem no esgotamento mental, na resolução de problemas e deterioram a qualidade de vida[12,13] tanto para o cuidador quanto para aqueles do seu entorno familiar.

2. Apoio do sistema de saúde ao cuidador: trabalho coordenado com o sistema de saúde auxilia no atendimento oportuno ao cuidador quando o idoso necessitar. Essa é uma das manifestações mais frequentes, sobretudo em tempos de pandemia, quando os serviços de saúde estão em colapso[14].

3. Educação para o cuidado: suporte na formação do cuidador em relação ao cuidado do idoso. O processo de formação e capacitação dos cuidadores promove mudanças positivas significativas, por elevar o nível de conhecimento, melhorando o cuidado, a satisfação com o cuidado e a qualidade de vida tanto de cuidadores como daqueles sob seus cuidados e suas famílias[15]. A prioridade na capacitação dos cuidadores seria orientar sobre medidas de proteção contra a COVID-19 e cuidados básicos com as pessoas idosas. Para isso, o sistema de saúde disponibiliza programas de capacitação, aconselhamento e grupos de apoio, liderados por equipe de enfermagem para prevenir os riscos de sobrecarga do cuidador desde as dimensões física, psicológica e social[16].

4. Garantir um mínimo econômico vital: investigações destacam que a atual pandemia irá impor um fardo adicional às populações vulneráveis que já enfrentam barreiras que as predispõem a piorar os resultados de saúde. Além disso, condições de comorbidades preexistentes, insegurança econômica, ambiente de vida, representação excessiva em empregos com baixos salários, resultando em um maior risco de exposição à COVID-19, são fatores que comprometem os resultados de saúde durante esta pandemia[17]. Necessário também o célere estabelecimento de mecanismos que mantenham um mínimo econômico vital aos cuidadores de idosos nos locais onde a economia é fortemente afetada e os recursos econômicos raramente são suficientes para suprir as necessidades básicas, bem como a oferta de orientação sobre redes sociais e de apoio, entre outras, inclusive para gestão dos recursos econômicos conforme as possibilidades.

Por fim, sob uma perspectiva formal, outras necessidades dos cuidadores de idosos são relatadas, porém, à luz da informalidade, ainda observamos pouca literatura a respeito do tema, o que tem despertado o interesse por pesquisas nesta área.

Intervenções de enfermagem para melhorar as capacidades do cuidador de idosos no âmbito da Atenção Primária à Saúde durante a pandemia da COVID-19

Cuidar do cuidador de um idoso com risco de infecção pela COVID-19 requer suporte contínuo de enfermagem para o desempenho de sua função, considerando os diversos determinantes sociais que permeiam essa situação. Às vezes, cuidar de pessoa idosa pode gerar consequências negativas como depressão, ansiedade e sobrecarga, entre outras. A demanda e a complexidade de tais cuidados variam conforme o grau de dependência do idoso, o que implica maior sobrecarga para os serviços de saúde

públicos e privados, bem como para o cuidador, família, instituições geriátricas, entre outros. Em muitos casos, isso gera desigualdades, por atenderem a uma demanda considerável desde o início da pandemia.

Entre os cuidadores primários de saúde está a família, a qual muitas vezes carece de conhecimentos e habilidades necessárias para prestar assistência contínua, oportuna e segura ao idoso em ambiente domiciliar. Essa situação gera no cuidador elevados níveis de estresse e angústia que, somados à árdua tarefa de cuidar, contribuem para o desenvolvimento de problemas patológicos físicos, psicológicos, emocionais, mentais, espirituais e sociais. Diante do exposto, consideramos necessária a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem para cuidadores de idosos, que utilize uma linguagem padronizada e inclua o cuidado biopsicossocial à saúde das pessoas que desempenham esta função em ambiente domiciliar.

O profissional de enfermagem é capaz de identificar um diagnóstico, intervir e medir resultados de forma autônoma ao utilizar os diagnósticos NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Tais diagnósticos são descritos como um juízo clínico sobre um problema de saúde atual ou potencial, individual, familiar ou comunitário, juntamente com as intervenções NIC (Nursing Interventions Classification) e os resultados NOC (Nursing Outcomes Classification)[18].

Para isso, é necessário avaliar inicialmente o grupo familiar a que se dirige o plano de cuidados de enfermagem, desse modo, o profissional da atenção primária à saúde realiza visitas domiciliares às famílias com pessoas vulneráveis ou da terceira idade. Tal plano permite reforçar este cuidado, pois proporciona ferramentas para avaliação, diagnóstico e intervenções em prol da saúde e bem-estar de todos, ou seja, idoso, cuidador e família. Para isso, é fundamental valorizar o funcionamento familiar e definir o nível de dependência e condição biopsicossocial do idoso, mediante a identificação de fatores protetores e de risco para, com base nessas informações, implementar cuidados específicos e condizentes com o funcionamento das famílias[19].

De acordo com os resultados obtidos na avaliação, a equipe de enfermagem identificará os problemas e necessidades do cuidador em ordem de prioridade, estabelecendo diagnósticos reais, de risco ou de saúde e bem-estar, considerando a família como principal cuidadora do idoso no domicílio. A seguir, será descrito um plano de cuidados elaborado com base em sistemas de linguagens padronizadas, relacionando diagnósticos, intervenções e resultados com o apoio das Taxonomias NANDA, NOC, NIC[20].

Plano de cuidados com diagnósticos (NANDA), resultados (NOC) e intervenções (NIC), destinado ao cuidador de idoso em tempos de pandêmica

TAXONOMIA NANDA: Diagnóstico
Domínio: FUNÇÕES/RELAÇÕES (7)
Classe: FUNÇÕES DE CUIDADOR (1)

Diagnóstico NANDA: Cansaço do papel de cuidador (00061). Definição: dificuldade para desempenhar o papel de cuidador da família. M/C: dificuldade para completar ou realizar as tarefas exigidas, preocupação com os cuidados habituais, preocupação com o futuro quanto à saúde da pessoa cuidada e a capacidade do cuidador para cuidar dela. R/C: gravidade da doença, necessidades crescentes de cuidado ou dependência, incerteza sobre o curso da doença, saúde instável do receptor.

TAXONOMIA NOC: Objetivo e Resultado a ser obtido
Domínio: (VI) Saúde da família
Classe: (W) Estado de saúde do cuidador familiar
Resultado: (02208) Fatores estressantes do cuidador familiar. Definição: gravidade da pressão biopsicossocial sobre um cuidador familiar, por parte de outro durante um longo período de tempo.

- **indicador** 1: (220801) estressores referidos pelo cuidador
- **indicador 2:** (220805) alteração do desempenho da função habitual
- **indicador 3:** (220811) gravidade da doença do destinatário dos cuidados
- **indicador 4:** (220812) quantidade de cuidados necessários ou negligência

Escala de Likert: 1. Intenso, 2. Substancial, 3. Moderado, 4. Ligeiro, 5. Nenhum[21].

TAXONOMIA NIC: Intervenção e Cuidados de Enfermagem
Campo: (5) Família
Classe: (X) Cuidados durante a vida
Intervenções: (7040) Suporte ao cuidador principal. Definição: oferecer informações, conselhos e apoio necessários para facilitar que os cuidados primários ao paciente sejam realizados por outra pessoa, que não um profissional de saúde.

Atividades independentes de enfermagem: determinar o nível de conhecimento do cuidador; admitir as dificuldades do papel de cuidador principal; reconhecer a dependência do paciente em relação ao cuidador, conforme apropriado; fornecer acompanhamento de assistência à saúde por meio de ligações telefônicas e/ou assistência de enfermagem comunitária; e gerenciar redes de apoio (formais) para o cuidador. Ensinar ao cuidador estratégias de manutenção dos cuidados de saúde para apoiar sua própria saúde física e mental; observar se há sinais de estresse; ensinar ao cuidador técnicas de gerenciamento do estresse; e informar ao cuidador sobre recursos de saúde e cuidados comunitários. Ensinar ao cuidador estratégias para acessar e aproveitar ao máximo os recursos de saúde e de cuidado comunitário; atuar no lugar do cuidador se houver sobrecarga de trabalho; informar à equipe/centro de emergência sobre a permanência do paciente em casa, estado de saúde e tecnologias utilizadas com o consentimento do paciente ou da família. Esclarecer, junto com o paciente, os papéis do cuidador e do paciente, respectivamente; identificar com o paciente os objetivos do cuidado; reconhecer o valor e o sistema de crenças do paciente ao estabelecer metas; explorar com o paciente diferentes maneiras de alcançar os melhores objetivos; ajudar o paciente a desenvolver um plano que atenda aos objetivos; e ajudar o paciente a estabelecer limites de tempo. Além disso, atividades dependentes e interdependentes relacionadas a protocolos, diretrizes ou procedimentos devem ser consideradas, bem como a oferta de apoio familiar permanente, controles médicos, consultas com outras disciplinas como avaliação psicológica ou nutricional, entre outras[22].

A pandemia da COVID-19 evidenciou as necessidades e os problemas dos cuidadores de idosos, bem como o importante papel desempenhado pela equipe de enfermagem ao usar uma linguagem padronizada, que inclui o cuidado com o cuidador, já que, devido ao colapso dos sistemas de saúde, a família e os cuidadores enfrentam maior carga emocional, responsabilidade social e econômica. Para isso, é necessário identificar os problemas reais e de risco decorrentes da necessidade de atenção exigida por esta parcela da população, principalmente em tempos de pandemia.
Consideramos pertinente estabelecer intervenções inseridas na Atenção Primária à Saúde (APS) que favoreçam a promoção da saúde e a prevenção de complicações no cuidador, a fim de evitar prejuízos à segurança também da pessoa cuidada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto de cuidar de idosos foi modificado e permeado por níveis mais elevados de estresse em decorrência da ameaça de contágio pelo novo coronavírus. Esta situação modificou a sociedade e, sobretudo, a função dos cuidadores formais ou informais, acrescentando-lhes outras demandas outrora de responsabilidade dos serviços de saúde, uma vez que estes têm atendido apenas os casos de urgência em virtude do isolamento social. Assim, os cuidadores não contam mais com o apoio dos serviços de saúde, o que contribui para uma sensação de insegurança, inclusive na pessoa que recebe os seus cuidados.

Considerando o caráter desgastante desse trabalho e as condições de risco, alguns diagnósticos de enfermagem frequentemente focados nos cuidadores de idosos em momentos de pandemia devem ser analisados, são eles: cansaço do papel de cuidador; desempenho ineficaz do papel; risco de cansaço do papel de cuidador; risco de intolerância à atividade; disposição para melhorar o autocuidado; disposição para melhorar o bem-estar; disposição para melhorar a tomada de decisões; e disposição para melhorar a educação em saúde.

O presente capítulo propõe um plano de cuidados para cuidar do cuidador de idosos, uma vez que são pessoas com diversos problemas e necessidades que precisam ser atendidas para que também possam exercer o seu autocuidado, com benefícios para sua saúde e bem-estar.

REFERÊNCIAS

1. Ramos EF, Morales AMS, Castaño AMH. Overload of the Caregiver of the Elderly Adult in the Neighborhood Tierra Firme de Ibagué (Colombia). Salud Uninorte. 2020;35(2):264–76. DOI: http://dx.doi.org/10.14482/sun.35.2.618.97

2. Organizacion mundial de la salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra: OMS 2018 [cited 2020 Sep 18]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud

3. Arango DC, Cardona AMS, Fernandez DYB, Molina JO, Martinez AA. Demographic and social characteristics of the primary caregiver in older people. Investig Andin. 2011;13(22):178–193. DOI: https://doi.org/10.33132/01248146.257

4. Rodríguez SV, Bertoni JS. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. Cienc y Enferm2010;16(2):9-16

[cited 2020 Sep 18];. DOI: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002

5. Ferré-Grau C, Rodero-Sánchez V, Cid-Buera D, Vives-Relats C, Aparicio-Casals MR. Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria. [Internet]. Tarragona: Publidisa; 2011 [cited 2020 Sep 18]. Available from: https://www.urv.cat/dinferm/media/upload/arxius/guia%20cuidados%20infermeria.pdf

6. Gutiérrez MTC, Chaparro JMO. Conceptualización de cuidador institucional de persona mayor en Colombia. Rev Salud Pública 2018;20(4):511–517 [cited 2020 Sep. 18]. DOI: https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.66544

7. Flesch LD, Batistoni SST, Neri AL, Cachioni M. Factors associated with the quality of life of elderly caregivers of other elderly persons. Rev Bras Geriatr e Gerontol 2019;22(3):1–12 [cited 2020 Sep 18];. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180155

8. Hedler HC, Faleiros VP, Santos MJS, Almeida MAA. Social Representation of Care Recipients and of Family Care Providers for the Elderly. Rev Katálysis. 2016;19(1):143–153 [cited 2020 Sep 18];. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1414-49802016.00100015

9. Jesus ITM, Orlandi AAS, Zazzetta MS. Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. Rev Bras Geriatr e Gerontol 2018;21(2):194–204. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170155

10. Makaroun LK, Bachrach RL, Rosland AM. Elder Abuse in the Time of COVID-19 – Increased Risks for Older Adults and Their Caregivers. Am J Geriatr Psychiatry. 2020;28(8):876–880. DOI: 10.1016/j.jagp.2020.05.017

11. Phillips D, Paul G, Fahy M, Dowling-Hetherington L, Kroll T, Moloney B, et al. The invisible workforce during the COVID-19 pandemic: Family carers at the frontline. HRB Open Res 2020;3(24):1–11. DOI: https://doi.org/10.12688/hrbopenres.13059.1

12. Korkmaz S, Kazgan A, Çekiç S, Tartar AS, Balcı HN, Atmaca M. The anxiety levels, quality of sleep and life and problem-solving skills in healthcare workers employed in COVID-19 services. J Clin Neurosci 2020;80:131–136. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0967586820314399

13. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. Brain Behav Immun 2020;87:11–17. DOI: https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028

14. Miranda DT. Cuidado informal a mayores dependientes en Chile: ¿Quienes cuidan y con qué politicas sociales cuentan? América Lat Hoy. 2015;71:83-101. DOI: http://dx.doi.org/10.14201/alh20157183101

15. Cánovas LPL, González LAV, Medina KNG, González SOE, Cánovas LBL. Intervención educativa para cuidadores informales sobre atención de adultos mayores frágiles. Univ Médica Pinareña 2008;15(3):367–77. Available from: http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/716

16. Farley JH, Hines J, Lee NK, Brooks SE, Nair N, Brown CL, et al. Promoting health equity in the era of COVID-19. Gynecol Oncol. 2020;158(1):25–31. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2020.05.023

17. Martínez MN, Navascués LJ, Manzanares MCG, Calleja MP, Tobar EB. Alzheimer's patients and their caregivers: nursing interventions. Gerokomos 2018;29(2):79–82. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2018000200079&script=sci_arttext&tlng=pt

18. Pérez JMC, Álvarez-López C, Palacios-Ceña D. The meaning of standardized language nanda-nic-noc intensive care nurses in madrid: a phenomenological approach. Enfermeria Intensiva 2012;23(2):68–76. DOI: https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.12.001

19. aramillo, RGM, Henríquez, PRC. Biopsychosocial Factors Related to Functioning of Families With Dependant Patients. Ciencia y Enfermería 2017;23(2):57–67. DOI: https://doi.org/10.4067/S0717-95532017000200057

20. Educsa. Interrelaciones Nanda, Nic y Noc. Elsevier. Barcelona; 2005. 22 p.

21. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificacion de resultados de Enfermería NOC: Medición de resultados en salud. 5th. ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

22. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelo: Elsevier España; 2014. 665 p.

23. Rodriguez MIN, Ramos EF, Castaño AMH. La UT comprometida con la atención integral al adulto mayor. Medios de Comunicación [Internet]. Universidad del Tolima. 2020 [cited 2020 Sep 19]. Available from: http://medios.ut.edu.co/2020/05/28/la-ut-comprometida-con-la-atencion-integral-al-adulto-mayor/

24. Frías-Osuna A, Moreno-Cámara S, Moral-Fernández L, Palomino-Moral PÁ, López-Martínez C, Del-Pino-Casado R. Motives and perceptions of family care for dependent elderly. Aten Primaria. 2019;51(10):637–644. DOI: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.06.010

25. Herdman T, Kamitsuru S. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. 10 th ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

13

TECNOLOGIAS DIGITAIS E O CUIDADO COM O IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Idiane Rosset
Brasil

Fernando Gómez
Argentina

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin
Brasil

Maria de Jesus Jiménez González
México

Rosa Elena Sibrian de Martinez
El Salvador

13 - TECNOLOGIAS DIGITAIS E CUIDADO COM O IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Idiane Rosset
ORCID:0000-0003-3651-652x
Fernando Gómez
ORCID: 0000-0002-2363-9419
Lisiane Manganelli Girardi Paskulin
ORCID: 0000-0003-1444-4086
María de Jesús Jiménez González
ORCID:0000-0003-3806-0714
Rosa Elena Sibrian de Martinez
ORCID: 0000-0002-9353-9894

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde tem sido desafiada pela pandemia da COVID-19, especialmente no que se refere ao cuidado oferecido aos idosos. Neste contexto, novas formas de abordagens ao cuidado, apoiadas no uso de tecnologias digitais, tornaram-se essenciais. **Objetivo:** Contextualizar estratégias pautadas em tecnologias digitais no cuidado com idosos e suas famílias na Atenção Primária à Saúde. **Desenvolvimento do tema:** Embora as tecnologias digitais tenham contribuído para o acesso de idosos aos serviços de saúde durante a pandemia, esta parcela da população, quando comparada aos adultos mais jovens, possui menos acesso e habilidades para se comunicar utilizando dispositivos digitais. Neste capítulo, serão apresentados os principais conceitos e políticas públicas relacionados ao tema, além de experiências latino-americanas na utilização de tecnologias digitais por idosos, cuidadores e profissionais de saúde. **Considerações finais:** A Atenção Primária à Saúde desempenha importante papel na relação entre serviço de saúde e usuário, consideradas suas características de integralidade e longitudinalidade do cuidado. Assim, o uso de tecnologias digitais pode contribuir, além do atendimento a certas necessidades e demandas de forma mais ágil, para promover maior autonomia e segurança a idosos e mais tranquilidade a seus familiares em relação aos cuidados com saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; COVID-19; Cuidado de Enfermagem; Acesso a Tecnologias em Saúde.

Introdução

As tecnologias digitais (TD) têm promovido um novo cenário mundial, no qual o trabalho, a saúde, o meio ambiente e a qualidade de vida são transformados por esses avanços. Essas mudanças afetam sobretudo os idosos, pela necessidade de desenvolver várias habilidades para o uso destas tecnologias, considerando aspectos socioculturais como a literacia digital e o acesso a equipamentos, bem como possíveis limitações físicas, auditivas/visuais, cognitivas e de mobilidade. Esses aspectos podem constituir barreiras para a inclusão digital, privando-os de plena participação na vida social, cultural, econômica e política[1].

Diante da atual pandemia, foi necessário instituir medidas de distanciamento social como forma de reduzir a velocidade de transmissão do vírus. Os idosos, especialmente aqueles portadores de alguma condição crônica, são considerados grupo de risco para a doença e possuem maior suscetibilidade de desenvolvê-la na forma grave, o que demanda atenção especial para a prevenção[2]. Tais medidas, no entanto, podem privá-los da realização de atividades outrora habituais, tais como participar de grupos ou encontros, realizar compras e acessar serviços de saúde. Na América Latina, onde predominam as famílias estendidas e idosos co-habitam com seus familiares, torna-se necessário que estes também adotem medidas de prevenção e reorganizem a dinâmica familiar.

A pandemia impôs um desafio sem precedentes para os serviços de saúde, e todos os níveis dos sistemas de saúde são importantes para superá-lo[2]. Para que a Atenção Primária à Saúde (APS) pudesse manter suas características de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado durante este período, precisou rapidamente buscar estratégias que favorecessem a comunicação dos profissionais com os usuários. As ações da APS passaram a enfocar tanto a perspectiva da prevenção, tratamento e reabilitação relacionados à COVID-19 como a promoção da saúde e o monitoramento de doenças preexistentes. Diversas estratégias que priorizam e ampliam a utilização de TD têm sido desenvolvidas e aplicadas neste nível de atenção em vários países para a efetivação do cuidado no contexto da pandemia. Entretanto, para os idosos, o uso desses recursos apresenta restrições de utilização e acesso tanto na perspectiva individual como coletiva. As TD poderão ainda incorporar as novas formas de trabalho e acesso aos serviços após o controle da pandemia.

Na perspectiva das intervenções dos enfermeiros na APS, as TD podem auxiliar que desempenhem melhor suas funções e enfrentem os desafios no cuidado com idosos no contexto da pandemia. O processo de aplicabilidade e intermediação das TD em saúde incorpora três aspectos: a demanda do usuário, expressa por meio de suas necessidades de saúde e cuidado; a oferta do cuidado pelo profissional, incluindo avaliação, tomada de decisão e orientação; e o produto ou resultado, evidenciado pelo aprendizado (*e-learning*), autocuidado e resolução de problemas em saúde.

OBJETIVO

Contextualizar estratégias pautadas em tecnologias digitais no cuidado com idosos e suas famílias na Atenção Primária à Saúde.

Desenvolvimento do tema

Tecnologias digitais: conceitos de uso

Existem várias conceituações para Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), mas a maioria delas converge para defini-las como recursos, ferramentas e programas utilizados para capturar, processar, gerenciar e compartilhar informações por meio de mídia digital. Este último ponto refere-se às Tecnologias de Informação e Comunicação Digitais (TDIC), que são os meios utilizados pela tecnologia digital para se disseminar, o que as torna uma particularidade das TICs.

Os dispositivos de acesso às tecnologias digitais são variados: computadores, tablets, quadros interativos, mesas/camas interativas, smartphones, pulseiras e relógios inteligentes, sensores, entre muitos outros. A utilização das TIC no ambiente de saúde e na atenção à saúde distingue vários termos, embora nenhum deles seja mutuamente exclusivo e cada um seja definido de acordo com sua aplicação ou escopo (Infográfico 1). Para os profissionais de enfermagem, a capacidade de usar as TIC na tomada de decisão assertiva e na gestão de recursos de saúde foi identificada como uma competência básica, conforme proposta do projeto Tuning América Latina em 2011[3].

Além dos dispositivos e modos utilizados, já apresentados, julgamos importante destacar que os métodos de conexão ou comunicação podem variar, a depender do tempo e do espaço utilizado. É denominado método síncrono quando o emissor e o receptor operam no mesmo tempo e espaço virtuais, embora isso não exija que ambos estejam no mesmo espaço geográfico. Já a comunicação assíncrona é estabelecida quando a comunicação entre as pessoas ocorre de forma diferida[4].

As tecnologias utilizadas na APS podem ser analisadas à luz das intervenções propostas na Nursing Interventions Classification (NIC) e organizadas em três grupos: relacionado às demandas do usuário, à prestação do cuidado e à efetividade da intervenção, sendo o primeiro o mais comum (Fluxograma 1).

Há ainda outros tipos de suporte técnico, também conhecidos como tecnologias assistivas, as quais incorporam sistemas de controle ambiental e robôs, entre outros. No entanto, muitos deles ainda são considerados uma alternativa de alto custo e dificilmente disponível para a maioria da população mundial em envelhecimento.

Políticas públicas nos países da América Latina e inclusão digital de idosos

A era da informação e do conhecimento gerou uma variedade de políticas públicas associadas ao

desenvolvimento das nações na economia global. Essas políticas públicas de inclusão digital são consideradas um direito humano e definidas pela UNESCO como aquelas que "... *buscam reduzir a lacuna de acesso e uso da informação e que, ao mesmo tempo, estabelecem ações para garantir o acesso e preservação da mesma, sejam públicos ou privados*..."[5].
Para os países desta região, a implementação de políticas públicas nessa área tem sido um processo de aprendizagem. Tal processo envolve o amadurecimento e a reformulação de políticas tradicionalmente concebidas, nas quais as agendas digitais apresentam como principais objetivos a redução da exclusão digital, a utilização pelo Estado no setor de educação e a melhoria na infraestrutura de comunicações.

Essas políticas públicas são implementadas de acordo com marcos regulatórios, planos de desenvolvimento ou programas públicos que estabelecem o direito de acesso às TIC; por exemplo, a Carta de San José sobre os Direitos do Idoso na América Latina e no Caribe refere-se à necessidade de "*promover ações para garantir o acesso dos idosos às tecnologias de informação e comunicação, a fim de reduzir a lacuna tecnológica*"[6], e a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos[7] menciona o acesso às TIC em relação ao direito à educação e ao direito à acessibilidade e mobilidade pessoal.

Algumas políticas e programas que estão sendo aplicados em alguns países da América Latina e fazem menção específica aos idosos são: Plano Nacional para o Desenvolvimento das Telecomunicações 2015-2021 "Costa Rica: Uma sociedade conectada" (Costa Rica); Agenda Digital 2020 (Chile); Plano Nacional de Inclusão Digital (2015-2019) (Argentina); Estratégia Digital Nacional (2013-2018) (México); Agenda Nacional para a Sociedade da Informação e do Conhecimento (Guatemala); Plano para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação e do Conhecimento - Agenda Digital 2.0 (Peru); Agenda Digital de Honduras (2014-2018) (Honduras); e Programa Viver - Envelhecimento Ativo e Saudável (Brasil). Esses planos são inclusivos para idosos, promovem o uso de TICs e contemplam melhorias na conectividade, entre outros benefícios.

Além das estratégias de inclusão digital previstas nas políticas e programas citados, algumas leis que reconhecem explicitamente os direitos dos idosos às TIC e, em particular, à Internet, têm sido promulgadas. Neste caso, podemos citar alguns exemplos: na Argentina, a Lei Digital Argentina nº 27.078 (2014); na Costa Rica, a Lei Geral de Telecomunicações nº 8.642 (2008); no Brasil, a Portaria nº 16 (2012); na Bolívia, a Lei Geral sobre Telecomunicações e Tecnologias de Informação e Comunicação nº.164 (2011); e na Colômbia, a Lei Nº. 1221 (2008). Essas leis têm em comum a necessidade de garantir o acesso aos serviços digitais para as pessoas mais vulneráveis, incluindo os idosos. No entanto, sabemos que garantir o direito dos idosos às TIC não é suficiente, pois estas precisam ser operacionalizadas. Nos últimos anos, vários projetos foram experienciados nos países da América Latina e do Caribe[8], entre eles: *Programa Postas Digitales* (Argentina); *Projeto Plaza Digital:* com o programa "Idosos em sintonia com as novas tecnologias" e "Tecnologia ao alcance dos idosos" (Chile); programa de inclusão digital *Acessa São Paulo* (Brasil); *Medellín Smart City* com os programas "ABC TIC", "Conexões com significado", "Fábrica de soluções, TIC para todos" (Colômbia); programa *Universidade Intergeracional* (Bolívia); além de cursos de educação digital na Universidade Autônoma de de Nueva León (México) e de Informática Básica (Costa Rica), entre outros.

Indicadores do uso de tecnologias digitais e a saúde do idoso

Em diferentes regiões ou países, inclusive na América Latina, são verificadas importantes desigualdades em termos de acesso a tecnologias ligadas à internet. Essas disparidades são acentuadas no grupo de idosos, dadas as maiores prevalências de limitações físicas e cognitivas, além do contexto socioeconômico e cultural em que vivem, quando comparados aos mais jovens. Diferenças na utilização da Internet por sexo também foram observadas nas diferentes regiões, comprovando-se que os homens, em geral, possuem maior acesso do que as mulheres[9]. Contudo, a utilização tanto da internet quanto de dispositivos de TD tem aumentado com o passar dos anos entre os diferentes grupos etários, incluindo o dos idosos.

Cerca de 54% da população mundial utilizou a Internet em 2019, enquanto este percentual em países desenvolvidos chegou a 87% e, nos países em desenvolvimento, a 47%. Quando analisado este acesso por grupos etários, a diferença é ainda maior, pois foi utilizado por apenas 7% das pessoas com 65 anos ou mais, o que evidencia uma importante exclusão dos idosos na era digital. Globalmente, o WhatsApp tem sido o aplicativo mais usado em dispositivos móveis para comunicação em 2020 e o tempo médio *per capita* de utilização diária da internet foi de 170 minutos, principalmente com telefone celular, dispositivo preferido em todos os grupos etários[9].

Em geral, as novas tecnologias são adotadas primeiro em países mais ricos e, à medida que se tornam mais populares e com menor custo, proliferam em outras partes do mundo. Tal acesso deveria ser mais igualitário, de modo que restrições de mobilidade e isolamento social não devem aumentar proporcionalmente ao envelhecimento, uma vez que as inovações em TD proporcionam benefícios para a manutenção da saúde física, mental e independência de idosos[1].

Experiências no uso de tecnologias digitais por idosos, cuidadores e profissionais: desafios e legados

Nos países latino-americanos, a incorporação das TICs tem sido gradativa e heterogênea, principalmente nos aspectos relacionados à assistência à saúde. Os recursos disponíveis permitiram a criação de softwares para gerenciamento de prontuários e notificações epidemiológicas, assim como foram desenvolvidos aplicativos para dispositivos móveis voltados para agendamento de consultas, realização de avaliações, identificação de níveis de risco, consulta de informações, melhoria nutricional e condição física.

Mesmo antes do início da pandemia, uma das tecnologias de comunicação mais disponíveis, o telefone celular, era um dos principais meios utilizados pelos idosos para contato por voz e/ou vídeo com seus familiares que residiam em locais distantes. Entretanto, com a COVID-19, o celular passou a ser utilizado também para contato com pessoas que residem próximas.

Tal ferramenta é ainda bastante utilizada pelos profissionais de saúde. Em uma Unidade de APS no Sul do Brasil, enfermeiras experienciaram, durante a pandemia, o atendimento a idosos pelo celular via WhatsApp (com áudio ou áudio e vídeo) ou ligações diretas para teleconsultas, resultados de exames e orientações para o autocuidado. Observou-se que a maioria dos idosos e/ou familiares possuem e

possuem e utilizam aparelhos de telefone, cientes de que facilitam a comunicação a distância. Um dos desafios identificados foi a necessidade de conhecer o estado cognitivo e a capacidade de utilizar o telefone por parte dos idosos e de fornecer ajuda na abordagem. Outra estratégia recentemente adotada inclui o uso do celular para criação de grupos de idosos on-line via Google Meet.

Os aplicativos móveis são alternativas que permitem aprendizados, autocuidado dos usuários e monitoramento de danos crônicos pelos profissionais. Atualmente, o uso desta tecnologia foi ampliado pela necessidade de distanciamento social. Estudo de revisão identificou 25 aplicativos voltados para este grupo etário, a maioria gratuita ou de baixo custo, grande parte abordando a prática de exercícios físicos, a prevenção de quedas e a estimulação cognitiva[10]. Apenas quatro aplicativos tinham como público-alvo os cuidadores informais, disponibilizando instruções sobre o cuidado de idosos no domicílio, agenda de consultas do idoso, lista de contatos com os serviços de saúde e compartilhamento de experiências de outros cuidadores. Já os aplicativos direcionados aos profissionais de saúde disponibilizavam escalas de avaliação geriátrica e identificação rápida e tratamento de síndromes geriátricas.

No Brasil, recentemente foi lançado o aplicativo Saúde da Pessoa Idosa, o qual oferece ferramentas de apoio aos profissionais nas decisões relacionadas às pessoas idosas e suas famílias. Tal aplicativo engloba a escala de vulnerabilidade do idoso, escala de vulnerabilidade familiar, índice de massa corporal e uma escala Zarit de avaliação da sobrecarga do cuidador.

Quanto às possibilidades de *e-learning,* há um grande número de informações disponibilizadas nas redes sociais sobre autocuidado e cuidados prestados aos idosos por cuidadores, o que é importante, sobretudo neste contexto de distanciamento. No entanto, alertamos para a necessidade de que os profissionais de saúde atuantes na APS estejam atentos às *fake news* e orientem os usuários sobre locais de busca confiáveis na Internet.

A aprendizagem virtual tem sido experienciada na Argentina com o Programa Universidad para Adultos Mayores Integrados (UPAMI), o qual oferece capacitações para idosos em alfabetização tecnológica e digital para a vida cotidiana. Essas capacitações são realizadas na Faculdade de Medicina da Universidade Nacional do Nordeste, onde os profissionais de Enfermagem, Fisiatria e Medicina formados na APS realizam encontros presenciais com idosos de clubes de avós, centros comunitários e outros da mesma comunidade.

As oportunidades de aprendizado virtual desenvolvidas por enfermeiros e direcionadas para os cuidadores tanto no cuidado de si como no cuidado com o idoso parecem ser menos frequentes. Revisão de escopo identificou que os estudos sobre TD e enfermagem destinam-se, essencialmente, para o cuidado formal[11]. Apenas 8% das investigações analisadas dirigiam-se a cuidadores informais e versavam, principalmente, sobre sistemas de teleacompanhamento, no intuito de fornecer informações sobre o processo de cuidado. Tecnologias que permitam aprendizado e agilidade de comunicação entre os profissionais da saúde também têm sido disponibilizadas e intensificadas no contexto da pandemia. Uma delas inclui o acesso digital de qualificação e apoio aos profissionais que atuam na APS, por meio

de ações de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação, a exemplo do Programa Telessaúde desenvolvido no Brasil, além de plataformas de cursos e capacitações ofertados pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e da Biblioteca Virtual em Saúde da APS. Capacitações para profissionais via Plataforma Google também têm sido ofertadas no México pelo Instituto Nacional de Geriatria (INGER), voltadas para o envelhecimento saudável e oferecendo cursos e diplomas que atendam às necessidades de pessoas que prestam cuidados e serviços aos idosos.

Benefícios e limitações do uso das tecnologias digitais

Para os idosos, o uso do celular e da Internet, entre outros, pode ter um papel importante no envelhecimento saudável pela possibilidade de maior interação e comunicação com outros ambientes. Com o auxílio desta tecnologia, essas pessoas também podem acessar informações, aumentar seu nível de autoestima e obter apoio para superação do medo da solidão e do isolamento dos familiares, o que favorece o relacionamento intergeracional[12].

O uso de diferentes tecnologias melhora a qualidade de vida, a saúde física e a independência dos idosos. Neste contexto, é importante "*ater-se aos planos de medicamentos, dieta e exercícios, enquanto outros podem identificar e alertar os profissionais sobre possíveis problemas de saúde. Por exemplo, dispositivos que monitoram o comportamento do sono e o uso do banheiro podem fornecer aos cuidadores sinais de alerta precoce de infecções do trato urinário*", uma vez que, pela idade, são mais vulneráveis a essas infecções[2].

Os dispositivos digitais podem se tornar elementos importantes para que os idosos se sintam mais seguros, especialmente aqueles que vivem sozinhos, desde que estejam dispostos a participar de atividades sociais. "*Sensores de movimento e vibração podem detectar quedas, uma causa comum de invalidez e morte entre idosos, e pedir ajuda. Outros dispositivos controlam o uso do fogão e acionam os alarmes caso o idoso esqueça de desligá-lo*"[2].

Competência digital refere-se às habilidades básicas e essenciais que uma pessoa precisa ter ou desenvolver para usar a tecnologia digital corretamente. Tal competência inclui uma série de barreiras, acentuadas no caso dos idosos, uma vez que muitos têm acesso negado às TICs ou não estão suficientemente treinados para lidar com seu uso pessoal. Destacamos que essa habilidade somente é adquirida com o tempo, quanto tiverem contato com essas tecnologias. Nesse sentido, o simples fato de estarem nas redes, receberem e compartilharem informações, contribui para que participem da esfera pública, amenizem o sentimento de isolamento e se motivem a aprender mais sobre as TICs[13].

As desigualdades neste campo aparecem juntamente com o surgimento e expansão das tecnologias digitais. Em um nível mais básico, estas seriam originadas na divisão digital entre quem acessa e quem não acessa tecnologias. Os antecedentes evidenciam, por outro lado, óbvios obstáculos para que os idosos utilizem as tecnologias digitais, sendo o mais relevante deles a situação econômica. Além disso, experiência profissional, laços sociais e relações familiares, interesses pessoais, ambiente de moradia e até mesmo a organização espacial do domicílio interferem na predisposição ao uso por esta parcela da população.

O descontrole das informações veiculadas na Internet e divulgadas por meio das tecnologias digitais tornou-se um risco para a saúde de muitas pessoas, pois durante a pandemia foram publicadas muitas *fake news* relacionadas a produtos médicos falsificados ou de má qualidade, com o falso objetivo de prevenir, detectar, tratar ou curar a COVID-19. Essa situação colocou em alerta os sistemas de saúde em todo o mundo e exigiu medidas para assegurar maior controle das informações veiculadas na mídia[14].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a pandemia, novas formas de cuidado e de autocuidado tornaram-se essenciais, especialmente para idosos, grupo mais vulnerável à COVID-19. Nesse contexto, a APS tem vivenciado mudanças substanciais na forma de organizar seu cuidado e de se relacionar com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

A utilização de TD tornou-se aliada ao cuidado a distância, como uma forma de evitar contatos desnecessários e, consequentemente, novas infecções, mantendo-se a longitudinalidade do cuidado na APS. Entretanto, devemos atentar para o risco e complexidade da necessidade em saúde, adequando o direcionamento do idoso dentro de uma rede de serviços de saúde, bem como promovendo o acesso aos serviços e adaptando as novas tecnologias, em termos de custos e de complexidade, às particularidades desse grupo etário.

Embora persistam importantes desigualdades na região latino-americana, as inovações tecnológicas podem contribuir para que os idosos mantenham sua saúde, independência e autonomia por mais tempo possível. Nesse sentido, a efetivação das políticas públicas de inclusão digital torna-se essencial para desenvolvermos habilidades e maior acesso no que se refere à saúde e qualidade de vida dos idosos.

O enfermeiro da APS desempenha importante papel na manutenção do primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado do idoso e sua família, tanto em relação à COVID-19 como em condições crônicas e dependência funcional, comuns nesse grupo etário. Considerando que, mesmo após o controle da pandemia, a utilização de TD permanecerá por sua característica de praticidade e agilidade, é essencial que os profissionais estimulem o idoso e sua família a utilizá-las, bem como avaliem aspectos relativos ao acesso e à literacia digital. Assim, devemos atentar para a necessidade de disponibilizar *hardwares* e *softwares* para a APS, com vistas à efetivação do cuidado em uma rede de serviços de saúde, especialmente em países de baixa e média renda.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. Why are digital skills critical for older persons? 56th Commission for Social Development; 2018 Feb. 2; New York (US): WASEDA University; 2018. Available from: https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2018/01/CSocD56-SpecialEvent-DigitalSkills-OlderPersons-2Feb2018.pdf

2. World Health Organization. Connecting and caring: innovations for healthy ageing. Bulletin of the World Health Organization [Internet]. Geneva 2012;90(3):p.157-244 [cited 2020 Sep. 21]. Available from: https://www.who.int/bulletin/volumes/90/3/12-020312/en/

3. Tuning América Latina. Competencias específicas de enfermería: 2011-2013 Innovación Educativa y Social [Inernet]. Educación Superior en América Latina: Reflexiones y perspectivas en enfermería; c2020 [cited 2020 Sep. 17]. Available from: http://www.tuningal.org/index.php?option=com_content&view=article&id=181&Itemid=190

4. Herrera CR, Espinoza ME, Ludeña BA, Michay GC. Las TICs como herramienta de interacción y colaboración en el área de Biología. Rev Espacios 2019;40(41):1-10 [citado em 2020 Set. 21];. Available from: http://www.revistaespacios.com/a19v40n41/19404101.html

5. IIPE UNESCO Buenos Aires. Políticas públicas para la inclusión de las TIC en los sistemas educativos de América Latina [Internet]. Buenos Aires (ARG): UNESCO; 2007 [cited 2020 Sep. 21]. Available from: https://www.buenosaires.iiep.unesco.org/pt/publicaciones/politicas-publicas-para-inclusao-das-tic-nos-sistemas-educacionais-da-america-latina

6. CEPAL. Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. México (DF): CEPAL, Gobierno de la Ciudad de México; 2012.

7. OEA. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Washington DC.: OEA; 2015.

8. Martínez SL, Amado SJ, Mauro M. Inclusión digital en Argentina y el Cono Sur: un acercamiento a las políticas públicas. Editorial Teseo 2015 [cited 2020 Set. 21]. Available from: https://www.teseopress.com/universidadyciencia/chapter/inclusion-digital-en-argentina-y-el-cono-sur-un-acercamiento-a-las-politicas-publicas/

9. Statista: Internet Usage Worldwide. Statista dossier about internet usage worldwide, 2020. Available from: https://www.statista.com/study/12322/global-internet-usage-statista-dossier/

10. Amorim DNP, Sampaio LVP, Carvalho GA, Vilaça KHC. Aplicativos móveis para os idosos. Rev Eletron Comun Inf Inov Saude. 2018;12(1):58-71. [cited 2020 Jun. 01];. Available from: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1365.

11. Krick T, Huter K, Domhoff D, Schmidt A, Rothgang H, Wolf-Ostermann K. Digital technology and nursing care: a scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies. BMC Health Services Research. 2019;19(400):1-15 [cited 2020 Aug. 30]. Available from: https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12913-019-4238-3.pdf

12. Procuraduría Federal del Consumidor. Tecnologías de la información y comunicación. Que la edad no sea un obstáculo [Internet]. Ciudad de México (MEX): PROFECO. 2019 [cited 2020 Sep. 10]. Available from: https://www.gob.mx/profeco/documentos/tecnologias-de-la-informacion-y-comunicacion-que-la-edad-no-sea-u

13. Heredia NM, Rodríguez-García AM. Literacy and digital competence in elderly people: the case of the open training classroom of University of Granada. Rev Espacios. 2018;39(10):1-37 [cited 2020 Sep. 14]. Available from: https://revistaespacios.com/a18v39n10/a18v39n10p37.pdf

14 Organización de las Naciones Unidas (MEX). Incremento en el tráfico de productos médicos falsificados debido al COVID-19, afirma investigación de la UNODC [Internet]. México: 2020 [cited 2020 Sep. 8]. Available from: https://coronavirus.onu.org.mx/incremento-en-el-trafico-de-productos-medicos-falsificados-debido-al-covid-19-afirma-investigacion-de-la-unodcn-obstaculo?state=published

14

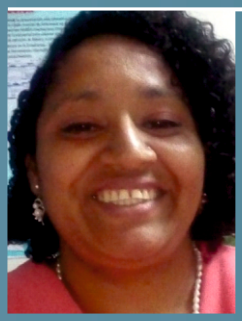
CUIDADO SEGURO COM O IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Fernanda Raphael Escobar Gimenes
Brasil

Ana Maria Ribeiro dos Santos
Brasil

Miriam Gladis Martinez de Marroquin
El Salvador

Orfelina Arpasi Quispe
Perú



Rina Vanessa Quijije Diaz
Equador

14 - CUIDADO SEGURO COM O IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Fernanda Raphael Escobar Gimenes
ORCID: 0000-0002-5174-112X
Ana Maria Ribeiro dos Santos
ORCID: 0000-0002-5825-5335
Miriam Gladis Martinez de Marroquin
ORCID: 0000.0003.4089.2640
Orfelina Arpasi Quispe
ORCID: 0000.0002.0495.6128
Rina Vanessa Quijije Diaz
ORCID: 0000.0001.6581.5604

RESUMO

Introdução: O enfermeiro está na linha de frente no combate à COVID-19 e é fundamental para o enfrentamento da crise. **Objetivo:** refletir acerca do cuidado seguro com o idoso na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia da COVID-19, considerando os riscos para os incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde nessa população; Demonstrar a aplicação das taxonomias de enfermagem no gerenciamento de riscos relacionados às quedas e aos eventos adversos a medicamentos atinentes à polifarmácia em idosos na comunidade; e discorrer sobre a importância dos indicadores de qualidade no gerenciamento de riscos relacionados às quedas e aos eventos adversos a medicamentos atinentes à polifarmácia em idosos na comunidade. **Desenvolvimento do tema:** A população idosa enfrenta desafios maiores e é desproporcionalmente mais afetada pela COVID-19. Diante desse cenário, as etapas do Processo de Enfermagem devem ser utilizadas pelo enfermeiro da APS com as finalidades de minimizar a exposição dos idosos aos riscos para os eventos adversos e de auxiliar o enfermeiro na priorização das necessidades de saúde dessa população. Ademais, os Sistemas de Linguagens Padronizadas em Enfermagem também têm potencial para melhorar a segurança dos idosos na comunidade, uma vez que padronizam os conceitos utilizados pelos enfermeiros na prática clínica e favorecem a comunicação precisa dos cuidados prestados. **Considerações finais:** No contexto da APS, o enfermeiro deve se preparar para responder melhor à doença e tomar medidas mais assertivas em favor da qualidade da assistência e da segurança dos usuários.

Descritores: Acidentes por Quedas; Atenção Primária à Saúde; Coronavírus; Efeitos Colaterais e Reações Adversas Relacionados a Medicamentos; Idoso.

Introdução

A pandemia da COVID-19 tem desafiado os Sistemas de Assistência à Saúde (SAS) em escala global e, como resposta, eles tiveram que se reorganizar instantaneamente [1]. Na América Latina, este cenário exigiu uma rápida adaptação para o enfrentamento da crise, mas a capacidade de resiliência dos SAS pode ser comprometida caso a epidemia perdure por muitos meses e o número de pessoas que necessitam de atendimento aumente[2].

Estimativas mostram que 81% das pessoas com COVID-19 poderiam ser manejadas na Atenção Primária à Saúde (APS)[3]. Além disso, 14% delas necessitarão de internação hospitalar e 5% de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI)[4].

Com a pandemia, os esforços se concentraram no tratamento de pacientes afetados pela doença e na proteção de outras pessoas contra infecções. Entretanto, em muitos países, a população idosa enfrenta desafios maiores e é desproporcionalmente mais afetada pela COVID-19. A literatura relata casos preocupantes, um deles de uma mulher de 70 anos com fatores de risco cardíaco, que apresentou pressão no peito e falta de ar. Devido à pandemia, esta paciente recebeu tratamento tardio e, por esse motivo, evoluiu para choque cardiogênico e óbito[5].

Pessoas que deixam de procurar o serviço de saúde por medo da COVID-19, particularmente idosos, estão em maior risco para eventos adversos graves e potencialmente fatais devido ao atraso no tratamento. Logo, é fundamental que essas pessoas tenham acesso aos serviços de saúde durante a pandemia, tanto para atendimento de emergência quanto para assistência primária. Profissionais de saúde, assistentes sociais, familiares e membros da comunidade que prestam assistência aos idosos também devem receber apoio e recursos necessários[6] para reduzir os incidentes e os eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Para informações sobre as definições desses e de outros termos relacionados à segurança do paciente, acesse **aqui (Hiperlink 1)**.

OBJETIVO

Refletir acerca do cuidado seguro com o idoso na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia da COVID-19, considerando os riscos para os incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde nessa população; Demonstrar a aplicação das taxonomias de enfermagem no gerenciamento de riscos relacionados às quedas e aos eventos adversos a medicamentos atinentes à polifarmácia em idosos na comunidade; e discorrer sobre a importância dos indicadores de qualidade no gerenciamento de riscos relacionados às quedas e aos eventos adversos a medicamentos atinentes à polifarmácia em idosos na comunidade.

Desenvolvimento do tema

Cuidado seguro com o idoso durante a pandemia da COVID-19

Garantir cuidado seguro às pessoas sem COVID-19, particularmente aos idosos, deve ser uma das prioridades dos profissionais atuantes na APS. A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua cuidado primário como uma abordagem à saúde e bem-estar focada nas necessidades e circunstâncias das pessoas, famílias e comunidades, com garantia de recebimento de tratamento abrangente, promoção, prevenção, reabilitação e cuidados paliativos, o mais próximo possível do ambiente cotidiano[7]. A OMS também define prática segura como uma intervenção tecnológica e científica ou administrativa no processo de atenção à saúde que contribui com resultados exitosos porque minimiza a probabilidade de ocorrência de um evento adverso.

Entretanto, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (em inglês, *Organisation for Economic Cooperation and Development* – OECD) afirma que cerca de metade da carga global de eventos adversos é originada na APS. Segundo essa Organização, quatro em cada 10 pessoas são acometidas por incidentes de segurança, os quais frequentemente resultam em hospitalizações e maior necessidade de cuidado. Ainda segundo a OECD, os principais eventos adversos incluem erros de diagnóstico e diagnóstico tardio, falhas no acompanhamento, erros de medicação em pessoas que fazem uso de polifarmácia, eventos adversos a medicamentos (EAM) e quedas. Além disso, pessoas com necessidades de saúde ou social complexas e nos extremos de idade são mais vulneráveis. Para informações sobre os fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos na APS, acesse **aqui (Hiperlink 2)**.

Diante desse cenário, a *Red de Enfermeria en Salud del Adulto Mayor* - REDESAM, ao reconhecer as peculiaridades do envelhecimento e a importância da APS como base indispensável para responder à pandemia, propõe reflexões acerca do cuidado seguro com o idoso para que ocorra o adequado enfrentamento do fenômeno da COVID-19 nessa população.

Neste capítulo, serão discutidos dois incidentes que podem ocorrer com as pessoas idosas na APS, tendo em vista o potencial de ambos para a presença de eventos adversos graves no ambiente domiciliar, bem como os impactos sociais, econômicos e de saúde que podem causar na vida dessas pessoas. São eles: quedas em idosos na comunidade e eventos adversos a medicamentos, ambos relacionados à polifarmácia.

Quedas em idosos na comunidade

Os eventos adversos relacionados às quedas representam um problema de saúde pública mundial. Estima-se que, anualmente, aconteçam 646.000 eventos fatais e as quedas representam a segunda causa de morte por lesão não intencional no mundo. Dessas mortes, mais de 80% ocorrem em países de baixa e média renda e as maiores taxas de mortalidade são registradas em pessoas com 60 anos de

idade ou mais[8]. Ainda, as mulheres são as mais vulneráveis.

Metade dos idosos que caem o fazem repetidamente. Logo, história anterior de queda é um fator de risco para novas ocorrências e as lesões provocadas por esse evento podem ser fatais. Para mais informações sobre as consequências das quedas nos idosos, acesse **aqui (Hiperlink 3)**.

A maior parte das quedas possui causas multifatoriais e apresenta relação com a postura e a marcha. Ademais, são influenciadas pelo envelhecimento normal e patológico e o impacto psicológico que causam é um aspecto importante a ser observado nos idosos. Alertamos para uma interação entre fatores de risco intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos que concorrem para o risco de quedas são relacionados a doenças crônicas ou mudanças associadas à idade. Para categorizá-los é importante identificar a causa principal relacionada à perda do controle postural: diminuição de sinais sensoriais, alterações no sistema nervoso central ou redução na resposta motora. Porém, outros fatores intrínsecos podem estar presentes temporariamente, como doença aguda ou mudanças no regime terapêutico. Já os fatores extrínsecos incluem riscos ambientais e nas atividades de vida diária[9].

Em estudos desenvolvidos no Peru e no Brasil, foram identificados como fatores de risco intrínsecos para a ocorrência de quedas entre idosos a idade, o sexo e a dificuldade para andar[10,11], assim como alteração no equilíbrio e debilidade muscular[10]. Em relação às causas extrínsecas, foram observados o uso de calçados inadequados e a presença de pisos escorregadios[10].

Dessa forma, na avaliação clínica da pessoa idosa vítima de queda, a primeira conduta é avaliar e tratar as lesões provocadas pelo evento, com foco nos problemas específicos do idoso. O segundo aspecto consiste na avaliação do ambiente e dos múltiplos fatores de risco para que sejam solucionados, sempre que possível, a fim de evitar novas ocorrências[9].

Profissionais de saúde, e mais especificamente enfermeiros, precisam identificar os riscos para planejar e elaborar ações preventivas efetivas, com a finalidade de preservar a capacidade funcional e a qualidade de vida dos idosos, o que contribuirá para a redução dos custos em saúde[11].

Nesse sentido, as medidas para prevenção de quedas devem incluir avaliação sistemática dos fatores de risco conhecidos e intervenções adequadas e assertivas nos fatores identificados. As intervenções consideradas mais efetivas para prevenção desse importante incidente de segurança podem ser acessadas **aqui.(Hiperlink 4)**.

Outras medidas podem incluir reposição de vitamina D, cirurgia de correção de catarata, avaliação do uso de lentes multifocais durante a deambulação, entre outras. Além disso, a educação e a comunicação continuadas com os idosos e suas famílias são importantes, não só no cenário de pandemia como no pós-pandemia da COVID-19, porque auxiliam os enfermeiros na identificação de riscos reais e no planejamento de uma assistência individualizada. Tais medidas também são importantes para a manutenção e preservação da autonomia e independência funcional do idoso, bem como de sua perspectiva de vida [10].

Dessa forma, o acompanhamento de uma pessoa idosa com risco ou história de quedas exige uma conduta multidisciplinar que envolve diferentes categorias profissionais, tais como: enfermagem, terapia física ou ocupacional, serviço social e especialidades médicas. Além disso, o sucesso de um plano terapêutico depende também do envolvimento dos familiares e/ou cuidadores, como também do próprio idoso[9].

Mesmo sendo viável reduzir o risco de quedas na população idosa, ressaltamos ser impossível evitá-las, pois a autonomia funcional e a qualidade de vida dessas pessoas devem ser priorizadas para preservar o prazer de viver, ainda que com algum risco inevitável [9].

Polifarmácia e eventos adversos a medicamentos em idosos na Atenção Primária à Saúde

Embora os medicamentos sejam benéficos para a prevenção e tratamento de doenças, esses produtos estão se tornando cada vez mais complexos. Além disso, fatores sociais como baixo nível educacional e viver em áreas rurais são importantes e interferem no uso correto e seguro dos medicamentos. O resultado é a maior exposição das pessoas aos erros de medicação e aos eventos adversos a medicamentos (EAM).

A prevenção de EAM continua sendo uma prioridade de segurança em todos os níveis de atenção à saúde porque os erros de medicação são uma das principais causas de lesões e danos evitáveis em todo o mundo. Estima-se que 5% a 6% das hospitalizações sejam causadas pelo uso de medicamentos[12], embora as taxas e a natureza dos danos difiram entre países. Globalmente, o custo associado aos erros de medicação foi contabilizado em US$ 42 bilhões por ano, o que corresponde a aproximadamente 1% do total de despesas globais em saúde[13].

Diante desse cenário, em 2017, a OMS lançou o 3° Desafio Global de Segurança do Paciente com o tema “Medicação sem Danos”. A meta é reduzir em 50% os danos graves e evitáveis relacionados ao uso de medicamentos em cinco anos. A iniciativa visa à promoção de melhorias em cada etapa do processo relacionado ao uso do medicamento para reduzir os riscos e o impacto dos erros de medicação nos resultados em saúde.

Ademais, a OMS desenvolveu uma ferramenta para apoiar a implementação desse desafio, denominada “5 Momentos para a Medicação Segura”, com o objetivo de incluir e capacitar os usuários a se envolverem em seus próprios cuidados. Tal ferramenta deve ser usada em colaboração com profissionais de saúde e permanecer com os usuários e seus familiares ou cuidadores. Trata-se de um instrumento de engajamento porque focaliza cinco momentos-chave em que a ação da pessoa ou do cuidador pode reduzir o risco de EAM. São eles: **ao iniciar um medicamento**; **ao fazer uso do medicamento**; **ao introduzir um medicamento**; **ao revisar o medicamento; e ao descontinuar o medicamento**.

A polifarmácia também é um aspecto importante a ser considerado no gerenciamento de riscos relacionados ao uso de medicamentos e na prevenção de EAM porque aumenta a probabilidade de efeitos colaterais, bem como o risco de interações medicamentosas, particularmente na população

idosa[14].

Na população geral, a polifarmácia apresenta prevalência de 9,4% entre os usuários de medicamentos e de 18,1% em idosos acima de 65 anos[14]. Ademais, pessoas com 70 a 74 anos consomem número maior de medicamentos, assim como as mulheres porque apresentam mais doenças crônicas do que os homens[15].

Devido ao potencial risco para os EAM, a padronização de políticas, procedimentos e protocolos é fundamental para o gerenciamento da polifarmácia, que envolve a prescrição racional e a revisão sistemática dos medicamentos prescritos. Este processo é conhecido como conciliação medicamentosa. Os usuários de múltiplos medicamentos podem desempenhar papel importante nesse processo, quando providos de informações, ferramentas e recursos adequados que os auxiliam na tomada de decisão sobre o uso seguro de fármacos[13].

O envolvimento do usuário e do cuidador em sua própria segurança foi reconhecido como um componente-chave nos processos assistenciais. A OMS estabeleceu o programa Paciente pela Segurança do Paciente (em inglês, *Patient for Patient Safety*), com o objetivo de dar voz ao usuário, família e comunidade, em todos os níveis de atenção à saúde, por meio do engajamento e empoderamento. O Programa também visa estimular as pessoas para que sejam corresponsáveis pela sua própria segurança, durante a prestação de cuidados.

Assim sendo, identificar a natureza dos erros de medicação e seus determinantes no sentido de prevenilos é de fundamental relevância.

Destacamos que nem todos os erros de medicação resultam em eventos adversos, mas alguns podem gerar consequências desastrosas para os pacientes, especialmente quando se trata de um medicamento potencialmente perigoso (MPP), também conhecido como medicamento de alta vigilância. Tais fármacos incluem insulinas, anticoagulantes, agentes quimioterápicos e sedativos. Em relação ao tipo de dano associado ao uso de MPP, a hipotensão, as hemorragias, a hipoglicemia, o delirium, a letargia e a bradicardia são os mais comuns. Logo, práticas seguras no processo de uso dos medicamentos podem reduzir os eventos adversos associados ao uso de MPP. Para mais informações sobre os MPP de uso ambulatorial, acesse **aqui.(Hiperlink 5).**

No âmbito da APS, a adoção de algumas estratégias nas diferentes etapas do processo de utilização de medicamentos pode melhorar a segurança do idoso em uso de polifarmácia no domicílio[16].
Assinalamos que os idosos institucionalizados também fazem uso de polifarmácia e essas pessoas são mais vulneráveis aos EAM porque, geralmente, apresentam pior estado de saúde e porque são mais dependentes de cuidados. Ademais, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) apresentam particularidades que favorecem os erros de medicação. Para mais informações sobre os potenciais riscos para os EAM em ILPIs, acesse **aqui.(Hiperlink 6).**

Gerenciamento dos riscos de quedas e dos EAM relacionados à polifarmácia

Reduzir danos associados aos cuidados em saúde, especialmente em tempos de pandemia, é um dos deveres e responsabilidades do enfermeiro. As etapas do Processo de Enfermagem (PE) podem ser utilizadas com a finalidade de minimizar a exposição dos idosos aos riscos porque auxiliam o enfermeiro na priorização das necessidades de saúde, bem como no planejamento da assistência de enfermagem focado em resultados. Ademais, o PE, enquanto expressão do método clínico de nossa profissão, apoia a tomada de decisão e permite a comunicação efetiva entre enfermeiros e demais membros da equipe multidisciplinar.

Nessa direção, os Sistemas de Linguagens Padronizadas em Enfermagem (SLP) também têm potencial para melhorar a segurança do idoso em tempos de pandemia porque padronizam os conceitos utilizados pelos enfermeiros na prática clínica e favorecem a comunicação precisa dos cuidados prestados. Falhas na comunicação nos pontos de transição do cuidado são uma das principais causas de eventos adversos nos serviços de saúde porque resultam em perda na continuidade do cuidado e em tratamento inadequado. Para mais informações sobre o impacto das falhas na comunicação nos pontos de transição do cuidado, acesse **aqui.(Hiperlink 7)**.

Atualmente, já está divulgado entre as escolas de enfermagem da América Latina o uso das taxonomias NANDA-I[17], para a descrição dos diagnósticos de enfermagem; NOC (Classificação de Resultados de Enfermagem)[18] e da NIC (Classificação de Intervenções de Enfermagem)[19], para o desenvolvimento do planejamento da assistência de enfermagem e, na avaliação, novamente a NOC[18]. Tais SLP serão utilizados desta forma neste capítulo.

Agora, solicitamos que considere o seguinte caso, elaborado com base em uma situação fictícia, para ser utilizado como exercício de raciocínio clínico para o gerenciamento de riscos relacionados às quedas e aos EAM, e de aplicação das taxonomias de enfermagem NANDA-I[17], NOC[18] e NIC[19]. O caso refere-se a uma idosa da comunidade, no contexto da pandemia da COVID-19.

Senhora M. R., 73 anos, casada, aposentada, com quatro anos de escolaridade, hipertensa há mais de 20 anos e diabética há 13 anos, possui história pregressa de infarto agudo do miocárdio aos 70 anos de idade, sendo fumante até a época do infarto. Faz uso regular de glibenclamida 10 mg, mononitrato de isossorbida 80 mg, espironolactona 100 mg, digoxina 0,25 mg, furosemida 120 mg, captopril 100 mg e ácido acetilsalicílico 100 mg diários. Apresenta períodos de confusão mental e agitação, sono descontínuo, acorda várias vezes durante a noite, com falta de ar, diminuição da força muscular, desequilíbrio fácil na marcha, cambaleante, necessita de auxílio do cuidador e/ou do profissional de saúde para deambular, contudo, a senhora M. R. afirma não necessitar de ajuda. Nos últimos 12 meses, a idosa registrou duas quedas da própria altura, sem traumatismo, porém referiu medo de cair. Na avaliação do risco de quedas pela *Morse Fall Scale*, a idosa atingiu 75 pontos (risco alto). Sua glicemia capilar, no momento da consulta, era de 94 miligramas por decilitro (mg/dl).

Com base nos dados coletados, o enfermeiro poderia identificar o diagnóstico de enfermagem **Risco de quedas** (00155), do Domínio 11. Segurança/Proteção, Classe 2. Lesão Física, e que foi definido pela

NANDA-I como “suscetibilidade aumentada a quedas que pode causar dano físico e comprometer a saúde [17]. Os fatores de risco incluem dificuldades na marcha e redução da força em extremidade inferior. Ademais, a idosa faz parte de populações em risco (história de quedas e idade ≥ 65 anos) e apresenta condições associadas (agente farmacêutico [glibenclamida], alteração na função cognitiva e equilíbrio prejudicado)[17].

A senhora M. R. faz uso de medicamentos que potencializam o risco de quedas, especialmente nos idosos. Esses medicamentos incluem:

- mononitrato de isossorbida (risco médio);
- captopril (risco médio);
- digoxina (risco médio);
- espironolactona (risco baixo);
- furosemida (risco baixo).

Ademais, faz uso regular de glibenclamida, um medicamento potencialmente inadequado para idosos, por risco pronunciado de hipoglicemia prolongada.

A próxima etapa do PE consiste no planejamento da assistência. Considerando o caso em questão, o enfermeiro poderia estabelecer o resultado da NOC[18] **Comportamento de prevenção de quedas** (1909) do Domínio IV. Conhecimento e comportamento em saúde, Classe T. Controle de risco e segurança. Este resultado apresenta escore que varia de “Nunca demonstrado” (escore 1) até “Consistentemente demonstrado” (escore 5) e possui 20 indicadores de resultados. O enfermeiro poderia selecionar os seguintes opções: solicita assistência (190923), utiliza procedimento seguro de transferência (190919), controla a inquietação (190916) e utiliza precauções ao tomar medicamentos que aumentam o risco de quedas (190917)[18].

O passo seguinte consiste em identificar as intervenções apropriadas para o alcance do resultado desejado para a senhora M. R. A intervenção da NIC **Prevenção contra quedas** (6490) do Domínio 4. Segurança, Classe V. Controle de riscos[19], é um exemplo. Essa intervenção possui 65 atividades que subsidiarão as prescrições de enfermagem. Logo, o enfermeiro deve selecionar as mais pertinentes para a idosa sob os seus cuidados. Exemplo do planejamento da assistência de enfermagem para a senhora M. R. pode ser acessado **aqui. (Hiperlink 8).**

No contexto da prevenção de EAM relacionados à polifarmácia, a NIC[19] sugere intervenções voltadas para a administração segura de medicamentos, bem como medidas de conforto que auxiliam o indivíduo a lidar com os efeitos terapêuticos e/ou com os eventos adversos. Também inclui intervenções que promovem a educação em saúde da pessoa, do familiar e/ou do cuidador, em prol da melhor resposta terapêutica. Por exemplo, a intervenção de enfermagem **Controle de medicamentos** (2380) do Domínio 2. Fisiológico: Complexo, Classe H. Controle de Medicamentos, provê lista de atividades que facilitam o uso seguro e eficaz dos medicamentos prescritos e não prescritos.

Neste mesmo Domínio e Classe, há outras intervenções de enfermagem relacionadas à segurança no

no uso de medicamentos que podem ser utilizadas pelo enfermeiro para reduzir riscos relacionados à polifarmácia, tais como:

- 2300 – Administração de Medicamentos;
- 2395 – Reconciliação de Medicamentos
- 5616 – Ensino: Medicamentos Prescritos.

O planejamento relacionado aos medicamentos prescritos deve incluir a identificação da necessidade do medicamento e a revisão das informações disponíveis sobre o fármaco (por exemplo, bula e livros de farmacologia). Tais medidas têm a finalidade de identificar os efeitos colaterais conhecidos e os eventos adversos graves que podem ser aliviados ou evitados por meio de ações específicas prescritas pelo enfermeiro.

O planejamento também deve contemplar a identificação das doses e vias de administração recomendadas, o planejamento dos horários de administração (aprazamentos), a educação da idosa em questão, bem como de seus familiares e/ou cuidadores sobre a importância de manter registros sobre as respostas à terapia medicamentosa, além da educação da idosa sobre a autoadministração dos medicamentos, quando for o caso [20].

Em seguida, o enfermeiro implementa o plano de cuidados e documenta as atividades realizadas. A implementação consiste na quarta etapa do PE e está vinculada ao planejamento da assistência de enfermagem[21]. Por exemplo, no caso da senhora M. R., ele investiga o estado de saúde para garantir que este não tenha mudado ao longo do tempo e para verificar se as intervenções de enfermagem ainda são apropriadas.

Por fim, realiza a avaliação, que consiste na quinta etapa do PE. Esta etapa objetiva determinar o progresso da senhora M. R. em relação ao alcance dos resultados desejados, portanto se utiliza da NOC [18] novamente. Ademais, o enfermeiro identifica e monitora as respostas da senhora M. R. em relação às intervenções de enfermagem, com a finalidade de alterar o plano de cuidados, se necessário. Para tanto, realiza entrevista, exame físico, revisa os registros de saúde[22] e verifica o alcance dos resultados esperados.

Ressaltamos que a aplicação do PE, sustentada por uma teoria de enfermagem, melhora a qualidade dos cuidados prestados, humaniza o atendimento, define o papel do enfermeiro, confere autonomia à profissão, direciona a equipe de enfermagem e facilita a mensuração dos custos em saúde.

Para gerenciar os riscos relacionados à assistência à saúde, o enfermeiro também deve realizar avaliação sistemática das intervenções para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados em todos os níveis de atenção à saúde. Logo, este profissional necessita medir e entender os riscos e as causas dos danos para propor soluções que previnam, reduzam ou mitiguem os efeitos das quedas e dos EAM nos idosos.

Medida é um conceito abstrato que necessita de uma operacionalização quantitativa para permitir

comparações no tempo e no espaço e auxiliar o enfermeiro na determinação de padrões que consideram a identificação de erros e acertos. Para essa finalidade, a medida quantitativa considerada padrão-ouro é o indicador[23].

Indicador é uma medida ou sinalizador que contém informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde do paciente, bem como do desempenho do sistema de saúde. É uma ferramenta que permite monitorar, avaliar ações e subsidiar as decisões. Ademais, o indicador deve ser estruturado e incluir os seguintes componentes[24]:

- Nome
- Definição
- Objetivo
- Descrição de termos
- Fórmula
- Tipo
- Meta
- Fonte de dados
- Periodicidade de medição
- Apresentação dos resultados

Considerando o idoso da comunidade com risco de queda e/ou de EAM relacionado à polifarmácia, o enfermeiro pode considerar os seguintes indicadores:

- Porcentagem de idosos com avaliação de risco de quedas;
- Percentagem de ações de práticas seguras na prevenção de quedas;
- Porcentagem de quedas em idosos;
- Percentagem de ações de práticas seguras na administração de medicamentos;
- Porcentagem de aplicação dos nove certos na administração de medicamentos.

Para verificar exemplos de como desenvolver os indicadores de monitorização dos riscos de quedas e de EAM relacionados à polifarmácia na APS, acesse **aqui**.(**Hiperlink 9)**. **Acesse aqui o Hiperlink 10.**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro necessita desenvolver habilidades e competências no raciocínio clínico e diagnóstico, bem como no planejamento da assistência de enfermagem, para reduzir a ocorrência de eventos adversos relacionados à assistência à saúde e melhorar os resultados dos idosos na comunidade, especialmente em tempos de pandemia. Nesse contexto, o PE e os SLP em Enfermagem permitem a reflexão sobre o papel e a responsabilidade deste profissional em promover a segurança dos idosos com riscos de quedas e de EAM relacionados à polifarmácia.

Há, contudo, desafios a serem superados. Com frequência observamos uma dicotomia entre o ensino e a prática clínica. Tal lacuna pode estar relacionada com a ausência de transversalidade do assunto no currículo formal dos enfermeiros, falta de valorização do PE como método sistemático de prestação de

cuidados de qualidade, seguros e centrados na pessoa e na família, sobrecarga de trabalho dos profissionais e cultura organizacional.

Apesar do desafio, temos observado avanços importantes na formação dos futuros enfermeiros. Por exemplo, metodologias ativas e tecnologias de aprendizagem baseadas em web móvel estão sendo adotadas cada vez mais nos Cursos de Graduação em Enfermagem como estratégia de ensino para o desenvolvimento do raciocínio clínico e crítico dos estudantes. Nesse sentido, devemos alertar para a relação entre qualidade da formação dos enfermeiros e taxas menores de eventos adversos e óbitos. Por conseguinte, a educação em enfermagem pode ser vista como um dos grandes pilares da melhoria da qualidade, sendo notória a necessidade de abordagens inovadoras no ensino do PE e dos SLP nos cursos de graduação.

Também é fundamental desenvolver políticas e padronizar procedimentos e protocolos para o manejo dos riscos de quedas e de EAM relacionados à polifarmácia. Para isso, faz-se necessário implantar padrões de qualidade com a mensuração dos indicadores traçados. Para gerenciar os riscos de queda e de EAM relacionados à polifarmácia, os enfermeiros devem realizar avaliação sistemática das intervenções de enfermagem, em todos os níveis de atenção à saúde. Portanto, o enfermeiro deve medir e compreender os riscos e as causas dos eventos adversos relacionados à assistência à saúde para desenvolver soluções que previnam, reduzam ou mitiguem os efeitos deste incidente em idosos, particularmente em tempos de pandemia. Ademais, é importante envolver o idoso, a família e/ou o cuidador na tomada de decisão, visto que o empoderamento dos usuários dos serviços de saúde foi reconhecido como um componente essencial nos processos assistenciais, principalmente em tempos de pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Staines A, Amalberti R, Berwick DM, Braithwaite J, Lachman P, Vincent CA. COVID-19: patient safety and quality improvement skills to deploy during the surge. Int J Qual Health C. 2020;50. DOI: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa050.
2. Legido-Quigley H, Asgari N, Teo YY, Leung GM, Oshitani H, Fukuda K, et al. Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic? Lancet. 2020;395(10227):848-850. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30551-1.
3. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. BJGP Open. 2020;4(1):bjgpopen20X101041. DOI: https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041.
4. Brasil. Guia orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. 2th. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS; 2020.
5. Rosenbaum L. The untold toll - the pandemic's effects on patients without Covid-19. N Engl J Med. 2020;382(24):2368-71. DOI: 10.1056/NEJMms2009984.
6. World Health Organization (WHO) [Internet]. Health care considerations for older people during COVID-19 pandemic. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2020 [cited 2020 Aug. 7]. Available from: https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/health-care-considerations-for-older-people-during-covid-19-pandemic.

7. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. Primary health care, 2019 [cited 2020 Aug. 7]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care.

8. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Caídas - datos y cifras. Ginebra: OPAS; 2018 [cited 2020 Sep. 5]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls.

9. Paixão-Júnior C, Heckman M. Distúrbio de posturas, marcha e quedas. In: Freitas E, Py L, editors. Tratado de geriatria e gerontologia. 4th. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 2339-64.

10. Silva-Fhon JR, Partezani-Rodrigues R, Miyamura K, Fuentes-Neira W. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. Enferm univ. 2019;16:31-40. DOI: https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.576.

11. Cruz DT, Cruz FM, Chaoubah A, Leite ICG. Factors associated with recurrent falls in a cohort of elderly people. Cad Saude Colet. 2017;25:475-482. DOI: https://doi.org/10.1590/1414-462x201700040081.

12. Assiri GA, Shebl NA, Mahmoud MA, Aloudah N, Grant E, Aljadhey H, et al. What is the epidemiology of medication errors, error-related adverse events and risk factors for errors in adults managed in community care contexts? A systematic review of the international literature. BMJ Open. 2018;8(5):e019101. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-019101.

13. World Health Organization (WHO) [Internet]. Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge. Geneva: WHO; 2017 [cited 2020 Sep. 5]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.id=23E3E58293025B546A38236B7882AFC7?sequence=1.

14. Rosa M, Cândido R, Nascimento R. O uso seguro de medicamentos no Brasil. Consensus. 2018;Ano VIII(26):36-45. Available from: https://www.conass.org.br/consensus/o-uso-seguro-de-medicamentos-brasil/

15. Silva MB, Parra LV, Carro LAA, Deyá DA. El médico y la enfermera en la prevención de la polifarmacia de la tercera edad. Revista Caribeña de Ciencias Sociales. 2013;(2013_04). Available from: https://www.eumed.net/rev/caribe/2013/04/medico-enfermera.html

16. World Health Organization (WHO) [Internet]. Medication errors. Technical series on safer primary care. Geneva: WHO; 2016 [cited 2020 Sep. 5]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252274/9789241511643-eng.pdf?utm_medium=email&utm_source=transaction.

17. NANDA International, Inc. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2018/2020. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

18. Moorhead M, Johnson M, Maas ML, Swanson E. NOC classificação dos resultados de enfermagem. 5th. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2015.

19. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. NIC classificação das intervenções de enfermagem. 6th. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2016.

20. Gimenes FRE, Motta APG, Rigobello MCG. Processo de enfermagem na administração segura de medicamentos. In: NANDA International, Inc., Heather HT, Napoleão AA, Lopes CT, Silva VMd, editors. PRONANDA Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: ciclo 4. 4. 1 ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p. 103-132.

21. Alfaro-LeFevre R, Thorell A. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7th. Porto Alegre: Artmed; 2010.

22. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Nurse's Pocket Guide: diagnoses, prioritized interventions and rationales. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2013.

23. Coronado-Zarco R, Cruz-Medina E, Macías S, Arellano A, Nava T. El contexto actual de la calidad en

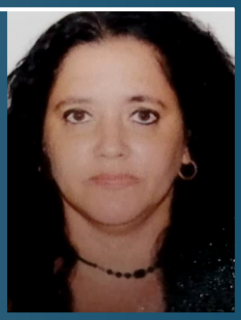
salud y sus indicadores. Rev Mex Med Fis Rehab. 2013;25(1):26-33. Available from: https://www.researchgate.net/publication/260546750_El_contexto_actual_de_la_calidad_en_salud_y_sus_indicadores

24. Ortega, Lejia, Puntunet S. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería: estrategias para su aplicación. 3 ed. Buenos Aires: Editorial Medica PANAMERICANA; 2014.

15

VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA NA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE

Maria José D'Elboux
Brasil



Edith Nievas Alvarez Pérez
Cuba

Maria José Sanches Marin
Brasil

Ruth Jakeline Oviedo Rodríguez
Equador

15 - VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Maria José D'Elboux
ORCID: 0000-0002-7973-3439
Edith Nieves Alvarez Pérez
ORCID:0000-0001696-9122
Maria José Sanches Marin
ORCID: 0000-0001-6210-6941
Ruth Jakeline Oviedo Rodriguez
ORCID: 0000-0002-3584-7928

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma das portas de entrada preferencial dos idosos no enfrentamento da pandemia da COVID-19. Importante identificar sinais de violência contra o idoso nesta época de confinamento domiciliar, que pode torná-lo mais vulnerável. **Objetivo**: Descrever o contexto da população idosa e a assistência de enfermagem a vítimas de violência durante a pandemia da COVID-19 no âmbito da Atenção Primária à Saúde**.** **Desenvolvimento do tema:** o capítulo apresenta o cenário da violência contra idosos, discute os diferentes tipos e contextos em que ela pode ocorrer, o perfil das vítimas e de seus agressores. Além disso, descreve a atuação do enfermeiro tendo como pano de fundo o Processo de Enfermagem e a pandemia. **Considerações finais**: O cuidado de enfermagem deve contar com o envolvimento de uma equipe interdisciplinar e estar voltado, essencialmente, para a detecção do problema, por meio de anamnese e exame clínico, bem como para a notificação da violência e adoção de medidas condizentes com cada situação.

Descritores: Maus-Tratos ao Idoso; Envelhecimento; Violência; Atenção Primária à Saúde; Infecções por Coronavírus.

Introdução

As transformações ao longo da pandemia da COVID-19 e no período pós-pandemia serão intensas, de modo que o cuidado gerontológico qualificado será essencial na prática assistencial. Este cuidado deve contemplar as necessidades da população idosa, por ser a principal vítima desta enfermidade[1].
A COVID-19 tem se mostrado potencialmente fatal e particularmente perigosa para as pessoas idosas, especialmente aquelas com comorbidades, incluindo diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e respiratórias, as quais são mais frequentes nessa população. No Brasil, 69,3% dos óbitos por COVID-19 foram registrados em pessoas com mais de 60 anos[2].

Por se tratar de uma doença altamente contagiosa, políticas de saúde pública precisaram ser rapidamente implementadas para reduzir o contágio. Algumas medidas incluíram a instituição do distanciamento social e "ordens" para permanecer em casa, o que, embora tenha caráter protetivo para o contágio, constitui um potencial fator de risco para a violência contra a pessoa idosa, tornando necessária e urgente maior atenção para essa população de risco.

Em situações de catástrofes, os idosos se apresentam mais vulneráveis à violência, especialmente doméstica ou familiar. A COVID-19 e a resposta ao vírus representam um tipo de desastre com consequências potenciais muito diferentes, incluindo fatores de risco crescentes de maus-tratos[3]. O confinamento no domicílio, a presença de uma família desestruturada e não competente para o cuidado, a convivência com familiares com história de agressividade, uso de drogas ilícitas e de álcool e o grau de dependência funcional e cognitiva do idoso contribuem para diferentes tipos de violência.

AAtenção Primária à Saúde (APS) é a modalidade de atenção à saúde que mais se aproxima do cotidiano das pessoas, famílias e comunidade. Por esse motivo, ela assume grande responsabilidade no enfrentamento da violência contra o idoso em situação de confinamento durante a pandemia da COVID-19[3], uma vez que 80% das vítimas são pacientes sob cuidados domiciliares e portanto, acompanhados neste nível de atenção[4].

Neste contexto, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, devem utilizar os recursos disponíveis para detecção precoce e atuação em parceria com a equipe multidisciplinar, de modo a coordenar a atenção integral do idoso no caso de maus-tratos[5].

OBJETIVO

Descrever o contexto da população idosa e a assistência de enfermagem a vítimas de violência durante a pandemia da COVID-19 no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Desenvolvimento do tema

Aspectos epidemiológicos

Diante do crescimento acelerado de idosos, estes vêm sofrendo violências de diferentes tipos, uma vez que a sociedade não se encontra preparada para lidar com as questões demandadas por este segmento populacional[6].

A violência é um processo de múltiplas causas, disposta mundialmente na sociedade desde seus primórdios, nas diferentes esferas culturais, econômicas e sociais. Por isso, representa um problema de saúde coletiva, que se apresenta em constante evolução[7].

A população idosa é um grupo populacional com alta vulnerabilidade aos maus-tratos, sobretudo quando são mulheres, solteiras, com idade avançada, baixa escolaridade, alguma dependência física ou psicológica e que vivem com filhos, noras e netos. Estudo analisou os casos notificados de violência contra a mulher e observou maior letalidade entre aquelas com mais de 80 anos[8].

No Brasil, dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) demonstram que, no ano de 2014, 12.297 casos de violência contra idosos foram notificados, dos quais 43,7% eram recorrentes e 70,4% praticados dentro da residência da vítima, grande parte deles por filhos das vítimas. Também foram verificadas, em 11,3% dos casos, lesões autoprovocadas, havendo, portanto, possibilidade de situações de sofrimento emocional acarretando tal flagelo. Quanto ao sexo, 54,7% dos casos de violência foram contra mulheres[9].

Um a cada quatro idosos estão em riscos de violência doméstica, porém, uma pequena porcentagem de casos é notificada, sobretudo por medo de represálias ou preconceitos sociais, além de estado de culpa, vergonha e desamparo. Além disso, há falta de entendimento do significado de violência para a pessoa idosa ou ela não admite a existência da mesma, em decorrência de crenças religiosas, culturais ou mesmo normas de seu contexto social[10,11].

Muitos crimes de agressão contra idosos também não são notificados por falta de provas concretas, uma vez que ocorrem no contexto familiar e não possuem testemunhas. A violência familiar é uma das mais preocupantes, por ser mais difícil de ser controlada, uma vez que envolve vínculos afetivos. É, não raro, uma violência sofrida em silêncio[11].

Conceitos/Tipos

A violência contra o idoso pode ser definida como qualquer ação, única ou repetida, ou, ainda, como a omissão de providência apropriada, ocorrida dentro de uma relação em que haja expectativa de confiança, que acarrete prejuízo ou aflição a uma pessoa idosa[12].

A Rede Internacional de Prevenção contra Maus-Tratos em Idosos e a Organização Mundial da Saúde (OMS) elencaram sete tipos de violência: abuso físico ou maus-tratos físicos, em que há uso de força física provocando ferimentos, dor, incapacidades ou morte; abuso ou maus-tratos psicológicos, que correspondem a maus-tratos verbais como intimidação com gritos e ameaças, humilhação, e não verbais, como isolamento, desprezo e hostilidade[13]; negligência, na qual ocorre recusa ou omissão por parte do responsável pelo cuidado do idoso; autonegligência, quando há negação ou fracasso em prover o cuidado adequado a si; abandono, que consiste na ausência de assistência por parte do responsável; abuso financeiro, em que ocorre a exploração não consentida ou ilegal de recursos da pessoa idosa; e abuso sexual[14].

A esses tipos de violências, o Centro Nacional de Abuso do Idoso, nos Estados Unidos, inclui a violência médica. Esta se refere a tratamento ou procedimentos médicos desnecessários devido à idade, como, por exemplo a realização de mamografia em maiores de 85 anos[15]

Especificidade do tema na pandemia

A violência contra o idoso torna-se especialmente preocupante diante da alta frequência e das repercussões que impõe para as condições de vida e de saúde dos idosos, o que decorre, principalmente, da vulnerabilidade física, mental e social presente entre eles, da invisibilidade do problema, do fato de ocorrer no próprio domicílio e de ser praticada por pessoas próximas da vítima. Além disso, quando associada às condições impostas pela pandemia da COVID-19, agrava preocupações e suscita a necessidade de reflexões sobre o tema, com vistas a trazer à tona novas possibilidades de intervenções.

A COVID-19 tornou-se a pandemia do século XXI, mas ainda não se sabe ao certo como é a biologia e a transmissão deste vírus. Até o momento, sabemos que a mortalidade está sujeita a uma estimativa aproximada, que tem apresentado variação entre diferentes populações, mas ainda faltam esclarecimentos sobre os microrganismos e suas doenças associadas[16].

O enfermeiro, na sua função de cuidador, deve zelar pela saúde da população e por sua própria saúde, sendo a educação e a formação as melhores ferramentas para isso. Todavia, nota-se, em alguns países, pouco preparo dos sistemas de saúde para esta pandemia, em decorrência da falta de financiamento de saúde pública, escassez de equipamentos de proteção individual, déficit de pessoal, bem como limitações nos espaços e leitos para atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19[16].

Principais problemas identificados nas políticas públicas nos países da América Latina

A atenção primária ou comunitária é uma prioridade para a população mundial, de modo que os sistemas de saúde devem orientar suas ações para alcançá-la[17].

A cobertura universal de saúde significa que todas as pessoas deveriam ter acesso a sistemas e serviços de qualidade. Entretanto, no contexto atual de precariedade, onde as diferenças socioeconômicas estão aumentando e a pandemia da COVID-19 tem sido um exemplo severo e devastador, diferentes tipos de

violência contra idosos podem ser visíveis. As desigualdades sociais desvelam a violência presente na dificuldade de acesso à alimentação, à medicação e aos serviços de saúde.

A América Latina e o Caribe tornaram-se um dos focos da COVID-19, por suas estruturas de proteção social fracas, sistemas de saúde fragmentados e profundas desigualdades. A pandemia causará a pior recessão dos últimos 100 anos na região e estima-se que irá gerar uma contração de 9,1% do Produto Interno Bruto (PIB) regional em 2020. Isso pode fazer com que o número de pessoas que vivem na pobreza na América Latina aumente para 45 milhões (atingindo um total de 230 milhões de pessoas) e o de indivíduos em extrema pobreza para 28 milhões (atingindo um total de 96 milhões de pessoas), colocando-os em risco de desnutrição[17,18].

Antes da pandemia, o modelo de desenvolvimento da região já enfrentava sérias limitações estruturais: altos níveis de desigualdade sociais, limitações no balanço de pagamentos e exportações concentradas em setores de baixa tecnologia, que se manifestavam em recorrentes crises monetárias e de dívida. Havia, também, baixo crescimento, altos níveis de informalidade e pobreza, vulnerabilidade às mudanças climáticas e desastres naturais e perda de biodiversidade. Os indicadores sociais negativos foram - e continuam a ser - agravados por taxas extremamente altas de homicídio e violência[18].

A recuperação pós-pandemia deve ser uma oportunidade para transformar o modelo de desenvolvimento da América Latina e do Caribe, em consonância com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável[18].

Relatório da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) expõe a necessidade de articular as políticas de saúde com as econômicas e sociais, para as quais as primeiras devem ser acompanhadas de uma Renda Básica de Emergência, do Bônus Contra a Fome e da proteção ao setor produtivo. Afirma ainda que a construção deve incluir a consolidação de fórmulas de proteção social universais e integrais e de gastos públicos suficientes, eficientes, eficazes e equitativos[19].

Principais indicadores de violência a serem investigados

A atuação da enfermagem para identificar os sinais de violência deve estar direcionada ao idoso e sua família tanto no contexto do domicílio como na sua entrada no serviço de saúde [20,21]. Especialmente quando o idoso sofre violência psicológica, ele se mostra cabisbaixo, apático, se limita a responder poucas perguntas ou prefere que seu acompanhante ou cuidador as responda.

Considerando os diversos modos de se praticar violência contra a pessoa idosa, torna-se difícil reconhecer os seus sinais, uma vez que alguns podem ser confundidos com enfermidades e traumas comuns na velhice, tais como quedas, fraturas, entre outros. Ademais, a presença da máscara no rosto, atualmente de uso obrigatório, pode dificultar a visualização das expressões faciais tanto do idoso como de seu acompanhante.

Um dos indicadores essenciais de violência é a comunicação não verbal. Assim, o idoso pode demonstrar

medo do seu cuidador, comunicar-se visualmente com ele antes de responder a qualquer questionamento ou apresentar sinais de depressão. É comum o relato de culpa, de percepção de sobrecarga de trabalho para a família e de se considerar um obstáculo para os seus familiares. Atenção especial deve ser direcionada quando há recusa do familiar ou do cuidador para que o idoso fique a sós com o profissional de saúde.

Outrossim, em momento privativo, a pessoa idosa pode contar situações de violência financeira, como a pressão sofrida por parte de familiares, tais como condições forçadas para assinar documentos, realizar empréstimos bancários, resgate de aplicações financeiras, utilização do cartão eletrônico para sacar aposentadoria sem entregá-la ao idoso, furto ou desaparecimento de dinheiro e joias. Tal cenário pode comprometer a sua qualidade de vida, conduzindo-o a condições abaixo dos seus reais recursos monetários, impedindo-o de comprar roupas e alimentos do seu agrado, materiais de consumo próprio e até mesmo medicamentos[22].

Ambientes de negligência podem ser evidenciados também por meio da falta de higiene corporal, vestuário sujo ou rasgado, presença de odor de urina, lesões por pressão e sonolência por excesso de medicação. O peso corporal pode apresentar-se abaixo do normal, com sinais e sintomas de desnutrição e desidratação[20].

A violência física, mais perceptível, é comprovada pela existência de hematomas em diferentes fases e em diversas partes do corpo, marcas de queimadura de cigarro, rompimento da pele decorrente da força manual do agressor, quedas sucessivas, lesões musculoesqueléticas como fraturas, luxações ou entorses, sinais de restrição da mobilidade, como marcas de cordas nos pulsos para contenção, procura frequente por serviço de saúde, próteses ou óculos quebrados[13].

Embora as quedas sejam eventos comuns entre idosos e, por esse motivo, na maioria das vezes, utilizadas como justificativas do acompanhante para a presença de hematomas na pessoa idosa, lesões no peito, pálpebras, pescoço e abdome geralmente não são resultado de quedas. Assim, o enfermeiro deve questioná-lo, bem como seu familiar, sobre as circunstâncias em que ocorreram as lesões e avaliar a consistência das respostas[13].

Outra situação que requer atenção especial é o idoso com demência, alteração cognitiva e dependência para as atividades cotidianas. Tais condições podem dificultar a identificação de sinais de violência. Alterações cognitivas limitam a comunicação e expressão da pessoa idosa, e a impedem de tomar qualquer iniciativa de denúncia. Já a dependência física pode gerar a dependência comportamental, ou seja, o medo de represálias e de denunciar o familiar. A autocensura e a vergonha podem levá-lo a aceitar a situação ou, ainda, a identificar o quadro como sendo de maus-tratos.

A literatura sobre o tema apresenta diversos instrumentos para identificação de violência contra o idoso destinados a cuidadores e profissionais de saúde e, apesar das diferenças entre eles, são considerados ferramentas para constatar os maus-tratos e as circunstâncias em que ocorrem, além de ajudarem na identificação do tipo de violência, seus sinais e agressores[23]. Entre os instrumentos aplicáveis a este

segmento populacional, destacamos o *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST), que busca identificar sinais de presença ou de suspeita de abuso; o *Vulnerability to Abuse Screening Scale* (VASS), para verificação do risco de um idoso sofrer violência doméstica tendo como base os domínios físico, psicológico, negligência e financeiro; e o *Caregiver Abuse Screen* (CASE), de autopreenchimento pelo cuidador. Este último é um instrumento simplificado para suspeição de violência e conta com questões sobre situações que remetem aos diferentes tipos de violência, entretanto não avalia abandono, autonegligência e violência sexual. Todos esses instrumentos estão adaptados para o português do Brasil[23].

Principais problemas identificados e intervenções de enfermagem

Diante da situação atual, o enfermeiro deve ser capacitado para identificar e prescrever estratégias que reduzam o risco de novas infecções e de situações de violência contra idosos no âmbito da atenção básica, de modo a contribuir para a redução da morbimortalidade associada.

ANAMNESE E EXAME FÍSICO: particularidades na identificação de situação de violência.

o Na entrevista:

o Proporcionar um momento privativo com o idoso, sem a presença do acompanhante, para que ele possa descrever seus sentimentos reais. Observar sua postura e atitudes, sua comunicação verbal e não verbal.

o Identificar fatores de risco, tais como relatos de infecção, hemorragias intestinais, desequilíbrio hidroeletrolítico, uso de sedativos, diuréticos, presença de constipação intestinal e controle de doenças crônicas.

o Por meio das respostas, identificar o tipo de violência ou os tipos de violência vivenciados pelo idoso.

o Investigar o tempo que a pessoa idosa permanece sozinha em casa, contato com filhos ou familiares.

o Avaliar os medicamentos em uso e sua adequação à prescrição médica, averiguar sinais de negligência medicamentosa.

o Avaliar ingesta alimentar e hídrica: horários, qualidade e quantidade dos alimentos e líquidos.

o Proporcionar condições para que o idoso relate eventuais situações de violência financeira.

o Estar atento aos sinais que podem levar a suspeitas e, posteriormente, confirmar ou não um caso de violência. Tais sinais incluem medo, insegurança ao responder às questões, baixa autoestima, depressão ou agitação, consultas perdidas; frequentes visitas ao serviço de emergência e outros sinais sugestivos de violência.

o Realizar a avaliação geriátrica abrangente ou ampla, indicada se o idoso apresentar multimorbidades ou vulnerabilidade – é possível avaliar as seguintes esferas:

o Funcionalidade

o Cognição

o Humor e depressão

o Sensorial

- Mobilidade/quedas
- Estado nutricional
- Suporte social

- No exame físico da pessoa idosa:
- Avaliar condições de higiene física e do vestuário, odor de urina ou odor fétido.
- Averiguar sinais de desidratação.
- Atenção especial à presença de lesões cutâneas no pescoço, na cabeça ou na zona ulnar do antebraço, que são regiões comuns de traumas físicos, uma vez que correspondem às áreas mais acessíveis.
- Verificar a presença de manchas de sangue em roupas íntimas, lesões e hematomas nas regiões genitais e mudanças repentinas no comportamento do idoso, que podem denotar violência sexual.

Nas situações de provável ou confirmada situação de violência contra o idoso[5]:

- Entrevistar o cuidador, confirmar a existência de maus-tratos. Observar a postura do acompanhante/familiar e o seu relato sobre o cotidiano na família em busca de sinais de negligência e abandono.
- Entrar em contato com o agente de saúde comunitário para obter informações adicionais. Os agentes comunitários são as pessoas que mais possuem informações sobre os casos de violência, por estarem em maior contato com a comunidade, sendo capazes de identificar as situações conflitantes.
- Oferecer apoio ao cuidador por meio de assistência psicológica, programas de cuidador substituto, visita domiciliar e manter acompanhamento.
- Realizar orientações para as pessoas idosas, familiares e cuidadores por meio de ações educativas.
- Diante da confirmação de situação de violência realizar notificação para o acompanhamento do caso em conjunto com o médico, psicólogo e demais profissionais da equipe.
- Realizar visita no domicílio e entrevistar demais residentes. Esta estratégia de cuidado possibilita ao enfermeiro e demais membros da equipe abordar e conhecer a realidade vivenciada por idosos nas suas residências. Permite ainda reconhecer a dinâmica familiar, o ambiente e, principalmente, os fatores de risco que tornam a pessoa idosa mais vulnerável à situação de violência. Além disso, favorece a identificação de recursos oriundos da própria residência e da comunidade, o que pode ajudar o enfermeiro e a equipe na elaboração de estratégias de identificação e de intervenção que atendam à saúde do idoso em suas diferentes dimensões.

No caso de idosos com COVID-19, devem ser fornecidas orientações para diminuir o risco de transmissão a outros familiares e à equipe de saúde, considerando as medidas de biossegurança indicadas (implementar a lavagem das mãos, o uso do álcool em gel, evitar espaços com muitas pessoas).

Na presença de familiares ou pessoas próximas contaminadas com o coronavírus, é preciso instituir estratégias de isolamento para evitar que o idoso tenha contato com a pessoa contaminada.

Estabelecer protocolos de prevenção de acordo com a realidade local, para diminuir contágios especialmente em populações mais vulneráveis, nas quais se enquadram as pessoas idosas.

Em locais onde atuam agentes comunitários de saúde, mantê-los como vínculo entre as famílias e a equipe. Neste caso, eles devem ser orientados a realizar visitas periódicas mantendo os cuidados necessários de distanciamento, uso de máscaras e, se necessário, luvas de procedimento.

O cuidado de enfermagem, portanto, deve estar voltado essencialmente para a detecção do problema, por meio da realização de anamnese e exame clínico, bem como para notificação da violência e adoção de medidas condizentes com cada situação, contando sempre com o envolvimento de uma equipe interdisciplinar.

As intervenções de enfermagem são contínuas. Com base na intervenção implementada e, por conseguinte, na avaliação dos resultados, o planejamento vai sendo alterado e as condutas e estratégias modificadas de acordo as necessidades identificadas. Trata-se de um processo sequente e individual, cabendo ao enfermeiro a detecção precoce e a promoção de intervenções, bem como a educação em saúde para os idosos e seus familiares.

A ação do enfermeiro da atenção básica é necessária para o planejamento e execução de medidas de prevenção, controle e tratamento, com o propósito de minimizar a carga da doença para o sistema de internação. São ações fundamentais, principalmente se considerarmos que grande parte dos idosos afetados pela COVID-19 serão pacientes com tratamento domiciliar, portanto sob risco maior de maus-tratos[19].
Dessa forma, consideramos imprescindível que os enfermeiros e demais integrantes da equipe de saúde realizem a internação domiciliar em tempo hábil, assim como elaborem protocolos diante dos problemas, apoiados em programas voltados para a pessoa idosa e seus familiares.

Por fim, enfatizamos a importância da formação profissional permanente dos trabalhadores de enfermagem e fazemos um apelo aos governos nacionais e locais, para que ampliem os recursos alocados à saúde pública.

O cuidado oferecido ao idoso vítima de violência em tempos de pandemia reveste-se de grande complexidade, uma vez que, não raro, é cometida pelos próprios familiares. Além disso, no atual momento, os conflitos tendem a aumentar pela necessidade de permanência no domicílio.

Os elementos desencadeadores de situações de violência são complexos e compreendê-los exige atenção contínua, especialmente agora, durante a pandemia. Na maioria das vezes, há razões interpessoais, mas também influência de fatores macroestruturais (desemprego), comunitários (isolamento social prolongado) e individuais (alcoolismo, sobrecarga de trabalho, dependência funcional), os quais interagem entre si e se retroalimentam[5].

CONSIDERAÇÕES FINAISs

A população idosa é vulnerável tanto à COVID-19 quanto à violência. Neste caso, o confinamento domiciliar pode ser um desencadeador de atritos interpessoais, especialmente quando adicionado a fatores de risco, tais como idosos como algum grau de dependência funcional e cognitiva e estresse do cuidador.

O momento do atendimento de enfermagem na atenção primária é essencial para o enfermeiro, pois permite que ele identifique sinais de violência e inicie os procedimentos de planejamento e intervenções de enfermagem que visem alterações benéficas e evitem o agravamento da situação.

REFERÊNCIAS

1. Hammerschmidt KSA, Bonatelli LCS, Carvalho AA. Path of Hope in Relationships Involving the Elderly: Look at Complexity Under Covid-19 Pandemic. Texto & Contexto Enfermagem 2020. DOI: **https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.281**

2. Elman A, Breckman R, Clark S, et al. Effects of the COVID-19 Outbreak on Elder Mistreatment and Response in New York City: Initial Lessons. J Appl Gerontol. 2020;39(7):690-699. DOI: 10.1177/0733464820924853

3. Engstrom E, Melo E, Giovanella L, Mendes A, Grabois V, Mendonça MHM. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. Observatório Covid-19 (Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde). Fiocruz, maio 2020. Available from: https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-covid-19

4. World Health Organization [Internet]. Washington DC. 2020. Centre for desease control (2020). COVID-19 Resources for Schools, Students, and Families. Available from: http://www.ed.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-orevention/olderadults

5. Almeida CAPL, Silva Neto MC, Carvalho FMFD, Lago EC. The aspects related to violence against elderly: nurse's perception from the family health strategy. Rev Fund Care Online. 2019;11(n.esp):404-410. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i2.404-410

6. Bittencourt P, Silva MA. Violência verbal contra idosos: palavras e silêncio marcados pela dominação. Rev Pretextos. 2018;3(6):622-640. [cited 2020 Jan 31]. Available from: http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15938

7. Leite MTS, Figueiredo MFS, Dias OV, Vieira MA, Souza LPS, Mendes DC. Reports of violence against women in different life cycles. Rev. Latinoam. Enferm. Ribeirão Preto, 2014;22(1):85-92. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-1169.3186.2388.

8. Santos AJ, Nunes B, Kislaya I, Gil AP, Ribeiro O. Older adults' emotional reactions to elder victimisation determinants. Health and Social Care in the community. 2018;27(3):1-12. DOI: https://doi.org/10.1111/hsc.12673

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. [cited 2017 Jun. 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf

10. International Network For The Prevention Of Elder Abuse (INPEA). Reports on elder abuse prevention from

around the world 2009. Worcester: INPEA, 2009. Available from: https://sites.google.com/a/nicenet.ca/weaad2009/inspiration-stories

11. Dias I, Lopes A, Lemos R. O Abuso de Pessoas Idosas: Definições e Controvérsias. In: Paulino M, Costa D. (coords.). Maus-Tratos a Pessoas Idosas. Lisboa: Pactor; 2019. p.19-34.

12. World Health Organization. Missing voices: views of older persons on elder abuse [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002. 24p. Available from: https://www.who.int/ageing/publications/missing_voices/en/

13. Almeida IFS, Santos CL dos, Vieira DN. Abuso de idosos e o papel dos profissionais de saúde. Rev Port Med Geral Fam 2020;36:24-34. DOI: https://orcid.org/0000-0003-0948-8754

14. Oliveira KSM, Carvalho FPB, Oliveira LC Simpson CA, Silva FTL, Martins AGC. Violence against the elderly: the conceptions of nursing professionals regarding detection and prevention. Rev. Gaúcha Enferm. 2018;39:e57462 [cited 2020 May 15]. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462

U.S. Department of Health and Human Services

15. , Administration for Community Living. La clasificación diseñada por el National Center on Elder Abuse [Internet]. Washington DC. 2020. National Center on Elder Abuse (NCEA). [cited 2020 Jul 14]. Available from: https://ncea.acl.gov/

16. Rodríguez MP. COVID-19: La urdimbre del cuido. Rev. Rupturas. Costa Rica. 2020;10:27-32. Available from: https://revistas.uned.ac.cr/index.php/rupturas/article/view/2920

17. Equipe Forbes [Internet]. Republica Dominicana 2020. World Health Organization. La pandemia disparará pobreza y desigualdad en Latinoamérica: ONU. [cited 2020 Jun 24]. Available from: https://forbescentroamerica.com/2020/07/09/la-pandemia-disparara-pobreza-y-desigualdad-en-latinoamerica-onu/

18. World Health Organization [Internet]. Geneva. 2020. Informe: Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Latin America and the Caribbean. [cited 2020 Jun 24]. Available from: https://reliefweb.int/report/world/informe-el-impacto-del-covid-19-en-am-rica-latina-y-el-caribe-julio-2020

19. Informe: COVID-19 CEPAL-OPS 30 de Julio de 2020 Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Orbe. Prensa Latina Agenda Informativa Latinoamericana S.A. ISSN1608-1838. La salud es lo primero por Rafael Calcines. p. 3.

20. Almeida CAPL, Neto MCS, Carvalho FMFD, et al. The Aspects Related to Violence Against Elderly: Nurse's Perception from the Family Health Strategy. Rev Fund Care. 2019;11(n.esp):404-410. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.404-410.

21. Mendes NCS, Gonçalves MCS, Vinha ECM. Assistência de enfermagem frente as vítimas de violência doméstica na cidade de João Pinheiro – MG: estudo de caso em um hospital público. Scientia Generalis. 2020;1(3):20-36, [cited 2020 Sep. 3]. Avaolable from: http://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/v1n3a2

22. Azevedo CO, Silva TASM. Cuidados de Enfermagem para detecção de violência contra idosos. Revista Pró-Universus.. 2019;10(1):55-59. DOI: https://doi.org/10.21727/rpu.v10i1.1651

23. Freitas MGC, Araújo KR, Costa KAF, Santana RP. Análise de instrumentos quantitativos na investigação da violência doméstica contra os idosos: uma revisão bibliográfica. Braz. J. Hea. Rev. 2019;2(4):2386-2396. Available from: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1745

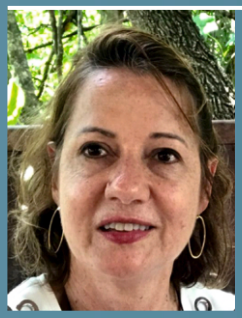
24. São Paulo. Secretaria da Saúde. Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.

16

O CUIDADO AO IDOSO COM HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19

Renata Karina Reis
Brasil

Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha-Oliveira
Portugal



Elucir Gir
Brasil

Gessyca Cavalcante de Melo
Brasil

Marli Teresinha Gimeniz Galvão
Brasil

Patrícia Mardy Ruiz Pizarro
Perú

16 - O CUIDADO DO IDOSO COM HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19

Renata Karina Reis
ORCID: 0000-0002-0681-4721
Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha-Oliveira
ORCID: 0000-0001-8399-8619
Elucir Gir
ORCID: 0000-0002-3757-4900
Gessyca Cavalcante de Melo
ORCID: 0000-0002-6774-857X
Marli Teresinha Gimeniz Galvão
ORCID: 0000-0003-3995-9107
Patrícia Mardy Ruiz Pizarro
ORCID:0000-0003-3689-044X

RESUMO

Introdução: O número de idosos vivendo com HIV/aids é crescente, pois o diagnóstico precoce, o cuidado em saúde e um melhor acompanhamento direcionado têm possibilitado aumento da sobrevida para essas pessoas. **Objetivo:** Oportunizar conhecimentos sobre a sistematização do cuidado de enfermagem para o idoso com HIV na vigência da COVID-19. **Desenvolvimento do tema:** Epidemiologia e diferentes aspectos do idoso com HIV foram incluídos para nortear o entendimento da necessidade do Enfermeiro desenvolver uma assistência sistematizada, que permita validar os achados da anamnese, identificar problemas, definir diagnósticos de enfermagem, planejar e implementar ações de enfermagem e acompanhar a evolução do paciente no serviço. Ações gerenciais do Enfermeiro como uso de novas tecnologias em saúde para obter informações e oferecer ajuda são medidas rápidas e resolutivas, que reduzem a visita dos idosos ao serviço ou, ao menos, permitem que eles permaneçam o menor tempo possível na unidade de saúde. Além disso, essas medidas adaptam o ambiente para garantir a redução do risco de propagação do SARS-COV-2. **Conclusões finais**: O enfermeiro que atua na Atenção Primária à Saúde desempenha papel fundamental no enfrentamento do HIV em tempos de COVID-19, implementando ações gerenciais, preventivas ou assistenciais para o idoso que vive com HIV/aids.

Descritores: SARS-COV-2; Idoso; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Processo de enfermagem.

Introdução

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) ainda é um desafio mundial. Em 2018, a prevalência de HIV e aids no mundo era de 37,9 milhões, com incidência de 1,7 milhão e mortalidade de 770 mil. Neste mesmo período, houve uma mudança no perfil das pessoas contaminadas, sendo que mais da metade das novas infecções pelo HIV atingiram populações-chave (trabalhadores de sexo, usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas transgêneros e pessoas privadas de liberdade) e suas parcerias. Globalmente, a incidência entre mulheres jovens, entre 15 e 24 anos, diminuiu em 25% no período de 2010 a 2018[1].
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf

A América Latina enfrenta muitos desafios, inclusive o dramático aumento das migrações por incertezas sociopolíticas. A cobertura e o tratamento da infecção pelo HIV reduziram drasticamente na Venezuela, e as pessoas que vivem com HIV (PVHIV) neste país têm emigrado para outros em busca de tratamento[1]. A proporção de PVHIV que conhecem o seu estado sorológico nesta região é estimada em 1,9 milhão (1,6 a 2,4 milhões). Este valor representa um aumento de 80% (62 a 95%) em 2018, acima dos 75% (58 a 95%) em 2017 e dos 70% (53 a 89%) em 2015[1].

Estimativas avaliam que, na América Latina, em 2018, 100 mil pessoas (79 mil a 130 mil) tenham adquirido HIV, o que representa um aumento de 7% na comparação com o ano de 2010. Neste intervalo, aproximadamente metade dos países da região registraram aumento da incidência, sobretudo no Brasil (21%), Costa Rica (21%), Bolívia (22%) e Chile (34%), ao mesmo temo em que outros verificaram diminuição, tais como El Salvador (-48%), Nicarágua (-29%) e Colômbia (-22%)[1].

De um modo geral, o número anual de mortes associadas à aids na região diminuiu 14% entre 2010 e 2018, com um total de 35 mil (25 a 46 mil) óbitos estimados apenas em 2018 por causas relacionadas a esta doença. A relação entre incidência e prevalência na região continua em decréscimo, atingindo 5,4% (4,1 a 6,8%) em 2018[1].

Existem diferenças significativas entre os países quanto à disponibilidade dos dados a respeito do tamanho da população-chave. Em virtude da alta prevalência e incidência de HIV em HSH e pessoas transgêneras, os sistemas nacionais de informação de saúde devem ser reforçados e expandidos, para favorecer a obtenção de dados globais mais fidedignos sobre essas populações[1].

Há inúmeros obstáculos para o alcance das metas 90-90-90 da região, alguns relacionados com a oferta de cuidados após o diagnóstico. O diagnóstico tardio também continua sendo um desafio na América Latina, identificado em aproximadamente 40% das pessoas diagnosticadas com uma contagem de CD4 $<350/mm^3$ em 12 de 14 países[1].

OBJETIVO

Oportunizar conhecimentos sobre a sistematização do cuidado de enfermagem para o idoso com HIV na vigência da COVID-19.

Desenvolvimento do tema

Com os avanços proporcionados pela terapia antirretroviral (TARV), foi possível transformar a infecção pelo HIV em uma doença crônica controlável. Assim, as pessoas diagnosticadas passaram a apresentar maior expectativa de vida e melhor qualidade devido à capacidade de manutenção da carga viral plasmática em níveis indetectáveis e pela possibilidade de controle imunológico[2].

O número de idosos vivendo com HIV/aids também é crescente, em decorrência de maiores facilidades e acessos para novos diagnósticos, bem como pelo aumento da sobrevida por um melhor manejo da doença[2]. Atualmente, há 4,2 milhões de pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV no mundo, cerca de 13% a 15% delas na América Latina e Caribe[3]. Essa região foi a que apresentou uma das maiores e mais rápidas taxas de crescimento de HIV nesta faixa etária, o que traz implicações importantes para o cuidado em saúde desta população.

Com o acometimento da infecção por HIV em idosos e, paralelamente, a maior longevidade das PVHIV, temos observado também prevalência maior de comorbidades crônicas e condições geriátricas. e o aumento da longevidade das PVHIV, observa-se maior prevalência de comorbidades crônicas e condições geriátricas[4] que parecem se desenvolver de forma mais precoce quando comparadas à população da mesma faixa etária que não possui o vírus[5].

Assim, o aumento da multimorbidade como doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, doenças renais, disfunção cognitiva, depressão e osteopenia são mais frequentes entre as PVHIV. Algumas dessas comorbidades podem ser induzidas ou agravadas pela TARV[6]. A síndrome da fragilidade, caracterizada por uma maior vulnerabilidade a fatores ambientais e menor reserva fisiológica, comum em pessoas de idade avançada, também está frequentemente associada às PVHIV[6].

Essas comorbidades sugerem que as PVHIV sofrem de envelhecimento acelerado, sendo a senescência celular ocasionada em resposta ao estresse um possível contribuinte para esse fenômeno[7]. Por sua vez, os fatores de estresse associados à infecção do HIV podem ser explicados pela ativação constante do sistema imunológico causada pela própria atividade viral no organismo ou pelos efeitos do uso dos antirretrovirais (ARV) a longo prazo[8], o que pode acarretar maior risco de resultados adversos à saúde, o que inclui quedas, mobilidade reduzida, menor independência para atividades básicas e instrumentais de vida diária, menor qualidade de vida, hospitalização, incapacidade e morte[9].

As PVHIV também desenvolvem síndromes geriátricas mais precocemente que pessoas não infectadas[10]. Essas síndromes geriátricas contemplam uma ampla variedade de processos de doenças que incluem quedas, incontinência urinária, dificuldade com as atividades da vida diária, marcha lenta, déficits sensoriais como perda de audição e visão e deficiência neurocognitiva[10].

A infecção pelo HIV e seus impactos na saúde física e mental

Pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV têm um processo inflamatório crônico em seu organismo em função do vírus, com ativação imunológica. Além disso, há translocação microbiana intestinal e alterações funcionais, tornando-as mais susceptíveis ao surgimento de outras patologias, o que evidencia um estímulo para a aceleração do envelhecimento em comparação com os indivíduos não infectados pelo HIV, com consequentes efeitos na qualidade de vida.

A infecção pelo HIV, por ser um doença crônica, requer muitos ajustes na vida para o autocuidado das PVHIV. Particularmente entre os idosos que vivem com o HIV, essas mudanças e adaptações podem afetar sua qualidade de vida, além de favorecer o aumento de incapacidades físicas e morbidades, como as doenças psiquiátricas, perda de parceiros e amigos, isolamento e estigma[10].

Idosos vivendo com HIV durante a pandemia da COVID-19

Recentemente, em dezembro de 2019, uma nova doença foi acrescentada a esses estressores experienciados por idosos que vivem com o HIV. Causada pelo coronavírus, a COVID-19 trouxe impactos e desafios para o setor saúde mundial[11].

A pandemia emergiu rapidamente como uma ameaça significativa à saúde pública. O maior grau de morbidade e mortalidade foi observado em idosos e indivíduos com condições de saúde crônicas subjacentes, incluindo pessoas com sistema imunológico comprometido[12].

Embora os fatores, combinações de fatores subjacentes e condições que determinam a gravidade da COVID-19 estejam sob investigação, disfunção do sistema imunológico e outras condições crônicas concomitantes suscitam preocupações pelo potencial de maior gravidade[12]. As PVHIV podem adquirir a COVID-19 e serem amplamente afetadas com risco de doença e progressão semelhante às pessoas com HIV-negativo. A presença de multimorbidade e idade avançada parecem ser os fatores importantes para morbidade grave e mortalidade com coinfecção COVID-19-HIV[13].

Com o início da pandemia da COVID-19 na América Latina, os serviços de saúde tiveram que direcionar seus esforços para atender uma demanda cada vez maior de pacientes suspeitos ou com infecção pelo SARS-CoV 2, alterando e até mesmo interrompendo o atendimento de rotina dos pacientes, inclusive daqueles que vivem com o HIV. Ainda, as medidas de prevenção como distanciamento físico ou isolamento social recomendadas pela OMS, embora essenciais para prevenir e conter a disseminação do SARS-CoV-2, podem gerar potenciais dificuldades às PVHIV para o acesso à TARV e manutenção da adesão ao tratamento[14].

Ademais, tais medidas podem adicionar um fardo às PVHIV, em especial para as mais velhas, que já

Essas condições de saúde que se reforçam mutuamente constituem uma sindemia para as PVHIV (quando duas ou mais epidemias interagem sinergicamente para produzir um aumento da carga de doenças em determinada população)[15].

Processo de cuidar do idoso com HIV na Atenção Primária à Saúde

Este cenário apresenta alguns desafios e cuidados específicos são necessários para prevenção do desenvolvimento ou da progressão dessas comorbidades e de outros problemas psicossociais que podem constituir agravos à saúde à medida que o indivíduo com HIV envelhece.

O processo de enfermagem (PE) é uma ferramenta metodológica que orienta o cuidado profissional de enfermagem. Deve ser pautado em um referencial teórico e consiste em cinco etapas inter-relacionadas: Histórico, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação. O rigor para a realização de todas as etapas depende de boas habilidades do enfermeiro e de dados factuais, relevantes e abrangentes[16].
Nas instituições de saúde em serviços ambulatoriais, o Processo de Enfermagem corresponde à Consulta de Enfermagem[17]. Assim, o enfermeiro pode diagnosticar as necessidades do paciente, prescrever os cuidados e, posteriormente, avaliar as intervenções junto com o idoso, tendo a oportunidade de desenvolver ações que estimulem o autocuidado e a melhoria da qualidade de vida das PVHIV[17].

No cuidado às PVHIV, a Teoria de Orem, também conhecida como Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, é um referencial válido que pode ser adotado para sistematização da assistência de enfermagem, sendo utilizado em estudo com PVHA[17]. Esta teoria tem como finalidade identificar déficit de autocuidado do indivíduo, o que é fundamental para a manutenção da saúde do idoso vivendo com HIV/aids.

Considerando que os idosos que vivem com o HIV apresentam multimorbidades crônicas que aumentam sua vulnerabilidade e ampliam suas possibilidades de maior incapacidade funcional, destacamos a necessidade de efetivar uma assistência à saúde para esta população que vise à manutenção da funcionalidade, à independência e à autonomia tanto quanto possível[18].

O enfermeiro, no que se refere às ações referentes à saúde do idoso na atenção primária à saúde, tem um amplo espaço de atuação profissional. Ele pode atuar tanto por meio da consulta de enfermagem, no consultório ou no domicílio, como mediante a promoção e desenvolvimento de atividades de educação em saúde individuais ou coletivas[18].

Um dos benefícios da consulta de enfermagem é favorecer a identificação oportuna da infecção pelo HIV, uma vez seu diagnóstico tende a ser tardio em pessoas mais velhas quando comparadas aos mais jovens. Isso acontece porque os sintomas desta infecção podem ser confundidos com os de outras doenças comuns entre os idosos ou porque os profissionais de saúde não consideram que esta população apresenta alto risco de infecção pelo HIV[19].

O enfermeiro também pode aproveitar a consulta de enfermagem agendada para manejo das

vivenciadas pelas PVHIV para implementar intervenções com enfoque na promoção/manutenção da saúde, prevenção de doenças ou no restabelecimento do autocuidado. Tais ações devem ser direcionadas às necessidades dessas pessoas e incluir aspectos relevantes que envolvam prevenção, diagnóstico e manejo da COVID-19.

Coleta de dados

A coleta de dados do idoso que vive com o HIV deve iniciar pela anamnese abrangente, o que inclui triagem para hipertensão, obesidade, sintomas respiratórios, além de outros aspectos relevantes para o cuidado integral, tais como história sexual, relacionamentos afetivo-sexuais, métodos de prevenção das IST, tabagismo, uso de álcool e outras substâncias, bem como dados referentes ao suporte social recebido pela família e rede de apoio.

O uso de instrumentos e escala válidas também é útil e pode auxiliar o enfermeiro na identificação de potenciais problemas de enfermagem. Um exemplo é a Escala de Depressão Geriátrica. (https://www.msdmanuals.com/medical-calculators/GeriatricDepression-pt.htm).

Outro aspecto relevante para a avaliação do enfermeiro refere-se à investigação dos medicamentos utilizados pelo idoso. A presença de múltiplas comorbidades favorece o uso de muitos medicamentos e, com risco, aumenta a chance de reações adversas e prejuízos à adesão. A adesão à terapia antirretroviral também é um aspecto relevante e central na assistência a esta população. A adesão à TARV consistente melhora os resultados de saúde a longo prazo, mas os idosos tornam-se mais vulneráveis quando há interrupções no tratamento devido à pandemia da COVID-19[15]. Desse modo, o monitoramento da adesão à TARV é altamente recomendado pelas organizações de saúde e os principais métodos são: autorrelato por entrevista, contagem de comprimidos, recarga em farmácia e sistema de monitoramento de eventos de medicação. Monitorar a adesão à TARV do idoso é uma forma desafiadora, mas fundamental para identificar aqueles com baixa adesão.

Embora haja diferenças importantes nas características socioculturais entre os países da América Latina e do Caribe, ainda existem desigualdades semelhantes que podem atuar como barreiras para o tratamento do HIV. Assim, a avaliação da adesão é um processo imprescindível do enfermeiro.

Para a coleta de dados, o enfermeiro deve realizar o exame físico, o qual é de grande valia para a assistência, pois permite validar os achados da anamnese, identificar problemas, definir diagnóstico de enfermagem, planejar e implementar ações de enfermagem e acompanhar a evolução do paciente[20].

O exame físico, composto pelas semiotécnicas de inspeção, palpação, percussão e ausculta, possibilita a identificação de anormalidades, sinais objetivos e verificáveis que possam conter informações sobre os problemas de saúde significativos para a identificação dos diagnósticos de enfermagem. Nesse sentido, ele fornece subsídios essenciais para o planejamento da assistência[20].

Na coleta de dados, o enfermeiro deve conhecer o padrão de normalidade do funcionamento físico, psicológico e social,considerando as diferenças de desenvolvimento, alterações e manifestações do

adoecimento nos diferentes grupos etários. Para tanto, é necessário que ele reconheça as especificidades da avaliação clínica do idoso.

Fundamental também conhecer as alterações fisiológicas e emocionais do envelhecimento e saber diferenciá-las das patológicas. Isso porque, não raro, a apresentação dos sinais e sintomas ocorre de forma atípica no idoso, ou seja, de forma diferente ao observado nos adultos.

Como em toda doença incurável, porém manejável, viver com HIV/aids exige ajustes ao longo da vida para o autocuidado. Idealmente, isso inclui o uso ininterrupto de medicamentos, visitas regulares aos serviços de saúde para realização de exames de monitoramento e consultas com equipe multiprofissional, adoção de hábitos de alimentação saudável, prática de exercícios físicos, enfrentamentos de impactos emocionais e sociais causados pelo estigma da condição e mudanças comportamentais para prevenção de outras infecções. Considerando esses aspectos, elaboramos os seguintes diagnósticos de enfermagem:

Diagnóstico de Enfermagem de idosos vivendo com o HIV/aids, segundo a NANDA-I [(21).]

Diagnóstico de Enfermagem	**Definição**
Ansiedade	Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.
Síndrome do idoso frágil	Estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o idoso que passa por deteriora ção em um ou mais domínios de saúde (físico, funcional, psicológico ou social) e leva ao aumento da suscetibilidade a efeitos de saúde adversos, em particular a incapacidade.
Conhecimento deficiente	Ausência de informações cognitivas ou de aquisição de informações relativas a um tópico específico.
Comportamento de saúde propenso a risco	Capacidade prejudicada de modificar o estilo de vida e/ou as ações de forma a melhorar o nível de bem-estar.
Controle ineficaz da saúde	Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar metas específicas de saúde.
Disposição para controle da saúde melhorado	Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para o tratamento de doenças e suas sequelas que pode ser melhorado.
Manutenção ineficaz da saúde	Incapacidade de identificar, controlar e/ou buscar ajuda para manter o bem -estar.
Risco de infecção	Vulnerável à invasão e multiplicação de organismos patogênicos, que podem comprometer a saúde.

Após a identificações dos diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro faz o planejamento da assistência, elencando os resultados esperados e elaborando as intervenções de enfermagem. A seguir, elencamos as intervenções de enfermagem que podem ser realizadas pelo enfermeiro, baseadas na taxonomia da Nursing Inteventions Classifications (NIC)[22] e outras referências.

Intervenções de Enfermagem para o idoso que vive com o HIV

Avaliação da SAÚDE (6520)
Obter o histórico de saúde, conforme apropriado, inclusive a descrição dos hábitos de saúde, dos fatores de risco e dos medicamentos.
Utilizar instrumentos de avaliação de saúde válidos e confiáveis.
Realizar exame físico.
Aconselhar o paciente com achados anormais sobre alternativas de tratamento ou necessidade de outras avaliações.
Encaminhar o paciente a outros provedores de cuidado de saúde, se necessário.
Redução da ANSIEDADE (5820)
Identificar mudanças no nível de ansiedade.
Ajudar o idoso a identificar situações que precipitam a ansiedade.
Orientar o idoso sobre o uso de técnicas de redução da ansiedade (por exemplo, relaxamento, respiração profunda, meditação, apreciar a natureza).
Auxiliar o idoso a fortalecer as habilidades de resolução de problemas. Oriente sobre as estratégias lógicas que pode usar ao vivenciar sentimentos de ansiedade. Instrua o idoso sobre o uso adequado de medicamentos ansiolíticos prescritos.
Estimular o idoso a praticar atividade física, optando por alguma de sua preferência.
Auxiliar o idoso a identificar e realizar alguma atividade prazerosa, que proporcione bem-estar e o ajude a lidar com os efeitos negativos de perda de funcionalidade, tais como atividades manuais, cultivo de horta ou jardim, ouvir música, praticar jogos de mesa (quebra-cabeça, palavras cruzadas), ler um livro ou aprender algo novo.
Orientar o idoso a praticar e a exercitar a sua fé.
Educação em SAÚDE (5510)
Determinar os conhecimentos de saúde, comportamentos e estilo de vida atuais dos idosos que vivem com HIV.
Elaborar um plano de educação em saúde com enfoque no conhecimento, comportamento e estilos de vida saudáveis, que favoreça a adesão ao tratamento, a preservação do sono e repouso, alimentação saudável.
Explicar sobre os sinais e sintomas e formas de transmissão da COVID -19.[23]
Ensinar como higienizar as mãos com água e sabão (por 40 a 60 segundos) ou utilizando álcool em gel (por 20 a 30 segundos) [23]
Ensinar o idoso a usar, armazenar e limpar a máscara de tecido.

Orientar o idoso a realizar etiqueta respiratória, cobrindo a boca e o nariz com um cotovelo flexionado ou lenço de papel ao tossir ou espirrar [23]
Orientar o idoso a evitar contato próximo com qualquer pessoa que tenha febre ou tosse.
Orientá-lo a limpar e desinfetar com álcool a 70% objetos e superfícies tocados com frequência por outras pessoas. [23]
Orientar o idoso a manter contato social com familiares e amigos mesmo à distância. [23]
Orientar o idoso em caso de sintomas da COVID -19 a procurar atendimento médico, conforme protocolo do serviço de saúde. [23]
Orientar o idoso com quadro leve de suspeita ou diagnóstico de COVID -19 a realizar o isolamento domiciliar. [23]
Proteção contra INFECÇÃO (6550)
Orientar o idoso sobre as me didas de prevenção de infecções.
Avaliar a cobertura das vacinas do idoso.
Garantir a completude das vacinas recomendadas para as pessoas que vivem com o HIV.
Orientar o idoso a manter um padrão de sono reparador.
Ensinar sobre a terapia antirretroviral e estratégias para adesão.
Ensinar e monitorar a supressão virológica.
Orientar sobre reações adversas.
Ensinar o paciente e a família sobre os sinais e sintomas de infecção e sobre o momento de informá-los ao profissional de saúde.
Monitorar o uso da terapia preventiva para tuberculose.
Monitorar o uso da terapia preventiva para outras infecções oportunistas.
Ensinar sobre o uso de preservativo e outros métodos de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.
Reforçar os riscos do abandono da terapia antirretroviral.
Garantir a continuidade do atendimento nas referências e contrarreferências do paciente que é transferido para outro serviço de saúde.

Para aqueles indivíduos dependentes que apresentam dificuldade no seu funcionamento, o objetivo é diminuir a dependência e, se possível, restabelecê-la. Para tanto, elaboramos um plano de cuidado que envolve o idoso, a família e seu cuidador e propomos as intervenções a seguir, segundo a NIC[22].

Intervenções de Enfermagem para o idoso dependente que vive com o HIV

Assistência no AUTOCUIDADO (1800)
Avaliar a capacidade do idoso realizar as atividades instrumentais da vida diária para identificar o autocuidado.
Orientar o cuidador do idoso a adaptar o ambiente para torná -lo mais seguro. Isso inclui a retirada de tapetes, que podem favorecer quedas, a colocação de barras de apoio, corrimãos, pisos antiderrapantes e rampas.
Monitorar a necessidade do paciente utilizar dispositivos de adaptação para higiene pessoal, colocação da roupa, cuidado com a aparência, higiene íntima e alimentação.
Orientar o cuidador para a prevenção de lesões por pressão, com mudança de decúbito frequentemente de posição, uso de colchão e/ou almofada tipo caixa de ovo ou de ar e proteção das proeminências ósseas com almofadas ou travesseiros macios. Os pés precisam ser elevados.
Elaborar, juntamente com o cuidador, um Plano de Medicação Diária, que planeje a administração de fármacos em horários padronizados quando necessário, como por exemplo café da manhã, almoço e jantar. Fazer uma lista do que pode ou não ser fornecido ao idoso no mesmo horário simultaneamente. Para facilitar, evite, sempre possível, administrar medicamentos durante a madrugada.
Ensinar o idoso e/ou cuidador sobre estratégias que facilitem a administração de medicamentos, como o uso de caixas divididas em compartimentos, para organizar os medicamentos de acordo com os respectivos horários de administração.

Ações gerenciais para os serviços de Atenção Primária à Saúde

Em tempos de pandemia, o crescimento exponencial do número de usuários de telefones celulares na América Latina oferece um espaço digital para indivíduos e serviços de saúde fornecerem suporte psicossocial e mensagens de adesão à TARV. Dessa forma, os profissionais de saúde podem, via mensagens de texto por celular, conduzir avaliações de saúde, orientações e suporte aos idosos mesmo durante a pandemia. Isso permite cumprir as medidas de isolamento social e reduzir a circulação e exposição de indivíduos nos serviços de saúde, sem deixar de garantir a continuidade do cuidado. Trata-se de uma medida especialmente importante para os idosos mais vulneráveis ao SARS-COV-2, que são aqueles com contagem de linfócitos T – CD4 inferior a 500 células/ml.

As consultas presenciais também podem ser espaçadas, sempre que as condições clínicas permitirem, e diante de um histórico de seguimento e tratamento regular dos pacientes. Os serviços também podem atuar na organização para a oferta de imunização desse público para Influenza e Pneumococos, independentemente da contagem de linfócitos TCD4, com o objetivo de reduzir a quantidade de

pessoas sintomáticas respiratórias. Medidas rápidas e resolutivas devem fazer parte do esforço das equipes para que os idosos permaneçam o menor tempo possível na unidade de saúde. Ofertas de testagem para diagnóstico e ações para acolhimento de casos recém-diagnosticados não devem ser interrompidas. O ambiente deve estar adaptado para reduzir o risco de propagação do SARS-COV-2.

Avaliação

Após a implementação das intervenções de enfermagem, o enfermeiro deve realizar a avaliação, a qual consiste em acompanhar as respostas do idoso aos cuidados prestados pelo enfermeiro e equipe de enfermagem, a fim de avaliar se os resultados foram alcançados ou se é necessário rever ou adaptar as estratégias. Esta avaliação deve ser realizada a cada encontro com o idoso, família e/ou cuidador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da COVID-19 pode ter levado a interrupções na prestação de serviços para as pessoas vivendo com HIV, com impactos negativos na adesão ao tratamento e na atenção integral à saúde desta população. Viver com uma doença crônica como a infecção pelo HIV requer importantes adaptações na vida das PVHIV, bem como envolvimento regular com o sistema de saúde para manter a avaliação da saúde, acesso e adesão à TARV, em busca de alcançar a supressão viral, suporte e apoio psicossocial.

No entanto, a chegada da COVID-19 adicionou um problema às PVHIV, em especial às mais velhas, uma vez que já vivenciam elevadas taxas de multimorbidades, solidão e isolamento social, que comprometem sua saúde e bem-estar. Além disso, a atual pandemia também impôs significativos desafios aos serviços e profissionais de saúde.

As pessoas mais vulneráveis à COVID-19 podem ser PVHIV que desconhecem o seu diagnóstico ou que ainda não recebem a TARV. Assim, a manutenção dos serviços de saúde com enfoque nos testes e tratamentos é uma importante resposta para o enfrentamento da COVID-19, pois protege as PVHIV.

O enfermeiro que atua na atenção primária à saúde desempenha papel fundamental no enfrentamento desta pandemia, implementando ações gerenciais, preventivas ou assistenciais ao idoso que vive com o HIV/aids. A consulta de enfermagem garante a autonomia do enfermeiro para prestar cuidado individualizado e de forma efetiva, centrado nas necessidades do idoso com HIV.

REFERÊNCIAS

1- UNAIDS. UNAIDS DATA 2019. [Internet]. Geneva. UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. [cited 2020 Aug. 3]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data-en.pdf.

2- Epps PV, Kalayjian RC. Human immunodeficiency virus and aging in the era of effective antiretroviral therapy. Infect Dis Clin North Am. 2017;31(4):791-810. DOI: 10.1016/j.idc.2017.07.007

3- UNAIDS [Internet]. Amsterdã. Human Immunodeficiency Virus and Aging in the Era of Effective Antiretroviral Therapy. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. Estatísticas, 2019 [Cited 2020 Aug. 15]. Available from: https://unaids.org.br/estatisticas/

4- Teeraananchai S, Kerr SJ, Amin J, Ruxrungtham K, Law MG. Life expectancy of HIV-positive people after starting combination antiretroviral therapy: a meta-analysis. HIV Med. 2017;18(4):256-266. DOI: https://doi.org/10.1111/hiv.12421

5- Engel T, Raffenberg M, Marzolini C, Cavassini M, Kovari H, Hasse B, et al. HIV and aging – perhaps not as dramatic as we feared? Gerontology 2018;64(5):446-456. DOI: https://doi.org/10.1159/000489172

6- Allavena C, Hanf M, Rey D, Duvivier C, BaniSadr F, Poizot-Martin I et al. Antiretroviral exposure and comorbidities in an aging HIV-infected population: The challenge of geriatric patients. PLoS ONE 2018;13(9): e0203895. DOI: 10.1371/journal.pone.0203895

7- Cohen J, Torres C. HIV-associated cellular senescence: a contributor to accelerated aging. Ageing Res. Rev. 2017; 2017;36:117-124. DOI: 10.1016/j.arr.2016.12.004

8- Levett TJ, Cresswell FV, Malik MA, Fisher M.,Wright J. Systematic review of prevalence and predictors of frailty in individuals with Human Immunodeficiency Virus. J. Am. Ger. Soc. 2016;64(5):1006-1014. DOI: https://doi.org/10.1111/jgs.14101

9- Erlandson KM, Perez J, Abdo M, Robertson K, Ellis RJ, Koletar SL, et al. Frailty, neurocognitive impairment, or both in predicting poor health outcomes among adults living with Human Immunodeficiency Virus. Clin. Infect. Dis. 2019;68(1):131-138. DOI: 10.1093/cid/ciy430

10- Wing EJ. HIV and aging. Int J Infect Dis. 2016; 53:61-68. DOI: 10.1016/j.ijid.2016.10.004

11- Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020;382:727–33. DOI: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2001017

12- World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Available from: https://www.who.int/emergencie s/diseases/novel-coronavirus-2019

13- Mirzaei H, McFarland W, Karamouzian M, Sharifi H. COVID-19 Among People Living with HIV: A Systematic Review. AIDS Behav (2020). DOI: https://doi.org/10.1007/s10461-020-02983-2

14- Nyoni T, Okumu M. COVID-19-Compliant Strategies for Supporting Treatment Adherence Among People Living with HIV in Sub-Saharan Africa. AIDS Behav. 2020;24:2473–2476. DOI: https://doi.org/10.1007/s10461-020-02888-0

15- Shiau S, Krause KD, Valera P, Swaminathan s, Halkitis PN. The Burden of COVID-19 in People Living with HIV: A Syndemic Perspective. AIDS Behav. 2020;24:2244–2249 (2020). DOI: https://doi.org/10.1007/s10461-020-02871-9

16- Alfaro-LeFevre R. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 8th ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

17- Alencar RA, Parenti ABH, Lopes CC, Ramos FT, Ciosak S I. Aspects that influence the self-care of patients living with human immunodeficiency virus. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3112. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2746.3112

18- Silva KM, Vicente FR, Santos SMA. Nursing consultation to the elderly in primary health care: a literature integrative review. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2014;17(3):681-687. DOI: https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.12108

19- Cardoso SW, Torres TS, Santini-Oliveira M, Marins LM, Veloso VG, Grinsztejn B. Aging with HIV: A Practical Review. The Brazilian Journal of Infectious Diseases 2013;17:464-479. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2012.11.007

20- Santos N, Veiga P, Andrade R. Importance of history and physical examination for the care of nurses. Rev. Bras Enferm. 2011;64(2):355-358. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200021

21- Herdman TH, Kamitsuru S (org.). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2018/2020. 11th ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

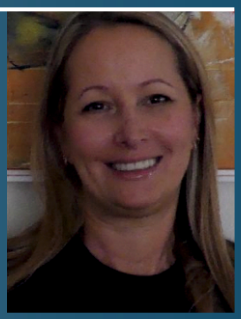
22- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. NIC - classificação das intervenções de enfermagem. 6th ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2016.

23- World Health Organization (WHO) [Internet]. Brasília. UNAIDS Brasil. O que as pessoas que vivem com HIV precisam saber sobre HIV e COVID-19. [cited 2020 Sep. 12]. Available form: https://unaids.org.br/2020/04/o-que-as-pessoas-que-vivem-com-hiv-precisam-saber-sobre-hiv-e-covid-19/

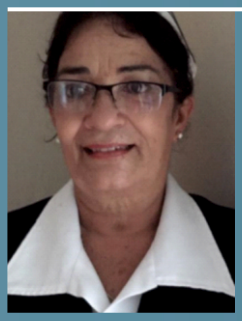
17

O IDOSO EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO EM TEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Giovana Paula Rezende Simino
Brasil



Edvane Birelo Lopes De Domenico
Brasil



Idalmis Infante Ochoa
Cuba

Reyna Ysmelia Peralta Gómez
Perú

17 - O IDOSO EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO EM TEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Giovana Paula Rezende Simino
ORCID:. 0000-0002-9814-3004
Edvane Birelo Lopes De Domenico
ORCID: 0000-0001-7455-1727
Idalmis Infante Ochoa
ORCID 0000-0003-0120-0218
Reyna Ysmelia Peralta Gómez
ORCID:0000-0001-6673-7513

RESUMO

Introdução: o câncer é um problema de saúde pública em todo o mundo. O principal fator de risco para as doenças neoplásicas malignas é a idade. Dessa forma, os idosos são mais acometidos por essas doenças, assim como estão mais propensos aos efeitos adversos dos diferentes tratamentos. A pandemia causada pelo novo coronavírus alterou o tratamento oncológico, sobretudo por dificuldade de acesso dos pacientes pela possibilidade de contaminação. **Objetivo**: Apresentar considerações prioritárias para o Processo de Cuidar em Enfermagem em Oncologia desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde e destinado a pacientes idosos com câncer em tempos de pandemia pela COVID- 19. **Desenvolvimento do tema:** Para tanto, utilizamos clusters de sinais e sintomas mais prevalentes em pacientes com câncer para apresentar o Processo de Enfermagem utilizando as taxonomias NANDA, NOC e NIC. Os sinais e sintomas que desencadearam nosso processo de cuidado contemplaram necessidades psicobiológicas (dor, fadiga, integridade tissular, mielodepressão, perda de peso, entre outros) e necessidades psicossociais (distress, insônia, depressão, entre outros). **Considerações finais:** Este capítulo apresenta ao enfermeiro da APS possibilidades de intervenções dirigidas a idosos com câncer em tempos de pandemia pelo novo coronavírus, na perspectiva das boas práticas clínicas e no cuidado centrado no paciente e família.

Descritores: Enfermagem; Idoso; Neoplasias; Atenção Primária à Saúde; Infecções por Coronavírus.

Introdução

O câncer é considerado um importante problema de saúde pública no mundo. Atualmente, é perceptível o crescimento da morbidade e mortalidade associadas ao câncer, sobretudo antes dos 70 anos de idade, principalmente em países com média e baixa renda, caracterizando morte precoce[1]. A Organização Mundial da Saúde estimou, em 2018, cerca de 18,1 milhões de pessoas vivendo com câncer. A mortalidade para este mesmo ano atingiu 9,6 milhões de pessoas em todo o mundo. Acrescenta-se ainda o incremento esperado das taxas de incidência, prevalência e mortalidade em curvas ascendentes[2]. No Brasil, maior país da América Latina, as estimativas preveem, para o triênio 2020-2022, 625 mil novos casos de câncer para cada ano[1].

No curso do tratamento oncológico, as terapêuticas mais amplamente utilizadas são a quimioterapia antineoplásica (QT), terapia endócrina, radioterapia (RT) e cirurgia oncológica. O tratamento oncológico pode objetivar a cura, a promoção da qualidade de vida e suporte para a diminuição do sofrimento e aplicação de cuidados paliativos[3]. Os idosos representam a maior parcela de pessoas acometidas pelo câncer, sendo fundamental destacar que os tratamentos são complexos e, por vezes, debilitantes. É comum que eles já apresentem morbidades ou sintomas crônicos preexistentes, como a dor, que exacerbam os efeitos adversos do tratamento oncológico e acrescentam fragilidade e cuidados específicos a esta clientela[4].

Assim, o cuidar do idoso com câncer em tempos de pandemia pela COVID-19 na APS compreende uma abordagem multifatorial, baseada nas boas práticas assistenciais (eficiência e efetividade) e no cuidado centrado no paciente e na família.

OBJETIVO

Apresentar considerações prioritárias para o Processo de Cuidar em Enfermagem em Oncologia desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde e destinado a pacientes idosos com câncer em tempos de pandemia pela COVID-19.

Desenvolvimento do tema

Aspectos epidemiológicos do câncer em idosos com coronavírus na América Latina

De acordo com o Centro para Controle de Doenças (CCD) dos Estados Unidos, os grupos vulneráveis mais afetados pelo COVID-19 são: idosos, pessoas com comorbidades, mulheres grávidas, deficientes físicos e imunocomprometidos, incluindo aqueles sob tratamento do câncer[5].

Por esse motivo, a implementação de medidas preventivas que reduzam a propagação do SARS-CoV-2 é uma prioridade, principalmente no caso de pessoas com câncer, que são mais suscetíveis a infecções, por malignidade e terapia anticâncer que levam a um estado de imunossupressão[6]. No Chile, 7,2% dos casos de infecção por coronavírus ocorreram em pessoas com 60 anos ou mais[7]. No Peru, o Centro Nacional de Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (CDC - Peru), informou que 24,9% das mortes por COVID-19 tiveram alguma comorbidade, em sua maioria doenças não transmissíveis, 1% delas câncer. A letalidade dos pacientes oncológicos com COVID-19 (14,2%) supera a dos pacientes com doenças cardiovasculares (10,8%), diabetes mellitus (9,8%) e doença renal crônica (13,4%)[8]. A América Latina e Caribe[9-10] tornou-se uma das áreas críticas da pandemia, exacerbada pelas fracas estruturas sociais existentes, sistemas de saúde com profundas desigualdades de acesso e pouca informação de qualidade, mais grave em áreas rurais e remotas. Há ainda ausência de uma abordagem intercultural que inclua línguas e costumes que afetam muito mais os povos indígenas[9].

Concepções de estágios e tratamento do câncer, efeitos adversos

Pacientes com câncer têm maior risco de infecção pelo SARS-CoV-2, o que está relacionado com a necessidade de comparecerem ao hospital para tratamentos, tais como cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia, imunoterapia, ou até para consultas para outras doenças subjacentes ao câncer. Em virtude desta exposição, o manejo de pacientes com câncer deve incluir informações claras e educação sobre higiene das mãos, medidas de controle de infecção, sinais e sintomas de COVID-19.

Em relação ao tratamento, não é recomendado interrompê-lo, mas sugere-se uma boa triagem que inclua exames laboratoriais para descartar SARS-CoV-2, tomografia computadorizada de tórax e teste de RT-PCR. Os tratamentos que causam imunossupressão devem ser evitados ou a dose reduzida; recomendar o isolamento de 5 a 7 dias antes de todos os tipos de terapia, com um gerenciamento rigoroso dos protocolos de biossegurança, não só do pessoal de saúde como de seus familiares.

Idade e diagnóstico de câncer são preditores significativos de resultados adversos da infecção por COVID-19. A reserva fisiológica e a capacidade adaptativa devem ser estimadas, a fim de avaliar os benefícios e riscos de se fornecer ou suspender temporariamente os tratamentos e seguir as preferências do paciente.

Em um ambiente de recursos limitados, as ferramentas de triagem geriátrica podem ser administradas remotamente para identificar os pacientes que requerem cuidados abrangentes. A telemedicina com um médico e/ou enfermeiro ajuda a garantir a continuidade adequada dos cuidados e a minimizar o risco de exposição a infecções.

Com o aumento de pacientes com COVID-19, muitos sistemas de saúde carecem de equipe, espaço e suprimentos para fornecer cuidados de rotina adequados. Essas mudanças atrasaram o tratamento de pacientes com câncer e a diálise para aqueles com doença renal crônica[10].

Estratégias para proteger as pessoas com doenças subjacentes, que vão desde o autoisolamento assistido até o fornecimento de recursos adequados e sistemas de apoio, podem ajudar os países a reduzir as mortes entre grupos vulneráveis, achatar a curva e preservar a capacidade dos serviços de

saúde[10].

Processo de cuidar em oncologia

O processo de adoecimento pelo câncer é permeado por surpresa, incerteza e temor, uma vez que sua representação social está arraigada de sofrimento, dor e morte, o que pode gerar ansiedade, depressão, *distress*, entre outros sintomas. Invariavelmente, o diagnóstico de câncer, quando em fase avançada, significa, clinicamente, grande volume de doença associado com metástases a distância, é polissintomático e, a depender da viabilidade do plano terapêutico ideal para o diagnóstico histopatológico, de fato, fatal[11-12].

Entretanto, na última década houve avanços terapêuticos e os pacientes podem ser conduzidos a estados de cronicidade da doença oncológica, principalmente se a assistência for interdisciplinar[13]. A idade avançada apresenta um risco maior de efeitos adversos decorrentes do tratamento do câncer e/ou aparecimento ou agravamento de outras condições, levando a uma piora da saúde, incapacidades funcionais e isolamento social[14-15].

Assim, faz-se necessário obter subsídios para a identificação, por parte da equipe profissional da APS, principalmente dos enfermeiros, de condições clínicas classificadas como sinais e sintomas passíveis de atendimento na APS. Fundamental também identificar casos que precisam de encaminhamento para atendimento oncológico especializado ou emergencial.

Neste capítulo, utilizaremos os sistemas de classificação NANDA-I *(North American Nursing Diagnosis Association)*[16] para Diagnósticos de Enfermagem, NOC *(Nursing Outcomes Classification)*[17] para resultados esperados e NIC (*Nursing Intervention Classification*)[18] para Intervenções de Enfermagem , acrescidos de evidências científicas e diretrizes da Oncology Nursing Society[19].

Os pacientes com câncer são considerados grupo de risco na atual pandemia. Muitos podem estar imunossuprimidos em decorrência do tratamento quimioterápico antineoplásico e utilização de corticosteroide em doses elevadas. Ainda, podem ser pacientes pós-cirúrgicos em situação de vulnerabilidade clínica e em tratamento radioterápico. Esta informação torna-se relevante para o manejo de sinais e sintomas na APS, bem como para escolha de intervenções neste nível de atenção à saúde. Para tal, faz-se necessário que o paciente seja contrarreferenciado dos centros de tratamento oncológico à APS[20-21].

Para fins deste estudo, optamos por apresentar os sinais e sintomas mais prevalentes na população de adultos/idosos com base nos estudos de cluster. Os clusters de sintomas (CS) são definidos como um grupo estável de sintomas simultâneos que estão relacionados entre si, provavelmente pela etiologia comum, e distintos de outros clusters de sintomas.

Quadro 1. Raciocínio Clínico para diagnóstico de enfermagem, resultados esperados e intervenções de enfermagem possíveis baseados em clusters de sinais e sintomas em pacientes com câncer.

Cluster de sinais e sintomas (17,(21,23)	Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Atividades
Necessidades Psicobiológicas				
Dor	1. Dor aguda 2. Dor crônica	Satisfação do cliente: controle da dor	Controle da dor	-Avaliar de forma abrangente a dor quanto à localização, frequência, intensidade, qualidade, intensidade. _ Utilizar uma escala para auxiliar o paciente na quantificação e ou qualificação da dor apropriada para o nível de escolaridade: Escala Visual Numérica (EVN), Escala Visual Analógica (EVA: linha reta, não numerada, em uma extremidade "ausência de dor", na outra, "pior dor imaginável"); Escala de Faces, Frutas ou Copos com Água. - Avaliar impacto da dor na realização de Atividades de Vida Diária (AVD). - Compatibilizar os analgésicos prescritos de acordo com a Escada Analgésica da OMS -Orientar sobre uso de técnicas não farmacológicas (relaxamento, distração, imaginação dirigida, toque terapêutico, Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS), Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), alongamento, massoterapia, aplicação de calor ou frio) -Orientar terapia farmacológica: aprazamento de analgésicos de horário e como utilizar medicamento prescrito, se necessário. Considerar orientar a tomada do analgésico de maior potência como o primeiro do dia para assegurar maior disponibilidade para as AVD e o último próximo ao deitar-se, para melhorar a qualidade do sono. - Avaliar crenças disfuncionais em relação à dor como algo “inevitável e tolerável”. -Manter diálogo efetivo e conciliador para desfazer a crença e favorecer a adesão medicamentosa. -Solicitar avaliação médica caso a dor não seja aliviada. -Incorporar a família/cuidador no alívio da dor. - Monitorar paciente com relação à satisfação do controle da dor.

-Falta de energia -Dificul-dade para dormir -Dificul-dade de concen-tração	3. Fadiga	Nível de fadiga	Control e de Energia	-Orientar o paciente e pessoa significativa sobre fadiga, seus sintomas comuns, e recorrências latentes -Avaliar a condição fisiológica do paciente quanto a deficiências que resultem em fadiga no contexto de idade e desenvolvimento. -Identificar e corrigir deficiências da condição fisiológica do paciente (p. ex., anemia induzida por quimioterapia) prioritariamente. - Encorajar atividade física (p. ex., deambulação, realização de atividades de vida diária, atividades domésticas, caminhadas ou outra atividade física avaliada como segura), condizente com as reservas de energia do paciente. - Auxiliar o paciente a programar períodos de descanso.
- Feridas na boca - Náusea - Inape-tência - Perda de peso	4. Náusea 5. Nutrição desequili-brada: menor do que as Necessi-dades corporais 6. Mucosa oral prejudica-da	Estado nutricional: inges-tão de líquidos e alime-tos	Monitor ação Nutricio-nal	- Monitorar náuseas e vômitos. - Identificar anormalidades no funcionamento do intestino (p. ex., diarreia, sangue, muco e eliminação irregular ou dolorosa). - Monitorar a ingestão calórica alimentar. - Identificar recentes mudanças no apetite e atividade. - Discutir o papel dos aspectos sociais e emocionais no consumo de alimentos. -Determinar padrões alimentares (p. ex., o que gosta e o que não gosta). -Identificar anormalidades na cavidade oral (mucosas retraídas ou com sangramento; lábios secos, rachados; feridas; língua crua, escarlate; hiperemia e hipertrofia das papilas). - Determinar os fatores que afetam a ingestão nutricional e intervir junto ao idoso e seus cuidadores. - Orientar fracionamento de dieta e utilização de alimentos frios em caso de náuseas e vômitos. - Verificar e otimizar aprazamento de fármacos antieméticos.

-Feridas neoplásicas malignas(FNM) - Estomas (urinário/intestinal) -Radiodermatite - Linfedema - Lesões inflamatórias/ necrosantes por extravasamento de QT - Dermatites secundárias à QT	7. Integridade tissular prejudicada	Integridade tissular: pele e mucosas		FNM: orientar e intervir no cuidado de pacientes com feridas neoplásicas malignas com relação a odor, exsudato, sangramento, parasitas, dor, conforto, higiene e indicação de coberturas. Recordar que a involução da FNM dependerá das respostas aos tratamentos para o combate do câncer instituídos pela equipe médica. Cabe ao enfermeiro zelar pelo conforto do paciente mediante controle dos sinais e sintomas presentes na FNM e evitar situações de agravamento, exemplo sangramento. Estomas: orientar, acompanhar e intervir para promover o autocuidado dos pacientes com estomas gastrointestinais para alimentação e eliminação (gastrostomia, jejunostomia, colostomia e ileostomia), bem como para estomas urinários. Identificar complicações com estomas e assistir. Encaminhar pacientes para o serviço hospitalizado, se necessário Radiodermite: orientar higiene (água e sabão) e cuidados com a pele; uso de desodorizante que não contém alumínio. Aplicar, se indicado, pomada ou gel com *Calendula Officinalis* ou Sulfadiazina de Prata. Mediante prescrição médica, utilizar corticosteroides tópicos e esteroide tópico para prurido. Linfedema: educar o paciente para sinais e sintomas iniciais e de progressão. Realizar o exame físico e medir o volume do membro. Avaliar a qualidade de vida. Recursos para assistência: drenagem manual, bombas de compressão, exercícios aeróbicos mais exercícios de resistência, exercícios aquáticos ou de ioga. Encaminhar para fisioterapia especializada, se necessário. Extravasamento de QT citotóxica vesicante: avaliar e descrever: localização topográfica, profundidade, características: vitalização/desvitalização; secreção (quantidade e aspecto); aplicar escala de dor e de atividades de vida diária. Se a área não estiver demarcada com caneta, demarcá-la para servir de parâmetro de ampliação do processo de destruição tecidual. Utilizar SF0,9% para limpeza local e solicitar avaliação médica para possível corticoterapia tópica ou antibioticoterapia, se indicadas. Dermatites secundárias à QT: apresentações acneiformes podem ser minimizadas com higiene e sabão apropriado. A depender do grau, antibioticoterapia tópica e ou oral pode ser necessária. Apresentações do tipo eritrodisestesia palmo-plantar (Síndrome Mão&Pé), orientação de hidratação rigorosa com cremes emolientes, com ureia na sua composição e ausência de álcool. Encaminhar para avaliação médica para uso tópico ou oral de corticoterapia, se necessário.

Plaqueto - penia Anemia Leucopenia	8. Proteçã o ineficaz	Dete - cção de risco	Proteção contra infecção Proteção contra sangramen -to	Gerais: priorizar avaliação de idosos com câncer pós QT nos últimos 28 dias; pacientes pós -transplante de células -tronco hematopoéticas; doenças autominunes concomitantes e doenças hematológicas neoplásicas. Priorizar atendimento se o paciente necessitar vir até a unidade de APS. Priorizar atendimento no domicilio Plaquetopenia: investigar presença de sangrame ntos, oral e anal, hemoptise, hematúria, enterorragia ou melena; petéquias, equimoses, hematomas. Orientar higiene oral e alimentação apropriadas para diminuir risco de lesões orais. Orientar manutenção de fezes macias. Educar para evitação de traumas e quedas. Avaliar estado cicatricial de feridas cirúrgicas, se presentes. Avaliar contagem de plaquetas (principalmente inferior a 50.000/ mm3), considerando as indicações para procedimento transfusional. Anemia: normalmente não responsiva a aporte nutricional se secundária ao tratamento, entretanto reforçar importância de ingestão proteico -calórica para favorecer homeostase e bem -estar. Orientar cuidados para evitar hipotensão postural. Preferencialmente, banho de aspersão sentado. Avaliar gravidade dos sintom as, considerando as indicações para procedimento transfusional. Leucopenia: orientar paciente a restringir o número de visitas e contatos extra -domicílio. Monitorar pacientes a distância (aconselhamento telefônico). Reduzir número de atendimentos ao pacien te na ausência de doença ativa, assim como na ausência de sinais e sintomas. Orientar uso de máscara ao sair do domicílio, com troca regular. Orientar a higienização das mãos com água e sabão no domicílio e utilização de álcool em gel em ambientes que não possua água corrente. Avaliar grau de neutropenia (atenção para contagem inferior a 1.000/mm3). Orientar monitoramento da temperatura corporal. Notificar febre (37,8 C) e buscar auxilio emergencial. Importante: em pacientes com câncer com febre e/ou sintomas respiratórios, considere COVID -19 como causa e, também, outras infecções e pneumonite relacionada à terapia (Qt ou RT).

Necessidades psicossociais				
Insônia *Distress* Depressão Ansiedade Incerteza Preocupa - ção Incerteza	9.Campo de energia desequili - brado	Conservação de energia	Controle de energia	Incentivar a prática de atividade física. -Orientar manutenção de um ciclo consistente de sono -vigília -Desencorajar cochilos durante o dia. -Utilizar técnicas de relaxamento. -Adotar ações de higiene do sono. -Promover escuta e verbalização sensíveis: permitir expressão de sentimentos. Incentivar o enfrentamento da situação presente. Foco no que é valioso e importante para superar os temores e incertezas. Aconselhar manter projetos pessoais (curto, médio e longo prazo) -Quando necessário, encaminhá -los para avaliação e controle adicionais a especialistas (por exemplo, psiquiatria, psicologia, medicina do sono e fisiologista do exercício)
-Imunossu - pressão adquirida por uso de fármacos/ doenças - idade idosa -pandemia pela COVID -19	10.Isola - mento social	Apoio social	Melhora do Sistema de Apoio	-Incentivar os pacientes a manter contato virtualmente com familiares e amigos para evitar os efeitos negativos do isolamento social. -Identificar cuidadores/familiares da rede de apoio do idoso com câncer. - Orientar cuidadores e familiares da Rede de apoio sobre como ajudar o idoso de forma segura. -Disponibilizar contato a distância na APS. - Criar grupos virtuais de atendimento -Disponibilizar horários para acolhimento de idosos com câncer com restrição da agenda para demais pacientes na unidade. -Priorizar o atendimento dos idosos em tratamento com câncer em seus domicílios

Fonte: elaborado pelas autoras

Reflexão dos autores

Importante salientar que o paciente com câncer transita frequentemente entre os níveis primário e secundário da atenção. Uma das formas de assegurar a transição de cuidado favorável para a segurança do paciente e continuidade qualificada do tratamento é a manutenção de comunicação objetiva e clara entre os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros. Assim, recomendamos fortemente que os enfermeiros se comuniquem por meio de relatórios que descrevam seus diagnósticos e prescrições de cuidados.

Quanto aos cuidados de enfermagem a pacientes com câncer, a comunicação para intervenções de enfermagem parece-nos ser de fundamental importância. Os princípios de referência e contrarreferência podem trazer maior conforto e diminuir a vulnerabilidade dos idosos diante do tratamento do câncer em tempos de pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os países e seus sistemas de saúde encontram-se desafiados pelo inusitado estado de pandemia da COVID-19. Considerando a fragilidade desses idosos, a APS se apresenta como possível gerenciadora do cuidado e a enfermeira torna-se uma referência para a busca por atendimento de sinais e sintomas persistentes vinculados ao câncer. Assim, espera-se manter esses idosos afastados das unidades emergenciais, principalmente de hospitais gerais, estruturados para assistir as suspeitas e casos confirmados de pessoas sintomáticas para a COVID-19.

A segurança do paciente, do ambiente e dos profissionais da saúde deve ser assegurada e uma das maneiras para alcançar este objetivo é a prática baseada em evidências. Nesse sentido, o presente capítulo buscou subsidiar o enfermeiro da APS para uma avaliação clínica competente do paciente idoso com câncer em tempos de COVID-19. Destacamos a necessidade de aliar a evidência científica com os desejos do paciente e a própria experiência da enfermeira.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. [cited 2020 Jun. 12]. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Available from: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf

2. World Health Organization (WHO) report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2020. [cited 2020 Jun. 20]. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745

3. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais, 2013. [cited 2020 Jun. 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_oncologia_14edicao.pdf

4. Bergerot CD, Razavi M, Philip EJ, Bergerot PG, Perez-de-Celis ES, De Domenico EBL et. al. Association between chemotherapy toxicity risk scores and physical symptoms among older Brazilian adults with cancer. J Geriatr Oncol. 2020;11(2):280-283. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.07.006

5. Aquino-Canchari CR, Quispe-Arrieta RC, Castillon KMH. COVID-19 and its relationship with vulnerable populations. Rev Haban Cienc Méd. 2020;19 (Suppl1):e3341. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400005

6. Vela-Ruiz JM, Ramos W, De La Cruz-Vargas JA. Desafíos en la atención de los pacientes con cáncer durante la pandemia COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(3). DOI: https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.373.5536

7. Rodríguez-Morales AJ, Sánchez-Duque JA, Botero SH, Pérez-Díaz CE, Villamil-Gomez WE, Méndez CA et al. Preparation and control of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Latin America. Acta Méd. Peru. 2020;37(1):3-7. DOI: https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.909

8. Zhang L, Zhu F, Xie L, Wang C, Wang J, Chen R et al. Clinical characteristics of COVID-19-infected cancer patients: a retrospective case study in three hospitals within Wuhan, China. Ann Oncol. 2020;31(7):894-901. DOI: https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.03.296

10. UNFPA América Latina y el Caribe [Internet]. Lima. Impact of COVID-19 on access to contraceptives in the LAC region. Informe OMS 2020. Available from: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/biblioteca/el-impacto-de-covid-19-en-el-acceso-los-anticonceptivos-en-america-latina-y-el-caribe

11. Carissa F. Etienne. Informe Organización Panamericana de la Salud (OPS), 27 julio 2020 disponible sitio web https//www.paho.org.es

12. Corbett T, Bridges J. Multimorbidity in older adults living with and beyond cancer. Current Opinion in Supportive and Palliative Care. 2019;13(3):220-224. DOI: https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000439

13. Trevino KM, Saracino RM, Roth AJ. Symptomatology, assessment, and treatment of anxiety in older adults with câncer. Journal of Geriatric Oncology. 2020;0(0). DOI: https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.06.011

14. Lemos BO, Cunha AMR da, Cesarino CB, Martins MRI. The impact of chronic pain on functionality and quality of life of the elderly. BrJP 2019; 2(3):237-241. DOI: https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190042

15. Kwekkeboom KL. Cancer Symptom Cluster Management. Seminars in Oncology Nursing. 2016;32(4):373-382. DOI: https://doi.org/10.1016/j.soncn.2016.08.004

16. Peng L, Yang J, Stebbing J. Lessons to Europe from China for cancer treatment during the COVID-19 pandemic. Br J Cancer. 2020;123:7-8. https://doi.org/10.1038/s41416-020-0856-0

17. Herdman TH, Kamitsuru S (Orgs.). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. 11th ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 462p.

18. Moorhed S, Johnson M, MAAS, ML, SWANSON, E. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

19. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J, Wagner CM. Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC. 6th ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

20. Oncology Nursing Society [Internet]. Pittsburgh. Symptom Interventions Overview; 2020. [cited 2020 Sep. 14]. Available from: https://www.ons.org/explore-resources/pep/pep-rating-system-overview?ref=CO

21. Wang Z, Wang J, He J. Active and Effective Measures for the Care of Patients With Cancer During the COVID-19 Spread in China. JAMA Oncol. 2020;6(5):631-632. DOI: https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2020.1198

22. Weinkove R, McQuilten ZK, Adler J, Agar MR, Blyth E, Cheng AC et al. Managing haematology and

Gregorio SMWD, Marks DR, DeCola J, MAS JP, Probst D, Zaleta A et al. Pilot randomized controlled trial of a symptom cluster intervention in advanced cancer. Psycho-Oncology. 2019;28(1):76-84. DOI: https://doi.org/10.1002/pon.4912

23. Boeira SF, Guimarães RM, Acioli LR, Stipp MAC. Cluster de Sintomas e Câncer na Pesquisa em Enfermagem: Revisão Sistemática. Revista Brasileira de Cancerologia. 2014;60(4):351-361. DOI: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2014v60n4.462

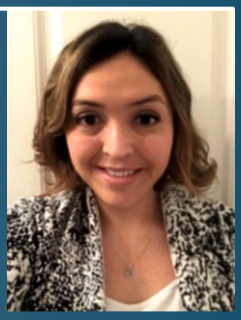
18

LIMITAÇÕES DO IDOSO PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Darlene Mara dos Santos Tavares
Brasil

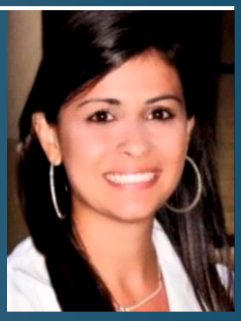
Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro
Portugal

Blanca Leticia Martínez Amaya
El Salvador



Daniela Alexandra Torres Fernández
Chile

Martha Isabel Vivas Chacón
Colombia



Nayara Gomes Nunes Oliveira
Brasil

18 - LIMITAÇÕES DO IDOSO PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Darlene Mara dos Santos Tavares
ORCID: 0000-0001-9565-0476
Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro
ORCID: A0000-0002-3429-8816
Blanca Leticia Martínez Amaya
ORCID: 0000-0001-8835-5655
Daniela Alexandra Torres Fernández
ORCID: 0000-0002-7989-1058
Martha Isabel Vivas Chacón
ORCID: 0000-0001-9025-9822
Nayara Gomes Nunes Oliveira
ORCID: 0000-0003-4170-8761

RESUMO

Introdução: A pandemia da COVID-19 influenciou de forma significativa a atenção à saúde e a qualidade de vida dos idosos, em especial daqueles com limitações funcionais. Neste cenário, é evidente a necessidade do cuidado de enfermagem gerontológico para prevenção dos efeitos decorrentes dessa situação. **Objetivo:** Discutir as ações de enfermagem, na Atenção Primária à Saúde, para o cuidado de idosos com limitações funcionais no que se refere ao desenvolvimento das atividades de vida diária, no contexto da pandemia da COVID-19, na América Latina e em Portugal. **Desenvolvimento do tema**: Na América Latina e Caribe, 12,0% dos idosos são dependentes funcionais, com maiores percentuais no Brasil (31,2%) e no México (29,2%); em Portugal, este valor chega a 34,2%. Considerando que a independência funcional é um dos principais marcadores de saúde para a população idosa e que a pandemia da COVID-19 pode exacerbar as limitações, a atuação do enfermeiro da atenção primária é essencial para promoção e manutenção da saúde e prevenção de agravos. Nesta perspectiva, propomos que o enfermeiro da atenção primária ofereça o cuidado gerontológico ao idoso com limitações funcionais no contexto da COVID-19, pautado na Teoria Geral de Dorothea Orem, e que reconheça o idoso, a família e o cuidador como parceiros na realização desse cuidado. Apresentaremos também o Fluxo de promoção e manutenção da saúde. **Considerações finais**: A atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, no contexto da pandemia da COVID-19, é fundamental para a identificação dos fatores de risco que possam acelerar o declínio funcional, propondo ações direcionadas aos idosos/familiares/cuidadores.

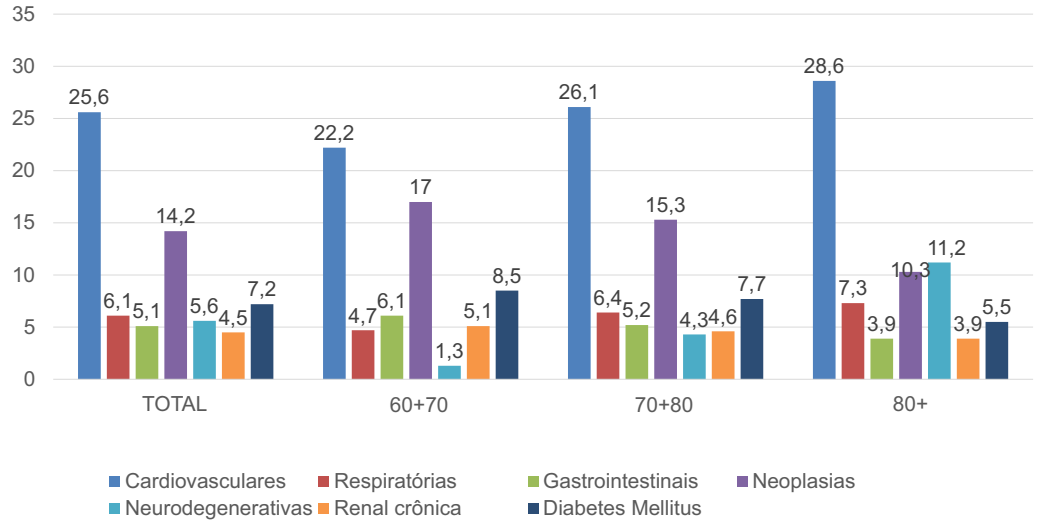
Descritores: Idoso; Saúde do idoso; Atividades cotidianas; Infecções por coronavírus; Enfermagem geriátrica.

Introdução

O envelhecimento populacional ocorre de forma acelerada, ainda que de maneira distinta entre os países da América Latina. Estima-se que, em 2050, os idosos com 65 anos ou mais de idade representarão 19% da população latino- americana[1]. Na Europa, este processo já ocorreu de maneira acelerada e, atualmente, tem sido lento e gradual. Em Portugal, os idosos representam 22,8% da população[1].

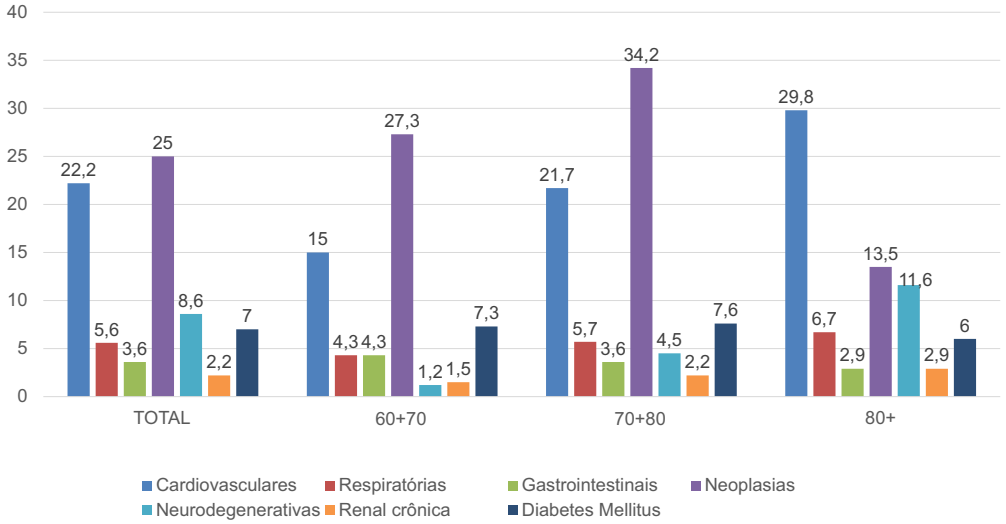
Associado a este processo, alertamos para o aumento da ocorrência de doenças crônicas, sendo as de maior morbimortalidade entre idosos latino-americanos as cardiovasculares, com 25,6% (Gráfico 1). Entre os portugueses, as neoplasias malignas representam as doenças de maior morbimortalidade, chegando a 25,0%[2] (Gráfico 2).

Gráfico 1 - Carga total de doenças entre idosos latino-americanos segundo faixa etária, 2017.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2020. Base de dados: *Global Burden of Disease*, 2017.

Gráfico 2 - Carga total de doenças entre idosos portugueses segundo faixa etária, 2017.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2020. Base de dados: *Global Burden of Disease*, 2017.

Assim, o perfil de morbimortalidade de uma população envelhecida impõe desafios aos profissionais de saúde e requer cuidados constantes, pois, por vezes, resulta em declínio funcional e, consequentemente, no aumento percentual de idosos com dependência física[3].

Na América Latina e Caribe, 12,0% das pessoas com 60 anos ou mais de idade são consideradas dependentes funcionalmente, com aumento estimado para 2050 de 17,0%[3]. São significativas as diferenças entre países como Portugal e os latino-americanos, com maiores percentuais de idosos dependentes em Portugal (34,2%), no Brasil (31,2%) e no México (29,2%). Paraguai (0,30%) e El Salvador (0,34%) registram os menores percentuais[3-4].

A pandemia levou à instituição de medidas protetivas transversais, o que influenciou de forma significativa a atenção à saúde e a qualidade de vida dos idosos, assim como outros setores da sociedade. Os impactos vivenciados suscitaram reflexões e evidenciaram desafios, alguns não necessariamente novos, como a abordagem dos cuidados com enfoque na doença para a centralidade da pessoa no sistema de saúde; parceria nas intervenções, permitindo tomada de decisão conjunta; necessidade de efetividade na capacidade de resolução dos cuidados de saúde primários; e desenvolvimento de ações que visam favorecer o envelhecimento ativo e saudável, por exemplo. Neste contexto, é necessária a atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, especialmente o enfermeiro, no cuidado gerontológico para prevenir os efeitos adversos das limitações físicas e promover saúde no contexto da pandemia pela COVID-19.

OBJETIVO

Discutir as ações de enfermagem, na Atenção Primária à Saúde, para o cuidado de idosos com limitações funcionais no que se refere ao desenvolvimento das atividades de vida diária no contexto da pandemia da COVID-19, na América Latina e em Portugal.

Desenvolvimento do tema

Conceitos: atividades da vida diária e limitação funcional

Ao abordar o envelhecimento, um dos temas mais relevantes que emerge é a funcionalidade. Um idoso funcionalmente saudável é aquele capaz de enfrentar e se adaptar aos processos de mudança nas esferas física, cognitiva e social, adaptando sua funcionalidade para satisfazer suas próprias necessidades[5]. Assim, desde 1982, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe o indicador de independência funcional como o mais representativo para esse grupo etário[5].

Dessa forma, evidencia-se a necessidade de manter a funcionalidade dos idosos avaliados, de forma contínua, a partir de um contexto social e de saúde, considerando intervenções por meio dos resultados obtidos. Para isso, diversas diretrizes de avaliação têm sido utilizadas desde a década de 1970, sendo

realizadas principalmente na Atenção Primária à Saúde. Por meio delas, busca-se identificar precocemente a perda de autonomia, a fim de favorecer intervenções precoces que permitam reverter ou diminuir a perda de funcionalidade no idoso[5].

A funcionalidade ou independência funcional é definida pela capacidade de uma pessoa realizar ações que são necessárias na vida diária, para que o indivíduo consiga manter-se e sobreviver, sem ajuda ou apoio de terceiros, ou seja, de forma independente.[6] As atividades de vida diária (AVD) são definidas como as tarefas que o indivíduo deve ser capaz de realizar para se cuidar de forma independente, incluindo comunicação, cuidados pessoais e viagens[6]. As AVD são estratificadas de acordo com a dificuldade, complexidade e vulnerabilidade às alterações cognitivas, em: básicas, instrumentais e avançadas[6].

As atividades básicas de vida diária (ABVD) estão relacionadas ao conceito de universalidade e sobrevivência, e necessitam de um esforço cognitivo mínimo para sua realização[6]. As ABVD incluem tarefas de autocuidado como: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentar-se[7]. O objetivo de avaliar essas atividades é permitir que os idosos mantenham sua independência e não exijam, constantemente, o apoio de terceiros[6].

As atividades instrumentais de vida diária (AIVD) requerem dos idosos maior desempenho cognitivo e motor, o que interfere na sua interação com o meio ambiente para: fazer compras, preparar refeições, tarefas domésticas, usar o telefone, tomar os medicamentos, gerir o seu dinheiro e usar meio de transporte[6-7]. As AIVD são importantes para o envelhecimento, pois permitem o relacionamento social e a manutenção da rede de contatos do idoso[6].

Em um terceiro eixo estão as Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD), que correspondem àquelas diretamente relacionadas ao desenvolvimento pessoal do indivíduo, em nível social, familiar e laboral. Tais atividades permitem ao idoso ter uma integração social mais satisfatória[8].

Alertamos para a necessidade de diferenciar o conceito de limitação funcional e de dependência. O primeiro refere-se às restrições que ocorrem para a pessoa realizar ou efetivar atividades da vida diária, enquanto a dependência alude à limitação, com dificuldade para desempenhar as funções em qualquer domínio. A limitação funcional pode ser a primeira etapa para que o idoso desenvolva a dependência[9].

O idoso com limitações funcionais no contexto da COVID-19 e a necessidade de cuidados de enfermagem na Atenção Primária à Saúde

O meio em que vivem os idosos com limitações funcionais pode estar restrito à sua casa, à família e aos vínculos estabelecidos com os cuidadores. Nesta etapa da vida ocorrem especificidades físicas, psicológicas e sociais, em que a convivência com o companheiro, os filhos ou cuidadores envolve maior comunicação e os afasta da tão temida solidão.

Entretanto, a moradia pode se tornar um problema por causa das barreiras que, por ventura, dificultem a mobilidade dos idosos com limitações funcionais. Esta situação fica mais preocupante quando o idoso

com limitação funcional apresenta transtornos mentais, reagindo com comportamentos que o impedem de decidir, pensar ou opinar, bem como de manter suas necessidades básicas atendidas[10].

Soma-se a esta situação a emergência de Saúde Pública gerada pela pandemia da COVID-19[11], que afetou de forma especial os idosos, visto que são mais susceptíveis a desenvolver a forma grave da doença, além de complicações, hospitalização e morte. Sob a orientação da OMS, os governos instituíram medidas para prestar atenção integral à saúde por meio da implantação de fluxos, em especial para a promoção e manutenção da saúde, que tem como finalidade prevenir riscos, doenças e promover uma cultura de autocuidado[12].

A pandemia da COVID-19 repercutiu em vários aspectos e impôs a necessidade de ações multidimensionais. Assim, o profissional de enfermagem pode retomar seu protagonismo na atenção primária, com estratégias de promoção da saúde que visam adequar o estilo de vida e a satisfação das necessidades do idoso com limitações funcionais em relação às condições impostas pela pandemia.
Os idosos com limitações funcionais poderão expressar seus sentimentos relacionados à pandemia de várias formas, desde mudanças de humor ou temperamento até alterações mentais ou de pensamento. Além disso, a dependência funcional, que está aumentando, tornou-se um problema para a sociedade sob vários aspectos, inclusive social, econômico, familiar, entre outros. Há anos tenta-se responder a essa situação nas diferentes perspectivas[10], tornando-se, neste momento, uma medida essencial em razão da pandemia.

O cuidado do idoso com limitação funcional ou dependente requer que outra pessoa desenvolva atividades essenciais à sua sobrevivência. O cuidado não profissional é realizado por familiares e/ou cuidadores, que devem ser parceiros na atenção oferecida pelo profissional de enfermagem, predominando o vínculo afetivo e a promoção da saúde mental do idoso.

Uma das estratégias que podem ser utilizadas pelos profissionais de enfermagem para promover mudanças de atitudes é a educação em saúde direcionada a necessidades específicas. Na pandemia da COVID-19, a população precisou mudar seu comportamento para preservar a saúde. Assim, a educação de adultos é um processo que visa desenvolver a pessoa em comunidade ao longo da vida, promovendo a incorporação e o desenvolvimento de competências que permitam a sua participação em todas as dimensões e contextos[13]. Nesta perspectiva, os profissionais de enfermagem, por meio da educação em saúde, estimulam os idosos a aprenderem uma nova forma de viver no contexto da pandemia, preservando a qualidade de vida.

A OMS define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição dentro do contexto cultural e do sistema de valores em que vive e com relação a seus objetivos, expectativas, normas e preocupações[14]. É um conceito multidimensional e complexo, que inclui aspectos pessoais como saúde, autonomia, independência, satisfação com a vida, e aspectos ambientais como redes de apoio e serviços sociais, entre outros.

Portanto, cabe ao profissional de enfermagem implementar intervenções específicas para melhorar as

condições existentes no ambiente, na saúde mental e nas relações sociais do idoso, trabalhando o autoconceito e o autocuidado desde a atenção primária, durante e após a pandemia da COVID-19. Pondera-se, ainda, que a dependência funcional gere aumento das necessidades sociais e de saúde, tanto para o idoso e família quanto para os serviços de saúde. Assim, é essencial a prevenção desta condição, bem como do seu agravamento[15],em especial no contexto da pandemia da COVID-19.

Como conceito central da Enfermagem, o fenômeno do autocuidado tem sido identificado como um recurso para a promoção da saúde e gestão bem-sucedida dos processos de saúde-doença, por meio de ações consideradas positivas. Trata-se de um recurso essencial na saúde das pessoas, tendo relação direta com os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem[16].

Os profissionais de enfermagem, ao centrarem suas ações terapêuticas no processo de interação entre quem executa e quem recebe cuidados, sustentados em referenciais teóricos de enfermagem, permitem dar visibilidade às suas ações, conduzindo à sua autonomia profissional, orientando as suas práticas assistenciais, de ensino e de investigação no âmbito da profissão.

Nesta perspectiva, propomos que o profissional de enfermagem, da atenção primária, ofereça o cuidado gerontológico ao idoso com limitações funcionais no contexto da COVID-19 pautado na Teoria Geral de Dorothea Orem[16], Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I[17], Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC[18]e Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC[19].

A teoria de Orem é composta por três constructos inter-relacionados: Teoria do Autocuidado; Teoria do Déficit de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem[16]. O primeiro constructo traz o significado de autocuidado e seus fatores associados. O autocuidado pode ser entendido como o desempenho de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, saúde e bem-estar[16]. A capacidade para engajar-se no autocuidado pode ser afetada por fatores condicionantes básicos, como sexo, condição de saúde e acesso a recursos sociais e de saúde. As ações em saúde visam atender os requisitos de autocuidado, que são agrupados em três categorias: universais (desempenho nas atividades cotidianas); de desenvolvimento (eventos adversos ou situações novas que ocorrem no decorrer do processo de envelhecimento); e de desvio de saúde (cuidados realizados ou tomada de decisão em relação ao problema de saúde)[16].

Na Teoria do Déficit de Autocuidado encontram-se especificadas as ações de enfermagem necessárias para promoção do autocuidado. O profissional de enfermagem poderá desenvolver as intervenções por meio de cinco métodos de ajuda: (1) agir ou fazer para o outro; (2) guiar o outro; (3) apoiar física e/ou psicologicamente o outro; (4) proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal; e (5) ensinar o outro[16].

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem baseia-se nas necessidades de autocuidado e na capacidade do indivíduo desempenhá-las, sendo classificada em três tipos de sistemas: (1) totalmente compensatório (indivíduo incapaz de autocuidar-se e necessita de auxílio total da enfermagem); (2) parcialmente compensatório (indivíduo e enfermagem desenvolvem ações de autocuidado); e (3) de apoio-educação

em saúde)[16]. Entre os idosos dependentes, o sistema de apoio-educação pode ser direcionado ao cuidador. Ao profissional de enfermagem cabe, entre outras ações de cuidado, orientar, incentivar, auxiliar e buscar alternativas que promovam a saúde e o bem-estar do idoso com limitações físicas juntamente com sua família, de forma a contribuir para o estabelecimento de ações que denotem o autocuidado.

Para compor o roteiro norteador da consulta gerontológica de enfermagem, optamos por instrumentos adequados para a avaliação da população idosa, visando subsidiar a tomada de decisão clínica em enfermagem. Dessa forma, propomos avaliar o idoso nos seguintes aspectos: características sociodemográficas e econômicas; APGAR familiar[20]; rede de apoio social durante a pandemia pela COVID-19; capacidade funcional (ABVD e AIVD)[21-22]; sinais vitais; morbidades, indicativo de sintomas depressivo[23], além de identificar os fatores de risco associados à dependência funcional e à transmissibilidade da COVID-19.

Reforçamos que o plano de cuidados gerontológicos de enfermagem deve reconhecer o idoso, a família e o cuidador como parceiros na realização do cuidado.

Fluxo de promoção e manutenção da saúde

Para os idosos, a OMS indicou um fluxo de cuidados em saúde, rastreamento de câncer e risco cardiovascular, vacinação, educação individual, familiar e em grupo, além de intervenções que ajudam a prevenir a perda de funcionalidade em virtude do confinamento. A adesão favorece a melhoria da capacidade física, mental e social, tendo o benefício de reduzir a dependência e aumentar o nível de qualidade de vida, aspectos que podem ser afetados pela inter-relação com fatores intrínsecos, extrínsecos e protetores ou agressores[3]. Portanto, a enfermagem, na sua função de cuidadora, deve envolver o idoso e sua família no desenvolvimento de atividades da vida diária que sejam de fácil execução, levando em consideração aspectos como a presença de deficiência (funcional ou estrutural) e limitação na atividade e/ou restrição na participação social. Este envolvimento permite adequar os espaços de acordo com a mobilidade, evitando barreiras e/ou obstáculos que possam causar quedas ou dificuldades na deambulação.

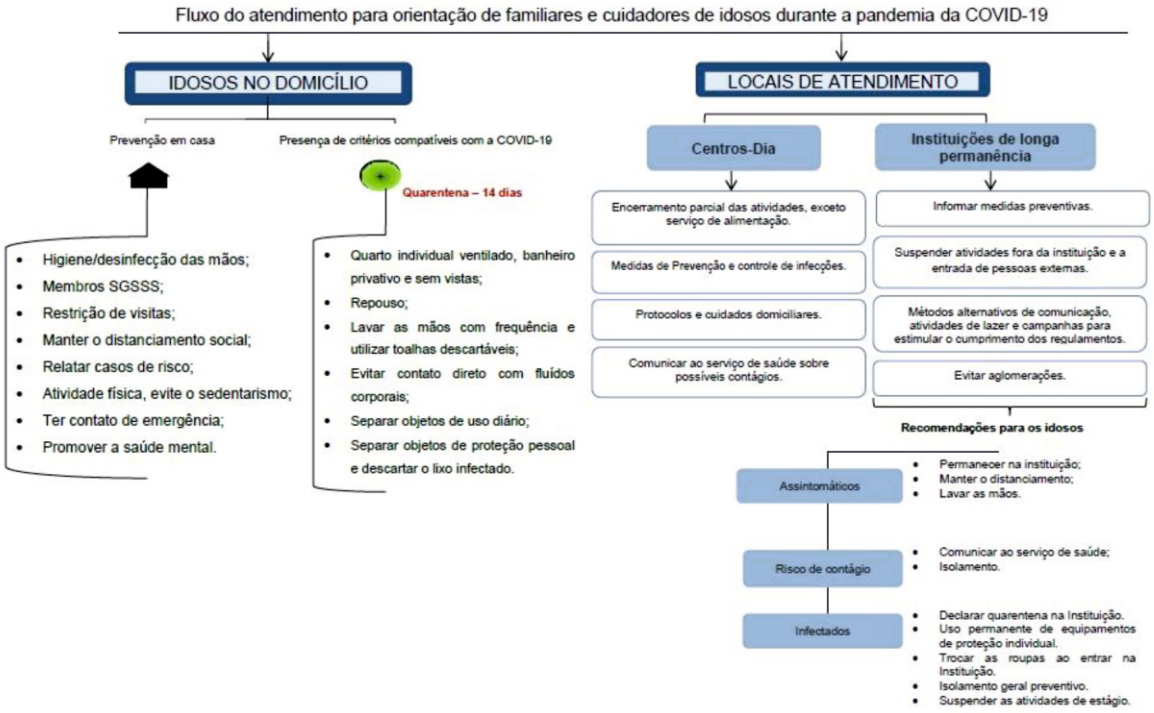
Da mesma forma, é imprescindível compreender que o confinamento não é isolamento ou abandono social, mas sim uma situação que modificou aspectos do cotidiano e possibilitou a integração do estado funcional do idoso (cognitivo, afetivo, ambiental, social, econômico e espiritual) com apoio familiar. Por isso, a intervenção de enfermagem é imprescindível desde a atenção básica até a implantação de roteiros que facilitem o desenvolvimento de programas de educação em saúde, prevenção de complicações, manutenção da capacidade física e mental do idoso, sob acompanhamento de visitas domiciliares.

A equipe de enfermagem dirigente no cuidado do idoso deve orientá-lo quanto a formas de prevenção, contenção e mitigação do novo coronavírus. Portanto, é fundamental dispor de telefones e endereços atualizados para manter a comunicação familiar, bem como limitar as visitas presenciais, estimular contatos de apoio virtual, ter medicamentos, não fumar e oferecer alimentação saudável. Necessário

também manter o distanciamento social, reforçar medidas de higiene, desinfecção, limpeza preventiva e verificar a filiação do idoso ao sistema de saúde. Os centros de cuidados gerais, Centros de Vida e Centros-Dia, devem organizar processos de acompanhamento no domicílio priorizando o plano nutricional básico para familiares e cuidadores, e os possíveis casos de contágio devem ser notificados ou alertados.

Na Figura 1, apresentamos o fluxo do atendimento para orientação de familiares e cuidadores de idosos durante a pandemia da COVID-19.

Figura 1 – Fluxo do atendimento para orientação de familiares e cuidadores de idosos durante a pandemia da COVID-19



Reflexão das expectativas dos autores após a pandemia

A evolução da humanidade e as crises no setor saúde têm sido acompanhadas de grandes transformações científicas, políticas, sociais, culturais, entre outras. A Enfermagem segue, lado a lado, nesta trajetória, enfrentando novos desafios, em busca de oportunidades de formação que propiciem novos conhecimentos e a liderança na construção e participação de políticas públicas.

Neste contexto pandêmico, houve um primeiro momento de mobilização em âmbito global, no sentido de estabelecer medidas para enfrentar tal situação de forma interativa e colaborativa, no intuito de minimizar os impactos possíveis. Contudo, não deixamos de questionar as práticas assistenciais até então desenvolvidas, pela imperiosa reorganização dos contextos, nos vários níveis de atenção, e as possíveis alterações relacionadas à acessibilidade aos cuidados de saúde com os idosos em virtude do distanciamento social.

Os idosos com limitações funcionais para as AVD, tanto no contexto da pandemia da COVID-19 como não, estão mais vulneráveis à ocorrência de agravos à saúde. Assim, é primordial a atuação, na atenção

primária à saúde, de uma equipe multiprofissional, em especial do enfermeiro, tendo em vista o seu protagonismo para identificar fatores de risco capazes de acelerar o declínio funcional e, portanto, reconhecendo o seu potencial para propor intervenções direcionadas aos idosos/familiares/cuidadores. Assim, a experiência acumulada durante a pandemia da COVID-19 proporcionará ao enfermeiro desenvolver estratégias inovadoras e bem-sucedidas na realização da consulta de enfermagem, visita domiciliar e atividades educativas.

Nesta perspectiva, devemos refletir sobre quais respostas criadas e desenvolvidas no contexto da atenção primária são mais condizentes com as necessidades dos idosos, integrando e harmonizando os componentes sociais e de saúde, nos espaços físicos dos serviços de saúde e domicílio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A longevidade é uma marcante conquista social e nos leva a refletir sobre a essencialidade da avaliação e promoção da saúde na atenção primária, em uma perspectiva multiprofissional. Tal enfoque contempla o desenvolvimento de ações interdisciplinares, que possam maximizar o potencial funcional e garantir a dignidade do idoso com limitações funcionais.

No contexto da pandemia da COVID-19, além de somar esforços científicos para conhecer o comportamento da doença, tem sido propiciado aos profissionais de enfermagem o enfrentamento de novos desafios para nortear o cuidado do idoso. Isso tem sido feito por meio de ações de promoção à saúde, com estratégias que integram a participação da família, cuidador e comunidade.

Assim, consideramos primordial que os enfermeiros da atenção primária avaliem, acompanhem e identifiquem as necessidades dos idosos com limitações funcionais para as AVD, com vistas a adequar os planos de cuidados voltados à melhora e/ou manutenção da independência funcional. Para tanto, visando subsidiar o trabalho do enfermeiro, propomos a utilização do processo de enfermagem norteado pela teoria de Orem (Anexo 1) e apresentamos o Fluxo de promoção e manutenção da saúde (Figura 1).

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). World Population Prospects 2019. Volume II: Demographic Profiles. Department of Economic and Social Affairs. [Internet]. New York: WHO; 2019 [cited 2020 Aug. 11]. Available from: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf

2. Global Burden of Disease Study (GBD) [Internet]. Seattle. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020. GBD Results Tools. 2017 [cited 2020 Aug. 19]. Available from: http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool

3. Aranco N, Stampini M, Ibarrarán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). División de Protección Social y Salud. 2018 [cited 2020 Aug. 11]. Available from: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf

4. Pordata. Base de dados Portugal contemporâneo. Índice de dependência de idosos. Pordata [Internet].

Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2019 [cited 2020 Aug. 27]. Available from: https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+depend%C3%AAncia+de+idosos-461

5. Sanhueza PM, Castro SM, Merino EJM. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. Cienc. enferm. 2005;11(2):17-21 [cited 2020 Sep. 17]. Available from: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000200004

6. Ayuso DMR. Actividades de la vida diária. Anales de psicologia. 2007;23(2):264-271 [cited 2020 Sep. 17];. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2501905

7. Botelho MA. Envelhecimento e funcionalidade. In: Fonseca AM. Envelhecimento, Saúde e Doença. Novos Desafios para a Prestação de Cuidados a Idosos. 6th ed. Lisboa: Coisas de Ler; 2014.

8. Jaque RL, Santuber CP, Lavoz EE. Actividades básicas de la vida diária em personas mayores y fatores associados. Envejecimento de La Población. Rev Chile Salud Pública. 2010;14 (2-3): 291-310 [cited 2020 Sep. 17]. Available from: https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/15410/15865/

9. Ortega ML. Limitación funcional y discapacidad: conceptos, medición y diagnósticos. Una introducción a la situación en México. In. Robledo LMG, Stalnikowitz DK (coord). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. 3th. ed. México: UNAM, Coordinación de la Investigación Científica: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial; Academia Nacional de Medicina de México: Academia Mexicana de Cirugía: Instituto Nacional de Geriatría; 2015. p. 215-227.

10. Concepción NM. Los efectos del trabajo con personas mayores dependientes institucionalizadas. 1th. ed. Madrid: Dykinson; 2014 [cited 2020 Aug. 7]. Available from: https://elibro.net/es/ereader/ujmd/56951

11. Trujillo CHS. Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por sars-cov-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. Revista de Asociación Colombiana de Infectología. 2020; 24(3)1:1-153. [cited 2020 Aug. 6]. DOI: http://dx.doi.org/10.22354/in.v24i3.851

12. World Health Organization (WHO). 9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud - recursos. Promoción de la Salud. [Internet]. WHO; 2019 [cited 2020 Aug. 11]. Available from: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/resources/es/

13. Serrano MGP, Oliva AJ. Calidad de vida en personas adultas y mayores. Madrid: UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2013.

14. Mejía BEM, Merchán MEP. Quality of Life Related to Health (Qlrh) in Seniors Over 60 Years of Age: A Theoretical Approach. Hacia promoc. Salud. 2007;12(1):11-24 [cited 2020 Sep. 18]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en

15. Moraes EN, Pereira AMVB, Azevedo RS, Moraes FL. Avaliação multidimensional do idoso. Secretaria de estado da saúde do Paraná. [Internet]. Curitiba: SESA. 2018 [cited 2020 Aug. 18]. Available from: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultiddoidoso_2018_atualiz.pdf

16. Orem DE. Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem. In: George JB et. al. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4th. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. p. 35-54.

17. Herdman TH, Kamitsuru S (Orgs.). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. 11th ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 462p.

18. Moorhead M, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 5th. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

19. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J et al. NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem. 6th. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

20. Duarte YAO, Domingues MAR. Tradução, Adaptação Transcultural e Validação do “Family Apgar”. In: Família, Rede de Suporte Social e Idosos: Instrumentos de Avaliação. São Paulo: Blucher; 2020. p. 75-182 [cited 2020 Aug. 7]. DOI: https://doi.org/10.5151/9788580394344-04

21. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Cross-cultural adaptation of the *Independence in Activities of Daily Living Index* (Katz Index). Cad. Saúde Pública. 2008;24(1):103-112 [cited 2020 Aug. 7]. DOI: https://doi.org/1590/S0102-311X2008000100010

22. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Reliability of the Brazilian version of the Scale of Instrumental Activities of Daily Living. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2008;21(4):290-296 [cited 2020 Aug. 18];. Available from: https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/viewFile/575/2239

23. Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. Arquivos de Neuropsiquiatria. 1999;57(2-B):421-426 [cited 2020 Aug. 18];. DOI: https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013

19

DEMÊNCIA NO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE

Fabia Maria de Lima
Brasil

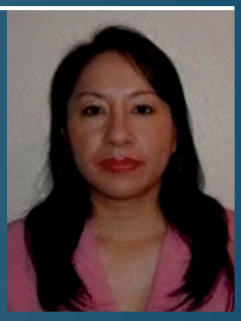
Celmira Lange
Brasil

Ceres Eloah de Lucena Ferreti
Brasil

Maria Victoria Rojas Martinez
Colombia

Eva Susana Corbo Ibañez
Uruguai

Virginia Reyes Audiffred
México



19 - DEMÊNCIA NO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Fabia Maria de Lima
ORCID: 0000-0001-9992-6556
Celmira Lange
ORCID: 0000-0003-4410 2124
Ceres Eloah de Lucena Ferretti
ORCID:0000-0001-5615-8489
María Victoria Rojas Martínez
ORCID: 0000-0003-1637-4800
Eva Susana Corbo Ibañez
ORCID: 0000-0003-2960-7845
Virginia Reyes Audiffred
ORCID: 0000-0002-9366-9883

RESUMO

Introdução: A grande crise sanitária causada pela pandemia do novo coronavírus, a COVID-19, atingiu mais de 10,5 milhões de pessoas. Neste contexto, doenças crônicas não transmissíveis como a Demência exigem maior atenção e cuidado da enfermagem visando melhor controle de comorbidades, como a infecção pela COVID-19. **Objetivo**: Propor um plano de cuidados de enfermagem para idosos com demência na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia. **Desenvolvimento do tema:** a utilização do Processo de Enfermagem na prática clínica de enfermeiros que acompanham idosos com diagnóstico de demência torna-se fundamental para a prática de enfermagem na APS. **Conclusões finais**: o Processo de Enfermagem proposto neste capítulo tem como meta a *elaboração de ações preventivas, de controle e curativas, por meio de* avaliação ampla e abrangente na APS, que contemple idosos portadores de doenças neurodegenerativas cerebrais. Esses idosos são mais vulneráveis e, portanto, expostos a maior risco de infecção pela COVID-19.

Descritores: Atenção Primária, Enfermagem Geriátrica, Idoso, Demência, COVID-19.

Introdução

A décima primeira edição da Classificação Internacional de Doenças (CID), publicada em 2018, conceitua a demência como uma síndrome cerebral adquirida, caracterizada por deterioração em dois ou mais domínios cognitivos, como memória, funções executivas, atenção, linguagem, cognição social e julgamento, velocidade psicomotora, habilidades visuais e espaciais. O comprometimento cognitivo não é totalmente atribuível ao envelhecimento normal e interfere significativamente na independência para desempenho das atividades diárias da pessoa. Isso é resultado de uma condição neurológica ou médica que afeta o cérebro, trauma, deficiência nutricional, uso crônico de substâncias ou medicamentos específicos ou exposição a metais pesados ou outras toxinas[1]. A *Alzheimer´s Association* entende a Demência como um termo global que se refere ao acometimento rápido ou lento, dependendo do tipo de doença apresentada, mas que, de forma gradual e progressiva, comprometerá o cérebro por completo, em suas principais funções cognitivas como memória, linguagem, praxias, gnosias, orientação, planejamento, execução e comportamento. Isso leva a grande prejuízo ou perda funcional nas fases mais tardias[2].

Principais tipos e indicadores de demência

A perda de memória é o principal indicador de demência na doença de Alzheimer, e a doença de Alzheimer é a principal causa de demência em 60-80% de todos os casos. Assim, a maneira mais fácil de identificar possíveis casos é perguntar ao idoso como está sua memória[2]. Diante disso, o indivíduo sem alterações cognitivas poderá expressar preocupação com sua incapacidade de lembrar eventos do dia, mas esses esquecimentos incidentais não são clinicamente importantes, e, muitas vezes, podem estar associados a outros fatores, por exemplo, à depressão. No entanto, idosos com comprometimento cognitivo, marcado pelo clássico esquecimento progressivo, poderão não reconhecer seu próprio déficit, fenômeno chamado anosognosia.

Devemos estar atentos a esquecimentos de eventos significativos apresentados pela pessoa, apesar do esforço para lembrá-los, e se forem gradualmente piorando o suficiente para interferir nas atividades do dia a dia, é preciso consultar um médico, por ser outro indicador de demência[3]. Mapear o esquecimento é importante, pois permite diferenciar o tipo de demência. Pacientes com doença de Alzheimer (DA) demonstram taxa desproporcionalmente maior de esquecimento em tarefas de memória episódica recente na fase inicial do que na variante frontal de demência frontotemporal (fvFTD), em que as alterações relacionadas ao comportamento desinibido marcam mais o início da doença. O quadro inicial da doença de corpos de Lewy (LBD) pode mostrar quedas frequentes, bradicinesia e rigidez que mimetiza a doença de Parkinson. Já na demência vascular isquêmica subcortical (SIVD), os déficits estão relacionados às áreas focais das lesões, e é comum que estes pacientes tenham um comportamento infantilizado e curso flutuante. A maior taxa de esquecimento em pacientes com DA decorre de um déficit nos mecanismos de consolidação da memória (específico para a DA), o qual evita que itens terminais em uma lista sejam transferidos de um armazenamento de memória temporário

de curto prazo para outro de memória de longo prazo estável[4].

No entanto, a avaliação indiscriminada dos pacientes é inadequada e demorada, portanto, o rastreamento cognitivo específico atual é recomendado não só em populações de pacientes com alta prevalência de comprometimento cognitivo devido à idade ou à presença de disfunção de memória, mas, também, nos casos considerados de pré-demência. Nestes, os sinais podem ser identificados até 20 anos antes do surgimento de sintomas e nas fases mais iniciais, buscando diagnóstico e tratamento precoces[2,5].

Mudanças de linguagem com declínio progressivamente maior no desempenho lexical são um marcador significativo de demência na DA. Tal marcador é evidenciado pela aplicação da bateria do Boston Naming Test (BNT), uma tarefa de fluência em letras (FAS) e uma descrição escrita da imagem como o conhecido teste do Roubo de Biscoitos (CTP)[6].

Outro indicador são os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD), como desinibição, euforia, apatia e isolamento, depressão, agitação, agressão, psicose, alucinações, paranoia, delírio, ansiedade e fobias, distúrbios do sono, comportamento alimentar alterado e distúrbios em atividade (lenta ou excessiva). Esses sintomas podem ser encontrados em todos os tipos de demência, alguns com mais frequência em um tipo do que em outro, porém, comumente, estão entre os sintomas[3]. Estudo de Yoneda e colaboradores[7] menciona as mudanças de personalidade como um indicador mais pontual, uma vez que estão relacionadas à neuropatologia presente na demência.

Outro ponto é o conhecimento das apresentações da demência. Em seu estágio inicial, é muitas vezes atípica, por isso é de extrema importância fazer uma avaliação completa do idoso, que integre os dados obtidos na entrevista clínica (história trazida pela família, anamnese + um breve teste cognitivo-funcional + complemento histórico médico) para identificar demência[7].

Características clínicas

Acometimento e evolução rápida ou lenta, dependendo do tipo de doença apresentada, mas que, de forma gradual e progressiva, comprometerá o cérebro por completo, em suas principais funções cognitivas. É uma condição que exige acompanhamento e supervisão constantes para os cuidados que progressivamente se tornam elementares, incorrendo, portanto, em sobrecarga direta, indireta e social para todos os envolvidos com a prestação de cuidados, em especial, aos cuidadores familiares – informais[2].

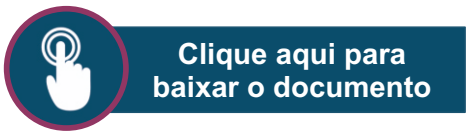
Sinais e sintomas

Variam em sua apresentação inicial, dependendo do tipo de doença. Os mais comuns são os déficits de memória, linguagem, praxias, gnosias, orientação, planejamento, execução e comportamento, levando a grande prejuízo ou perda funcional nas fases mais tardias[2].

Fatores de risco e protetores

Os fatores de risco para demência são múltiplos e incluem aqueles não modificáveis – idade avançada

genética (apolipoproteina E-Apo-E genótipo E4), gênero feminino; e os modificáveis, tais como baixa escolaridade, sedentarismo, tabagismo, hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus, doença renal crônica, perda auditiva, lesão cerebral traumática e depressão[2]. Segue o link 1 com os fatores de risco potencialmente modificáveis e não modificáveis para demência.



Epidemiologia na América Latina

Em virtude das transições demográficas e epidemiológicas, o número de pessoas com demência na América Latina aumentará de 7,8 milhões em 2013 para mais de 27 milhões em 2050. Portanto, a demência tornou-se uma grande preocupação de saúde pública em todo o mundo[8]. Estudos epidemiológicos estimaram que a prevalência de demência na população mundial varia entre 5% e 7% e é mais alta nos países em desenvolvimento[9-11]. Nitrini e colaboradores destacam que existe uma proporção maior em analfabetos, sendo a prevalência nesta população duas vezes maior do que em idosos alfabetizados[9].

Estudos mais recentes, como o de Nitrini e colaboradores[12], assinalam prevalência global de demência na população idosa da AL de 11%, segue abaixo o link 2 com detalhamento da prevalecia da AL. Um dos fatores de risco modificáveis para demência é a poluição do ar, sendo imprescindível que dados de estudos epidemiológicos recentes sejam considerados para elaboração de políticas públicas de saúde, em prol de melhorias nas estratégias de enfrentamento da doença [13]. No link 3 apresenta fatores modificais e não modificáveis.

Link 2: Prevalência de Demência na América Latina

Link3:https://www.alz.org/media/Documents/alzheimers-facts-and-figures-infographic.pdf

A Demência no mundo

O número de pessoas vivendo com demência em todo o mundo em 2015 foi estimado em 47,47 milhões, atingindo 75,63 milhões em 2030 e 135,46 milhões em 2050. Cerca de 60% a 70% dos casos vão corresponder à doença de Alzheimer[14].

Novos casos de demência previstos anualmente em todo o mundo chegam a quase 7,7 milhões, o equivalente a um novo caso a cada quatro segundos. Existem 3,6 milhões (46%) de novos casos por ano na Ásia, 2,3 milhões (31%) na Europa, 1,2 milhão (16%) nas Américas e 0,5 milhão (7%) na África. Os países de baixa e média renda da América Latina (AL) e Caribe estão em alto risco para demência[13]. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, quase 60% das pessoas com demência vivem em países de baixa e média renda, e a maioria dos novos casos (71%) deve ocorrer nesses países[15].

Em 2019, nos Estados Unidos da América, mais de 16 milhões de cuidadores familiares utilizaram cerca de 18,6 bilhões de horas no cuidado de pessoas com Alzheimer ou outras demências. Esse cuidado é avaliado em quase US$ 244 bilhões de dólares, entretanto, seus custos não se estendem apenas ao

aspecto monetário, mas incluem maior risco de sofrimento emocional e físico dos cuidadores[2].

Além da sobrecarga dos cuidadores, há, principalmente nos países de baixa e média renda, desafios no tratamento da pessoa com demência, exacerbados pela escassez de especialistas nesta área. Isso adiciona uma carga cada vez maior sobre a equipe da Atenção Primária à Saúde – APS, na prestação de cuidados às pessoas que vivem com demência e suas famílias.

Essas equipes de saúde, incluindo a de enfermagem, sentem-se treinadas de forma inadequada e, portanto, despreparadas para lidar com as responsabilidades do tratamento da demência de maneira eficiente[2].

OBJETIVO

Propor um plano de cuidados de enfermagem para idosos com demência na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia.

Desenvolvimento do tema

Impacto da pandemia na demência

Apesar dos diversos avanços da medicina moderna, não foi possível impedir que o mundo fosse surpreendido pela maior crise sanitária de todos os tempos. A pandemia da COVID-19 atingiu mais de 10,5 milhões de pessoas, o que corresponde a 0,1% da população mundial[16]. Impossível desconsiderar que estamos diante de dois graves impactos: uma doença crônica progressiva e outra infecciosa, sobre a qual ainda pouco se sabe, e para as quais as sociedades não estão devidamente preparadas para lidar e vencer. Tanto a Demência quanto a COVID-19 precisam ser abordadas com ciência, bom senso nas tomadas de decisões e, principalmente, atenção no que se refere a medidas de prevenção, tratamento e acompanhamento, sob uma abordagem de saúde pública. Neste momento de pandemia, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a Demência, atualmente também chamada de Transtorno Neurocognitivo Maior (TNM), exigem, além da assistência de enfermagem fase a fase, conhecimento e um “plus” de cuidados específicos, considerando um duplo-enfrentamento (Demência/COVID), tanto nos aspectos preventivos como de controle e curativo[17].

Especificidades da demência na pandemia

Provavelmente a demência não aumenta o risco de contrair a COVID-19. Entretanto, a alteração comportamental relacionada à demência, o aumento da idade e as condições de saúde que frequentemente acompanham a demência podem expor o idoso a uma chance maior de infecção do vírus. Isso ocorre porque ele sente dificuldade de se lembrar dos procedimentos de proteção, que incluem lavagem das mãos e uso de máscaras, bem como para compreender as informações, sendo possível que ignore os avisos e não adote medidas de quarentena suficientes.

Ressaltamos que em virtude do comprometimento gerado pelos déficits cognitivos, dificilmente a pessoa acometida pela demência terá um nível de atenção, planejamento e execução adequado ao cumprimento das medidas de higiene propostas para a prevenção da COVID 19. Cuidadores que convivem com pessoas dementadas devem considerar que elas têm acesso apenas limitado a informações e fatos precisos sobre a pandemia COVID-19 e, mesmo quando recebem essas informações, não as retém. Assim, esses pacientes precisam contar com todas as medidas possíveis de prevenção, já que doenças como a COVID-19 e a gripe podem piorar o declínio cognitivo[18].

Processo de Cuidar

A utilização do Processo de Enfermagem (PE) na prática clínica de enfermeiros que acompanham pacientes com diagnóstico de demência não difere do seu uso na implantação de cuidados de enfermagem a outros tipos de pacientes e doenças, afinal, não buscamos assistir apenas as demandas de cuidados exigidos pelas dependências cognitivas e funcionais oriundas de um cérebro doente. Sabemos, no entanto, que Enfermeiros que se dedicam a este tipo de desordem neurológica devem apresentar uma base sólida de conhecimentos que contemplem bem mais do que os cuidados em Neurologia. As bases teóricas para a boa prática se encontram no estudo sério e no entendimento de outras áreas do saber como a Neurologia, a Psiquiatria, a Geriatria e a Gerontologia, esta última desmembrada em duas partes: a Biogerontologia e Gerontologia Social[19-22].

A avaliação de enfermagem, na demência, deve ser ampla e abrangente em todos os aspectos e contemplar paciente/cuidador/familiar, além dos recursos familiares disponíveis caso a caso. As características específicas ao longo de sua evolução e o PE precisam seguir uma ordem lógica fase-dependente e utilizar os instrumentos que permitam facilitação do trabalho da enfermagem, como as Classificações da *North American Nursing Diagnosis Associatio*n (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) e da Nursing Outcomes Classification (NOC) – NNN.

Durante a consulta de enfermagem, o Enfermeiro da APS deve obter dados demográficos gerais, de saúde e comunidade, que contenham os principais instrumentos psicométricos de avaliação cognitiva, funcional e comportamental de pacientes e cuidadores. As ações propostas para APS por meio do plano de cuidados após entrevista e cuidadosa anamnese têm focos não apenas no dano neurológico, mas, e principalmente, nas possíveis tomadas de decisões para a cura de agudizações, controle de processos já existentes e prevenção de novas comorbidades. Em suma, a criação pelo enfermeiro de um protocolo de atendimento para a pessoa com demência possibilitará ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças, enfatizando estratégias focadas na educação em saúde e cuidados com o cuidador. Segue abaixo link 4 com protocolo como modelo para ser usado durante a consulta de enfermagem.

Clique aqui para baixar o documento

Um dos pontos importantes para o cuidado em demência é a estratégia de intervenção, pelo conhecimento das principais mudanças que ocorrem fase a fase, como mostrado na figura 1.

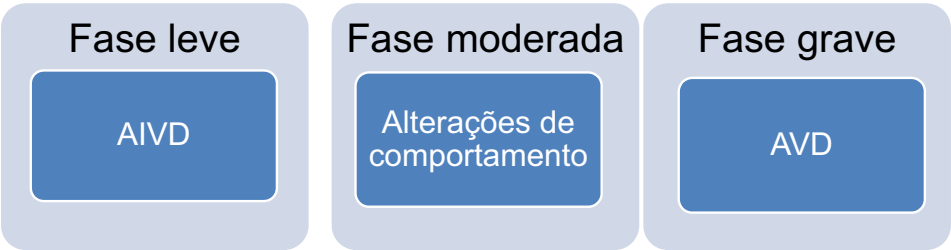


Figura 1 - Fases e dependências em demência

A assistência de enfermagem ao paciente com demência, na prevenção da COVID-19 e infectado pela COVID-19, é um processo único e exige cuidados com pacientes, ambientes, cuidadores leigos e profissionais. Neste capítulo, apenas por razões didáticas, os dois assuntos – Demência e COVID-19 – serão abordados separadamente.

Assistência de enfermagem ao paciente com demência e sua família durante a pandemia na APS

- As primeiras medidas que podem ser adotadas na APS são aquelas que envolvem a busca ativa, realizada por telefone ou mediante visita do agente de saúde no domicílio.
- Os protocolos de higiene e distanciamento social elaborados com base nas diretrizes da OMS e dos Sistemas de Saúde de cada país latino-americano são, inicialmente, a melhor ferramenta adotada por essas unidades na luta contra a COVID-19.
- Todos os familiares devem ser orientados a manter distanciamento social, usar máscaras fora de casa, manter o ambiente higienizado e ventilado, lavar as mãos frequentemente e usar álcool em gel.

O cuidador formal deve evitar ir e vir diariamente o máximo possível, pois esta movimentação poderá favorecer a contaminação em razão de seu maior contato com outras pessoas, por exemplo, nos transportes públicos. É aconselhável que, ao chegar, ele troque de roupa e sapatos, após um banho rápido, antes de se aproximar da pessoa que será cuidada. Após a troca e o uso de máscara e mãos devidamente higienizadas com água e sabonete, e álcool em gel, iniciar os procedimentos habituais que fazem parte da rotina da pessoa. No link 5 segue o Manual para cuidadores da Doença de Alzheimer com informações úteis sobre a Doença de Alzheimer e como manejar as alterações do dia a dia, sendo orientações para todos os tipos de demências.

Link 5: Manual para cuidadores da Doença de Alzheimer

Os cuidados de enfermagem oferecidos ao paciente com demência são os mesmos anteriores à pandemia, acrescidos das medidas de higiene mais rigorosas. Isto se dá em razão da maior vulnerabilidade de pacientes idosos com demência a outras afecções que podem contribuir para o agravamento do seu quadro demencial e levar a um desfecho fatal.

Chamamos a atenção para os idosos que se apresentam em alguma fase da demência:

- Fase leve: o enfermeiro precisa orientar o cuidador para aumentar a observação, supervisão, delicadeza e cautela com as sugestões de cuidados que contemplem o “kit higiene”. É necessário pensar que essas atividades, quando propostas, poderão, na prática, encontrar pouca ou muita resistência da pessoa que receberá cuidados. Talvez seja preciso repetir as instruções várias vezes, com delicadeza e paciência, para que ela entenda o risco de se contaminar e de contaminar alguém querido. Este é um bom argumento e, nesta fase, poderá funcionar muito bem. Lembremo-nos de que, neste momento evolutivo, os hábitos antigos de higiene, em geral, são postos em prática sem muitos problemas.
- As fases intermediárias e finais das demências podem exigir o reconhecimento de que as atividades sugeridas para o paciente apresentem maior risco de não serem cumpridas e maior estresse do cuidador. Essas fases exigem que as atividades sugeridas para a prevenção de contaminação pela COVID-19 sejam frequentemente lembradas, estimuladas e, muitas vezes, realizadas pelo familiar e/ou cuidador, razão de grande sobrecarga para alguém que abandonou projetos de vida para dedicar-se aos cuidados com seu familiar doente. Nem mesmo quando se trata de um cuidador formal, o familiar pode manter sua vida profissional ou social inalterada, pois é necessário que a pessoa contratada para prestar cuidados ao paciente com demência seja constantemente orientada e supervisionada pelo familiar.

Reconhecidamente, o Enfermeiro é um membro da equipe de saúde que tem, entre suas principais funções, a facilitação do trabalho de enfermagem para si e para sua equipe. Um profissional de saúde, idealmente, da atenção primária, avaliará os fatores de risco junto com os sintomas da pessoa, histórico médico e capacidade da família para gerenciar os cuidados. Os membros da família precisam limitar os espaços compartilhados, praticar a higiene recomendada e saber reconhecer e responder aos sinais de agravamento da saúde. Um profissional de saúde treinado precisará avaliar se a casa em questão é adequada para o isolamento e cuidado de um paciente com COVID-19, e medidas adequadas de controle de prevenção de infecção devem ser postas em prática. Profissionais de saúde treinados também são importantes para apoiar o paciente e sua família em casa ou por telefone, via telemedicina ou equipes de extensão.

Capacitar esta equipe em todos os níveis de assistência em saúde é uma tarefa necessária que pode ser proposta pelo serviço de educação permanente, por meio de minicursos. Esses cursos devem disponibilizar informações relevantes para a atividade prática não mecanizada e, sim, humanizada, pela participação consciente do “quando, como e por que” o profissional deve realizar este ou aquele procedimento. Os manuais de condutas são muito úteis nestas questões.

Necessário também oferecer suporte educativo que permita ao profissional da equipe levar conhecimento durante o atendimento ao familiar, principalmente com orientações acerca dos fatores protetores para demência.

É relevante realizar uma avaliação abrangente, na medida do possível, de todos os idosos como medida preventiva, em busca de fatores de risco ou indícios de instalação de demência. Isso permite consolidar um sistema de informação completo, evita preconceitos na abordagem e favorece a busca por essas

pessoas considerando a setorialização da APS.

Consideramos igualmente importante fortalecer o sistema de comunicação digital de forma a dar continuidade aos programas educacionais e de treinamento já instituídos e planejados para o paciente e cuidador de pessoas com demência. Para isso, é importante capacitar idosos e cuidadores no gerenciamento de tecnologia e propor o fornecimento de equipamentos e conexão em populações de baixa renda.

Outra medida envolve a consolidação de programas de capacitação da equipe de saúde no tema demência para um melhor alcance no cuidado e compreensão da situação que a pessoa, o cuidador e a família estão passando.

Desenhar ou consolidar programas para cuidadores formais ou informais sobre o tema do cuidado oferecido à pessoa com demência contribui para minimizar a sobrecarga do cuidador e proporciona melhor tratamento e evolução da pessoa com demência.

Paralelamente, aconselhamos propor estratégias que fortaleçam a rede de apoio social, institucional e familiar, para melhor atenção e cuidado da pessoa, do cuidador e da família da pessoa com demência, bem como mecanismos novos ou consolidar os já existentes para a disseminação do conhecimento, manejo e tratamento da demência. Essa medida permite detectar precocemente sinais de demência e propor cuidados específicos.

Por fim, a enfermagem deve participar ativamente do planejamento das políticas públicas para esses grupos de risco (demências) e liderar as ações de promoção e manutenção da saúde, voltadas, principalmente, para idosos em diferentes contextos. O link 6 segue uma proposta do plano de cuidados de enfermagem no domicílio para paciente idoso com demência e com COVID-19 como modelo para as enfermeiras planejar sua assistência no APS.

Link 6 - Proposta do plano de cuidados de enfermagem no domicílio para paciente idoso com demência e com COVID-19

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de Enfermagem na APS em tempos de pandemia é fundamental, pois permite uma avaliação ampla e abrangente em todos os aspectos e contempla paciente/cuidador/familiar. Porém, é fato que na América Latina ainda persistem muitas dificuldades relacionadas à identificação de novos casos e ao diagnóstico e tratamento precoces. Também faltam profissionais capacitados para lidar com as dependências cognitivas, não cognitivas e funcionais de pacientes com demência. Assim, é necessário que políticas públicas sejam criadas e que possam ser sensíveis aos problemas pelos quais passam estas pessoas, notadamente as populações mais empobrecidas. Alguns países da América Latina têm se mobilizado com estratégias de suporte clínico e social aos pacientes com demência e suas famílias, mas, em sua maioria, não contam ainda com um Plano Nacional de Demência, exceção feita ao Chile. Todavia,

contam com o apoio de Organizações não Governamentais que oferecem suporte aos cuidadores e treinamento de manejos diários com o paciente. Alguns centros de referência em diagnóstico e tratamento, tanto nos setores acadêmicos públicos quanto em clínicas privadas, conseguem oferecer avaliação neuropsicológica, tratamento farmacológico de alto custo dispensado pelo sistema de saúde e acompanhamento ambulatorial. Em tempos de pandemia, notamos ainda um movimento intenso na organização de protocolos de atendimento e suporte on-line, que visem atender às necessidades de profissionais, pacientes e familiares, dos pontos de vista assistencial, educacional e de pesquisa.

Finalizando, destacamos que as ações de enfermagem podem, e devem, investigar aspectos biológicos, psicológicos econômicos, sociais e espirituais de seus clientes com demência, por meio de propostas de estudos de custo da doença e de ações capazes de minimizar a enorme sobrecarga desses itens na vida pessoal do cuidador. Custos diretos sociais têm grande impacto não apenas para o custeio de uma doença reconhecidamente onerosa, mas também na deterioração da saúde física e mental de cuidadores, o que sobrecarregará muito mais o sistema de saúde de qualquer nação, de baixa, média ou alta renda[23]

Sites para consulta

BRASIL
https://abraz.org.br/2020/
http://documentacao.camara.sp.gov.br/iah/fulltext/projeto/PL0769-2019.pdf
https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/hc-tem-centro-especializado-para-tratamento-neurologico/

COLÔMBIA
http://www.husi.org.co/intellectus/definicion1
http://www.husi.org.co/documents/10180/26106/Brochure+
+Portafolio+de+servicios+para+Intellectus+2017+Vs+2.pdf/10635af2-1cc8-46cc-8c3e-f65aba4f2cdf

MÉXICO
https://www.alzheimermexico.org.mx

URUGUAY
https://www.audas.org.uy/quienes_somos.html

REFERÊNCIAS

1. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. [Internet] Geneva: World Health Organization (WHO); 2020. Available from: https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f546689346
2. Alzheimer's Association Report. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's Dement. 2020;16:391–460. DOI: https://doi.org/10.1002/alz.12068
3. Dekker AD, Strydom A, Coppus A, Nizetic D, Vermeiren Y, Naudé PJW, Van Dam D et.al. Behavioural and psychological symptoms of dementia in Down syndrome: Early indicators of clinical Alzheimer's disease? Cortex

2015;73:36-61 [cited 2020 Jul. 30]. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.cortex.2015.07.032

4. Turchetta CS, Perri R, Fadda L, Caruso G, De Simone MS, Caltagirone C, Carlesimo GA. Forgetting Rate on the Recency Portion of a Word List Differentiates Mild to Moderate Alzheimer's Disease from Other Forms of Dementi. J Alzheimers Dis. 2018;66(2):461-470. DOI: http://dx.doi.org/10.3233/JAD-180690

5. Feil DG, MacLean C, Sultzer D. Quality indicators for the care of dementia in vulnerable elders. Journal of the American Geriatrics Society. 2007;55(Supl.2):S293-301 [cited 2020 Jul. 30]. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01335.x

6. Pekkala S, Wiener D, Himali JJ, Beiser AS, Obler LK, Liu Y, et al. Lexical retrieval in discourse: An early indicator of Alzheimer's dementia. Clinical Linguistics Phonetics. 2013;27(12):905–921 [cited 2020 Jul. 30]. DOI: https://doi.org/10.3109/02699206.2013.815278

7. Yoneda T, Rush J, Graham EK, Berg AI, Comijs H, Katz M, et al. Increases in Neuroticism May Be an Early Indicator of Dementia: A Coordinated Analysis. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences. 2020;75(2):251–262 [cited 2020 Jul. 30]. DOI: https://doi.org/10.1093/geronb/gby034

8. Custódio N, Wheelock A, Thumala D, Slachevsky A. Dementia in Latin America: Epidemiological Evidence and Implications for Public Policy. Front. Aging Neurosci. 2017;9(221):1-11. DOI: https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00221

9. Nitrini R. Dementia incidence in middle-income countries. Lancet. 2012;380(9852):380:1470. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61838-8

10. Custodio N, Herrera-Perez H, Lira D, Montesinos R, Bendezu L. Prevalence of frontotemporal dementia in community-based studies in Latin America: a systematic review. Dement Neuropsychol. 2013;7(1):27–32. doi: https://doi.org/10.1590/S1980-57642013DN70100005

11. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferrii CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. Alzheimers Dement. 2013;9(1):63-75. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007

12. Nitrini R, Bottino CM, Albala C, Capuñay NSC, Ketzoian C, Llibre JJR et al. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. Int Psychogeriatr. 2009;21(4):622-630. DOI: https://doi.org/10.1017/S1041610209009430

13. Brito-Aguilar R. Dementia Around the World and the Latin America and Mexican Scenarios. J Alzheimers Dis. 2019;71(1):1-5. DOI: https://doi.org/10.3233/JAD-190177

14. World Health Organization (WHO). The epidemiology and impact of dementia: Current state and future trends [Internet]. Geneva. WHO, 2015. Documento WHO/MSD/MER/15.3. Available from: https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf

15. World Health Organization (WHO). Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia [Internet]. Geneva. WHO, 2016. CONSEJO EJECUTIVO EB140/28. 140ª reunión. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_28-sp.pdf

16. Archer SL. Providing care for the 99.9% during the COVID-19 pandemic: How ethics, equity, epidemiology, and cost per QALY inform healthcare policy. The Canadian College of Health Leaders. Healthcare Management Forum 2020;33(5):239-242. DOI: https://doi.org/10.1177/0840470420939854

17. Pessoa RMP, Faria S, Morais D, Chagas MHN. From Dementia to Major Neurocognitive Disorder: Current Aspects. Revista Ciências em Saúde 2016;6(4):5-17. DOI: https://doi.org/10.21876/rcsfmit.v6i4.606

18. Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo JL, Weidner W. Dementia care during COVID-19. The Lancet. 2020;395(10231):1190-1191. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30755-8

Belecheck GM; Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC. 5th. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

20. Freitas EV, Py L, Gorzoni ML, Johannes D, Cançado FAX. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4th. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.

21. Kandel ER; Schwartz JH; Jessel TM. Fundamentos da Neurociência e do Comportamento. Rio de Janeiro: Prentice Hall; 1997.

22. Hickey JV. Neurological and Neurosurgical Nursing. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2003.

23. Ferretti C, Sarti FM, Nitrini R, Ferreira FF, Brucki SMD. An assessment of direct and indirect costs of dementia in Brazil. PLoS ONE 2018;13(3):e0193209. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193209

20

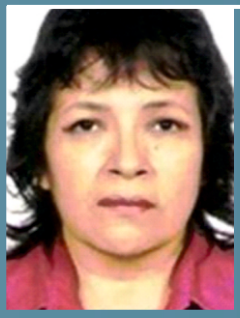
O CUIDADO DO IDOSO COM CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19

Sônia Maria Soares
Brasil

Deuzany Bezerra Melo Leão
Brasil

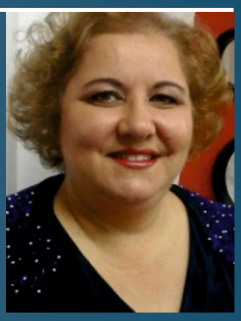
Katherine Sanclemente Angrino
Colombia

Laura Villaquirán Jiménez
Colombia



Maritza Evangelina Villanueva Benites
Perú

Rita de Cassia Helú Mendonça Ribeiro
Brasil



20 - O CUIDADO DO IDOSO COM CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19

Sônia Maria Soares
ORCID:0000-0003-3161-717X
Deuzany Bezerra Melo Leão
ORCID:0000-0002-5510-0733
Katherine Sanclemente Angrino
ORCID:0000-0001-6059-4574
Laura Villaquirán Jimenéz
ORCID:.0000-0002-373-0226
Maritza Evangelina Villanueva Benites
ORCID:0000-0001-9196-1832
Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro
ORCID:0000-0002-1016-0484

Resumo

Introdução: Os casos mais graves com desfechos fatais da infecção pelo SARS-Cov-2 foram relatados em idosos, sobretudo naqueles que apresentavam comorbidades, como doenças cardiovasculares, respiratórias e diabetes mellitus. Diante de tais evidências, a enfermagem buscou orientar sua prática na atenção primária à saúde, em busca de alternativas inovadoras e capazes de reduzir a transmissibilidade do vírus. **Objetivo:** Contribuir para a qualificação do cuidado de enfermagem oferecido ao idoso com condições crônicas na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia da COVID-19. **Desenvolvimento do tema:** O texto foi produzido com base em análise de protocolos disponíveis em diretrizes de organizações internacionais (OMS, OPAS, CDC e outras), sociedades científicas da América Latina e artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais. Para tanto, e tendo como referência o Modelo de Cuidados Crônicos, apresentamos as principais medidas para estratificação de risco e monitoramento de casos segundo evidências científicas atuais para prevenção de infecções, controle de epidemias e pandemias no contexto. **Considerações finais:** As reflexões realizadas contribuem para nortear ações com vistas a uma qualificação da assistência ao idoso, familiares cuidadores e comunidade, na perspectiva de fortalecer o cuidado do idoso com condições crônicas em relação à COVID-19.

Descritores: Idoso; Condições crônicas; Atenção Primária; Coronavírus, Enfermagem.

Introdução

A pandemia da COVID-19 impôs desafios sem precedentes para a saúde global e afetou, de forma significativa, toda a América Latina, que responde por um terço de todas as mortes no mundo[1]. Os casos mais graves com desfechos fatais da infecção pelo SARS-Cov-2 foram relatados em idosos, a maioria naqueles que apresentavam comorbidades como doenças cardiovasculares, respiratórias e diabetes mellitus (DM2)[1,2]. De acordo com relatórios internacionais da OMS, OPAS e do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), pacientes com DM2 e síndrome metabólica podem ter um risco até dez vezes maior de morte quando contraem COVID-19.

A hiperglicemia e o diagnóstico de DM2 são preditores independentes de mortalidade e morbidade em pacientes com SARS1. Esse achado pode estar relacionado ao fato de tais pacientes apresentarem um estado de inflamação metabólica que os predispõe a um aumento da liberação de citocinas. Para a COVID-19, o aumento das citocinas contribui para a falência de múltiplos órgãos em pacientes com doença grave[3]. De acordo com estudo de meta-análise que avaliou o risco de COVID-19 com apresentação clínica grave em pacientes com comorbidades, em um total de 99.817 pacientes avaliados, foi demonstrado que os efeitos globais das comorbidades, associados a maior risco para evolução clínica grave da COVID-19 em pessoas que apresentavam diagnósticos: doença renal crônica (risco global de 5,60; IC de 95% 4,13-7,60), hipertensão arterial (risco de 4,05; IC 95% 3,45-4,74) e diabetes mellitus (risco 3,53; IC 95% 2,79-4,47)[4].Os resultados expressam dados de 13 pesquisas realizadas em diferentes países, em pacientes graves em comparação com pacientes não graves.

Outros estudos relataram conclusões semelhantes, indicando prevalência combinada de diabetes mellitus (DM) na infecção por COVID-19 de 13% (IC de 95%, 10% -17%) e de hipertensão arterial de 24% (IC 95%, 18% -30%). Em cinco estudos, total de 1602 pacientes, a prevalência combinada de doença renal crônica (DRC) na infecção por COVID-19 foi de 1% (IC de 95%, 1% –2%) [5,6].

Concluiu-se, portanto, que idade avançada, uso prolongado de vários medicamentos, insuficiência renal, hiperglicemia e doenças cardíacas são fatores preditivos de um prognóstico ruim para idosos com diabetes. A regulação da glicemia e a adoção de medidas adequadas são aspectos críticos a serem levados em consideração para o paciente diabético neste período pandêmico, principalmente no paciente com infecção em curso.

Além disso, pesquisas demostram que a enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2) é um receptor para SARS-CoV-2 no corpo humano[5,6,7]. Diante das condições clínicas de saúde desfavoráveis, determinantes sociais persistentes agravam ainda mais os efeitos negativos da COVID-19 em idosos com doenças crônicas. Em relação aos problemas emergentes revelados durante a pandemia, há relatórios a respeito do impacto econômico sobre os sistemas de saúde mais fracos.

Na América Latina, região com maior desigualdade social, há dificuldades de acesso aos serviços de saúde, falta de condições sanitárias, trabalho informal, entre outros. Essa realidade influencia diretamente na abordagem do cuidado do idoso, família e comunidade. Nesse sentido, destacamos a importância fortalecer as redes de cuidado integral à população idosa, capazes de assegurar ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte dessa população.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem uma função estratégica no gerenciamento de condições crônicas, especialmente, por sua capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede de atenção[8]. No início da pandemia, as experiências internacionais foram centradas no cuidado individual hospitalar, o que serviu de alerta para a necessidade de uma abordagem mais comunitária e domiciliar, centrada no território e voltada para a atenção primária, considerando que 80% dos casos são leves e grande parte dos moderados procuram os serviços de saúde da rede básica como primeiro acesso na busca por cuidados[9]. É, portanto, neste cenário que os profissionais de enfermagem ocupam a primeira linha de atenção e cuidados e desempenham um papel fundamental para assegurar a cobertura universal e, assim, prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

OBJETIVO

Contribuir para a qualificação do cuidado de enfermagem oferecido ao idoso com condições crônicas na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia da COVID-19.

Desenvolvimento do tema

O Modelo de Condições Crônicas e as contribuições para o enfrentamento da COVID-19 no contexto da Atenção Primária à Saúde

As condições crônicas são condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que devem ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e pelos pacientes/família para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. Como sempre são mais prevalentes em idades mais avançadas podem, de forma gradativa, comprometer a qualidade de vida por meio de limitações funcionais ou incapacidades. Em geral, requerem cuidados de longa duração e, apesar de não serem a ameaça mais imediata à vida, constituem as causas mais comuns de mortalidade prematura. Além disso, grande parte das condições crônicas pode ser prevenida, postergada ou ter suas complicações reduzidas[10].

Nesse sentido, destacamos a importância do *Chronic Care Model* (CCM) desenvolvido por Ed Wagner e colaboradores, apresentado em 1998 pelo MacColl Center for Health Care Innovation, em Seattle, nos Estados Unidos[11]. Trata-se do modelo conceitual mais utilizado na atualidade com adaptações

subsequentes em uma série de países para acompanhamento de pessoas com condições crônicas. Os pressupostos do modelo e descrições mais detalhadas estão disponíveis no site: The Improving Chronic Illness Care - http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2. O CCM parte do pressuposto de que a oferta de melhores cuidados a indivíduos que vivenciam uma condição crônica de saúde deve levar em consideração: relações contínuas entre usuários e sua equipe de saúde; individualização dos cuidados segundo as necessidades dos usuários; cuidados que antecipam as necessidades do usuário; intervenções baseadas em evidências científicas e cooperação entre os prestadores de cuidados de saúde. O CCM constitui-se de seis elementos-chave que interagem entre si, subdivididos em dois grandes campos - o Sistema de Atenção à Saúde e a Comunidade[10,11]. O CCM está estruturado a partir dos seguintes princípios: organização da atenção à saúde; recursos da comunidade; autocuidado apoiado; desenho da linha de cuidado; suporte às decisões clínicas; e sistema de informação clínica. No Sistema de Atenção à Saúde, as mudanças devem ocorrer na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na Comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade, conforme ilustrado na Figura 1.

Figura1- Modelo de Cuidados Crônicos. Fonte: WAGNER, 1998. Tradução para o português de responsabilidade de Mendes (2015).

Esse modelo, ao subsidiar ações de prevenção e de intervenção precoces associadas à gestão do cuidado no enfrentamento da pandemia permite uma solução multidimensional e sistêmica de como fornecer cuidados a idosos com doenças crônicas. O manejo das ações do Modelo de Cuidados Crônicos se coaduna com habilidades e atributos já adquiridos pelos enfermeiros, considerando suas competências profissionais na gestão do cuidado no acompanhamento de pacientes crônicos de saúde.

O cuidado de enfermagem a idosos com condições crônicas na Atenção Primária à Saúde

A pandemia da COVID-19 impôs vários desafios para o cuidado de enfermagem no contexto da atenção primária à saúde no sentido de garantir a acessibilidade, longitudinalidade, atenção integral e coordenação dos serviços de saúde. O enfermeiro precisou conhecer mais de perto e compreender melhor como os idosos com doenças crônicas convivem com a doença e o tratamento, para implementar assistência de qualidade, capaz de atender às suas necessidades, e propor intervenções possíveis[12].

Uma das pautas prioritárias para os profissionais de enfermagem foi propor estratégias para garantir o cuidado de idosos com condições crônicas de saúde considerando todas as normativas técnicas das organizações governamentais e não governamentais nacionais e internacionais. Assim, com base nos princípios do CCM, apresentamos algumas ações articuladas entre profissional de saúde, paciente e os serviços de saúde que envolveram a organização da atenção à saúde com a finalidade de disponibilizar a oferta da atenção programada para os idosos com necessidade de acompanhamento. As intervenções de enfermagem demandam, prioritariamente, a reorganização de fluxos e a redefinição das formas de atendimento.

O idoso com doença crônica, independentemente de pertencer ao grupo de risco, traz consigo algumas síndromes geriátricas, com déficits sensoriais (auditivos e visuais) que demandam cuidados mais complexos, com diminuição da autonomia pessoal com certo grau de dependência e maior demanda na utilização de recursos sociais e de saúde [10,11.]. Nesse sentido, ressaltamos a importância de garantir orientação para a continuidade dos cuidados essenciais à estabilização clínica dos idosos, contribuindo para minimizar o risco de descompensação e os efeitos adversos, bem como para evitar internações hospitalares dispendiosas, aumentando, em última instância, sua qualidade de vida. Assim, intervenções centradas em fatores de risco específicos, tais como, alterações significativas de glicemia, níveis pressóricos, avaliação da função renal ou em dificuldades funcionais para pessoas com múltiplas condições crônicas são essenciais no desenvolvimento do plano terapêutico dos idosos.

Estratificação de risco

Ainda como parte da organização da assistência, é recomendado que a estratificação do risco seja um dos recursos utilizados pelas equipes de saúde para a organização das agendas e para priorização do uso das diferentes ferramentas tecnológicas disponíveis para fazer o acompanhamento das condições crônicas no território. A estratificação de risco deve ser adotada como forma de mapear os casos de baixo, médio e alto risco das diferentes condições crônicas de saúde dos usuários. Esta estratificação deve pautar-se não apenas na idade, mas no índice de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso [14]. Essa classificação possibilita avaliar, organizar e garantir o atendimento a cada usuário, conforme suas necessidades, tal como demonstrado no Quadro 1.

Vale destacar que o protocolo de estratificação de risco é uma ferramenta útil e necessária, porém não é suficiente para definir o risco ou a vulnerabilidade de determinada pessoa.

Quadro 1- Estratificação de risco de idosos com condições crônicas

Clique aqui para baixar o quadro 1

Monitoramento dos idosos com condições crônicas

As interações entre as equipes de saúde e os usuários podem se tornar mais produtivas se houver equilíbrio entre atendimentos profissionais presenciais e não presenciais por meio de telefone ou de correio eletrônico[10]. Os serviços de teleatendimento voltados para o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas já é uma realidade em alguns países e tornou-se uma das ferramentas mais utilizadas para o monitoramento durante a pandemia. Esses serviços permitem o seguimento do paciente pós-alta, na medida em que avaliam o acesso a consultas, exames, medicações, entre outras ações, assim como a continuidade do cuidado. A ligação telefônica age enquanto potente instrumento para educação em saúde e acompanhamento de planos de autocuidado.

Outra ação que se destaca é o acompanhamento de usuários com comorbidades e quadros clínicos mais complexos. Esses usuários, que precisam de uma abordagem mais intensiva, podem ter a necessidade de consultas diminuída se o uso de outras formas de contato (telefone, e-mail) for viabilizado.

Atendimento Coletivo

Além dos atendimentos profissionais individuais, os atendimentos em grupo devem fazer parte da atenção à saúde. Os grupos são um dispositivo potente de educação em saúde, trocas entre os usuários e destes com a equipe de saúde. Essa abordagem deve estimular a reflexão sobre o adoecimento e os fatores envolvidos nesse processo para, a partir disso, estimular formas de autocuidado e mudanças de atitude. Os grupos podem ser organizados de diversas formas, de acordo com as necessidades da população, respeitando as técnicas para o seu manejo e organização. Devem ser privilegiadas abordagens criativas que envolvam a participação coletiva. Em unidades de atenção primária, uma das estratégias para viabilizar o trabalho com grupos consiste na realização de chamadas via celular para os idosos que possuem mais habilidade com o uso das tecnologias digitais, além de chamadas para as teleconsultas.

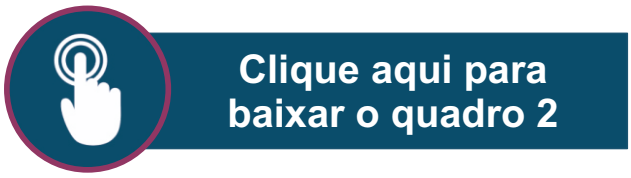
Autocuidado

Nas doenças crônicas, o sucesso do tratamento depende significativamente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo de seu tratamento. Uma atitude de autocuidado que promova estilos e práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento, não depende apenas de uma prescrição profissional, mas de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e do quanto ele estará comprometido em melhorar sua condição por meio de suas práticas.

O autocuidado apoiado significa uma colaboração estreita entre a equipe de saúde e os usuários, os quais trabalham em conjunto para definir o problema, estabelecer as metas, monitorá-las, instituir os planos de cuidado e resolver os problemas que apareçam ao longo do processo de manejo. Para aplicação dessa estratégia, é importante: capacitar os profissionais de saúde para que colaborem com os usuários no estabelecimento de metas para o autocuidado, já que implica mudança de prática; instrumentos de autocuidado baseados em evidências clínicas; utilizar estratégias grupais; procurar apoio por meio de ações educacionais, informações e meios físicos; e buscar recursos da comunidade para que as metas de autogerenciamento sejam obtidas de modo equivalente à atividade prescritora do profissional de saúde, que orienta o usuário como conduzir suas ações. Significa, em síntese, reconhecer

o papel central do usuário em relação à sua saúde, desenvolvendo um senso de autorresponsabilidade sanitária e transformando o profissional de saúde em parceiro do usuário [10]. O apoio da família, dos amigos, das organizações comunitárias e da equipe multiprofissional de saúde é essencial para que o autocuidado se dê com efetividade.

Quadro 2. **Monitoramento de idosos com condições crônicas**



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da COVID-19 oportunizou maior visibilidade para a enfermagem, pois colocou a profissão em uma condição de protagonismo, desvelando o seu papel fundamental na primazia do cuidado humano. Os profissionais de enfermagem são a primeira linha de cuidado e atenção e têm papel fundamental na melhoria do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde, como foi demonstrado no monitoramento de idosos com condições crônicas. Devido as condições impostas pela pandemia muitos idosos deixaram de comparecer aos serviços de saúde, o que comprometeu sobremaneira, aqueles que apresentavam condições crônicas. Diante desse cenário, os profissionais de enfermagem foram impulsionados e reinventar sua prática no sentido de garantir a monitorização de idosos com condições crônicas.

Assim, devemos ressaltar a importância do Modelo de Cuidados Crônicos, por possibilitar a gestão do cuidado de forma multidimensional. Quando analisadas as fragilidades das políticas públicas na área da atenção à saúde do idoso, particularmente em países de baixa e média renda, como é o caso da América Latina, é essencial investir na atenção primária de saúde com enfoque na promoção da saúde, na participação cidadã e na proteção dos idosos mais fragilizados.

Nesse sentido, as experiências vivenciadas na pandemia possibilitaram-nos uma aproximação diferente com nossos idosos que apresentam condições crônicas, por meio de diferentes tecnologias que podem ser incorporadas na nossa prática de forma crítica e reflexiva. Esperamos que o cenário atual impulsione novas conquistas na melhoria da cobertura universal de saúde e acesso à saúde para as populações que dependem dos sistemas públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva, 2020. COVID19.who.int. Available from: https://covid19.who.int/

2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [Internet]. Whasington DC., 2020. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Older Adults. Available from: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html

3. Mehta D, McAuley DF, Brown M, Sanchez E, Tattersall RS, Manson JJ et al. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. Across Speciality Collaboration, UK. Lancet 2020;395(10229):1033-1034. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30628-0

4. Plasencia-Urizarri TM, Aguilera-Rodríguez R, Mederos LEA. Comorbilidades y gravedad clínica de la COVID-19: revisión sistemática y meta-análisis. Rev haban. cienc. méd. 2020;19(sUPL.):e3389. Available from: http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3389

5. Nandy K, Salunke A, Pathak SK, Pandey A, Doctor C, Puj, K et. al. Coronavirus disease (COVID-19): A systematic review and meta-analysis to evaluate the impact of various comorbidities on serious events. Diabetes & metabolic syndrome: Clinical Research & Reviews 2020;14(5):1017-1025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.064

6. Li B, Yang J, Zhao F, Zhi L, Wang X, Liu L, et. al. Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. Clin Res Cardiol. 2020;109(5):531-538. DOI: https://doi.org/10.1007/s00392-020-01626-9

7. Bode B, Garrett V, Messler J, McFarland R, Crowe J, Booth R et. al. Glycemic Characteristics and Clinical Outcomes of COVID-19 Patients Hospitalized in the United States. J Diabetes Sci Technol. 2020;14(4):813-821. DOI: https://doi.org/10.1177/1932296820924469

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28p.

9. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Primary healthcare in times of COVID-19: what to do? Cadernos de Saúde Pública. 2020;36(8):e00149720. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720

10. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: OPAS, 2012. p. 139-176.

11. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice, 1998;1(1):2-4. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10345255/

12. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Corona Vírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020. Available from: https://saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/30/20200330-ProtocoloManejo-ver06-Final.pdf. Acesso 28 ago 2020

13. Lorenzo SM. Contra el coronavirus, más Atención Primaria que nunca. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada: Actualización en Medicina de Familia; 2020. Available from: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2626

14. Barra RP, Moraes EM, Jardim AA, Oliveira KK, Bonati PCR, Issa AC et. al. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento do Covid-19 em Uberlândia, Minas Gerais. APS em Revista. ARTIGOS 2020;2(1):38-43. DOI: https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.64

15. São Paulo [Internet]. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Organização das ações na atenção primária à saúde no contexto da COVID-19, 2020. Available from: http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/672e5b1c446307d63f59b4cf0bf2ac08.pdf

16. Blázquez MR, Gómez SS, Gallego CF. Care as a cross-cutting element in the health care of complex chronic patients. Enfermería clínica, 2014;24(1):44-50. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4603200

17. Sánchez-Duque JA, Arce-Villalobos LR, Rodríguez-Morales AJ. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Latin America: Role of primary care in preparedness and response. Aten Primaria. 2020;52(6):369-372.. DOI: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.001

18. Hammerschmidt, KSA, Santana RF. Health of the older adults in times of the covid-19 pandemic. Cogitare Enfermagem, 2020;25:e72849. [cited 2020 Sep. 30]. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849

19. Rodríguez-Morales AJ, Sánchez-Duque JA, Botero SH, Pérez-Díaz CE, Villamil-Gomez WE, Méndez CA et al. Preparation and control of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Latin America. Acta Méd. Peru. 2020;37(1):3-7. DOI: https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.909

20. Cassiani, SHB, Jimenez EFM, Ferreira AU, Peduzzi M, Hernández CL. The state of nursing in the world and the Region of the Americas at the time of the COVID-19 pandemic. Revista Panamericana de Salud Pública. 2020;44:e64. [cited 2020 Jul. 24]. Doi: https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.64

21

CUIDADOS PALIATIVOS AO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE

Jack Roberto Silva Fhon
Brasil

Alexandre Ernesto Silva
Brasil

Denisse Parra-Giordano
Chile

Heliberto Mena Cambronero
Costa Rica

Tirso Duran Badillo
México

21 - CUIDADOS PALIATIVOS PARA IDOSOS EM TEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Jack Roberto Silva Fhon
ORCID: 0000-0002-1880-4379
Alexandre Ernesto Silva
ORCID: 0000-0001-9988-144X
Denisse Parra-Giordano
ORCID: 0000-0002-9439-2679
Heliberto Mena Cambronero
ORCID: 0000-0002-9311-7675
Tirso Duran Badillo
ORCID: 0000-0002-7274-3511

RESUMO

Introdução: os cuidados paliativos melhoram a qualidade de vida da pessoa na etapa terminal de uma doença. Com o início da pandemia, ficaram evidentes as fragilidades na Atenção Básica à Saúde e no atendimento do paciente idoso, sendo necessário o desenvolvimento de uma abordagem integrativa. **Objetivo:** Descrever um plano de cuidados de enfermagem para idosos com necessidades paliativas na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia. **Desenvolvimento do tema:** A pessoa com condição que ameace a continuidade da vida tende a manifestar o sofrimento (físico, psíquico, social, familiar espiritual) estendendo-o para seus familiares e amigos. O enfermeiro deve avaliar as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual, valendo-se do processo de enfermagem e do uso dos diferentes instrumentos com a finalidade de oferecer melhor atendimento ao idoso e sua família. Neste capítulo, apresentaremos alguns cuidados de enfermagem direcionados ao idoso em cuidados paliativos. **Considerações finais:** É necessário preparar os profissionais de saúde, aprimorar os programas que integram a assistência ao paciente na atenção básica, formar profissionais capacitados no atendimento do idoso em cuidados paliativos e dar suporte aos familiares.

Descritores: Cuidados Paliativos; Idoso; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Coronavírus.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) incorporou os Cuidados Paliativos (CP) em 1980. Estes são definidos como a base dos cuidados de saúde para melhorar a qualidade de vida (QV) das pessoas e suas famílias durante o processo de adoecimento, formando um modelo de atenção às doenças avançadas, em fase terminal e em luto[1].

A necessidade de CP é estimada em 40 milhões de pessoas por ano, a maioria delas em casa, sendo evidente que a integração do atendimento aos CP nas residências traz múltiplos benefícios para esta população. No entanto, apenas 14% das pessoas que precisam de CP os recebem. Setenta e oito por cento dessas pessoas vivem em países de baixa ou média renda, revelando iniquidades globais[2,3].
A atual crise humanitária decorrente do coronavírus evidenciou as fragilidades do sistema de saúde, especificamente na Atenção Básica à Saúde (APS), sendo necessário o desenvolvimento de uma abordagem integrativa. Desse modo, ficou reiterada a importância dos CP diante das doenças limitantes da vida, tais como a COVID-19, deixando claro também o papel primordial da Enfermagem nessa tarefa como pilar tanto das equipes de CP quanto da APS[4,5].

Embora o coronavírus afete pessoas de todas as idades, é mais grave naquelas com mais de 65 anos que apresentam patologias concomitantes[6]. Por isso, é necessário aprofundar as estratégias já estabelecidas na atenção básica, como programas de dependência grave, visitas domiciliares e diversos protocolos/regulamentações para o cuidado do idoso em CP no contexto de uma pandemia.

OBJETIVO

Descrever um plano de cuidados de enfermagem para idosos com necessidades paliativas na atenção primária à saúde em tempos de pandemia

Desenvolvimento do tema

A pessoa com condição que ameace a continuidade da vida tende a manifestar o sofrimento, físico, psíquico, social/familiar e/ou espiritual/existencial, estendendo-o aos seus familiares e amigos. Os cuidados paliativos, abordagem voltada para prevenção e alívio do sofrimento humano, é uma ferramenta assistencial de grande relevância para a QV e dignidade humana às pessoas e familiares que se encontram nessa situação.

O Processo de Enfermagem é a estratégia utilizada pela enfermagem para avaliar as

necessidades humanas para intervenção, tanto nos atos de prevenção, controle, tratamento quanto de paliação[7]. Com a anamnese e o exame físico, identificam-se os problemas e necessidades da pessoa, elabora-se o diagnóstico de enfermagem e desenvolve-se a prescrição de cuidados, embasado em uma teoria cabível, a história do paciente, planejamento, implementação e (re)avaliação das ações junto com a equipe. Na prática dos cuidados paliativos, este processo deve acontecer desde o diagnóstico de uma doença/condição potencialmente incurável, que ameace a continuidade da vida, até a morte da pessoa, abrangendo também a família e amigos por meio do suporte ao luto após o óbito.

A dimensão biológica dos cuidados paliativos

A população idosa é o grupo etário que mais cresceu nos últimos tempos no mundo, e que, junto com a longevidade, pode apresentar condições crônicas degenerativas, potencializando o sofrimento humano. Nesse sentido, propomos a aplicabilidade dos cuidados paliativos como grande aliado na busca por conforto e controle de sintomas, com o propósito de melhorar a qualidade de vida desses idosos. De modo geral, a possível fragilidade psicoemocional e física, a dificuldade de comunicação e a dependência de cuidadores podem potencializar a necessidade dessa modalidade de cuidado.

Tal como as condições crônicas, condições agudas também podem ameaçar a continuidade da vida, causando sofrimento aos idosos. A infecção pelo coronavírus é uma dessas condições, pois, mesmo aguda, interfere na qualidade de vida das pessoas devido aos efeitos multidimensionais causados na pessoa durante o desenvolvimento da doença COVID-19[8].

A dimensão biológica ou física do idoso, mesmo antes da infecção pelo coronavírus, em muitos deles, já se apresentava frágil devido ao processo de senescência e senilidade. Porém, com essa condição aguda infecciosa, essa fragilidade pode exacerbar-se causando importante risco de sofrimento e morte aos idosos.

Na dimensão física do cuidado, prevenir e controlar sintomas, além de proporcionar condições para que a pessoa desempenhe com autonomia suas atividades de vida diária, são princípios fundamentais do cuidado paliativo e importantes propiciadores de bem-estar. Para que este cuidado seja realizado com qualidade, faz-se necessária uma avaliação das condições físicas da pessoa e suas necessidades de saúde, levando em consideração sua singularidade, para o planejamento das intervenções. Ressaltamos que, independentemente do sintoma apresentado, este deve ser avaliado de forma multidimensional.

A avaliação do idoso em cuidado paliativo recorre a instrumentos que facilitam a identificação das necessidades da pessoa, o que subsidia e orienta a elaboração de um plano de cuidados no domicílio.

O adoecimento pode determinar um desequilíbrio funcional na pessoa, ou seja, na sua capacidade de desempenhar as atividades de vida diária. As perdas funcionais afetam a qualidade de vida, podem gerar sofrimento e demandar intervenções que o previnam e o aliviem. A avaliação da funcionalidade é um dos indicadores que mostra a evolução de uma condição que ameace a continuidade da vida, além de permitir a elaboração de um plano terapêutico objetivando a qualidade de vida e autonomia da pessoa[9].

As escalas utilizadas para avaliar a funcionalidade em idosos elegíveis aos cuidados paliativos são, em sua maioria, a Escala de Desempenho de Karnofsky (KPS), muito usada para avaliar incapacidade funcional ocasionada pelo câncer, e a *Palliative Performance Scale (PPS).* Esta última, derivada do KPS, é aplicável em qualquer condição humana de adultos e idosos que necessitem de assistência paliativa[10]. Além da avaliação da funcionalidade, é importante também avaliar outros marcadores, tais como alteração cognitiva, fragilidade e demais comorbidades. O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) sugere, para classificação do idoso frágil, o uso do *Clinical Frailty Scale* (CFS)[11]. Porém, outras escalas avaliam a fragilidade e podem ser utilizadas pela equipe multiprofissional, tais como a *Edmonton Frail Scale* (EFS), *Tilburg Frailty Indicator* (TFI) e *Groningen Frailty Index* (GFI).

Sintomas como dispneia, tosse, hipersecreção, delirium, dores e febre são comuns para COVID-19. O gerenciamento e controle desses sintomas é princípio fundamental dos cuidados paliativos, auxiliando os profissionais de saúde a reconhecer sinais de agravamento e, por meio de intervenções e medidas preventivas, antecipar cuidados que evitem complicações aos pacientes[12].

A avaliação dos sintomas por meio de exame físico e anamnese, no momento da admissão e em atendimentos subsequentes, permite um melhor gerenciamento desses indícios. A Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) é uma ferramenta que auxilia na sistematização da avaliação e controle de sintomas, pois permite uma análise por períodos seguidos, inclusive comparações e apontamentos para intervenções que diminuam o sofrimento humano[10]. Duas condições relevantes para avaliar no idoso que interferem significativamente em sua qualidade de vida são o sono, conforme citado anteriormente na Escala de Edmonton, e o estado cognitivo, que pode ser avaliado por meio do Mini Exame do Estado Mental – MEEM.

Ressaltamos que a enfermeira da atenção básica à saúde e em atenção domiciliar, além de avaliar o idoso elegível aos cuidados paliativos acerca dos sintomas propostos pelos instrumentos citados, deve atentar-se para os sintomas clássicos da COVID-19 apresentados neste texto. Isso porque, ao perceber sinais e sintomas da infecção, deve intervir em tempo suficiente para acolher e minimizar sintomas e agravamento do idoso. Atenção também deve ser dada aos cuidadores que estão com esses idosos, no sentido de orientá-los sobre as formas de contágio e prevenção da doença, a fim de conter a propagação do vírus.

A dimensão psicológica dos cuidados paliativos

O envelhecimento envolve diversas experiências que impactam na saúde mental, como aposentadoria, redução do círculo social, ninho vazio, perda da saúde, dependência funcional, morte de familiares e/ou amigos, entre outras. Além disso, nesta fase, as doenças crônicas e/ou comorbidades, principais causas da necessidade de CP, se acentuam, sobretudo no atual contexto, em virtude da pandemia. O risco de exposição ou infecção por coronavírus está presente cotidianamente e coopera para intensificar o medo, a angústia, a desesperança e o estresse, bem como favorece alterações psicológicas como ansiedade, depressão e incerteza.

Na presença de ansiedade, a idoso sofre alterações fisiológicas e psicológicas como apreensão, culpa e

sensação de desastre inevitável. Ao contrário do medo, em que a causa é conhecida, na ansiedade é desconhecido o sujeito ou o objeto desencadeante[13]. Em idosos com diagnóstico de COVID-19, a interpretação dos sintomas pode ser catastrófica quando eles sabem que pertencem a um grupo vulnerável, podendo aumentar os níveis de ansiedade.

A depressão se apresenta com sintomas que podem ser confundidos com os da COVID-19, como fadiga, distúrbios do sono, distúrbios do apetite, desinteresse pela socialização e desinteresse pela realização de atividades da vida diária[13]. No entanto, os indicadores de depressão são tristeza, desânimo, sofrimento, deficiência, raiva ou frustração[14].

Os profissionais de enfermagem podem fazer uma avaliação da ansiedade e depressão por meio da Escala de Depressão Geriátrica. Quando os sinais de ansiedade e/ou depressão são identificados em primeira instância, as causas devem ser identificadas para tratá-las. Também é aconselhável desenvolver um plano de exercícios ou atividade física que respeite as limitações do idoso, ensinar aos idosos e cuidadores técnicas de respiração e relaxamento muscular, banhos quentes, massagens corporais, leitura e musicoterapia. Caso essas intervenções não funcionem, esses pacientes devem ser encaminhados à psiquiatria para prescrição de tratamento farmacológico.

Por outro lado, quando os idosos estão em CP, apresentam incerteza, que aumenta com a confirmação do diagnóstico do coronavírus. Mishel[15] a define como "*a incapacidade de determinar o significado dos eventos relacionados à doença*". Na doença da COVID-19, o idoso e a família podem apresentar dúvidas e equívocos sobre o processo fisiopatológico, principalmente quando se trata de novas experiências, sobre as quais há pouco ou nenhum conhecimento e que podem colocar em risco a vida do paciente.
Alertamos para a importância de avaliar a incerteza ao longo do processo de cuidado, o que pode ser feito com auxílio da Escala de Incerteza diante da doença. Ao identificar características de incerteza, é possível implementar intervenções educativas voltadas para o conhecimento da doença: diagnóstico e gravidade, tratamento e estratégias para o cuidado, curso e prognóstico da doença.

A dimensão social dos cuidados paliativos

As doenças incuráveis modificam o status social do paciente. Além da dor e da presença de outros sintomas, os pacientes podem sofrer os efeitos indesejáveis que afetam a aparência física; a perda de papéis sociais, profissionais e familiares; a capacidade de se manter independente; e a percepção do futuro[16]. Além disso, as pessoas que enfrentam os desafios existenciais de se aproximarem da morte podem considerar as relações interpessoais como componente-chave para experimentar o significado da vida[17].

O suporte social envolve várias dimensões e inclui (1) suporte emocional, que é definido como ser empático e compreensivo, ter afeto positivo e encorajar a expressão de sentimentos; (2) prestar ajuda e assistência, como transporte, ajuda financeira e/ou doméstica, considerada como apoio para diversas atividades; (3) apoio informativo, que envolve a oferta de informações, orientações e conselhos; e (4) apoio afetuoso, que consiste em ter alguém que expressa amor e carinho[18].

O apoio social pode influenciar a QV e a importância da vida dos pacientes, ajudando-os a enfrentar seu sofrimento de maneira mais eficaz e fazendo com que se sintam valorizados, amados e cuidados[16]. Obter apoio emocional de outras pessoas é um mecanismo de enfrentamento comum, está associado a uma melhor QV e à redução da ansiedade e da depressão[19].

Uma ampla gama de serviços paliativos pode facilitar o suporte social ao paciente e à família. Esses serviços podem incluir visitas domiciliares, suporte remoto fornecido por telefone ou por meio de aplicativo com uso da Internet, terapias em grupo entre familiares, além de outras atividades[15].
O cuidado com CP na APS não deve ser entendido como cuidado domiciliar do tipo "hospital em casa". Programas de atenção domiciliar desse tipo são organizados para atender pacientes com doenças crônicas avançadas, com alta dependência, em modelos intervencionistas tradicionais[16].

A família desempenha um papel importante, pois é uma facilitadora no tratamento do paciente. Amigos e familiares podem ter dificuldade em aceitar o diagnóstico e sentirem-se incapazes de se relacionar com as experiências do paciente. As relações sociais também podem ser limitadas pelo estigma em torno da doença e da morte[20]. Além disso, consideramos importante identificar as condições financeiras, emocionais e organizacionais do ambiente e a forma como o paciente deseja ser cuidado.

Existem diversas ferramentas que podem auxiliar o profissional de enfermagem a identificar o apoio que o paciente recebe da família. Uma delas é o APGAR Familiar, mas o enfermeiro também pode utilizar a Escala de Apoio Social (EAS).

A dimensão espiritual dos cuidados paliativos

O ser humano tem muitas necessidades em comum, uma delas a espiritualidade, inerente a todas as pessoas. Florence Nightingale mencionou sua espiritualidade em algum momento, no intuito de explicar seu interesse em cuidar de pessoas enfermas: "*Minha decisão de dedicar minha vida aos outros foi quase como um chamado espiritual, de alguma forma, foi Deus quem me conectou com a minha vocação*".[21]

A enfermagem é a profissão que deve garantir um atendimento de excelência ao paciente diante da dor total. Dame Cecily Saunders sugeriu uma abordagem holística para o tratamento da dor e outras necessidades dos doentes terminais. Segundo esta proposta, o biológico, o psicológico, o social e o espiritual devem ser levados em consideração, a fim de tratar a dor e as múltiplas necessidades das pessoas no fim da vida[22].

A enfermagem é a ciência do cuidar e esse cuidado deve focar nas necessidades das pessoas; logo, é de se esperar que se existe uma área espiritual também ocorrerão necessidades espirituais. A espiritualidade é a forma de a pessoa se mover pela vida, o sentido que ela lhe confere, a forma de se relacionar com o mundo, por meio das crenças culturais ou religiosas, os valores delas derivados e sua visão de transcendência após a morte. Sua abordagem requer uma escuta ativa e um espaço de confiança para estabelecer um vínculo[23].

O Grupo de Trabalho da SECPAL sobre Espiritualidade em Cuidados Paliativos propõe uma classificação

que responde à revisão da literatura e à convergência que diferentes autores adotaram, tal como detalhado no site: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000300591&script=sci_arttext&tlng=pt

O enfermeiro deve reconhecer que o ser humano é permeado por uma série de experiências que vão moldando o seu pensamento e modo de viver. Grande parte disso se revela quando a pessoa se depara com uma situação de doença avançada, em que a possibilidade de morte é iminente.

Para amenizar esse sofrimento, a comunicação é o principal recurso para abordar a espiritualidade no paciente e na família; usá-la adequadamente pode permitir uma relação de ajuda. Na verdade, é a pessoa que escolhe o membro da equipe que seja ter como seu confidente, portanto, todos devem saber como fornecer uma abordagem, pelo menos básica, nessa área, a fim de responder às necessidades que surgem, porque o não agir contribui para a indiferença ao sofrimento.

Caso o enfermeiro não disponha de recursos para tal, pode solicitar a participação de outros profissionais ou lideranças religiosas. Devemos entender que pouco se ensina sobre espiritualidade na formação acadêmica. Da mesma forma, mesmo que os recursos não estejam disponíveis, o profissional deve demonstrar interesse ou vontade de ajudar, sendo este um sinal de preocupação com a pessoa, que contribui para o estabelecimento de um vínculo, demonstrando empatia, solidariedade e compaixão.
Os enfermeiros podem ser classificados em três arquétipos de pessoas: aqueles que não valorizam o espiritual em nada; que valorizam o espiritual e o expressam por meio de uma religião; e que valorizam muito o espiritual, mas não o expressam por meio de um credo religioso[22].

A partir daí, as ações devem ser definidas em duas direções: espiritualidade com expressão religiosa e espiritualidade com expressão não religiosa. Para isso, devem ser definidas as ações mínimas que o enfermeiro pode realizar para intervir. Atualmente existem vários recursos técnicos para a avaliação, só que a maioria é extensa, requer treinamento e habilidade prévia.

Um recurso útil e ágil é a Escala de Sofrimento ou Termômetro de Sofrimento da *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), que considera os componentes físicos, emocionais e sociais capazes de originar o sofrimento espiritual. Por outro lado, existe também uma Escala Numérica para avaliar sintomas espirituais em cuidados paliativos.

É necessário que o profissional reconheça as ferramentas pessoais de intervenção espiritual, as limitações e consiga elaborar reflexão suficiente para o seu desenvolvimento pessoal, partindo de algo muito importante. Lembre-se de que você não pode oferecer algo que não possui, devendo ser claro sobre medos, experiências de vida e fundamentos que possui a respeito da espiritualidade.

Estratégias de enfermagem para o atendimento do idoso em cuidados paliativos

A continuação serão descritos alguns cuidados que o enfermeiro pode colocar em prática para o idoso em CP:

- Durante a visita, utilizar Equipamento de Proteção Individual (EPI) para proteção do paciente e da família;

- As ações específicas de enfermagem devem ser ajustadas à realidade do paciente e à realidade que se vive durante a pandemia da COVID-19;
- Designar consultas de acompanhamento presenciais ou on-line para revisar diagnósticos médicos e disponibilizar os diferentes tratamentos farmacológicos;
- O enfermeiro deve realizar a educação do paciente e da família de forma a evitar a contaminação pela COVID-19 com a finalidade de instituir precauções em todos os cenários;
- Realizar ou dar continuidade à avaliação do idoso em CP e seus familiares;
- Realizar seguimento por telefone ou videochamada aos pacientes paliativos para melhor acompanhamento. Além disso, um contato mais contínuo deve ser mantido para identificar qualquer demanda;
- Valorizar o cuidador e estabelecer uma relação de apoio quanto ao seu autocuidado;
- Atualizar o cadastro de falecidos e, se possível, verificar dados no cadastro civil;
- Realizar o acompanhamento do luto dos familiares por telefone, quando não foi possível realizar a visita de encerramento, de forma a detectar possíveis indícios de risco de luto patológico para o respectivo laudo e abordagem psicológica;
- Humanizar os serviços de saúde, estar atento ao acompanhamento do paciente e da família, disponibilizar os telefones da instituição, apoiar-se nos diversos insumos para o atendimento ao paciente, colaborar na coordenação de encaminhamentos e contrarreferências.

A atual crise tem revelado novos cenários na saúde global, com maior impacto nas populações de risco, uma delas a de idosos. Paralelamente, o papel primordial da APS na promoção, prevenção e desenvolvimento da rastreabilidade nos pacientes em CP e com COVID-19 tem sido ressaltado.

Essa nova realidade oportunizou a expansão dos CP, proposta pela OMS, para todas as pessoas que enfrentam uma patologia crônica e necessitam de cuidados específicos. Nesse contexto, a enfermagem acaba sendo a peça-chave para essa tarefa, estando presente ao longo do ciclo vital, em todos os níveis de atenção, ao lado do leito hospitalar, mesa ou cama em casa, se necessário.

Assim, o treinamento de CP em enfermagem para idosos na atenção primária é essencial tanto na graduação quanto na pós-graduação. Além disso, consideramos necessário o investimento em novas e melhores políticas públicas dos diferentes governos para inserir mais pacientes que necessitam desse tipo de atendimento.

Nesse contexto, faz-se fundamental a introdução de técnicas básicas de enfermagem em CP na atenção domiciliar. É o caso da hipodermóclise, técnica com poucas complicações e baixo custo que deve ser praticada em nível primário. Melhorar a qualidade de vida das pessoas no domicílio reduz a dor e possíveis complicações[24].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pandemia tem mostrado a fragilidade dos diferentes serviços de saúde, especialmente da APS e seus diversos serviços. Atualmente, é necessário preparar os profissionais de saúde,em especial o

enfermeiro, com a finalidade de incorporar e aprimorar os programas que integram a assistência ao paciente em CP na APS.

A formação dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, deve ser não só técnica, mas também emocional para o atendimento e suporte ao paciente em CP e seus familiares. Além disso, esse treinamento e a capacitação constante favorecem a humanização do atendimento, adaptando-se aos diferentes desafios éticos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. Organización Mundial de la Salud. 2017. 10 facts on palliative care. [cited 2020 Aug. 20]. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/es/
2. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva, Organización Mundial de la Salud. 2020. Cuidados paliativos. [cited 2020n Jul. 28]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
3. Hernández VIE. Cuidados paliativos psicológicos: estrategias psicogerontológicas y psicotanatológicas de atención y acompañamiento en un servicio geriátrico. Rev Elec Psic Izt, 2019;22(1):59-83. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi191d.pdf
4. Parra-Giordano D, Pino IM. Ética en enfermería en cuidados paliativos al final de la vida en COVID-19. Revista Chilena de Enfermería, 2020. DOI: https://doi.org/10.5354/2452-5839.2020.58223
5. Balducci L, Dolan D, Hoffe SA. Palliative care in older patients with cancer. Cancer control. 2015;22(4):480-488. DOI: https://doi.org/10.1177/107327481502200414
6. Porcel-Gálvez AM, Badanta B, Barrientos-Trigo S, Lima-Serrano M. Elderly people, dependency and vulnerability in the coronavirus pandemic: an emergency for a social and health integration. Enfermería Clínica. 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.004
7. Sousa ADRS, Silva LF, Paiva ED. Nursing interventions in palliative care in pediatric oncology: an integrative review. Rev Bras Enferm, 2019;72(2):531-540. DOI: https://doi.orrg/10.1590/0034-7167-2018-0121
8. Liu K, Chen Y, Lin R, Han K. Clinical featuresof COVID-19 in elderly patients: a comparison with young and middle-aged patients. Journal of infection, 2020;80(6):e14-e18. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jimf.2020.03.005
9. Minoso JS, Souza LJ, Oliveira MAC. Rehabilitation in Palliative Care. Texto Contexto – Enferm. 2016;25(3):e1470015. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-07072016001470015
10. Maciel MGS. Avaliação do paciente em cuidados paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA. Manual de Cuidados Paliativos. ANCP. 2th. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012, p. 31-41.
11. National Institute for Health and Care Excellente (NICE) [Internet]. Londres. COVID-19 rapid guideline: critical care in adults. 2020. [cited 2020 Jul. 28]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng159/resources/covid19-rapid-guideline-critical-care-in-adults-pdf-66141848681413
12. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. Organização Mundial da Saúde. 2018. Integração de cuidados paliativos e alívio de sintomas nas respostas a emergências e crises humanitárias: um guia da OMS. [cited 2020 Aug. 24]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565
13. Huarcaya VJ. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2020;37(2)327-334. [cited 2020 Sep. 9]. DOI: https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419

14. Véliz-Sánchez M, Díaz-Águila H. Understanding and Containment of Depression during Social Distancing by COVID-19. Univ Méd Pinareña, 2020;16(3):e559. Available from: http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/559

15. Mishel MH. Uncertainity in illness. J Nurs Scholarsh. 1988;20(4):225-231. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x

16. Dobriková P, Macková J, Pavelek L, AlTurabi LK, Miller A. The effect of social and existencial aspects during end of life care. Nurs Palliat Care, 2016;1(3):47-51. DOI: https://doi.org/10.15761/NPC.1000113

17. Haug SHK, Danbolt LJ, Kvigne K, DeMarinis V. Older people with incurable cancer: Existential meaning-making from a life-span perspective. Palliat Support Care, 2016;14(1):20-32. DOI: https://doi.org/10.1017/S1478951515000644

18. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Soc Sci Med 1991;32(6):705-714. DOI: https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B

19. Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, Eusebio J, Stagl JM, Gallagher ER, et al. The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. Cancer: ACS Journals. 2016;122(13):2110-2116. DOI: https://doi.org/10.1002/cncr.30025

20. Garcia‐Rueda N, Valcarcel AC, Saracibar‐Razquin M, Solabarrieta MA. The experience of living with advanced‐stage cancer: A thematic synthesis of the literature. Eur J Cancer Care. 2016;25(4):551–569. DOI: https://doi.org/10.1111/ecc.12523

21. Mourelos A. Florence Nightingale. [Internet]. Madrid. La Llamada de la Historia. 2017 [cited 2020 Sep 15] Available from: https://cadenaser.com/programa/2017/12/12/hablar_por_hablar/1513038056_388784.html

22. Pérez-García E. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. Enfermeria, 2016;5(2):41-45. DOI: https://doi.org/10.22235/ech.v5i2.1286

23. Ferrer CO. Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. Salus 2015;19(3):20-26. Avaliable from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382015000300005

24. Rodriguez MA, Montoya XC, Oca BM, González IM, Giordano GP. Cartilla de bolsillo 1: Manejo del catéter subcutáneo en enfermería en cuidados paliativos. Comisión de Enfermería ALCP. 2016. Available from: http://cuidadospaliativos.org/uploads/2017/5/Manejo%20del%20Cateter%20subcutaneo%20en%20Enfermeria%20en%20Cuidados%20Paliativos.pdf

22

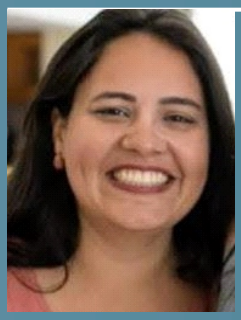
RESILIÊNCIA DO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Luciana Kusumota
Brasil

Angela Maria Henao Castaño
Colombia

Caridad Llanes Betancourt
Cuba

Diana Leonor Broin
Argentina



Gabriella Santos Lima
Brasil

22 - RESILIÊNCIA DO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Luciana Kusumota
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9290-3722
Angela Maria Henao Castaño
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4203-0016
Caridad Llanes Betancourt
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3518-7624
Diana Leonor Broin
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4711-4542
Gabriella Santos Lima
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8657-4002

RESUMO

Introdução: Em tempos de pandemia, a resiliência se apresenta como um recurso dinâmico que permite adaptação positiva e superação. Nas pessoas idosas, a capacidade resiliente configura-se como fator de proteção, sobretudo diante da vulnerabilidade imposta pelas limitações da velhice e agravada no atual cenário de pandemia, que gerou diversas e abruptas consequências na rotina de vida. **Objetivo:** Compreender os aspectos da capacidade resiliente e seus componentes no idoso para propor, por meio da assistência de enfermagem na Atenção Primária à Saúde, estratégias para promoção desta capacidade, especialmente neste momento de pandemia. **Desenvolvimento do tema:** Realizamos uma abordagem geral dos principais desafios enfrentados pelo idoso durante a pandemia e de como a resiliência atua como recurso de proteção. Para tanto, apresentamos o histórico do conceito da resiliência e os recursos internos e externos desenvolvidos ao longo da vida; os instrumentos de avaliação da resiliência; os pontos fundamentais a serem identificados no contexto da atenção primária à saúde; e, por fim, o modelo de assistência à saúde do idoso nos diferentes níveis de atenção, utilizando as taxonomias de enfermagem, com enfoque nas intervenções para promoção da resiliência em tempos de pandemia. **Considerações finais:** Na atuação do enfermeiro, é possível considerar o uso dos recursos pessoais e externos remanescentes para auxiliar na promoção da capacidade resiliente do idoso.

Descritores: Idoso; Enfermagem Geriátrica; Resiliência Psicológica; Atenção Primária à Saúde; Infecções por Coronavírus.

Introdução

A pandemia tem repercussão mundial e local e os respectivos órgãos governamentais têm traçado estratégias de prevenção, controle, atendimento amplo e recuperação das suas populações. Os governos, de forma geral, têm manejado ações mais restritivas de isolamento social e de atendimento aos grupos de risco prioritários, nos quais se incluem os idosos, que apresentam maior chance de contágio e de desenvolvimento das formas graves da COVID-19[1].

Algumas medidas instituídas para contenção da pandemia, por exemplo, o isolamento social, podem contribuir para um quadro de estresse e de solidão em idosos, o que, por si só, constitui um risco à saúde[2]. Destacamos também os vários contextos de vida e de dinâmica familiar dos idosos que vivem sós, com seus companheiros também idosos, com famílias de várias gerações, os quais devem ser considerados para o atendimento das necessidades específicas. A análise dessas especificidades também é fundamental para a identificação dos vários fatores de vulnerabilidade destas pessoas.

Dessa forma, a pandemia e seus agravantes podem ser somados aos próprios fatores inerentes ao processo de envelhecimento biopsicossocial, com os quais as pessoas idosas precisam lidar e enfrentar no seu cotidiano. A capacidade resiliente emerge, então, como um importante recurso comportamental em situação de adversidade, diante da qual essas pessoas podem acionar mecanismos de enfrentamento e adaptação de forma mais ou menos efetiva. A resiliência pode, portanto, ser compreendida como um fator relevante para o desenvolvimento de desfechos de experiências de vida mais positivos[3-4]. Trata-se de um constructo a ser trabalhado nos idosos para maximizar o continuum de enfrentamento efetivo durante e pós-pandemia.

Promover a resiliência significa intervir com abordagem de comportamentos de adaptação positiva, que possam fortalecer as capacidades resilientes desenvolvidas ao longo da vida e introduzir novos recursos, quando necessários, para reduzir o impacto da velhice e da pandemia. A promoção da resiliência inclui intervenções de enfermagem que auxiliem na superação de adversidades, em busca de uma velhice ativa e de uma boa qualidade de vida[5].

As boas práticas em enfermagem gerontológica estão fundamentadas em um processo dinâmico de assistência para identificar necessidades, planejar e reorganizar ações integradas, inclusivas e contextualizadas na pessoa idosa[6]. Incluem, portanto, a abordagem da resiliência do idoso. Assim, com base nas necessidades específicas e globais do idoso na atenção primária à saúde, a promoção da resiliência pode favorecer um processo ativo e inclusivo de boas práticas em enfermagem para o enfrentamento das questões relacionadas à pandemia e que constituirão o foco deste capítulo.

OBJETIVO

Compreender os aspectos da capacidade resiliente e seus componentes no idoso para propor, por meio da assistência de enfermagem na Atenção Primária à Saúde, estratégias para promoção desta capacidade, especialmente neste momento de pandemia.

Desenvolvimento do tema

O idoso e a resiliência durante a pandemia

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu um alerta de emergência internacional de saúde pública provocado pelo novo coronavírus, o SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19. Posteriormente, a situação foi caracterizada pela OMS como pandemia. Desde então, apenas na Região das Américas, foram confirmados 14.447.680 casos da doença e 501.934 mortes. Até o mês de setembro, países como Brasil (4.238.446), Peru (710.067), Colômbia (694.664), México (652.364), Argentina (524.198) e Chile (430.535) eram, respectivamente, os que somavam o maior número de casos na América Latina[1].

A pandemia tem impacto no comportamento humano, mais acentuado em idosos, visto que enfrentam adversidades e situações muito difíceis como a própria quarentena, o isolamento social e o estresse contínuo. Assim, temos um problema de saúde pública crescente em todo o mundo e na América Latina, o qual se impõe como um desafio para os sistemas de saúde[7].

Existem contextos familiares em que os idosos estão muito preocupados com a pandemia, entristecidos, sofrendo de insônia, em estado de ansiedade e, às vezes, manifestando agressividade, por não suportarem o isolamento social e não tolerarem as restrições e recomendações, incluindo o uso de máscaras. As características individuais e histórias de vida de cada idoso, associadas a apoio, cuidado e compreensão da família, têm desempenhado um papel importante no cuidado do idoso, bem como na segurança e qualidade da assistência social e de saúde.

Um desafio global é o envelhecimento progressivo da população. E no processo de envelhecimento, a resiliência é uma capacidade que os idosos podem desenvolver em decorrência de um processo dinâmico, em que interagem os fatores de risco e de proteção individuais e socioculturais. Tal capacidade possibilita a superação dos riscos e/ou prevenção de seus efeitos negativos de uma forma construtiva[8].
Neste contexto, a pandemia e seus desdobramentos podem ser considerados pelos idosos como uma situação de riscos a serem superados, de modo que a resiliência, enquanto uma capacidade individual da pessoa idosa, pode fortalecer o processo de superação com perspectivas positivas na vida dessas pessoas.

Aspectos conceituais da resiliência e sua interface no idoso

O termo “resiliência” tem sua origem no latim, em que “resilio” significa “voltar atrás”, “saltar para trás”, “destacar”, “saltar”[9]. Na abordagem conceitual, o uso da resiliência foi ampliado para o contexto das

relações humanas, das ciências sociais e filosóficas, das organizações e da psicologia. De forma geral, retrata de a capacidade de manifestar competências comportamentais positivas diante dos eventos de risco e acontecimentos com potencial para danos[3].

As investigações acerca das potencialidades humanas e características comportamentais construídas nas diferentes fases da vida têm se destacado ao longo dos anos. Considerada o principal mecanismo de enfrentamento e adaptação diante das situações de adversidade, a resiliência vem sendo compreendida como um fator relevante para o desenvolvimento de desfechos de experiências de vida mais positivos[3-4].
Ainda que não exista uma definição consensual, na psicologia gerontológica, a resiliência não significa estritamente resistência, mas também envolve um aspecto dinâmico, que implica a superação de um trauma. Ter resiliência não é somente se recuperar, é avançar depois de uma doença, trauma ou estresse, é superar as provações e as crises da vida, é decidir primeiro resistir a elas e depois superá-las. Trata-se, em síntese, da capacidade que permite a uma pessoa, um grupo ou uma comunidade superar os efeitos nocivos de uma adversidade[10].

Em uma revisão de literatura[11] foram identificadas as principais categorias que compõem a resiliência, considerando seu aspecto multidimensional. São elas:

➔ Capacidade de recuperação de experiências e eventos traumáticos;

➔ Funcionamento das características pessoais (atitudes e comportamentos positivos);

➔ Capacidade de *"bounce back"* – "saltar para trás" (desenvolvimento de recursos que permitem enfrentar e recuperar-se de uma experiência negativa, promovendo crescimento pessoal);

➔ Processo dinâmico ao longo do tempo (interação dos atributos pessoais com adaptação positiva após as adversidades);

➔ Adaptação positiva a condições de vida.

Na velhice, é comum a associação do comportamento resiliente e sua construção ao longo da vida com outras importantes habilidades positivas, tais como *"coping"*, "adaptação psicológica", "flexibilidade", "superação" e "autoeficácia"[4]. A plasticidade neural, ou seja, a adaptação dos neurônios aos estímulos do ambiente e da rotina de vida, pode evoluir nessa etapa da vida mediante incentivo e aprendizagem, colaborando para a disposição de comportamentos ativos durante a velhice[12].
Estudos buscaram compreender os elementos conceituais da resiliência nas populações com idade mais avançada[13-15]. A manifestação da resiliência na pessoa idosa, nas diferentes interfaces pessoais, comunitária e/ou desenvolvida ao longo da vida, frequentemente ocorre diante das mudanças relacionadas à saúde[13-15].
Em relação às principais características resilientes, são observados os recursos sociais (participação comunitária e suporte social), os recursos biológicos (saúde física), os fatores psicológicos (flexibilidade, otimismo, esperança, espiritualidade, autocontrole), as experiências de vida (apoio familiar) e os fatores ambientais (políticas sociais – segurança, habitação e renda). Como desfechos resilientes, destacam-se o bem-estar e a satisfação com a vida[13-15].
Dada a realidade do envelhecimento populacional com aumento da longevidade, nas diferentes realidades, e considerando os contextos de vulnerabilidade (apoio social e familiar, econômico, adoecimento, diminuição da funcionalidade e autonomia) e de limitações, a resiliência tem sido

considerada um relevante fator de proteção para os idosos e associada aos comportamentos de envelhecimento ativo[16].

Em decorrência da pandemia, o isolamento social é um fator que produz prejuízo psicofuncional e imunológico, que repercute na saúde agravando os contextos de limitações e, em última instância, na expectativa de vida. A manutenção das relações sociais é fundamental para o desenvolvimento das habilidades de comunicação e socialização, por isso é importante fortalecê-las, para que as pessoas idosas as preservem[10].

É neste processo dinâmico que os comportamentos resilientes, demonstrados por meio das atitudes como o enfrentamento, a perseverança, o otimismo, a prática da espiritualidade e a adoção e manutenção de cuidados com a saúde, utilizando recursos comunitários e ambientais, podem otimizar e auxiliar os idosos a compensarem suas perdas. Da mesma forma, esses comportamentos os ajudam na superação dos desafios e na adaptação à complexa transformação da vida pós-pandemia.

Mecanismo e recursos da resiliência no idoso

Na Gerontologia, um importante paradigma do desenvolvimento humano é o *life span*[17]. Nessa perspectiva, o envelhecimento é compreendido em um âmbito positivista de desenvolvimento, que vai além do declínio da capacidade cognitiva, funcional e das vulnerabilidades, e dá destaque às competências que foram progressivamente conquistadas e reguladas com os recursos disponíveis durante a vida[18].

A presença desses recursos é caracterizada como fator de proteção e sua ausência como fator de risco. Para o idoso, nos diferentes contextos, os recursos pessoais são provenientes do apoio familiar, da prática da espiritualidade, do acesso à escolaridade e renda, aos valores e crenças e aos fatores de regulação emocional como a autoestima, a flexibilidade, a positividade e o afeto positivo. De maneira complementar, os recursos externos são viabilizados mediante acesso à rede de apoio social e de assistência à saúde, às condições socioculturais e aos fatores ambientais como moradia e saneamento básico, conforme destacado na Figura 1 (Hiperlink 1)[18].

Nesse sentido, as atitudes e os comportamentos resilientes são caracterizados como aspectos positivos da velhice, estabelecidos pelas relações adaptativas e de enfrentamento e fortalecidos pela presença dos recursos pessoais e externos ao longo da vida. Explorar esses recursos torna-se um importante mecanismo de auxílio na assistência à saúde e de promoção da resiliência na pessoa idosa[5,18].

Diante do cuidado com o idoso, o profissional de enfermagem deve incorporar em sua assistência a utilização dos recursos pessoais e externos disponíveis. Considerando a complexidade de suas demandas, desenvolver vínculos com a rede de suporte social e familiar, além de promover comportamentos de adaptação positiva, que poderão fortalecer as intervenções de enfermagem e promover uma velhice ativa e com boa qualidade de vida[5].

Os cuidados com a saúde podem assumir como metas a serem atingidas: a alimentação saudável, a boa

a boa hidratação, a prática de exercícios físicos, a manutenção do autocuidado, o empenho para as atividades da vida diária e a adesão ao tratamento das doenças crônicas. Os profissionais da saúde podem e devem intervir nesses aspectos, de modo a viabilizar o processo de superação das adversidades"

Em tempos de pandemia, em que os idosos se tornaram suscetíveis ao adoecimento, ao medo da hospitalização e morte, ao isolamento social e à mudança brusca na rotina de vida, os recursos externos tornaram-se imprescindíveis. Aproximar a pessoa idosa e fornecer condições para que ela acesse os serviços de proteção e de assistência, bem como incentivar o esforço conjunto entre as gerações e os profissionais de saúde, pode minimizar os agravos causados pela pandemia e beneficiar condições futuras de adaptação para o cenário de superação pós-pandemia[19].

A enfermagem na atenção à saúde, em conjunto com a rede de suporte (social, psicológica e familiar), poderá articular e promover meios para que os idosos recorram aos seus recursos existentes, amenizando o impacto da pandemia e colaborando com o cuidado prolongado a idoso.

Avaliação da resiliência na pessoa idosa

Em consonância com os respectivos referenciais teóricos de resiliência, atualmente há um grande número de instrumentos que se propõem a medi-la. Em alguns casos, as avaliações são realizadas com base em aspectos específicos da idade e das fases do desenvolvimento humano (crianças, adolescentes e adultos). A seguir, na Figura 2, estão apresentados os instrumentos de maior uso na população adulta.

Escala	Validação
Escala de Resiliência Connor & Davidson (CD - RISC, 2003) [20].	Escala de domínio público (acesso e direitos reservados Connor -Davidson Resilience Scale ©(http://www.cd -risc.com/translations.php); Validada e traduzida em 77 países, possui versões com 10 e 25 itens; Domínios: 1) Competência pessoal; 2) Confiança no próprio instinto, tolerância aos afetos negativos e fortalecimento sobre estresse; 3) Adaptação às mudanças e relacionamentos de apego seguro; 4) Autocontrole; 5) Espiritualidade.
Escala de Resiliência de Wagnild & Young (1993) [21].	Escala de domínio público (acesso e direitos reservados https://www.resiliencecenter.com); Conhecida mundialmente, possui versões de 25 e 14 itens; Domínios: 1) Competência Pessoal (autoconfiança, indepe ndência, determinação, invencibilidade, controle, desenvoltura e perseverança); 2) Aceitação de si mesmo e da vida (adaptabilidade, equilíbrio, flexibilidade e perspectiva de vida equilibrada).
Escala Breve de *Coping* Resiliente (Siclair & Wallston, 2004) [22].	Escala de domínio público e sem custos (solicitar o uso aos autores); Possui quatro itens. Encontra -se traduzida e validada para alguns países; É unidimensional (enfrentamento adaptativo), que corresponde às habilidades e estratégias de enfrentamento resiliente na situação de estresse.

Fonte: elaborada pelas autoras

Figura 2 - Quadro de instrumentos de avaliação de resiliência de pessoas adultas e idosas

Estudo de revisão[23] analisou as propriedades psicométricas das escalas de avaliação da resiliência na pessoa idosa, destacando o uso das escalas citadas na Figura 2. Entretanto, ainda há dificuldades para acesso e ausência de incorporação de aplicação de instrumentos de medida na prática assistencial do enfermeiro.

Portanto, sugerimos fortemente ao enfermeiro que, em sua coleta de dados e para a assistência de enfermagem, avalie a resiliência, em busca de conhecer e explorar as vivências de adversidades do idoso nos últimos seis meses. Os principais pontos da investigação do comportamento resiliente são:

- Verificar a percepção (presença ou ausência) de situações de adversidades;
- Identificar a fonte, evento ou situação estressora (pandemia, medo, adoecimento, luto, isolamento social, dificuldade financeira, entre outros);
- Verificar a intensidade da situação de adversidade, por uma escala numérica, que possa sinalizar o grau de comprometimento na vivência do evento de adversidade;
- Investigar os recursos e fatores de proteção (apoio social e familiar, condições financeiras adequadas para o seu próprio sustento, acesso à assistência à saúde, espiritualidade e hábitos de vida saudável);
- Investigar os fatores de risco e vulnerabilidades (adoecimento, comprometimento da funcionalidade e autonomia, sintomas depressivos, violência e abandono);
- Explorar as experiências de manejo das adversidades vivenciadas ao longo da vida (reconhecer os desfechos de adaptação positiva e o modo de lidar com os desafios/apresenta em seu discurso elementos e potencialidades como flexibilidade, otimismo e autoeficácia diante de situações estressoras e mudanças em decorrência do envelhecimento);
- Avaliar a autopercepção de satisfação com a vida (estou satisfeito/a com minha vida? Utilizar uma escala numérica posteriormente, para avaliações comparativas);
- Identificar e analisar, no discurso da pessoa idosa, os elementos que possam sugerir comportamento resiliente (você acredita que irá conseguir se adaptar a essa situação? O que você costuma fazer para enfrentar e superar as dificuldades da vida?).

Promoção da resiliência no idoso: assistência de enfermagem

No âmbito da atenção primária à saúde, a assistência de enfermagem para promover a resiliência dos idosos em situações difíceis, como é o caso da pandemia da COVID-19, almeja instrumentalizá-los para que lidem melhor com as adversidades inerentes ao contexto.

Assim, considerando as atuais limitações de evidências científicas sobre as melhores intervenções de enfermagem para otimizar os recursos modificáveis promotores da resiliência, indicamos neste capítulo a utilização de um modelo adaptado de assistência integrada à pessoa idosa[24]. Tal modelo integra o uso das linguagens padronizadas em enfermagem NANDA – *International* (NANDA-I)[25], *Nursing Outcome Classification* (NOC)[26] e *Nursing Intervention Classification* (NIC)[27], junto com a equipe de saúde.

A atenção ao idoso exige uma abordagem individual ampla, considerando, em especial seu suporte familiar." Para tanto, é preciso desenvolver um plano de cuidados para a promoção da resiliência baseado em alguns atributos essenciais, bem como considerar os níveis de atendimento à saúde onde os

idosos podem ser atendidos:

1) realização do acolhimento, o qual pode ser desenvolvido pelo enfermeiro de forma presencial no domicílio ou remotamente, via telefone, teleconsulta em saúde, redes sociais, entre outros. Para tanto, o enfermeiro pode utilizar diversas estratégias de apoio e de reforço ao enfrentamento das limitações associadas à senescência e à senilidade, no contexto da pandemia.

2) atendimento dos idosos em núcleos integrados de cuidados ambulatoriais e outros serviços de entrada no sistema de saúde onde são avaliados quanto aos problemas referidos. Podemos incluir neste atendimento a avaliação da resiliência pelo enfermeiro, para determinação de diagnósticos e implementação de intervenções de promoção e prevenção relacionados ao manejo das adversidades inerentes à pandemia.

3) atendimento dos idosos nos ambulatórios especializados de geriatria e gerontologia, incluindo a investigação da resiliência na avaliação geriátrica ampla, na qual os idosos com padrão prejudicado de enfrentamento das adversidades da pandemia podem ser identificados. Neste momento, o enfermeiro, em parceria com a equipe interdisciplinar, quando existente, inclui intervenções de manutenção da saúde e de promoção da resiliência dos idosos vulneráveis. Os familiares e/ou cuidadores também precisam ser envolvidos nas ações educativas, com o intuito de instruir e motivar os idosos na utilização e fortalecimento dos comportamentos resilientes para a continuidade do cuidado no domicílio.

4) Na assistência dos idosos nos serviços de atendimento de média e alta complexidade em saúde (serviços de emergência, hospitais, cuidados paliativos, entre outros) também é possível avaliar e planejar a promoção da resiliência, considerando as condições físicas e mentais, bem como o processo saúde-doença atual. Os idosos em quadros críticos instáveis, relacionados ou não ao diagnóstico da COVID-19, devem ser poupados em relação à abordagem da resiliência, mas devem ser abordados posteriormente, em condição estável, com o intuito de potencializar a reabilitação pós-estado grave. Nesse sentido, a promoção da resiliência será de extrema importância para o idoso reabilitar várias das suas capacidades.

5) Nas instituições residenciais de longa permanência de idosos (ILPIs), os enfermeiros também podem promover a resiliência, em especial para fortalecer os recursos modificáveis individuais para que possam lidar com outras adversidades relacionadas à pandemia. Essas adversidades incluem, por exemplo, medos, ameaças, inseguranças e distanciamento de entes queridos.

Este modelo de atendimento dos idosos pressupõe que, tão logo eles tenham condições favoráveis nos serviços onde estão em atendimento, devem ser referenciados para os serviços de menores complexidades do modelo integrado e, neste contexto, as intervenções para a promoção da resiliência podem aumentar as chances de obtenção de bons resultados com a assistência de enfermagem.

A assistência de enfermagem a ser desenvolvida deve ser sistematizada para atender às necessidades afetadas dos idosos. Neste capítulo, será desenvolvida especificamente a abordagem das necessidades relacionadas à forma de lidar com as adversidades vividas em situações difíceis, como é o caso da pandemia pelo novo coronavírus. Assim, podemos utilizar o Processo de Enfermagem (PE), representado pelas etapas de:

1) coleta de dados, que trata da investigação para obtenção de dados subjetivos e objetivos, de forma deliberada, sistemática e contínua, durante toda a assistência de enfermagem. Para tanto, devemos

utilizar instrumentos de medida, roteiros, protocolos de coleta de dados e/ou questionários estruturados, a exemplo das formas de avaliação da resiliência contidas no tópico “Avaliação da resiliência no idoso” deste capítulo; **2) diagnóstico** é o julgamento clínico sobre as respostas humanas reais ou potenciais apresentadas por pessoas, famílias e comunidades a problemas de saúde ou processos de vida; **3) planejamento** estabelece e prioriza os diagnósticos de enfermagem, a formulação de metas ou o estabelecimento de resultados esperados e a prescrição das ações de enfermagem a serem executadas;
4) implementação é a execução das ações, realizada pela equipe de enfermagem com base nas atividades prescritas na etapa do planejamento;
5) avaliação é um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa em um dado momento, para determinar se as intervenções alcançaram o resultado esperado, e se há necessidade de mudanças ou adaptações[28].
Utilizamos as linguagens padronizadas em enfermagem de diagnóstico (NANDA-I), de resultados (NOC) e de intervenções (NIC), para ilustração e exemplificação de como podemos utilizar o PE na assistência de enfermagem para a promoção da resiliência no modelo integrado de assistência ao idoso durante a pandemia. Seguem descritas as etapas a serem desenvolvidas com base em um caso clínico fictício (Hiperlink 2), utilizando o PE.

Descrevemos, na Figura 3 (Hiperlink 3), as principais características e intervenções de enfermagem que poderão promover a capacidade de resiliência na pessoa idosa, segundo as ligações com os diagnósticos de enfermagem da (NANDA-I)[25] com foco no problema, de risco e de promoção da saúde.

f) Reflexões dos autores: expectativas pós-pandemia

Na pandemia, a proteção e a vulnerabilidade dos idosos receberam a atenção da sociedade, em consequência da maior mortalidade e necessidade de rígido isolamento social. Com isso, seus espaços para recreação social, atividade física e cuidados com à saúde foram limitados, o que comprometeu seu estado físico, cognitivo e mental.

Assim, tornou-se imprescindível o acompanhamento familiar na dinâmica da pessoa idosa, mantendo as medidas protetivas e com vistas à detecção precoce de alterações nos padrões comportamentais (sono, humor, sintomas depressivos, entre outros) e de sinais e sintomas que indicam comprometimento da saúde física. Dessa forma, essas pessoas poderão ser assistidas pela equipe multiprofissional de saúde e por sua rede de suporte social.

No período pós-pandemia, a perspectiva será centralizada no controle dos fatores de risco que afetam os idosos da comunidade. Essa meta deve incluir mudanças nas condições e no estilo de vida e, ao mesmo tempo, reduzir os riscos ambientais como forma de desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, considerando a participação ativa da comunidade e a importância de ações nos diferentes níveis de atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o enfermeiro, o foco na promoção da capacidade resiliente diante das adversidades deve estar

associado ao desenvolvimento dos recursos pessoais e externos, que possam viabilizar maior bem-estar ao idoso. Em situações emergentes como a pandemia, as relações familiares tornam-se ainda mais relevantes no auxílio e no apoio ao idoso, de tal forma que a demanda do cuidado de enfermagem precisa considerar o suporte familiar e, em conjunto, estabelecer estratégias de atitude de adaptação positiva para a pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) [Internet]. Geneva. World Health Organization (WHO). 2020. Folha Informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil; 2020 [cited 2020 Sep. 1]. Available from: https://www.paho.org/pt/covid19
2. Donovan NJ, Blazer D. Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Review and Commentary of a National Academies Report. Am J Geriatr Psychiatry. 2020;28(12):1233-1244. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.08.005
3. Aburn G, Gott M, Hoare K. What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. J Adv Nurs. 2016;72(5):980–1000. DOI: https://doi.org/10.1111/jan.12888
4. MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The impact of resilience among older adults. Geriatric Nurs. 2016;17(4):266-272. DOI: https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014
5. Lima GS, Souza IMO, Storti LB, Silva MMJ, Kusumota L, Marques S. Resilience, quality of life and symptoms of depression among elderlies receiving outpatient care. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2019;27:e3212. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.3133.3212
6. Rodrigues RAP, Bueno AA, Casemiro FG, Cunha AN, Carvalho LPN, Almeida VC et al. Assumptions of good practices in home care for the elderly: a systematic review. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl2):302–310. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0445
7. Brito CAE. COVID-19: an overview. An la Cienc la Acad Cuba. 2020;10(2). Available from: http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/828/844
8. Díaz-Castillo R, González-Escobar S, López-Fuentes NIGA, Lena MML. Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión. Rev Neurama Neurogerontol. 2017;4:(2):22-29. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Ricardo_Diaz-Castillo/publication/326188717_Resiliencia_en_adultos_mayores_estudio_de_revision/links/5b3cfb4c4585150d23fdcb20/Resiliencia-en-adultos-mayores-estudio-de-revision.pdf?origin=publication_detail
9. Recabal JEC, Leone PEF, Muñoz CAG, Reyes Escalona KSR, Díaz LAR. Resiliencia y su relación con estilos de vida de los adultos mayores autovalentes. Cienc y enfermería. 2012;18(3):73-81. DOI: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300008
10. Resino MV. El desarrollo de la resiliencia en situaciones de desastre. Asoc Española Psicogerontolgía. 2019;49. Available from: http://psicogerontologia.org/wp-content/uploads/2019/02/El-desarrollo-de-la-resiliencia-en-las-personas-mayores.pdf
11. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglini D, Tambone V. Towards a transversal definition of psychological resilience: A literature review. Med. 2019;55(11):1-22. DOI: https://doi.org/10.3390/medicina55110745
12. Nguyen L, Murphy K, Andrews G. Cognitive and neural plasticity in old age: a systematic review of evidence from executive functions cognitive training. Ageing. Research Reviews. 2019;53:100912. DOI: https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.100912

13. Bennett KM, Reyes-Rodriguez MF, Altamar P, Soulsby LK. Resilience amongst Older Colombians Living in Poverty: an Ecological Approach. J Cross Cult Gerontol. 2016;31(4):385–407. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/s10823-016-9303-3

14. Whitson HE, Duan-Porter W, Schmader KE, Morey MC, Cohen HJ, Colón-Emeric CS. Physical resilience in older adults: systematic review and development of an emerging construct. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2016;71(4):489-495. DOI: https://dx.doi.org/10.1093/gerona/glv202

15. Fontes A, Fattori A, D'Elboux MJ, Guariento ME. Psychological resilience: protector factor for elderly assisted in ambulatory. Rev Bras Geriatr e Gerontol. 2015;18(1):7–17. DOI: https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13201

16. Kalache A. Vested rights, active aging and resiliance: the importance of such concepts throughout life. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2017;20(2):159-160. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160039

17. Baltes P. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. Dev Psychol. 1987;23(5):611-626. Available from: http://library.mpib-berlin.mpg.de/ft/pb/PB_Theoretical_1987.pdf

18. Neri AL, Fontes AP. Resiliência psicológica e velhice bem-sucedida. In: Freitas EV, Py L. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 3287-3301.

19. Kalache A, Silva A, Giacomin KC, Lima K, Ramos R, Louvison M et al. Aging and inequalities: social protection policies for older adults resulting from the Covid-19 pandemic in Brazil. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2020;23(6):1-3. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200122

20. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: TheConnor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety. 2003;18(2):76-82. DOI: https://doi.org/10.1002/da.10113

21. Wagnild G, Young H. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. Journal of Nursing Measurement. 1993;1(2):165-178. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7850498/

22. Sinclair VG, Wallston KA. The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. Assessment. 2004;11(1):94-101. DOI: https://doi.org/10.1177/1073191103258144

23. Cosco TD, Kaushal A, Richards M, Kuh D, Stafford M. Resilience measurement in later life: a systematic review and psychometric analysis. Health and Quality of Life Outcomes. 2016;14(16):1-6. DOI: https://doi.org/10.1186/s12955-016-0418-6

24. Veras RP, Oliveira MR. Aging in Brazil: the building of a healthcare model. Ciên Saúde Colet. 2018;23(6):1929-1936. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018

25. Herdmam TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definição e classificação 2018-2020. 11th. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

27. Moorhead M, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 5th. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.

15. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 6th. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

28 Alfaro-Lefèvre, R. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7th. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

redesam

Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor