

SÉRIE ENFERMAGEM E PANDEMIAS



VOLUME I

2ª EDIÇÃO REVISADA

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



ROSIMERE FERREIRA SANTANA

Organização



DEPARTAMENTO
CIENTÍFICO
DE ENFERMAGEM
GERONTOLÓGICA



COMO CITAR

Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. 76 p. (Série Enfermagem e Pandemias, 1). doi: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e01>



DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA

Rosimere Ferreira Santana

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

Fernanda Farias de Castro

Associada da ABEn Seção Amazonas
(Coordenadora Região Norte)

Maria Célia de Freitas

Associada da ABEn Seção Ceará
(Coordenadora Região Nordeste)

Rosemeiry Capriata Souza Azevedo

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

Angela Maria Alvarez

Associada da ABEn Seção Santa Catarina
(Coordenadora Região Sul)

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

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

Francisca Valda da Silva

Presidente

Regina Maria dos Santos

Vice Presidente

Jacinta de Fatima Senna da Silva

Secretária Geral

Iraci do Carmo de França

Diretora do Centro Financeiro

Suderlan Sabino Leandro

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

Romulo Delvalle

Diretor do Centro de Publicações e Comunicação Social

Cássia Barbosa Reis

Diretora do Centro de Estudos e Pesquisas em
Enfermagem

Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira

Diretora do Centro de Educação

CONSELHO FISCAL – TITULARES

Luiza Mara Correia

Ednara Nunes Gonçalves

Paula Cristina da Silva Cavalcanti

CONSELHO FISCAL – SUPLENTE

Andréa de Sant'Ana Oliveira

E56 Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19 / Organização Rosimere Ferreira Santana.--. 2.ed.rev. Brasília, DF : ABEn/DCEG, 2020. 76 p. : il. , color. ; (Série enfermagem e pandemias, 1)

ISBN 978-65-89112-01-3

e-Book (PDF)

Texto de vários autores.

Inclui bibliografia.

1. Idoso, prevenção e cuidados. 2. Covid-19, pandemia. 3. Enfermagem geronto-geriátrica 4. Profissional de enfermagem, acolhimento. 5. Equipamento de proteção individual. 6. Plano de gerenciamento de resíduos. 7. Idoso, distanciamento social. I. Associação Brasileira de Enfermagem. II. Santana, Rosimere Ferreira (Org.). II. Série.

CDU 616-053.9

CDD 618.97





APRESENTAÇÃO

Esse e-book foi produzido para a Equipe de enfermagem que atua com idosos provendo o cuidado gerontológico em diversos cenários de atuação, na comunidade, idosos indígenas, residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos, idosos em cuidados paliativos, idosos em cuidados críticos, e mais ainda importante nossa preocupação com a promoção da saúde mental dos profissionais de saúde.

As medidas de distanciamento social atingem diferentemente aos idosos saudáveis no domicílio, noticiários que enfatizam os idosos como grupo de risco, mudanças na rotina, e diminuição nas relações sociais são diferentemente sentidas pessoas idosas, por isso, o Capítulo I trata das possibilidades e desafios para os profissionais de enfermagem que cuidam de idosos seja na atenção primária, ambulatorios ou centros de convivência para idosos.

Populações vulneráveis, como os idosos privados de liberdade, idosos ribeirinhos, idosos moradores de rua são constantes preocupações, pois além do fator idade, ainda possuem maior vulnerabilidade devido às condições de saúde e de vida a que estão expostos, e de igual forma os idosos indígenas que historicamente tem sofrido dizimações em Pandemias, o Capítulo II trata do papel do enfermeiro na prevenção da CoViD-19 para essa população específica.

A seção dois trata dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para idosos, a enfermeira possui papel essencial nesse cenário, desde o cuidado gerencial ao cuidado assistencial e educativo. Os capítulos tratam das medidas de prevenção e controle de infecção por coronavírus nessas instituições, e para isso o uso adequado dos equipamentos de proteção individual são essenciais, assim como o gerenciamento de resíduos. Importantes decisões deverão ser tomadas para evitar que idosos em condições de intervenção sejam negligenciados do tratamento necessário, e ao contrário também idosos que necessitam de cuidados paliativos sejam encaminhados à cuidados críticos. Por isso, conhecer a capacidade funcional, os desejos do idoso e família (testamento vital) respeitando a vontade do idoso e família são imperiosos. E mesmo, na iminência do óbito, o cuidado com o corpo merece atenção especial e treinamento da equipe, para atuação em caso de óbito de idosos com suspeita ou confirmados com a CoViD-19 esses tratados no Capítulo VII.

Os idosos que necessitam de cuidados críticos necessitam de atenção especial quanto às peculiaridades das alterações fisiológicas dos idosos e as complicações decorrentes da CoViD-19, avaliar risco para delirium, lesão por pressão, e síndrome do confinamento são essenciais e estão tratados nos capítulos da Seção III.

Compreender o acolhimento como estratégia de cuidado ao profissional de saúde com risco de sofrimento e estresse no trabalho durante a Pandemia da CoViD-19, profissionais de saúde com equipe reduzida por contaminação, óbitos, ou grupo de risco. Assim como, lidar com os familiares que estão impedidos de acompanharem os idosos, ou com os idosos fragilizados pelo distanciamento social. Todo o cenário da Pandemia tem suscitado discutir as condições de trabalho e a qualidade de vida dos trabalhadores da equipe de enfermagem, por isso no Capítulo XII destacam-se práticas integrativas e complementares de saúde.

Sabemos das limitações de publicações com alto nível de evidência sobre a CoViD-19, por isso uma publicação escrita por profissionais com experiência prática e teórica na área de enfermagem gerontológica, e que estão atuando bravamente na linha de frente pode colaborar com a construção do conhecimento no tema e com a discussão teórico-prática nos locais de cuidado aos idosos esse foi o maior objetivo do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica, da Associação Brasileira de Enfermagem

Rosimere Ferreira Santana

*Coordenadora do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica - Associação Brasileira de Enfermagem.
Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Universidade Federal Fluminense.*





PREFÁCIO

Recordando a trajetória do grupo de interesse de enfermagem geronto-geriátrica junto à ABEn Nacional e posteriormente a criação do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica, num empenho para a consolidação da especialidade no país e hoje receber essa produção para prefaciá-la frente a emergência de uma pandemia, que impacta sobremaneira as condições de vida e saúde das populações idosas, é uma alegria muito grande, mesmo que seja uma alegria contida, pela gravidade da situação que nos encontramos.

O ano de 2020, iniciou com a declaração do Ano Internacional das Enfermeiras e Parteiras pela Organização Mundial de Saúde. O ano foi escolhido em homenagem ao bicentenário de nascimento de Florence Nightingale, patrona da profissão, em campanha coordenada pelo Conselho Internacional de Enfermagem. Contudo nunca imaginávamos que a profissão seria tão exigida no enfrentamento de uma doença desconhecida e de difícil tratamento.

Diante do acometimento das pessoas idosas como principal grupo de risco, este livro representa a capacidade da enfermagem brasileira de pautar a atuação do enfermeiro, a partir de uma perspectiva humanística, na qual seu olhar se debruça sobre o isolamento social da pessoa idosa, que neste momento confronta-se com o risco da contaminação pelo coronavírus e a possibilidade de sua própria finitude. Além de muitos deles estarem vivendo a dor de terem perdido seus filhos, já na meia idade, mas que sempre serão seus meninos e meninas.

Se para todos nós esses tempos tem sido de agonia e espanto diante desta nova experiência pessoal e profissional, essa produção do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica, liderada por sua coordenadora a Profa. Rosimeire Ferreira Santana, traz um animo novo e respostas a todo um esforço da Associação Brasileira de Enfermagem e do trabalho de seus associados para o desenvolvimento da especialidade no Brasil. Deste modo, parabeno a cada autor de cada capítulo, que diante de uma realidade tão nefasta conseguiram dialogar entre si por meio de uma visão educativa formativa subsidiando profissionais para a atuação frente aos desafios de assistir as pessoas idosas com base nos fundamentos que definem a profissão de Enfermagem.

Igualmente, o desenvolvimento da Enfermagem Gerontológica depende sim, desta nova geração de enfermeiros, que se lançam ao estudo para o estabelecimento de padrões científico, ético, estético da profissão de modo a avançar para o melhor cuidado frente à CoViD-19, nos diferentes cenários de atenção às pessoas idosas. Neste sentido o livro contribui destacando a preocupação com o cuidado nas instituições de longa permanência para pessoas idosas, os cuidados aos idosos em condição crítica e com as ações de enfermagem nos cuidados paliativos frente à CoViD-19. Sem esquecer, no entanto, do cuidado às necessidades dos profissionais de enfermagem.

Assim o Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica – ABEn Nacional, demonstrando o quanto valeu esse esforço coletivo, aqui representado pelos componentes dos Departamentos Científicos de Enfermagem Gerontológica das ABEns estaduais, oferece a comunidade de enfermagem esta obra, relevante e necessária para apoiar a prática de enfermagem com pessoas idosas na atualidade e para quando pudermos viver uma nova normalidade.

Angela Maria Alvarez

Membro do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional. Atual Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Santa Catarina. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.





SUMÁRIO

5 CAPÍTULO I

DISTANCIAMENTO SOCIAL DO IDOSO SAUDÁVEL DURANTE A PANDEMIA COVID-19: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

11 CAPÍTULO II

PREVENÇÃO DA COVID-19 NA POPULAÇÃO IDOSA INDÍGENA

17 CAPÍTULO III

PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES POR CORONAVÍRUS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

23 CAPÍTULO IV

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS DURANTE A PANDEMIA COVID-19

29 CAPÍTULO V

CUIDADOS PALIATIVOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19: REFLEXÕES A PARTIR DA TEORIA DO FINAL DE VIDA PACÍFICO

35 CAPÍTULO VI

PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS EM INSITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI) DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

44 CAPÍTULO VII

PRECAUÇÕES NOS CASOS DE ÓBITO POR COVID 19 EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI)

49 CAPÍTULO VIII

PESSOAS IDOSAS COM COVID-19 EM AMBIENTES DE CUIDADOS CRÍTICOS

55 CAPÍTULO IX

ASPECTOS GERONTOLÓGICOS DO CUIDADO CRITICO ÀS PESSOAS IDOSAS COM COVID-19

61 CAPÍTULO X

DESAFIOS PARA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO A OS PACIENTES IDOSOS COM DELIRIUM E COVID-19 EM UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

66 CAPÍTULO XI

ACOLHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÃO DE PANDEMIA

71 CAPÍTULO XII

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID-19



<https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c01>

DISTANCIAMENTO SOCIAL DO IDOSO SAUDÁVEL DURANTE A PANDEMIA COVID-19: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

Carla Argenta^I

ORCID: 0000-0002-9729-410

Daniella Pires Nunes^{II}

ORCID: 0000-0002-4679-0373

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt^{III}

ORCID: 0000-0002-7140-3427

Luciana Mitsue Sakano Niwa^{IV}

ORCID: 0000-0002-9342-7454

Priscilla Alfradique de Souza^V

ORCID: 0000-0002-4625-7552

Priscila de Oliveira Cabral Melo^{VI}

ORCID: 0000-0002-6105-2248

^IUniversidade do Estado de Santa Catarina. Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

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

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

^{IV}Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^VUniversidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{VI}Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil

Autor Correspondente:

Carla Argenta

E-mail: carla.argenta@udesc.br



Como citar:

Argenta C, Nunes DP, Hammerschmidt KSA, Niwa LMS, Souza PA, Melo POC. Distanciamento social do idoso saudável durante a pandemia covid-19: possibilidades e desafios. In: Santana RF. Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p.5-10. (Serie Enfermagem e Pandemias, 1). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c01>

INTRODUÇÃO

Os coronavírus humanos (HCoVs) são considerados vírus respiratórios comumente associados com doenças do trato respiratório, que variam em termos de gravidade, podendo inclusive ser fatal. Há sete tipos de coronavírus humanos conhecidos, dentre eles o SARS-CoV-1 (que causa síndrome respiratória aguda grave) e o SARS-CoV-2 (vírus que causa a doença COVID-19)¹.

O primeiro caso do novo coronavírus (SARS-CoV-2) foi notificado em Wuhan, China, em dezembro de 2019. O aumento significativo no número de casos, bem como das mortes e dos países afetados, motivou em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar Emergência de Saúde Pública Internacional e em 11 março de 2020, foi assumido como pandemia². No Brasil, o primeiro caso positivo foi anunciado em 26 de fevereiro de 2020 e o primeiro óbito em 17 de março de 2020³, sendo declarado Emergência de Saúde Pública Nacional em 3 de fevereiro de 2020⁴.

A presença do vírus circulante e ausência de imunidade prévia na população humana, aliada a inexistência de vacina contra SARS-CoV-2, fez com que o número de casos aumentasse exponencialmente⁵. O risco de morrer por COVID-19 aumenta com a idade, principalmente para os idosos com doença crônica, com destaque para aqueles com hipertensão arterial e diabetes *mellitus*⁶. A prevalência maior em idosos se dá devido a imunossenescência⁷, que induz a diminuição da eficácia do sistema imunológico⁵, caracterizando essas pessoas como uma população de risco. Reforça esta preocupação os dados epidemiológicos que apontam incidência de mortalidade em 14,8% dos idosos com 80 anos ou mais infectados, 8% de 70 a 79 anos e 8,8% dos idosos com 60 a 69 anos⁸, intensificando as apreensões com essa população.

Dessa forma, diversos esforços foram desenvolvidos pelas organizações de saúde e poder público para conter o



avanço da disseminação do SARS-CoV-2. Dentre os planos de contingência de diversos países, destacaram-se medidas para limitar a propagação do vírus no âmbito local, nacional e internacional, como: distanciamento social, triagem dos doentes suspeitos, restrições de viagens, vigilância, quarentena dos casos suspeitos, antecipação de vacinação da Influenza, suspensão de aulas e atividades comerciais e laborais⁹.

O distanciamento social, de modo especial, para as populações de risco, trata-se de tentativa para proteger os vulneráveis (em relação a contaminação pelo SARS-CoV-2), envolvendo idosos saudáveis, que devem permanecer em seus domicílios, porém com preservação da autonomia e independência. No entanto, é sabido que o distanciamento social, como medida preventiva, pode desencadear problemas de ordem fisiológica, psicológica e social neste momento pandêmico.

Diante da importância e necessidade do distanciamento social *versus* saúde multidimensional do idoso, emergiu o desejo de refletir sobre o assunto, à luz da literatura atual, tecendo considerações sobre as possibilidades e desafios a serem enfrentados junto aos idosos saudáveis, famílias e enfermagem gerontológica.

OBJETIVO

Refletir sobre o distanciamento social do idoso saudável provocado pela pandemia COVID-19, tecendo considerações a respeito dos desafios e possibilidades para o idoso, a família e a enfermagem gerontológica.

MÉTODO

Trata-se de texto teórico-reflexivo que versa sobre os desafios e possibilidades, oriundos do distanciamento social, para o idoso e seus familiares durante a pandemia da COVID-19, assim como para a enfermagem gerontológica.

As reflexões foram embasadas em artigos internacionais e nacionais relacionados ao tema, bem como nas vivências das autoras. Assim, as considerações foram categorizadas em três grandes pilares: 1) repercussões da pandemia para o idoso, incluindo a vulnerabilidade deste; 2) desafios que o distanciamento social apresenta para os idosos saudáveis; 3) possibilidades de ações para os idosos saudáveis (sem diagnóstico de COVID-19) em distanciamento social, envolvendo a família e a enfermagem gerontológica.

IDOSO COMO GRUPO DE RISCO PARA SARS-COV-2

A população idosa apresenta maior vulnerabilidade ao coronavírus. No Brasil, até o dia 16 de abril de 2020 foram registrados 1924 óbitos por COVID-19. Destes, 72% ocorreram em pessoas de 60+anos⁴. O processo fisiológico do envelhecimento incita a diminuição da eficácia do sistema imune, aumentando propensão a morbidade e mortalidade de doenças infecciosas. As alterações da imunossenescência⁷ associadas a redução da expansibilidade torácica, da eficiência das trocas gasosas e da força dos músculos respiratórios¹⁰, tornam os idosos mais suscetíveis e com mau prognóstico ao COVID-19. Além disso, idosos com comorbidades como cardiopatia, diabetes *mellitus* e doenças pulmonares têm maior chance de desenvolver graves e críticas condições da doença e isso implica em diversas internações nas unidades de terapia intensiva e alta taxa de mortalidade¹¹.

A imunossenescência é processo natural do envelhecimento, que aumenta de modo geral, a incidência de doenças infectocontagiosas em idosos como gripe, resfriados comuns e COVID-19. Deste modo, por exemplo, as pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência são consideradas de alto risco para a infecção pelo SARS-CoV-2 por, geralmente, apresentarem: doenças crônicas, idade avançada, dependência, convivência em aglomerados e contato frequente com profissionais¹².

Sendo assim se destaca que alguns municípios têm focado em ações de estratificação de risco e ressaltam que tem sido fundamental para o enfrentamento da COVID-19, sendo planejada não apenas de acordo com a idade do idoso, mas sim considerando o índice de vulnerabilidade clínico-funcional. Sendo assim, com

base no risco de complicações que a COVID-19 representa para os idosos, particularmente os idosos frágeis, estes devem ser monitorados rigorosamente pela atenção primária à saúde¹³.

DESAFIOS DO DISTANCIAMENTO SOCIAL PARA IDOSOS E FAMILIARES

A participação social e a integração dos idosos são aspectos importantes para o envelhecimento saudável. Dentre os desafios que envolvem este envelhecimento, está a solidão do idoso, definida como reação emocional de insatisfação provocada pela ausência ou deficiência de relacionamentos significativos, que inclui algum tipo de isolamento; trata-se de sentimento penoso e doloroso, de carência que faz referência aos outros. Nesse público, a solidão pode propiciar declínio da saúde mental e sintomas indicativos de depressão, consumo de substâncias ilícitas e tentativas de suicídio¹⁴.

Além disso, nesse período pandêmico, a solidão pode aumentar o desamparo do idoso, com percepção de exclusão da família e da sociedade, sobretudo devido à exibição vivida mediante afloramento das atitudes de ageísmo. No entanto, reforça-se que o distanciamento social não significa abandono ou desamparo, ao contrário, acredita-se que esse pode ser momento em que o idoso necessita com maior ênfase da rede de apoio para sentir-se protegido e acolhido.

O abandono, o desrespeito e a amplitude de tempo no domicílio podem incitar a violência contra o idoso, praticada por familiares, cuidadores e/ou desconhecidos. Desse modo, atenção especial deve voltar-se aos idosos durante o distanciamento social, principalmente para os que possuem fatores de risco à violência, que incluem aqueles com: dependência física, dificuldades para realização de atividades de vida diária e declínio cognitivo¹⁵. Pois, as consequências decorrentes da exposição à violência geram traumas e adoecimentos. Estudos demonstram que esses danos podem gerar isolamento, transtornos psicológicos e emocionais, dependência para atividades, sentimentos de humilhação, vergonha e, até mesmo suicídio¹⁶. Infelizmente, essa temática ainda é considerada estigma na sociedade, sendo relevante refletir sobre ela.

Nesse contexto, o medo também está inserido, principalmente em situações de crise como na pandemia COVID-19, o receio é fortalecido pela insegurança, ausência de alternativas para tratamento ou vacina, diversidade de direcionamentos e informações, divulgação contínua de dados sobre mortalidade, além de dificuldades econômicas, sociais e relacionais. O medo da morte é de extrema significância no contexto pandêmico. Porém, ele não se faz presente apenas na velhice, perpassa o processo de desenvolvimento humano e está presente no cotidiano da Pandemia, podendo gerar estresse¹⁷.

Nesse sentido, em revisão integrativa sobre o enfrentamento da morte, identificou-se que as situações estressantes podem ser provenientes de demandas internas ou externas. A primeira refere-se a situações relacionadas com o limite da capacidade e de autoconceito, como o próprio envelhecimento e morte; e, a outra refere-se a eventos traumáticos ou que apresentam ameaça ao bem-estar do indivíduo, como esse momento de pandemia. As estratégias de enfrentamento dependem das experiências vividas pelos idosos podendo ser: *favoráveis*, como a aceitação, conforto espiritual, procura por suporte social; *desfavoráveis*, como luto antecipado e isolamento¹⁸.

No que tange à procura por suporte social, a família é a principal provedora de cuidado e apoio. Assim sendo, deve-se considerar que seus membros também podem experimentar sentimentos de medo, preocupação, ansiedade e sobrecarga mediante ao cuidado de seu ente querido. Em arranjos familiares que coabitam o idoso, requer-se atenção redobrada, com implementação de medidas preventivas da COVID-19. Ademais, a coabitação e convivência contínua pode gerar conflitos relacionais, causando aumento da tensão nesse período de pandemia, como vimos, a violência.

O distanciamento social também estimula alteração da rotina por parte dos membros familiares, para fornecer apoio ao idoso, como aquisição de alimentos, medicamentos ou outras necessidades. Em algumas famílias, além da ausência do contato físico com o idoso, também houve redução dos vínculos sociais, principalmente devido às dificuldades de acesso às tecnologias de informação (celulares e internet), incluindo a inabilidade para manuseá-las.

Diante dos diversos desafios postos pela pandemia da COVID-19, é necessário vislumbrar estratégias de enfrentamento e possibilidades para ações junto aos idosos saudáveis e familiares. Nesse ínterim, a enfermagem gerontológica tem função essencial e primordial.

POSSIBILIDADES DE AÇÕES PARA IDOSOS SAUDÁVEIS: CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA

O distanciamento social envolve ações individuais e coletivas, que remodelam comportamentos, com prioridade para ações de higiene constantes como: higiene das mãos, uso de álcool em gel, distanciamento de outras pessoas, etiqueta respiratória, uso de máscaras, distanciamento de aglomerações, cuidados ambientais e emocionais.

Contudo, é preocupante a não adesão da população as medidas propostas. Além disso, há necessidade de atenção e cuidado aos comportamentos que envolvem os idosos, a rede de apoio e os familiares com contato junto a população de risco. Tendo em vista que a falta de adesão pode estimular a disseminação do SARS-CoV-2, prejudicando outras pessoas, além de sobrecarregar o sistema de saúde.

Estar em distanciamento social não significa que o idoso precisa permanecer no domicílio sem atividades. Muitas ações podem e devem ser realizadas para benefícios físicos, emocionais e sociais, com vistas a melhorar a interação e possibilitar as ações de lazer. Elencam-se como possibilidades ações que primariamente respeitem as preferências do idoso, incluindo: alongamento, caminhada, dança, leitura, escrita, contato telefônico com outras pessoas, realização de passatempos, prática de jogos variados, criação de algo novo, desenho, costura, restauração de objetos, bordado, prática de instrumentos musicais, cantar, ouvir música, de preferência dentro do espaço da casa, conversar com outras pessoas mantendo a distância necessária e evitando visitas domiciliares, rever fotos antigas, ter contato com animais domésticos, cozinhar, rezar, meditar, orar, além de cuidados com a casa e com materiais são relevantes.

A pandemia COVID-19 instigou maior reconhecimento pelo poder público das necessidades de conhecimento científico, profissionais capacitados, importância da pesquisa científica e desenvolvimento de outras formas de assistência em saúde, como o telecuidado. O recolhimento das pessoas em suas casas tem gerado novos hábitos na população, como os sistemas de telemonitoramento em saúde e a utilização de redes de apoio para aqueles integrantes dos grupos de risco.

Algumas experiências têm ocorrido com intuito de diminuir o impacto emocional do distanciamento social. Cita-se o *Projeto Escuta Solidária* que foi idealizado por docente na Universidade Federal de Viçosa e tem se expandido para outras universidades como: Federal do Tocantins, Estadual de Campinas e Federal do Estado do Rio de Janeiro. Essa ação presta apoio social a idosos, com escuta qualificada por meio de ligações telefônicas. O grupo que conduz a ação em Palmas (Tocantins) também tem acolhido os cuidadores de idosos acamados, na perspectiva de auxiliar as famílias tanto em aspectos emocionais quanto de cuidado.

A Universidade Federal do Paraná (UFPR), por meio da campanha “Pergunte aos cientistas”, também disponibilizou canal de atendimento, para sanar dúvidas da população, sendo desenvolvidas orientações para aquelas mais prevalentes, auxiliando a aproximação do conhecimento científico da sociedade e evitando *fake news*. Outra iniciativa relevante, envolvendo o Hospital de Clínicas e Departamento de Enfermagem da UFPR é a criação da função de enfermeiras de ligação, que atuam no planejamento de alta, educação em saúde e monitoramento pós alta na contrarreferência entre o ambiente hospitalar e atenção primária, promovendo a integralidade e continuidade do cuidado aos pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19.

Também iniciativas de solidariedade têm surgido em vários municípios. Dentre elas, citam-se os vizinhos solidários que são pessoas do mesmo condomínio, que se colocam à disposição dos idosos em distanciamento para auxiliar em compras de alimentos e medicamentos. Outra iniciativa foi a abertura de aulas online e bate-papo com dicas e atividades interativas além de uma programação online relacionada a saúde física e mental utilizando tecnologia e socialização para a pessoa idosa.

No âmbito profissional, salienta-se as plataformas de educação a distância, com disponibilidade de diversos cursos online gratuitos sobre a temática COVID-19, propostos por Instituições de Ensino Públicas e privadas, assim como Governo Federal. Na enfermagem, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em parceria com Conselho Federal de Enfermagem, promoverão oferta de 300 mil vagas para profissionais de enfermagem realizarem cursos de atualização com foco em biossegurança e assistência ao paciente crítico no contexto da COVID-19. Além disso, diversos periódicos científicos abriram chamadas específicas para a temática e publicaram artigos com diversas vertentes que envolvem o período pandêmico.

Também a Associação Brasileira de Enfermagem, por meio do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica, desenvolveu diretrizes, vídeos, orientações, documentos técnicos, e jogos sobre o assunto. Na mesma vertente, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, disponibilizou *lives* sobre temáticas envolvendo idosos e COVID-19, além de documentos técnicos e criação de Comissão Especial de Enfrentamento da COVID-19.

Essas ações fortalecem a enfermagem gerontológica no contexto pandêmico, promovendo atuação relevante e direcionadora para as demandas emergentes. Os profissionais de enfermagem comprometidos para a promoção da saúde, investem esforços desenvolvendo capacitações, possibilitando atuação qualificada e atualizada, incluindo desenvolvimento de materiais criativos para orientações, interações, informações para os idosos e familiares durante o distanciamento social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As adversidades impostas pela pandemia COVID-19 são diversas, incluindo crises no âmbito econômico, social, de saúde e relacional. Em tempo de pandemia o distanciamento social se faz necessário para proteger de idosos e demais grupos de risco, achatando a curva epidemiológica e, como consequência, evitar o colapso no setor saúde. Contudo, essa medida traz desafios e oportunidades.

As ações de distanciamento social incitaram principalmente nos idosos solidão, desamparo, angústias, medos e preocupações. Além disso, vivenciou-se diversos episódios que reforçaram o ageísmo, assim como a violência contra os idosos. Este momento, reforçou a necessidade da rede de apoio fortalecida do idoso, assim como compreensão sobre ações preventivas para evitar a disseminação do SARS-CoV-2.

Ao mesmo tempo que a pandemia trouxe conflitos, algumas mudanças reforçam possibilidades, como a compreensão de que o distanciamento social perpassa ocupar o tempo com medidas sanitárias, atividades físicas, evidencia a preciosidade do toque, afeto, abraço, estar junto, ser apoio. Assim como, a relevância do conhecimento científico, a necessidade de profissionais capacitados e preparados para a assistência de enfermagem gerontológica, ações pioneiras/inovadoras e co-responsabilidade envolvida no cuidado do idoso, entrelaçada pelo próprio indivíduo, sua família e profissionais.

As diversas ações exitosas desenvolvidas por instituições públicas e privadas em prol de melhorias durante a pandemia, reforçaram as possibilidades e potencialidades, principalmente para capacitação de profissionais, despertando e reforçando a relevância de compreender a heterogeneidade do idoso e a primordialidade da enfermagem gerontológica na atenção à saúde.

A enfermagem gerontológica, ao longo de sua história, esteve junto aos idosos nos diversos cenários e contextos do envelhecimento. Nesse momento ímpar não seria diferente. Juntos no propósito e separados pelo distanciamento, segue-se tecendo caminho de lutas, enfrentamentos, oportunidades e inovações. Não se sabe qual será desfecho dessa pandemia e do distanciamento social, mas acredita-se que as vivências promoverão reflexão, respeito e dignidade para os idosos.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira MJ, Irigoyen MC, Consolim-Colombo F, Saraiva JFK, Angelis K. Vida Fisicamente Ativa como Medida de Enfrentamento ao COVID-19. *Arq Bras Cardiol.* [Internet] 2020 [cited 2020 abr 18]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2020nahead/0066-782X-abc-20200235.pdf>
2. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Mar 27]. Available from: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019nov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019nov))
3. Ministério da Saúde. Boletim 4. Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). [Internet]. 2020. [acesso 2020 mar 31]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/04/Boletim-epidemiologico-SVS-04fev20.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM n. 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF),* 2020 fev 4 [cited 2020 mar 27]; Seção 1:1. Available from: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
5. Garcia, LP, Duarte E. Nonpharmaceutical interventions for tackling the COVID-19 epidemic in Brazil. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília,* 29(2): e2020222, 2020. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v29n2/2237-9622-ress-29-02-e2020222.pdf>
6. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet.* 2020 [cited 2020 abr 20]; 395: 1054–62. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930566-3>
7. Veiga AMV. Imunidade e Envelhecimento. In: Freitas EV, Py L. *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 2116-2127.
8. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study pdf icon. *Lancet.* [Internet]. 2020. [cited 2020 mar 31]. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)
9. Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). [Internet] 2020. [cited 2020 mar 24]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.
10. Gorzoni ML. Envelhecimento Pulmonar. In: Freitas EV, Py L. *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 1568-1570.
11. Wang L, He W, Yu X, Hu D, Bao M, Liu H et al. Coronavirus disease 2019 in elderly patients: characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up. *J Infect.* [Internet]. 2020 [cited 2020 abr 22]; 11:20 doi: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.019>.
12. Nunes VMAN, Machado FCA, Morais MM, Costa LA, Nascimento ICS, Nobre TTX et al. COVID-19 e o cuidado de idosos: recomendações para instituições de longa permanência. [Internet] Natal (RN): EDUFRRN; 2020. [cited 02 abr. 2020]. Available from: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/28754>
13. Barra RP, Moraes EN, 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.* 2020; 2(1):38-43.
14. Carmona CF, Couto VVD, Scorsolini-Comin F. A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas. *Psicol Estud.* 2014; 19(4): 681-691.
15. World Health Organization. Elder abuse. 2018. [cited 2020 abr 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
16. Hirsch, R. [Violência contra idosos]. *Bundesgesundheitsbl.* 2016; 59:105–112. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2268-5> Alemão.
17. Farber SS. Envelhecimento e elaboração das perdas. *Terc Idade Estud Envelhec* [Internet]. 2012 [cited 2020 abr 18]; 23(53):7-17. Available from: https://www.sescsp.org.br/files/edicao_revista/cd42b419-7df9-4182-8a57-4188279cf8a5.pdf.
18. Ribeiro MS, Borges NS, Araújo TCCF, Souza MCS. Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017; 20(6): 880-888.

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c02>

PREVENÇÃO DA COVID-19 NA POPULAÇÃO IDOSA INDÍGENA

Cássia Rozária da Silva Souza^I

ORCID: 0000-0001-9790-3713

Deyvylan Araujo Reis^{II}

ORCID: 0000-0001-9314-3745

Fernanda Farias de Castro^{III}

ORCID: 0000-0003-1970-5169

Lígia Carreira^{IV}

ORCID: 0000-0003-3891-4222

Vanusa do Nascimento^V

ORCID: 0000-0003-4141-2784

^{I,III}Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas (ESA/UEA). Manaus, Amazonas, Brasil.

^{II}Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas (ISB/UFAM). Manaus, Amazonas, Brasil.

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

^VFundação Universidade Aberta da Terceira Idade – FUnATI. Manaus, Amazonas, Brasil.

Autor Correspondente:

Cássia Rozária da Silva Souza
E-mail: crsouza@uea.edu.br



Como citar

Souza CRS, Reis DA, Castro FF, Carreira L, Nascimento V. Prevenção da covid-19 na população idosa indígena. In: Santana RF. Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p.11-16. (Série Enfermagem e Pandemias, 1). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c02>

INTRODUÇÃO

A infecção humana causada pelo novo Coronavírus (SARS-Cov-2) produz a doença classificada como COVID-19. Esta doença representa uma emergência de Saúde Pública de importância mundial, com alto grau de mortalidade entre os idosos, pela progressão mais rápida da infecção viral nessa população ⁽¹⁾.

No mundo, o novo Coronavírus já atingiu cerca de 2.423.470 pessoas confirmadas com a COVID-19 e 166.041 óbitos. Atualmente, o país com o maior número de caso é o Estados Unidos. O Brasil ocupa a 11ª posição em número de casos com 40.581 brasileiros com COVID-19 e 2.845 mortes, sendo 1.492 de óbitos na população idosa ⁽²⁾.

A população idosa pertence aos grupos de risco para as condições mais graves e mortalidade da COVID-19, ocasionada, muitas vezes, pela alteração fisiológica do envelhecimento e somada com as comorbidades crônicas. Os estudos em Wuhan, capital da província de Hubei, na China, evidenciaram que as pessoas com 70 anos ou mais tiveram dias médios mais curtos (11,5 dias) desde o primeiro sintoma até a morte do que aqueles com idades abaixo de 70 anos (20 dias), demonstrando que os idosos podem ter uma progressão mais rápida da doença do que os mais jovens ⁽¹⁾.

Nessa perspectiva, os idosos precisam de maior atenção e proteção para não contrair o vírus, sendo necessárias medidas de adoção de higiene rigorosas, isolamento social, distanciamento, além de evitar contato próximo de pessoas doentes, higienizar as mãos com maior frequência e, não abraçar nem beijar.

No entanto, preocupa-se nesse texto com avanço da pandemia nos povos indígenas, dada sua vulnerabilidade social, os aspectos culturais e o contato interétnico. Essa população, no Brasil, é representada por 896.917 pessoas, ocupando mais de 4.200 terras indígenas, localizadas em 432 municípios de 24 estados ⁽³⁾.



Em outro aspecto, essa preocupação com a população indígena se torna real, pois a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), já constatou no seu boletim epidemiológico, 31 casos confirmados e três mortes de indígena no país⁽⁴⁾. Importa registrar ainda que, no atual cenário, não há vacinas ou medicamentos com evidência científica para o seu tratamento definitivo, e o tratamento é voltado para suporte e controle de sintomas.

O estudo se justifica no sentido de proporcionar os cuidados de Enfermagem ao idoso indígena na prevenção da pandemia do novo coronavírus no Brasil, além de contribuir na assistência prestada pelo Enfermeiro nesse grupo etário de risco. Diante das considerações apresentadas e, tendo em vista a necessidade de novas investigações científicas com foco na temática em questão.

OBJETIVO

Realizar uma reflexão acerca da prevenção do COVID-19 e o papel do Enfermeiro ao idoso indígena.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de reflexão teórica, desenvolvido com aporte na literatura, análise e apresentação dos resultados. A reflexão proposta foi embasada na literatura nacional e internacional. A apresentação foram organizadas em categorias, a saber: acesso à saúde indígena, cenário da saúde indígena e a COVID-19 e o papel do Enfermeiro diante da infecção da COVID-19 em idosos indígenas.

ACESSO À SAÚDE INDÍGENA

Diversas barreiras de acesso aos povos indígenas têm sido descritas como limitadoras da atenção à saúde desses povos tradicionais em distintas regiões do mundo⁽⁵⁾. Entre os principais obstáculos apontam-se barreiras organizacionais, geográficas e culturais, incluindo limitações relativas à ausência ou incipiência de intérpretes culturais que permitam maior comunicação das etnias com os serviços de saúde⁽⁶⁾.

Dentre os países da América Latina, o Brasil é um dos que possui a menor concentração de povos indígenas, abaixo de 5% em relação aos demais países. Proporcional ao dimensionamento geográfico, os povos indígenas do Brasil se apresentam com uma diferenciação expressiva no que consiste em cultura, língua, condições econômicas e sociais, costumes e territorialidade, marcadas em seu modo de viver, na alimentação e na socialização com os demais⁽⁵⁾. Esse grupo, distribuído em 505 terras indígenas, ocupa 12,5% do território nacional. Apesar do contingente populacional não tão expressivo, em relação ao total da população brasileira, esses povos apresentam imensa sociodiversidade, incluindo 305 grupos étnicos falantes de 274 idiomas⁽⁷⁾.

Como em muitos países, o serviço de saúde que é apresentado ao povo indígena ainda tem fragilidades marcantes e antigas, permeada por leis enrijecidas e que servem de limitação para a melhoria e qualificação da rede de atenção à saúde em todo o território brasileiro. Cabe destacar que, desde 1999, houve importantes mudanças no sistema de saúde voltado para os povos autóctones, com a responsabilidade de prestar atendimento a toda população aldeada em terras indígenas, com a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), de norte a sul do país. Estes se caracterizam como uma rede interconectada de serviços de saúde, capaz de oferecer cuidados de atenção primária à saúde, adequados às necessidades sanitárias da maioria da população, que são considerados ambientes étnicos e culturais dinâmicos e têm o dever de prestar atenção básica aos indígenas aldeados, sem guardar relação direta com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas⁽⁶⁾.

Segundo Andrade e Terra⁽⁸⁾, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi integrada na Política Nacional de Saúde em 2002, por meio da Portaria Federal do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. A proposta dessa política:

“... é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura”.

Historicamente, os povos indígenas vêm enfrentando cenários não muito favoráveis a sua própria existência, transformação e interação com o restante dos brasileiros, em detrimento de embates territoriais, aceitação da cultura e costumes, modo de viver e pelo desejo próprio de como eles escolhem interagir com essas pessoas que agora configuram dentro de suas realidades, refletindo seriamente na saúde e nos serviços oferecidos a eles no país.

Alguns autores ⁽⁹⁾, no estudo denominado “A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas” destacam que os princípios para a constituição e consolidação desta política de atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas devem sempre estar embasados nos seguintes marcos referenciais: (1) Reciprocidade: resulta da necessidade de buscar uma coexistência equitativa entre as comunidades indígenas e os agentes de intervenção na saúde; (2) Eficácia simbólica: requer uma compreensão ampliada do universo simbólico indígena como condição indispensável para a atuação em saúde; (3) Integralidade: visa a integração de uma forma global e criativa da problemática indígena, e dos fatores que atuam sobre os determinantes históricos, sociais, culturais e ambientais da saúde; (4) Autonomia: busca a construção de mecanismos de autogestão e da gestão participativa nos programas de saúde implementados nas comunidades, dentro da perspectiva maior da autonomia dos povos indígenas.

Entretanto, implementar, de modo eficiente, gestão e atenção à saúde dos povos indígenas, baseados nestes marcos referenciais está longe de ser uma tarefa fácil. Assim, há muitas décadas os Povos Indígenas do Brasil com o suporte de seus aliados e parceiros vêm discutindo e lutando por uma gestão mais eficiente na saúde e cuidado de cada comunidade ⁽⁹⁾. Segundo Altini et al.:

“Considerados “entraves ao desenvolvimento”, o destino dos povos indígenas sempre foi traçado nos termos do dominador. O direito de existência futura, com distintos modos de pensar, de organizar-se e relacionar-se com o mundo, sempre lhes foi negado. A falta de políticas públicas relativas à educação e saúde, e a demarcação de territórios insuficientes para o modo de vida tradicional, são respostas históricas com premissas integracionistas. Não é à toa que o atendimento à saúde se restringe a medidas paliativas e emergenciais” ⁽⁹⁾.

Na realidade, a chamada “política indigenista” tem sido caracterizada, ao longo da história do Brasil, pela forte interveniência do poder público, ainda que consorciado a entidades religiosas e civis. Esta política até pouco tempo tinha a clara perspectiva de promover a assimilação dos povos indígenas à sociedade brasileira.

CENÁRIO DA SAÚDE INDÍGENA E A COVID 19

O mundo inteiro está enfrentando os desafios do novo Coronavírus. Nas 305 etnias no Brasil e com 274 línguas, com cerca de 820 mil mulheres, homens e crianças indígenas, as questões mais sérias são a prevenção, contaminação e o acesso à saúde que precisam ser trabalhadas como estratégias de medidas de contenção da disseminação da COVID-19.

Há pelo menos 500 mil indígenas que vivem em áreas rurais, desse modo municípios dentro do mesmo estado, os atendimentos de saúde são diferenciados, dificultando a assistência prestada aos povos indígenas brasileiros. No dia 1º de abril, foi confirmado o primeiro caso de contaminação indígena no Brasil: uma mulher indígena no interior do Amazonas, que atua na área da saúde.

A população indígena tem um passado histórico de doenças infectocontagiosas, que ressurgem com a COVID-19, em que existe um grande risco de elevados índices de mortalidade nesse grupo. Assim, para evitar

que isso aconteça são necessárias medidas de prevenção urgentes, implicando no comportamento de hábitos dentro de um contexto cultural, além do isolamento e o distanciamento social.

A fragilidade do sistema de saúde em atender a demanda de casos de COVID-19 ou de qualquer outra doença, as dificuldades de acesso geográfico entre as comunidades e os locais de assistência e as peculiaridades de cada aldeia e/ou etnia, só reforçam a necessidade de se instalar o isolamento social e os cuidados de prevenção contra a COVID-19⁽¹⁰⁾.

O PAPEL DO ENFERMEIRO DIANTE DA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DA COVID-19 EM IDOSOS INDÍGENAS

Sabe-se que os idosos indígenas são mais vulneráveis à epidemia da COVID-19 em função de condições sociais, econômicas, culturais e de saúde. Os sistemas de saúde estruturados aos indígenas, em 2010, passam a ser por meio da Secretaria de Atenção Especial à Saúde Indígena (SESAI), para oferecer garantias de assistência integral, bem como o fortalecimento da atenção primária à saúde desse grupo populacional, respeitando os saberes tradicionais⁽⁷⁾. Nesse sentido, para o cuidado ao idoso, deve, ser beneficiária de ações de promoção à saúde e prevenção contínuas⁽¹¹⁾.

Exige-se, desse modo, uma forte Atenção Primária à Saúde em território indígena, capaz de coordenar, a partir de critérios epidemiológicos, geográficos e etnográficos, o percurso terapêutico do idoso indígena, além de facilitar a prestação de serviços, ações de saúde em local e tempo oportunos⁽¹¹⁾. Entretanto, encontra-se nesse cenário, um quadro de precariedade e dificuldades de acesso aos serviços de saúde e, principalmente, do atendimento em saúde ao idoso indígena.

O papel do Enfermeiro na sua atuação nos serviços do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEIs), ressalta a necessidade de fornecer uma atenção diferenciada que garanta aos idosos indígenas, concomitantemente, o acesso universal aos serviços de saúde, assim como o respeito e a valorização da medicina tradicional⁽¹²⁾. Neste contexto, algumas condutas realizadas por Enfermeiros são de extrema relevância para a prevenção da infecção do Novo Coronavírus aos idosos indígenas. As ações que se destacam na prática assistencial são:

- Organização de um fluxo de atendimento para a triagem e reconhecimento precoce de casos suspeitos da COVID-19, nos DSEIs;
- Orientação da equipe do DSEI para atuação na identificação, notificação e no manejo oportuno de casos suspeitos de infecção humana por SARS-CoV-2 de modo a mitigar a transmissão do vírus na terra indígena, com ações sempre baseadas nos protocolos de manejo clínico às pessoas com COVID-19, do Ministério da Saúde e da OMS;
- Realizar a interlocução dos profissionais de saúde com as lideranças da Terra Indígena (Cacique) para obter o apoio às orientações necessárias aos idosos indígenas na prevenção da infecção da COVID-19, tais como as restrições do contato entre os indígenas e os cuidados de higiene das mãos, corporal e do ambiente;
- Explicar à população idosa indígena a gravidade da COVID-19, suas formas de transmissão e prevenção da doença, utilizando como apoio o intermédio dos Agentes de Saúde Indígena (AIS), profissionais imprescindíveis na execução e na articulação dos cuidados aos idosos indígenas, uma vez que fazem parte da tradição cultural e conhecem a língua, costumes, valores, mitos e ritos desta população assistida;
- Fortalecimento de ações emergenciais de proteção à saúde dos idosos indígenas, com auxílio dos AIS e das redes de apoio em território indígena;
- Realizar a vacina Influenza em todos idosos indígenas no DSEI;
- Notificar a SESAI os casos suspeitos no DSEI para acompanhamento, isolamento e demais providências para o controle da transmissão comunitária e o cuidado ao indígena idoso.

Por fim, destaca-se que o enfermeiro deve atuar na linha de frente junto ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SASI-SUS), na prevenção e no cuidado aos idosos indígenas. As ações do Enfermeiro diante da prevenção, identificação e isolamento dos casos suspeitos da COVID-19 em territórios indígenas, deve considerar as diferenças culturais de cada povo e atuar de modo eficiente e eficaz no enfrentamento do processo epidêmico.

Limitações

As reflexões realizadas foram oriundas de documentos e estudos disponíveis na literatura e na mídia impressa governamental, o que significa se tratar de muitas matérias que não se referem especificamente à disseminação da infecção da COVID-19 em população indígena brasileira.

Outra limitação é que o Brasil possui 305 diferentes etnias indígenas, sendo registradas 274 línguas, presentes em 567 terras indígenas, nas cinco regiões do país. Esta diversidade de povos e cultura indígena exige aprofundamentos analíticos que levem em consideração dados censitários, as especificidades de cada etnia e seus contextos geográficos específicos, como é o caso das terras indígenas, o que sinaliza a importância de investigações e análises futuras.

Contribuições para enfermagem

O estudo contribui para refletir acerca da prevenção da COVID-19, e a importante atuação do enfermeiro, no subsistema da Atenção à Saúde Indígena (DSEI), para implementar ações de proteção ao idoso indígena de infecções pelo novo coronavírus. Sabe-se das dificuldades de diversas ordens, em níveis de gerência, recursos humanos e articulações de ações na rede de Atenção à Saúde do SUS, como, controle social ineficiente e entraves na comunicação entre as instituições governamentais, os representantes indígenas e as suas comunidades, gerando dificuldade de dados demográficos e epidemiológicos. Entretanto, é fundamental que haja investimentos na disseminação de informações sobre o cenário epidemiológico da COVID-19 entre os povos indígenas no país, considerando a sociodiversidade dos mesmos e a presença expressiva dos profissionais de enfermagem entre essa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios para garantir a proteção contra a infecção do novo Coronavírus dos idosos indígenas em seus territórios são imensos, considerando seus modos de vida e organização social. Uma estratégia que pode ser usada na prevenção ao novo Coronavírus é controlar o fluxo de pessoas em territórios indígenas.

O direito de receber informações, a qualidade da comunicação sobre os casos e o cenário da COVID-19 com os indígenas não podem ser usados como fatores vulneráveis para o atendimento na rede de saúde que os assiste. Os planos de contingenciamento não são claros, ou, nem há definição sobre essas ações e seu desenvolvimento.

Nesse sentido, os enfermeiros, em conjunto com os demais integrantes da equipe de saúde que trabalham nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) são os agentes estratégicos para atuar em conjunto com as lideranças indígenas no enfrentamento dessa problemática.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Wang W, Tang J, Wei F. Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *J Med Virol* 2020; 92:441-447. doi:10.1002/jmv.25689.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública-Doença pelo Coronavírus 2019. Boletim COE e COVID, 20 de abril de 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/21/BE13-Boletim-do-COE.pdf>.
3. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características gerais dos indígenas: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária Especial de Saúde Indígena. Boletim Epidemiológico SESAI, 21 de abril de 2020. Disponível em: http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/pdf/21_04_2020_BoletimepidCOVIDSESAI.pdf.
5. Chagas CA, Castro TG, Leite MS, Viana MACBM, Beininger MA et al. Prevalência estimada e fatores associados à hipertensão arterial em indígenas adultos Krenak do Estado de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2020; 36(1):e00206818. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00206818>.
6. Gomes SC, Esperidião MA. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2017; 33(5):e00132215. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00132215>.
7. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e184. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>.
8. Andrade GASCR, Terra MF. Assistência de enfermagem à população indígena: um estudo bibliográfico. *ArqMedHospFacCiencMed Santa Casa São Paulo*. 2018;63(2):100-4. doi: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2018.63.2.100>.
9. Altini E, Rodrigues G, Padilha L, Moraes PD, Liebgott RA. A (Orgs.) Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Conselho Indigenista Missionário – CIMI, 2013. Disponível em: <https://www.cimi.org.br/>. Acessado em: abril 2020.
10. COVID-19: prevenção e acesso a saúde são questões urgentes para mulheres indígenas. Internet (15 abril 2020). Disponível em: <https://nacoesunidas.org/covid-19-prevencao-e-acesso-a-saude-sao-questoes-urgentes-para-mulheres-indigenas/>. Acesso: 18 de abr de 2020.
11. Tarrant C, Windridge K, Baker R, Freeman G, Boulton M. 'Falling through gaps': primary care patients' accounts of breakdowns in experienced continuity of care. *Family practice*, 2015; 32(1):82-87. doi: 10.1093/fampra/cmu077.
12. Rissardo LK, Carreira L. Organização do serviço de saúde e cuidado ao idoso indígena: sinergias e singularidades do contexto profissional. *Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]*. 2014; 48(1):72-79. doi:10.1590/S0080-623420140000100009.

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c03>

PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES POR CORONAVÍRUS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Tânia Maria de Oliva Menezes^I

ORCID: 0000-0001-5819-0570

Romulo Delvalle^{II}

ORCID: 0000-0002-8782-6184

Ana Maria Ribeiro dos Santos^{III}

ORCID: 0000-0002-5825-5335

Josiane Steil Siewert^{IV}

ORCID: 0000-0002-8952-2360

^IUniversidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

^{II}Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{III}Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

^{IV}Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina. Joinville, Santa Catarina, Brasil.

Autor Correspondente:

Tânia Maria de Oliva Menezes
E-mail: tomenezes50@gmail.com



Como citar

Menezes TMO, Delvalle R, Santos AMR, Siewert JS. Prevenção e controle de infecções por coronavírus em instituições de longa permanência para idosos. In: Santana RF. Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p.17-22. (Serie Enfermagem e Pandemias, 1). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c03>

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em reconhecimento à ampla transmissão global da COVID-19, declarou pandemia em 11 de março de 2020⁽¹⁾. As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) são ambientes de alto risco para resultados graves de surtos de COVID-19, devido à idade avançada e às condições de saúde crônicas frequentes dos residentes, bem como à movimentação de profissionais de saúde entre as instalações de uma região⁽²⁾.

Impedir a disseminação do COVID-19 nas ILPIs é uma prioridade e devem ser tomadas medidas rigorosas para garantir isso⁽³⁾. Prevenção e controle de infecção devem ser implementadas pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde, para evitar ou reduzir ao máximo a transmissão de microrganismos durante qualquer assistência à saúde realizada. A melhor maneira de prevenir a COVID-19 é adotar ações para impedir a propagação do vírus, e o serviço de saúde deve garantir que as políticas e as boas práticas internas minimizem a exposição a patógenos respiratórios, incluindo o novo coronavírus (SARS-CoV-2)⁽⁴⁾.

As ILPI devem implementar medidas de prevenção e controle de infecção para evitar ou reduzir ao máximo que os residentes, seus cuidadores e profissionais que atuam nesses estabelecimentos sejam infectados pelo vírus e, mais significativamente, reduzir a morbi-mortalidade entre os idosos nessas instituições⁽⁵⁾.

Alguns fatores contribuem para a vulnerabilidade nestas instituições como: funcionários que trabalham quando sintomáticos; funcionários que trabalham em mais de uma ILPI; familiaridade e aderência inadequadas às recomendações de Equipamentos de Proteção Individual (EPI); desafios para a implementação de práticas adequadas de controle de infecção, incluindo suprimentos inadequados de EPI e outros itens, a exemplo, desinfetante para as mãos à base de álcool; atraso no reconhecimento dos casos devido a um baixo índice de



suspeita; disponibilidade limitada de testes; e dificuldade em identificar pessoas com Covid-19 com base apenas em sinais e sintomas⁽²⁾.

Diante deste cenário, o Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica, da Associação Brasileira de Enfermagem, ao reconhecer a grave situação que o Brasil enfrenta e a intensidade com que a Enfermagem vem sendo afetada no contexto dessa pandemia, discute medidas que contribuem para a prevenção e controle no cotidiano das ILPIs.

OBJETIVO

Discutir sobre a prevenção e controle de infecções por coronavírus em instituições de longa permanência para idosos.

MÉTODO

Ensaio teórico de natureza reflexiva, baseado em artigos científicos nacionais, internacionais e portarias.

RESULTADOS

A chegada do profissional a ILPI, sua movimentação em todo o ambiente e a saída da instituição deve ser monitorada pelo gestor, de forma a garantir segurança para os residentes e trabalhadores. Portanto, orientar o profissional com regularidade para uso de máscara, cirúrgica ou de tecido, durante todo o percurso até chegar a ILPI, pode ser uma primeira medida a ser adotada.

Profilaxia adotada pelos funcionários ao chegar às instituições

A prevenção e controle de infecção pelo coronavírus iniciam na porta de entrada da instituição. Impedir a disseminação da COVID-19 para instituições de assistência a longo prazo é uma prioridade e devem ser tomadas medidas rigorosas para garantir isso, começando com a chegada dos profissionais a ILPI⁽³⁾.

Na entrada da ILPI, fixar cartazes com orientações sobre os cuidados necessários como: higienização das mãos, etiqueta respiratória e importância de não entrar na ILPI se apresentar algum sintoma. Na triagem ativa, alguns aspectos devem ser observados:

- Destacar um profissional de saúde, preferencialmente enfermeiro, para realizar a triagem ativa de todos os profissionais que forem entrar na ILPI. A triagem deve ser feita em todas as mudanças de plantão. É obrigatória e deve ser feita diariamente, até que seja declarado fim da pandemia no território nacional.
- Disponibilizar lavatório com água e sabão, ou álcool em gel a 70% no ambiente da triagem. Dispor de lixeiras acionadas por pedal, para o descarte do lixo comum.
- Paramentar o profissional para a realização da triagem com: máscara cirúrgica, touca, capote, sapato fechado, óculos de proteção, protetor facial e luvas de procedimento.
- Evitar aglomeração de pessoas no local de triagem, respeitando as regras de distanciamento.
- Realizar desinfecção do termômetro a cada utilização, com álcool a 70%.
- Realizar desinfecção do ambiente utilizado após a realização da triagem.

Roteiro de triagem

1- Aferir a temperatura do profissional. Considerar febril se temperatura maior que 37,5°C.

() SIM () NÃO

2- Apresenta algum desses sintomas: febre, tosse, dor de garganta, coriza e dificuldade respiratória?

() SIM () NÃO

3- Você teve contato nos últimos dias com pessoas com suspeita ou confirmada de COVID-19?

() SIM () NÃO

Caso o funcionário responda **SIM** para qualquer uma das perguntas, orientá-lo a retornar para a sua casa e realizar quarentena, disponibilizar máscara, para que o funcionário retorne para casa com segurança, e apoiá-lo emocionalmente.

O profissional terá acesso a ILPI caso tenha respondido **NÃO** para as três perguntas do questionário. Em seguida, encaminhar o profissional para a área de descontaminação, independente do local onde estão permanecem os idosos naquele momento. Nessa área, o funcionário irá realizar:

- Retirada de todos os adornos das mãos
- Preensão dos cabelos
- Higienização das mãos com água e sabão, com técnica correta
- Mudança de roupas e calçados, para iniciar os trabalhos.
- Descontaminação dos óculos de grau com álcool a 70%, caso o profissional utilize.
- Realizar o mesmo procedimento de descontaminação do aparelho celular desligado.

Após estes cuidados, o profissional está apto a iniciar suas atividades laborais na ILPI. Ao término de utilização da área de descontaminação, é importante à higienização do ambiente pelo serviço de limpeza, com água e solução de hipoclorito de sódio em todas as superfícies (maçanetas, portas, cadeiras, interruptor).

O profissional deve ter cuidado com as vestimentas ao entrar e sair da instituição, evitando adentrar áreas internas com roupas usadas na rua. Se possível, prover mudas diárias de roupas pessoais limpas para uso na instituição⁽⁶⁾.

Essas etapas devem ser seguidas obrigatoriamente por todos os funcionários diariamente. Essas medidas irão minimizar a propagação da COVID-19 na ILPI, e não devem ser flexionadas e ou diminuídas em nenhum momento. Os cuidadores e demais profissionais deverão utilizar máscara cirúrgica durante o tempo em que estiver na ILPI, atento a periodicidade da troca, conforme recomendações. Na saída, os funcionários devem ser orientados para que o calçado seja de uso exclusivo na ILPI, devendo ter um local para que seja guardado e utilizado no próximo turno.

O ambiente da Instituição

O serviço de saúde deve garantir que as políticas e as boas práticas internas minimizem a exposição a patógenos respiratórios, incluindo o novo coronavírus⁽⁴⁾. A gestão da ILPI deve garantir a limpeza correta e frequente, diariamente e sempre que necessário, das superfícies das áreas comuns, dos dormitórios (pelo menos duas vezes ao dia) e de outros ambientes utilizados pelos idosos⁽⁵⁾.

Além disso, deve prover os equipamentos e insumos necessários para a correta higiene das mãos como^(4,6):

- Lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido e/ou álcool em gel 70%
- Suporte para papel toalha e toalha
- Lixeira com tampa e abertura sem contato manual
- Material de limpeza para higienizar superfícies e objetos

Em locais de maior circulação devem ser fixados cartazes informativos sobre a importância das medidas de higiene e distanciamento. Os ambientes devem ser mantidos ventilados, se possível, com as janelas abertas⁽⁴⁾. Orientar para que se evite a concentração de residentes em espaços não arejados⁽⁶⁾. É fundamental que as

instituições estabelecem escalas e horários para a saída dos idosos dos quartos e locomoção em áreas comuns, banhos de sol e refeições, reduzindo o tempo dos residentes nas áreas comuns da instituição, para evitar aglomerações⁽⁵⁾. É importante alterar a dinâmica das refeições, definindo grupos menores de idosos para ir ao refeitório em momentos diferentes, de modo a respeitar a distância de 1 a 2 metros entre os residentes.

A rotina de limpeza e higienização de espaços e superfícies deve ser intensificada, devendo os profissionais responsáveis enfatizar a higienização de maçanetas, corrimãos, mesas e cadeiras de uso comum⁽⁶⁾. A socialização dos idosos deve ser considerada e estimulada, entretanto, a dinâmica também deve ser modificada, promovendo atividades com grupos menores e respeitando a distância mínima entre eles.

Planejamento dos quartos para isolamento dos casos suspeitos/confirmados

Com o avanço do COVID-19 no Brasil, proteger os idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos se tornou uma prioridade às autoridades sanitárias. Medidas de prevenção e controle de infecção devem ser implementadas pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde, para evitar ou reduzir ao máximo a transmissão de microrganismos durante qualquer assistência à saúde realizada⁽⁴⁾, principalmente no que se refere ao quarto de idosos suspeitos ou confirmados da doença⁽⁵⁾.

Em epidemias ou pandemias, a área externa à residência deverá ser considerada contaminada e a área interna deverá ser considerada vulnerável. Deve-se escolher uma porta de entrada e estabelecer a área de transição em suas proximidades, no exterior ou no interior da residência⁽⁷⁾.

Dentre os fatores que provavelmente contribuem para a vulnerabilidade nestas instituições, inclui funcionários que haviam trabalhado enquanto eram sintomáticos; funcionários que trabalharam em mais de uma instalação; familiaridade e aderência inadequadas às recomendações de EPI; desafios para a implementação de práticas adequadas de controle de infecção⁽²⁾, o que indica a necessidade de seleção de profissionais específicos para atuarem somente nesses quartos e a educação em saúde constante.

Idosos com quadro suspeito ou diagnóstico da COVID-19 devem ser isolados em quartos individuais, com porta fechada e bem ventilados, com janelas abertas^(4,6). Este é um local de grande investimento na prevenção de novos casos, necessitando de ações para impedir a disseminação do vírus em todo o ambiente.

Algumas ILPIs já dispõem de quarto para isolamento, entretanto, o número de casos pode aumentar e o número disponível não atender a demanda. Estudo aponta instituição que fez plano de contingência para pacientes com sintomas respiratórios e pneumonia em enfermarias designadas, caso os casos exceda a capacidade das instalações de isolamento⁽²⁾.

Caso a ILPI não disponha de quarto para isolamento, se deve manter a distância de dois metros entre as camas⁽⁴⁾, colocando o menor número possível de idosos em cada quarto. Na entrada do quarto deve ser colocado o aviso de isolamento, bem como os EPI necessários no ambiente, devendo a ILPI garanti-los para todos os profissionais que tiverem contato nesse quarto⁽⁴⁾.

Os profissionais e cuidadores que entrarem no quarto dos residentes com infecção suspeita ou diagnóstico confirmado da COVID-19 devem ser orientados quanto à necessidade do uso de EPI, bem como devem ser capacitados sobre as técnicas de higiene das mãos, colocação e retirada dos EPIs⁽⁶⁾. Ao realizar higiene das mãos com água e sabão, utilizar, preferencialmente, toalhas de papel descartáveis para secar as mãos. Caso toalhas de papel descartáveis não estejam disponíveis, usar toalhas de pano e trocar quando ficarem molhadas⁽⁷⁾.

A proteção dos profissionais de saúde é uma prioridade⁽³⁾. Para o cuidado ao idoso em quarto de isolamento, os EPIs necessários são: máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote e luva de procedimento, porém, nem todas as ILPIs dispõem de todos esses equipamentos.

Após a saída do quarto, enfermaria ou área de isolamento, os EPIs devem ser imediatamente removidos⁽⁷⁾. Porém, caso o profissional de saúde saia de um quarto, enfermaria ou área de isolamento para atendimento de outro paciente com suspeita ou confirmação de infecção pelo novo coronavírus, na mesma área/setor

de isolamento, logo em seguida, não há necessidade de trocar gorro (quando necessário utilizar), óculos/ protetor facial e máscara, somente avental e luvas, além de realizar a higiene de mãos⁽⁴⁾.

A orientação dos profissionais sobre o uso dos EPIs deve ser rotina nas ILPIs, tendo em vista a importância do uso adequado na prevenção e controle do coronavírus. Entretanto, estudo refere familiaridade e aderência inadequada às recomendações de EPI por profissionais que atuam em ILPIs⁽²⁾.

Ao entrar no quarto, que deve estar sempre com a porta fechada, deve ser criada uma área de transição. Esta área precisa estar bem definida, podendo-se delimitar o local com fita adesiva de cor contrastante no piso, ou mobiliário que permita a definição do espaço protegido⁽⁸⁾.

Todos os materiais dentro do quarto isolado são considerados contaminados⁽⁸⁾. As superfícies das maçanetas de portas, mesas de cabeceira, cadeiras, armários, televisão e controles devem ser limpas várias vezes ao dia, com um produto de limpeza desinfetante, particularmente as superfícies mais utilizadas⁽⁵⁾. Os equipamentos reutilizáveis, a exemplo de termômetros, esfigmomanômetro e estetoscópio deverão ser adequadamente limpos e desinfetados antes e após o uso⁽⁵⁾.

Os idosos devem ser orientados a não compartilhar objetos de uso pessoal como cortadores de unhas, alicates, esmaltes, escovas, pentes, aparelhos de barbear, celulares, tablet, mouse, sabonetes, toalhas, pratos, copos e talheres⁽⁶⁾. Entretanto, a realidade das ILPIs é a presença de elevado número de pacientes com demências, que podem não seguir essas orientações e usar objetos de outros idosos, caso compartilhem o mesmo quarto.

Ao utilizar o banheiro, deve ser feita a limpeza geral do local. As roupas devem ser retiradas com o mínimo de agitação e manuseio no quarto, devendo ser colocadas dentro de saco plástico e encaminhadas para máquina de lavar, e lavadas separadamente das roupas dos demais residentes. Os profissionais devem usar EPI para esse procedimento⁽⁵⁾.

As ILPIs precisam reforçar a adesão da equipe às práticas de prevenção e controle de infecções, com observação do fluxo de trabalho da equipe. Interrupções substanciais, como absenteísmo da equipe e aumento da carga de trabalho, podem afetar a consistência com a qual essas práticas são implementadas e monitoradas⁽²⁾.

Limitações

Como o tema é atual, ainda dispõe-se de poucos estudos para ampliar a discussão, especialmente no contexto das ILPIs.

Contribuições do ensaio reflexivo para a Enfermagem

Destaca-se como contribuições desse estudo para a área da enfermagem a visibilidade de aspectos importantes na prevenção e controle da COVID-19 em ILPIs, que poderão nortear o planejamento da assistência e monitoramento dos residentes e profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No atual panorama de pandemia da COVID-19, o cuidado de enfermagem planejado para idosos que vivem em ILPIs abrange desde a porta de entrada a instituição, durante a sua permanência, até a saída dos profissionais envolvidos no cuidado, para evitar a propagação do vírus e manifestação da doença nos residentes.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). [Internet]. 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875
2. McMichael TM, Currie DW, Clark S. et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. The new england journal of medicine [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 12]. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2005412>
3. Tan LF, Seetharaman S. Preventing the Spread of COVID-19 to nursing homes. Experience from a Singapore Geriatric Center. J Am Geriatr Soc. [Internet]. 2020 [2020 Apr 16]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32216132>
4. Agência nacional de vigilância sanitária (ANVISA). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). (atualizada em 31/03/2020) [Internet] 2020. [Acesso 2020 Apr 08]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>.
5. Agência nacional de vigilância sanitária (ANVISA). Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 05/2020. Orientações para a prevenção e o controle de infecções pelo novo coronavírus (sars-cov-2) em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). [Internet]. 2020 [cited 2020 Abr 12]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/NOTA+TE%CC%81CNICA+8---CORONAVI%CC%81RUS+2.pdf/75797abb-1bf5-4eb6-99e1-a1238269e30a>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica Nº 8/2020-COSAPI/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. 2020. [Acesso em 2020 Abr 08]. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/notatecnica82020COSAPICGCIVIDAPESSAPMS02abr2020COVID-19.pdf>.
7. Brasil, MS. Nota Técnica Nº 9/2020-CGAHD/DAHU/SAES/MS. Recomendações da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar em relação à atuação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Programa Melhor em casa na pandemia do Coronavírus (COVID-19). [Internet] 2020 [Acesso 2020 Abr 19]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/NOTA-T--CNICA-N---9-2020-CGAHD-DAHU-SAES.pdf>
8. Brasil, MS. GVIMS/GGTES/ANVISA. Orientações da arquitetura hospitalar para controle de contágio: Covid19. [Internet] 2020 [Acesso 2020 Abr 18]. Disponível em: https://www.caubr.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19_orientac%CC%A7o%CC%83es-ambiente-residencial-1.pdf

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c04>

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS DURANTE A PANDEMIA COVID-19

Ana Maria Ribeiro dos Santos^I

ORCID: 0000-0002-5825-5335

Josiane Steil Siewert^{II}

ORCID: 0000-0002-8952-2360

Tânia Maria de Oliva Menezes^{III}

ORCID: 0000-0001-5819-0570

Romulo Delvalle^{IV}

ORCID: 0000-0002-8782-6184

^I Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

^{II} Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina. Joinville, Santa Catarina, Brasil.

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

^{IV} Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Autor Correspondente:

Ana Maria Ribeiro dos Santos

E-mail: ana.mrsantos@gmail.com



Como citar:

Santos AMR, Siewert JS, Menezes TMO, Delvalle R. Equipamentos de proteção individual em instituições de longa permanência para idosos durante a pandemia covid-19. In: Santana RF. Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p.23-28. (Serie Enfermagem e Pandemias, 1). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c04>

INTRODUÇÃO

A infecção humana causada pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2) é uma emergência de saúde pública de importância internacional, cuja letalidade varia conforme o país. No entanto, evidencia-se que idosos e pessoas com comorbidades crônicas são as que mais apresentam complicações. Portanto, as pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) se encontram em situação de vulnerabilidade, tanto pela idade avançada, como também devido a maior presença de comorbidades, assim como por conviverem em ambientes coletivos, por vezes com dependência para a realização de atividades diárias¹. Em reconhecimento à ampla transmissão global da COVID-19, a Organização Mundial de Saúde (OMS), declarou pandemia em 11 de março de 2020².

Conforme informações atualmente disponíveis acerca do novo coronavírus estima-se um período de incubação de 1 a 14 dias (média de 5 a 6 dias), com via de transmissão pessoa a pessoa por meio de gotículas respiratórias (expelidas durante a fala, tosse ou espirro) e também pelo contato direto com pessoas infectadas, ou indireto por meio das mãos, objetos ou superfícies contaminadas. Dessa forma, as medidas de prevenção e controle devem ser implementadas em todos os serviços oferecidos a população, com destaque para as ILPIs³.

O Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da Associação Brasileira de Enfermagem (DCEG/ABEn), ao reconhecer a grave situação que o Brasil enfrenta e a intensidade com que a Enfermagem vem sendo afetada no contexto dessa Pandemia, apresenta os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para uso nas ILPIs.

OBJETIVO

Refletir sobre o uso de equipamentos de proteção individual em instituições de longa permanência durante a pandemia COVID-19.



MÉTODO

Revisão narrativa da literatura baseada em artigos científicos nacionais e internacionais, além de portarias disponíveis no período de janeiro de 2020 a abril de 2020.

RESULTADOS

Frente ao contexto atual a Anvisa atualizou a Nota Técnica n. 04/2020, que trata das medidas de prevenção e controle a serem adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. Tais orientações podem ser atualizadas à medida que mais informações se encontrarem disponíveis, devido ao fato de se tratar de um microrganismo novo no mundo³. No texto a seguir, apresenta-se essas etapas adaptadas para utilização na ILPIs

Etapas a serem seguidas pelos profissionais para paramentação e desparamentação de EPI

As estratégias para prevenir ou limitar a disseminação da COVID 19 nas ILPIs, conforme recomendação da OMS **deve incluir**³:

- Precauções padrão, as quais devem ser implementadas em todos os atendimentos. Devem ser usadas por todos, em todos os momentos;
- Precauções para contato (tanto contato direto quanto indireto);
- Precauções para gotículas (gotículas de tamanho maior que 5 µm podem atingir a via respiratória alta, ou seja, mucosa das fossas nasais e mucosa da cavidade bucal);
- Precauções para aerossóis (em algumas situações específicas podem ocorrer, disseminação de aerossóis, dentre elas durante a coleta de amostra nasotraqueal. Nessas situações, as precauções para aerossóis devem substituir as precauções para gotículas);

A avaliação dos riscos em todas as atividades a serem desenvolvidas é fundamental para determinar com segurança qual EPI faz-se necessário para uma proteção adequada. As precauções padrão incluem higiene das mãos e respiratória, uso de EPI de acordo com a avaliação de riscos, práticas de segurança na administração de medicação injetável, gerenciamento seguro de resíduos, roupas adequadas, limpeza ambiental e esterilização de equipamento de cuidados ao paciente⁴.

A higiene das mãos é a melhor maneira de controlar a propagação de germes nos serviços e na comunidade. As mãos dos profissionais são a principal ferramenta de trabalho e o principal elo na cadeia de transmissão³.

Os profissionais devem seguir as recomendações da OMS acerca dos cinco momentos para higiene das mãos, ou seja, antes de tocar na pessoa, antes de qualquer procedimento limpo ou asséptico, após exposição a fluido corporal, depois de tocar na pessoa e depois de tocar no ambiente da pessoa³. Para realizar a higienização das mãos, as etapas a seguir devem ser observadas³:

- Retirar acessórios (anéis, pulseiras, relógio), uma vez que sob estes objetos acumulam microrganismos não removidos com a lavagem das mãos;
- Abrir a torneira e se molhar as mãos, evitando encostar-se a pia;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido, para cobrir todas as superfícies das mãos. Ensaboar-se as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa;

- Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel toalha descartável;
- No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha.

A higiene das mãos com preparação alcoólica, sob a forma gel ou líquida com 1-3% glicerina deve ser realizada antes e após o contato; antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos; antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico; após risco de exposição a fluidos corporais; ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante a assistência as pessoas; após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao idoso e antes e após a remoção de luvas³.

Paramentação e desparamentação: precaução padrão

As orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs)^{5,6} estabelece como material necessário: luvas, avental, óculos e máscara cirúrgica. Antes de iniciar a paramentação é necessário reunir todo o material necessário em um local próximo a pia. Após, retirar todos os adornos: anéis, aliança, relógio. Em seguida, realize a lavagem simples das mãos com água e sabão ou higienize com álcool 70%^{5,6}.

A colocação dos EPIs segue na seguinte ordem: avental ou capote, máscara cirúrgica, óculos ou protetor facial, luvas. O gorro ou touca, embora não façam parte das precauções padrão, a OMS recomenda seu uso por profissionais da saúde que entrem em contato com idosos que tenham diagnóstico confirmado de COVID-19. A máscara de proteção respiratória deve ser utilizada, prioritariamente, caso haja risco de contato com aerossóis. No entanto, a equipe de enfermagem deve avaliar a realidade e as situações que estão expostas, e, se necessário, instituir o uso do gorro/touca e/ ou máscara de proteção respiratória⁷.

1- Procedimento Paramentação

Avental ou capote

Vestir o avental ou capote inicia pelas mangas, ajustando as amarras nas costas e na cintura. Em seguida, certificar-se de que o tronco esteja totalmente coberto, bem como os braços e punhos. O avental nunca deve ser amarrado pela frente^{5,6}.

Máscara cirúrgica

O primeiro passo para colocação da máscara é verificar se ela não está danificada. Utilizar o clipe nasal como referência para identificar a parte superior. Na sequência, coloque a máscara em seu rosto e prenda as alças, mantendo-as paralelas, nunca cruzadas. Aperte o clipe nasal ou borda rígida da máscara para que ela se adapte ao formato do seu nariz, visando minimizar espaços entre a face e a máscara. Por fim, puxe a parte inferior da sua máscara, para que ela cubra sua boca e seu queixo^{5,6}.

Máscara de proteção respiratória

A máscara de alta filtragem do tipo n 95, PFF2 ou equivalente é indicada para uso em procedimentos que geram aerossóis. Inicia segurando o respirador com o clip nasal próximo à ponta dos dedos, deixando

as alças pendentes. Posteriormente, encaixe o respirador sob o queixo. Posicione uma das alças na nuca e outra na cabeça. Ajuste o clip nasal no nariz e verifique a vedação pelo teste de pressão positiva e negativa^{5,6}.

É importante a verificação positiva da vedação. Iniciar com expiração profunda. Uma pressão positiva dentro da máscara significa que não tem vazamento. Se houver vazamento, ajuste a posição e/ou as alças de tensão. Teste novamente a vedação. Repetir os passos até que a máscara esteja vedando corretamente^{5,6}.

Para verificação negativa da vedação, inspire profundamente. Se não houver vazamento, a pressão negativa fará o respirador agarrar-se no seu rosto. O vazamento resultará em perda de pressão negativa na máscara devido à entrada de ar através de lacunas na vedação⁵.

Óculos de proteção ou protetor facial

O primeiro passo é apoiar a viseira do protetor facial na testa e passar o elástico pela parte superior da cabeça. No caso dos óculos, coloque de forma usual. Os equipamentos devem ser de uso exclusivo para cada profissional responsável pela assistência, sendo necessária a higiene correta após o uso^{5,6}.

Gorro ou touca

Para colocação do gorro ou a touca na cabeça, começa pela testa, em direção à base da nuca. Em seguida, adaptar na cabeça de modo confortável, cobrindo todo o cabelo e as orelhas^{5,6}.

Calçar as luvas

Ao calçar as luvas, estenda-as até cobrir o punho de avental de isolamento. As luvas devem ser trocadas sempre que for necessário, ou quando for entrar em contato com outro idoso. Também, se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo, ou quando estiver danificada. Por fim, nunca toque superfícies materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas⁵.

2 - Procedimentos para a retirada dos EPIs: desparamentação

Os materiais devem ser removidos o mais próximo possível do local onde o idoso se encontra, com exceção da máscara, que deve ser retirada apenas após a saída do ambiente que você estiver compartilhando com o idoso. A indicação é que a retirada dos EPIs siga a seguinte ordem: luvas, avental ou capote, óculos ou protetor facial e máscara cirúrgica⁵.

Retirada das luvas

Com as duas mãos enluvadas, segure a parte externa de uma luva na parte superior do pulso. Retire esta primeira luva, afastando-se do corpo e do pulso até as pontas dos dedos, virando a luva de dentro para fora. Segure a luva que você acabou de remover em sua mão enluvada. Com a mão sem luva, retire a segunda luva inserindo os dedos dentro da luva na parte superior do pulso. Vire a segunda luva do avesso enquanto a inclina para longe do corpo, deixando a primeira luva dentro da segunda. Descarte as luvas na lixeira. Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%⁵.

Avental ou capote

Durante a retirada do avental ou capote, evite tocar o lado externo, pois estará contaminado.

Abra as tiras e solte as amarras. Empurre pelo pescoço e pelos ombros, tocando apenas a parte interna do avental/capote. Retire o avental/capote pelo avesso. Dobre ou enrole em uma trouxa e descarte em recipiente apropriado. Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%⁵.

Gorro ou touca

Para retirar a touca/gorro, puxe pela parte superior central, sem tocar nos cabelos. Descarte a touca/gorro em recipiente apropriado. Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%⁵.

Óculos de proteção ou protetor facial

A sua remoção deve ser feita pela lateral ou pelas hastes, considerando que a parte frontal está contaminada. Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%⁵.

Máscara cirúrgica

Durante a retirada da máscara evite tocar a parte frontal, pois ela estará contaminada. Segure as alças inferiores e depois as alças ou elástico superiores e remova-a. Descarte em uma lixeira. Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%⁵.

Máscaras de proteção respiratória

As utilizadas são máscaras de alta filtragem do tipo N 95, PFF2 ou equivalente. Os passos para a retirada são: segurar o elástico inferior com as duas mãos, passando-o por cima da cabeça para removê-lo. Segurar o elástico superior com as duas mãos, passando-o por cima da cabeça para removê-lo. Remover a máscara segurando-a pelos elásticos, tomando bastante cuidado para não tocar na superfície interna⁵.

Acondicione a máscara em um saco ou envelope de papel com os elásticos para fora, para facilitar a retirada posteriormente, no caso de reutilização. Nunca coloque a máscara já utilizada em um saco plástico, pois ela poderá ficar úmida e potencialmente contaminada. Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%⁵.

Limitações do estudo

Por tratar-se de uma problemática recente no contexto das ILPIs, constata-se incipiência de estudos dessa natureza para contribuir na discussão dos achados nesse cenário.

Contribuições para enfermagem

Como contribuições desse estudo para a enfermagem destaca-se a elaboração e/ou adequação de protocolos para serem utilizados no contexto das ILPIs. Como principal estratégia de prevenção, apresenta-se a diminuição das possibilidades de propagação do vírus, pelo uso adequados dos equipamentos de proteção individual pelos profissionais de saúde. Além de proteger os demais residentes da casa, protege também os profissionais da saúde e, por extensão, a comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso adequado dos equipamentos de proteção individual proporciona aos profissionais de enfermagem atendimento seguro para os idosos e para si mesmos. Conhecer o procedimento correto para a paramentação e desparamentação é uma etapa imprescindível para evitar a contaminação da equipe de enfermagem no exercício de suas funções. Destarte, as informações desse material poderão auxiliar na utilização de forma adequada dos EPIs durante a Pandemia pelo coronavírus nas ILPIs.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica Nº 8/2020-COSAPI/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. [Internet] 2020. [Acesso 2020 Abr 12]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/notatecnica82020COSAPICGCIVIDAPESSAPSMS02abr2020COVID-19.pdf>.
2. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). [Internet]. 2020. [Acesso 2020 Abr 08]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). (atualizada em 31/03/2020) [Internet] 2020. [Acesso 2020 Abr 08]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected. Interim guidance 19 March. [Internet]. 2020 [citado 2020 abr 12]. Disponível em: <file:///C:/Users/Ana/Desktop/COVID19/WHO-2019-nCoV-IPC-2020.3-eng.pdf>.
5. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). COVID-19. Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs). 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 05/2020. Orientações para a prevenção e o controle de infecções pelo novo coronavírus (sars-cov-2) em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). [Internet]. 2020 [citado 2020 abr 12]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/NOTA+TE%CC%81CNICA+8+--+CORONAVI%CC%81RUS+2.pdf/75797abb-1bf5-4eb6-99e1-a1238269e30a>
7. Organização Mundial da Saúde (OMS). Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages. Interim guidance. 6 April 2020. [Internet]. 2020b. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331695>

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c05>

CUIDADOS PALIATIVOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19: REFLEXÕES A PARTIR DA TEORIA DO FINAL DE VIDA PACÍFICO

Tânia Maria de Oliva Menezes^I

ORCID: 0000-0001-5819-0570

Valéria Moreira da Silva^{II}

ORCID: 0000-0001-6786-6325

Daniel Espírito Santo da Silva^{III}

ORCID: 0000-0001-9011-9571

^I Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, Rondônia, Brasil.

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

Autor Correspondente:

Tânia Maria de Oliva Menezes
E-mail: tomenezes50@gmail.com



Como citar

Menezes TMO, Silva VM, Silva DES. Cuidados paliativos em instituição de longa permanência frente à pandemia da covid-19: reflexões a partir da teoria do final de vida pacífico. In: Santana RF. Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p.29-34. (Série Enfermagem e Pandemias, 1). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c05>

INTRODUÇÃO

O novo coronavírus, nomeado como SARS-CoV-2, tem alta transmissibilidade e provoca uma síndrome respiratória aguda (COVID-19), que varia de casos leves, cerca de 80%, a casos muito graves, com insuficiência respiratória, entre 5% e 10% dos casos, além de alta letalidade em idosos, principalmente acima de 80 anos⁽¹⁾.

Diante do contexto atual da pandemia de COVID-19, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde, e o agravamento de sintomas conhecidos até o momento, além do risco que envolve principalmente para a população idosa, se faz necessário compartilhar conhecimentos pertinentes à prática de Cuidados Paliativos nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). O Cuidado paliativo fornece suporte ideal aos pacientes frente aos sintomas angustiantes, tais como dor, dificuldades respiratórias, náusea, medo ou confusão e promove também medidas de reabilitação, diagnóstico e terapêuticas que possam contribuir para a qualidade de vida do paciente⁽²⁾.

Para subsidiar a prática dos CP a idosos que vivem nas ILPIs frente ao COVID-19, optou-se pela Teoria do Final de Vida Pacífico, apresentada pelas enfermeiras Rouland e Moore, que propõe o alívio dos medos e ansiedade, reais e/ou percebidos, para o paciente e sua família⁽³⁾. É inegável a importância da Teoria do Final de Vida Pacífico para subsidiar a prática do enfermeiro à luz dos cuidados CP⁽⁴⁾.

Temas como manejo de sintomas que ameaçam a qualidade de vida, diretivas antecipadas de vontade, comunicação de más notícias são fundamentais nessa filosofia de cuidado, e se tornam imprescindíveis nesse contexto da Pandemia. Conhecer as ferramentas que temos à nossa disposição e nos prepararmos para participar de momentos difíceis, com o máximo de conhecimento sobre intervenções possíveis. Este conhecimento tornará mais suave as decisões difíceis que precisarão ser tomadas.



O Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica, da Associação Brasileira de Enfermagem, diante do quadro de pandemia, com agravos para ILPI, apresenta diretrizes para o cuidado de idosos em palição nestas instituições.

OBJETIVO

Discutir o cuidado ao idoso em palição que reside em instituição de longa permanência frente a infecção por coronavírus a partir da Teoria do Final de Vida Pacífico.

MÉTODO

Ensaio teórico de natureza reflexiva, baseado na TFVP, portarias e artigos científicos nacionais e internacionais.

RESULTADOS

Medidas de cuidados para aliviar os idosos em palição nas ILPI, embasado nos conceitos TFVP, devem ser observadas: Conforto, não sentir dor, proporcionar respeito e dignidade, estar em paz e ficar próximo a pessoas significativas, conforme a figura 1.



Figura 1: Propostas da Teoria do Final de Vida Pacífico para a qualidade de vida do paciente no final da vida

Conforto

A Teoria do Final de Vida Pacífico apresenta a experiência de conforto como tudo o que torna a vida fácil e agradável na vida⁽³⁾. O alívio de todo tipo de desconforto deve ser prioridade no cuidado. As intervenções da equipe de enfermagem tornam-se parte integrante do atendimento aos idosos em palição nas ILPIs, as quais são consideradas boas práticas de enfermagem na promoção de higiene e conforto:

- Estimular o relaxamento, através de música ou diálogo;
- Higiene corporal e massagem de conforto;
- Posicionamento no leito/cama;
- Manter os ambientes ventilados naturalmente (janelas abertas), higienizados, livres de ruídos, odores e iluminação excessiva.

O conforto manifesta-se por sutilezas da presença do profissional, ao dedicar um pouco mais de atenção, ficar ao lado do idoso, olhar nos seus olhos, sorriso, palavras de consolo, e até no silêncio⁽⁵⁾. O conforto espiritual também deve ser pensado ao cuidar do idoso em palição nas ILPI. Na prática, a atenção do profissional está mais direcionada aos aspectos físicos.

Atentar-se para o desconforto respiratório, sintoma comum nos casos de COVID-19, o qual pode ser aliviado com a elevação da cabeceira do leito em 45°, relaxamento dos músculos acessórios a respiração. Verificar saturação de oxigênio (SpO₂) e se menor que 95% em ar ambiente⁽¹⁾, oferecer suporte de oxigenioterapia (consultar protocolo do serviço). Atenção a possível ocorrência de taquipneia, considerada quando a frequência respiratória é maior que 24 respirações por minuto (FR >24 rpm)⁽¹⁾.

No cuidado paliativo, o objetivo de conforto prevalece também na escolha da via de administração dos fármacos. Na medida do possível, recomenda-se simplificar a prescrição e evitar vias endovenosas que agregam desconforto, dependência, riscos e custos geralmente desnecessários. No entanto, os idosos com Síndrome Respiratória pelo Novo Coronavírus (SARS-COV-2) é preconizado o uso de terapêutica medicamentosa por via intravenosa, de acordo com o protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Especializada⁽⁶⁾.

Não sentir dor

O manejo eficaz da dor reduz o desconforto físico, todavia, por ser um dado subjetivo é necessário uma avaliação minuciosa por meio de instrumentos específicos, como escalas numéricas que classificam a dor, de 0 a 10, com 0 indicando ausência e 10, dor muito intensa, escala visuais/fácies e ou descritivas⁽⁷⁾. As escalas não são instrumentos diagnósticos, é uma ferramenta de auxílio ou de *screening*. Algumas escalas foram desenvolvidas para avaliação de dor em idosos com demência, como por exemplo, a PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) validada na versão brasileira no estudo desenvolvido em uma casa de repouso, com idosos que apresentavam comunicação verbal limitada, quando expostos a situações potencialmente dolorosas⁽⁸⁾.

A avaliação deve ser realizada pelos profissionais de enfermagem das ILPI's, que por meio da avaliação diária identificam a intensidade e o tipo de dor. Importante atentar-se para idosos com déficits cognitivos, sensoriais e que impossibilitados de expressarem verbalmente, manifestam sinais de dor por meio de movimentos como dentes cerrados, colocar as mãos sobre a área de dor, posturas curvadas, fácies de dor, gemidos e agitação⁽⁷⁾.

O plano de cuidados para a promoção do alívio e controle da dor deve incluir medidas farmacológicas (protocolo da Instituição), e intervenções não farmacológicas, dentre as quais se destacam:

- Aplicação de calor ou frio;
- Compressas geladas;
- Adotar posição de conforto (alinhamento corporal), com apoio de coxins para alívio da pressão nas articulações;
- Exercícios de relaxamento;
- Controle de estímulos ambientais que possam influenciar a dor;
- Cuidado espiritual.

Nas práticas de cuidado ao idoso em palição nas ILPIs é preciso ainda considerar outros aspectos da dor: social, psíquica, financeira e espiritual, que se manifestam devido à:

- Dificuldade de aceitação da morte;
- Medo do sofrimento e morte;
- Perda do sentido da vida com a iminência da morte;
- Afastamento de familiares e pessoas significativas;
- Distanciamento de práticas que o aproximavam de sua espiritualidade.

A terapia Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME), que integra técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens com elementos que representam a espiritualidade, ainda pouco conhecida

em nosso meio, se apresenta como uma das possibilidades de ressignificar a dor não física e melhorar a qualidade de vida de idosos em palição nessas instituições.

Proporcionar respeito e dignidade

A experiência da dignidade é definida como um atributo importante dentro da teoria, que envolve ser reconhecido e respeitado como igual e não ser exposto a qualquer situação que viole sua integridade ou valores⁽³⁾. O idoso no cenário das ILPIs é um ser humano que deve ser estimulado diariamente quanto a manutenção de sua autonomia e independência, portanto, com vontades respeitadas, direito de defesa, mesmo quando dependente⁽⁴⁾.

Para tratar um idoso nesse cenário com dignidade é necessário incluí-lo nas escolhas que serão tomadas, assim como com suas famílias. Essas decisões compartilhadas devem ser feitas utilizando empatia e respeito⁽⁹⁾ e são essenciais para a qualidade de vida e, eventual terminalidade da pessoa idosa.

As diretivas antecipadas de vontade dos idosos devem ser respeitadas. Conhecer ao máximo possível a biografia das pessoas cuidadas, já deveria ser algo discutido anteriormente, mas a situação atual tornou urgente sua compreensão, uma vez que passamos repentinamente a ter várias discussões relacionadas ao tema, sempre à luz da ética.

O respeito e dignidade que se pode oferecer ao idoso nas ILPIs consistem em:

- Cuidar do idoso, até o fim, como ser humano;
- Permitir que o idoso conduza, dentro do possível, o processo que vive, tornando-o participativo em seu processo de cuidado;
- Comunicar tudo que será feito com ele, independente do nível de consciência;
- Oferecer um ambiente acolhedor, livre de ruídos, com iluminação e ventilação adequada;
- Atender suas solicitações, ultrapassando as dificuldades para que suas demandas sejam atendidas;
- Coletar, registrar e respeitar suas diretivas antecipadas.

Esses são alguns exemplos de como aplicar respeito e dignidade aos idosos em palição nas ILPIs frente a infecção por coronavírus. Recomenda-se que profissionais que tenham maior prática em Cuidados Paliativos sirvam como facilitadores desta condução clínica, considerando que esta será uma abordagem cada vez mais necessária.

Estar em paz

Para que o idoso em palição possa estar em paz, o profissional deve proporcionar tranquilidade nos aspectos físicos, psicológicos e espirituais, além de possibilitar que ele não seja incomodado por ansiedade, nervosismo, preocupações e medo⁽³⁾. Entre suas ações, destacam-se:

- Permitir a expressão de medos, preocupações e ansiedades, principalmente com relação à morte. Promover o diálogo e escuta sensível favorece o estabelecimento de confiança, acolhimento e manifestação do idoso;
- Oportunizar escuta de músicas e programas religiosos nas rádios, assistir programas religiosos na televisão ou leitura de mensagens;
- Apoiar as práticas que favoreçam a reflexão e a expressão de sua fé, tais como, orar, meditar, adorar, ler as escrituras;
- Ambiente tranquilo, livre de ruídos e iluminação excessiva;
- Meditação e o mindfulness, são técnicas utilizadas para focar o pensamento em uma direção. Ao idoso em ILPI, é possível mostrar imagens da natureza. Em seguida, pedir para que feche os olhos e pense na paisagem, conduzindo-o ao silêncio interior, o que possibilita afastá-lo momentaneamente de suas ansiedades, algum desconforto e pensamentos relacionados à morte (5);

- Possibilitar a presença de pessoas significativas;
- Cuidar com atitudes humanizadas;
- Técnica RIME.

A equipe de enfermagem pode proporcionar paz ao idoso cuidando com respeito e dignidade, atendendo as solicitações que sejam possíveis; identificando as fases de negação e raiva, sem confrontá-lo e acolhendo suas reações⁽¹⁰⁾. Os profissionais que cuidam de idosos em palição nas ILPIs precisam se aproximar mais da dimensão espiritual, integrando a espiritualidade no seu plano de cuidados, que certamente contribuirá para o idoso estar em paz.

Ficar próximo a pessoas significativas

Segundo a Teoria do Final de Vida Pacífico permitir a conexão com pessoas que tenham significado é de suma importância. Apesar da sugestão de suspensão de visitas, permitir o contato com pessoas significativas, orientando sobre medidas de prevenção é fundamental no fim de vida. Se o idoso recebia visitas, conversar com a família sobre a possibilidade de alternativas⁽⁶⁾.

É necessário preservar a esperança, oferecer acolhimento e suporte, a promoção do contato do idoso com familiares e amigos através dos meios de comunicação, seja por ligações e chamadas de vídeos são fundamentais. Outra alternativa é trazer fotos de familiares e amigos e conversar com o idoso sobre o que significa aquela pessoa em sua vida⁽⁶⁾.

Importante considerar que nem todos os idosos que estão em ILPIs ainda mantêm vínculo com familiares, tendo em vista que muitos destes desaparecem ao longo do tempo. Entretanto, os idosos transformam alguns profissionais que cuidam em pessoas significativas. É importante reconhecer na instituição quem são essas pessoas significativas para idosos que já não mantêm vínculos com familiares e amigos e, de preferência, colocá-las para estar mais próxima deles, diante das possibilidades. Idosos em Cuidados paliativos nas ILPI devem se possível estar em quartos individualizados.

Limitações

O estudo apresenta como limitações a escassez de artigos para ampliar a discussão, devido à atualidade da temática e cenário de estudo. No entanto o diálogo, destacando questões que envolvem a morte, a eutanásia e acolhimento são imprescindíveis diante do idoso em final de vida nessas instituições, sendo prioridade nas ações profissionais diante da COVID-19.

Contribuições para Enfermagem

A reflexão permite uma integração dos princípios ético-científicos do cuidar em enfermagem nas ILPIs e os fundamentos da Teoria do Final de Vida Pacífico no atendimento aos idosos em palição, favorecendo a dignidade, o respeito e a qualidade do cuidado prestado aos idosos acometidos pela COVID-19. Assim, essa integração possibilita a construção de uma abordagem mais humanitária e significativa diante da Pandemia de infecções por coronavírus.

Nessa perspectiva, as experiências do CP ao idoso que reside nas ILPIs oportunizam aos profissionais de enfermagem uma autoavaliação das habilidades atitudinais e comunicacionais, bem como o fortalecimento do vínculo com os idosos, família e colegas de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conceitos apresentados pela Teoria do Final de Vida Pacífico contemplam alguns princípios dos Cuidados Paliativos, podendo subsidiar as ações dos profissionais que cuidam de idosos em palição que residem nas

ILPIs frente à Pandemia da COVID-19, tendo em vista que esses necessitam de uma assistência integral que contemple todas as dimensões, de forma a promover uma morte digna e pacífica.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, MS. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde [Internet] 2020 [Acesso 2020 Abr 15]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>
2. Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). Medical Ethical Guidelines. Palliative Care. Tradução Jeff Acheson, Bottmingen, [Internet] 2017 [Acess 2020 Apr 17]. Available from: <https://www.sams.ch/en.html>.
3. Ruland CM, Moore SM. Tehory construction based on Standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. Nurs Outlook [Internet] 1998 [cited 2020 Apr 05]; 46(4):69-75. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029655498900690>
4. Zaccara AAL et al. A analysis and assessment of the peaceful end of life theory according to fawcett's criteria. Texto contexto - enferm [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 19];26(4):e2920017. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000400615&script=sci_abstract
5. Menezes TMO. Diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionados à dimensão espiritual aplicados a idosos em cuidados paliativos. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Alvarez AM, Caldas CP, Gonçalves LHT, organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Idoso. Ciclo 2. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2019. p. 77-105.
6. Brasil, M. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada [Internet] 2020 [Acesso 2020 Abr 20]. Disponível em: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/14/Protocolo-de-Manejo-Cl-nico-para-o-Covid-19.pdf>
7. Eliopoulos C. Enfermagem Gerontológica. Cuidados no Final da Vida. Porto Alegre: Artmed, 9ª Ed., p.514-527, 2019.
8. Thé KB, Gazoni FM, Cherpak GL, Lorenzet IC, Santos LA, Nardes EM, Santos FC. Pain assessment in elderly with dementia: Brazilian validation of the PACSLAC scale. Einstein. [Internet]. 2016 [Acesso 2020 Abr 22];14(2):152-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v14n2/1679-4508-eins-14-2-0152.pdf>.
9. Sandoval S. et al. Muerte y morir en el hospital: una mirada social, espiritual y ética de los estudiantes. Esc. Anna Nery [Internet] 2020 [cited 2020 Apr 19]; 24(3):e20190287, 2020. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0287>
10. Menezes TMO. Cuidados de Enfermagem ao Idoso no fim da vida: um olhar a partir da teoria do final de vida pacífico. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Alvarez AM, Caldas CP, Gonçalves LHT, organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Idoso. Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2019. p. 141-61.

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c06>

PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI) DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Cristiane dos Santos Rosa^I

ORCID: 0000-0002-6001-7053

Lucimar de Souza Campos^{II}

ORCID: 0000-0002-2863-5337

Rosimere Ferreira Santana^{III}

ORCID: 0000-0002-4593-3715

^IILPI- Espaço Vianney. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{II}Lar de Convivência Iclea de Sá - Lar Jolie. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

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

Autor Correspondente:

Cristiane dos Santos Rosa

E-mail: contatocristianerosa@gmail.com



Como citar:

Rosa CS, Campos LS, Santana RF. Gerenciamento de resíduos em instituições de longa permanência para idosos durante a pandemia da covid-19.

In: Santana RF. Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19.

2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p.35-43. (Serie Enfermagem e Pandemias, 1).

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c06>

INTRODUÇÃO

A pandemia causada pelo coronavírus, que tem como grupo vulnerável idosos e portadores de doenças crônicas, atrai a atenção da sociedade para um cenário carregado de estigmas, preconceitos e heterogeneidade que são as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Legalmente são espaços de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania (SOUZA; E-GOVERNADOR; DORNELLES, 2018).

Coronavírus, representa uma grande família de vírus responsável por outras epidemias no passado, e que se apresenta agora como a SARS-CoV-2, agente etiológico causador a doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) que começou em Wuhan, na China, no final de 2019 e se espalhou por todo o mundo (FOR; COVID-, 2020).

No Brasil, começam a ser noticiados os primeiros casos de COVID 19 em ILPIs e rígidas medidas de controle passam a ser tomadas dentro destas estruturas que até então não eram consideradas partes da assistência à saúde e, sim da assistência social. Em poucos dias, pessoas e estruturas tiveram que se adaptar a uma forma de cuidado com distanciamento, ao isolamento, aos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), ao risco eminente de uma tragédia com a ocorrência de mortes sequenciais e, corresponsabilidade pela proteção uns dos outros.

Ao considerar que um idoso residente em uma ILPI, infectado pelo coronavírus, com apresentação de quadro leve da COVID 19, vai permanecer em isolamento dentro da instituição, o profissional enfermeiro responsável pelo gerenciamento dessa assistência e, obrigatoriamente, construir um plano de ação que contemple a coletividade visto o potencial de contágio da doença que chega a ser de 1 para 2.38.



Nesse contexto dicotômico, onde a ILPI, não é um serviço da saúde, porém, por lei tem que oferecer assistência em saúde no enfrentamento de uma pandemia marcada por deixar a mostra a fragilidade do mundo, com relação a oferta de EPIs e medidas protetivas, para a população vulnerável ainda deve-se focar em mitigação de danos ao indivíduo, á coletividade e ao meio ambiente.

Essas reflexões trazem a tona um problema real e que pode vir a contribuir ainda mais com a proliferação da doença caso não lhe seja dado a devida atenção: **o gerenciamento de Resíduos de Serviços em Saúde**. Que são definidos pela RDC 222/2018 como compostos por diferentes frações geradas nos estabelecimentos de saúde, compreendendo desde os materiais perfuro-cortantes contaminados com agentes biológicos, peças anatômicas, produtos químicos tóxicos e materiais perigosos como solventes, quimioterápicos, vidros vazios, papelão, papel de escritório, plásticos e restos de alimentos.

Os resíduos supracitados gerados e manipulados de forma inadequada no ambiente podem contribuir para as poluições biológicas, físicas e químicas do solo, da água e do ar, submetendo as pessoas às variadas formas de exposição ambiental. O gerenciamento inadequado dos Resíduos de Serviços de Saúde na assistência tem gerado um aumento do número de colaboradores acometidos por acidentes de trabalho, além de contribuir para o aumento da incidência de infecção.

Segundo as normativas legais, toda ILPI tem que apresentar um programa de gerenciamento de resíduo, contudo ao buscar-se subsídios para esse trabalho na RDC 222/2018 não se encontra uma única citação sobre esse estabelecimento para residências coletivas.

Os serviços citados como geradores de Resíduos de Serviços de Saúde são: todos os serviços cujas atividades estejam relacionadas com a atenção à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias, inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de piercing e tatuagem, salões de beleza e estética, dentre outros afins. (RDC 222/2018).

Portanto, considerando que a produção do lixo infectante desses serviços terá um aumento substancial e, que esse pode contribuir negativamente com a propagação do vírus além dos muros da instituição. Já que estudos mostram que o a transmissão pode se dar também pelas fezes, e que um dos sinais da COVID-19 é a diarreia, contribuindo para o aumento de uso de fraldas e seu descarte. Considerando o uso de EPIs descartados após o uso e tudo mais que compõe os insumos utilizados no isolamento se faz necessário que as instituições tenham maior subsidio teórico para o acondicionamento, transporte e descarte desses rejeitos. Dessa maneira busca-se manter os princípios de biossegurança e o correto gerenciamento de todos os RSS por elas geradas, atendendo às normas e exigências legais, desde o momento de sua geração até a sua destinação final.

OBJETIVO

Oferecer subsídios para a construção e/ou aprimoramento de um plano de gerenciamento de resíduos em Instituição de Longa Permanência para Idosos no contexto da pandemia por coronavírus

MÉTODO

Reflexão teoria tendo como eixo norteador a RDC N°222/2018 e as portarias publicadas pela Anvisa de janeiro de 2020 até o presente momento.

RESULTADOS

ELEMENTOS PARA ELABORAÇÃO DE UM PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS EM TEMPOS DA COVID-19

A elaboração e implantação do Programa de Gerenciamento de Resíduo em Serviços de Saúde (PGRSS) em ILPIs é uma exigência legal para o funcionamento dessas instituições perante os órgãos sanitários municipais. Em sites especializados e na própria RDC N°222/2018 encontram-se modelos de roteiros para montagem deste instrumento.

Todavia, a situação imposta pela pandemia, exige ações mediadas por evidências científicas e que sejam realmente resolutivas e aplicáveis a realidade de cada instituição. Não cabe, na atual conjuntura, a confecção de instrumentos somente para cumprir exigências legais.

Por isso, vale elencar os elementos básicos para a elaboração ou implementação de um PGRSS em tempos de COVID 19.

- A) Diagnóstico da situação: a instituição ter um PGRSS implantado e funcional é condição para que se parta para as adaptações frente a nova realidade. Caso não tenha o Plano de Gerenciamento de Resíduos, o fluxograma 1 poderá elencar os principais pontos para sua elaboração, que deve ser construído a partir do arcabouço legal e da realidade vivida em cada instituição.
- B) Educação permanente: investir no fator humano é fundamental para mitigar riscos de acidentes e contaminação do ambiente. Todavia, a avaliação sistemática dos processos deve fazer parte do dia a dia do PGRSS. Para a prevenção de acidentes e exposição do trabalhador e agentes biológicos devem ser adotadas as seguintes medidas:
- Durante o manuseio dos resíduos o funcionário deverá utilizar os seguintes equipamentos de proteção individual, luvas: de PVC ou borracha, impermeáveis, resistentes, de cor clara, antiderrapantes e de cano longo; e avental: de PVC, impermeável e de médio comprimento.
 - Após a coleta interna, o funcionário deve lavar as mãos ainda enluvadas, retirando as luvas e colocando-as em local apropriado. O funcionário deve lavar as mãos antes de calçar as luvas e depois de retirá-las.
 - Em caso de ruptura das luvas, o funcionário deve descartá-las imediatamente, não as reutilizando.
 - Esses equipamentos de proteção individual devem ser lavados e desinfetados diariamente. Sempre que houver contaminação com material infectante, devem ser substituídos imediatamente, lavados e esterilizados.
 - Não fumar e não alimentar-se durante o manuseio com resíduos.;
 - Retirar as luvas e lavar as mãos sempre que exercer outra atividade não relacionada aos resíduos (ir ao sanitário, atender o telefone, beber água, etc.);
 - Manter o ambiente sempre limpo e organizado;
 - O uniforme deve, preferencialmente, ser lavado pela instituição;
 - O profissional deve ser orientado a tomar banho ao final do turno de trabalho.

As pessoas envolvidas com o manuseio de resíduos devem ser submetidas a exame admissional, periódico, de retorno ao trabalho, mudança de função e demissional. Os exames e avaliações que devem ser submetidas são: Anamnese ocupacional, Exame físico, Exame mental. Os funcionários também devem ser vacinados contra tétano, hepatite e outras considerações importantes pela Vigilância Sanitária.

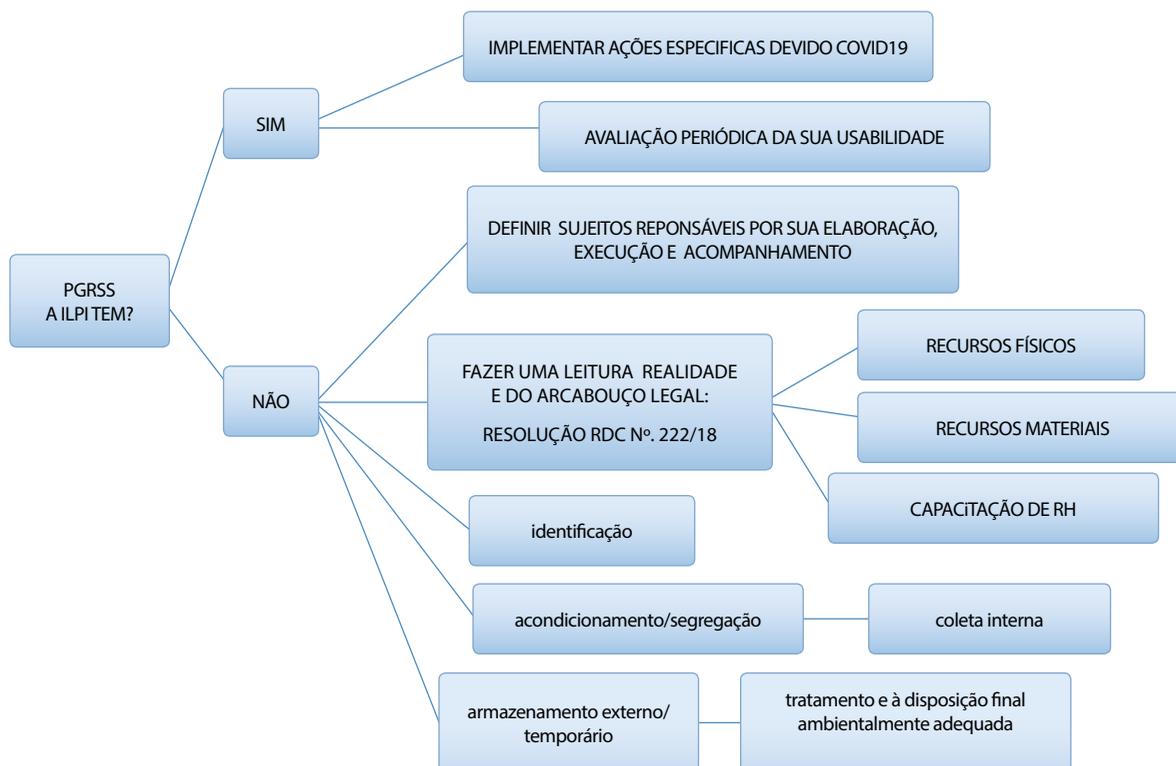


Figura1: Fluxograma exemplificando os itens para construção do Plano de Gerenciamento de Resíduos em ILPI. Brasil, 2020

C) A ILPI DEVE CLASSIFICAR E ACONDICIONAR OS RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: A classificação dos Resíduos de Serviços de Saúde objetiva destacar a composição desses resíduos segundo as suas características biológicas, físicas, químicas, estado da matéria e origem, para o seu manejo seguro. A classificação dos resíduos, produzidos pelos serviços de saúde, em A, B, C, D e E vai determinar todos os passos para cada tipo de resíduo como tipo de acondicionamento, cuidados no transporte e destinação final. Basicamente, a ILPI irá produzir resíduos do tipo A (Curativo, EPIs descartáveis, fralda e lenços no caso da COVID19), tipo B (frascos de medicamentos), tipo D (resíduos comuns eu podem ser acondicionados em saco preto) e tipo E (lancetas, agulhas, lâminas). Vale ressaltar que legalmente a instituição deve estabelecer um contrato com uma empresa especializada para o recolhimento destes resíduos e sua correta destinação. Como o pagamento por este serviço será feito com base no peso deste, uma segregação errada onde se mistura resíduos comuns com infectantes, vai impactar economicamente a gestão de recursos financeiros.

D) No que se refere ao resíduo produzido durante a assistência ao idoso em isolamento de vido COVID 19 é a figura 3 ilustra como exemplos EPIs utilizados durante a assistência, fralda, material de curativo, etc. Salienta-se a importância do descarte desses materiais ocorrer dentro do ambiente de isolamento em lixeira acionada por pedal em saco vermelho. Ter um ou mais idosos nesta condição dentro da ILPI vai impactar a produção de resíduo infectante dentro do serviço. Sabe-se que parte das instituições privadas necessitam legalmente de estabelecer contratos com empresas prestadoras de serviço, e que cobram por peso pelo recolhimento e tratamento do lixo infectante, nota-se aí a importância econômica de se estabelecer processos que otimizem sua segregação e acondicionamento adequado.

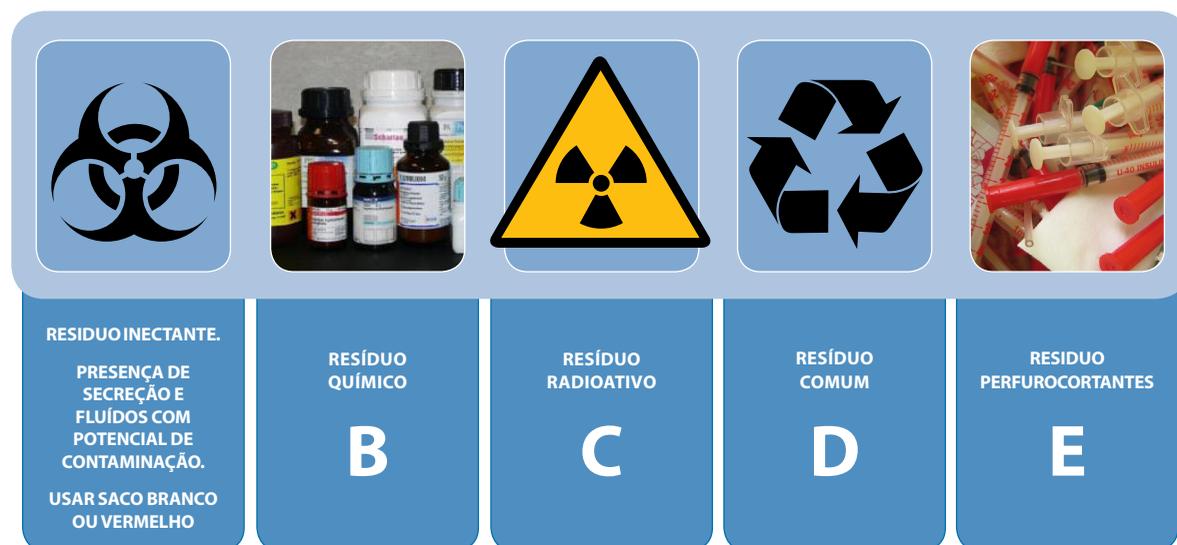


Figura 2: Classificação dos resíduos produzidos em ILPI. Brasil, 2020.



Figura 3: Principais tipos de resíduos produzidos em ILPI. Brasil, 2020.

E) COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS: Os resíduos deverão seguir os seguintes procedimentos ao serem transportados dentro do estabelecimento, de acordo com as Resoluções RDC – ANVISA nº 222/2018 e do município sede do estabelecimento.

- O transporte dos recipientes deve se realizado sem esforço excessivo ou risco de acidente para o funcionário.
- Os procedimentos devem ser realizados de forma a não permitir o rompimento dos recipientes. No caso de acidente ou derramamento, deve-se imediatamente realizar a limpeza e desinfecção simultânea do local e notificar.

F) ABRIGO DOS RESÍDUOS: Os resíduos deverão seguir os seguintes procedimentos ao serem transportados dentro do estabelecimento, de acordo com as Resoluções RDC – ANVISA nº 288/2018, do município sede do estabelecimento.

- Os resíduos provenientes dos cuidados com residentes suspeitos ou confirmados da COVID-19 na ILPI devem ser enquadrados na categoria A1 - Resíduos com risco biológicos, altamente infectantes, incluindo: recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre (algodão, gaze, compressas com matéria orgânica, fraldas, sondas entre outros). As agulhas e o conjunto seringa-agulha utilizadas na aplicação de vacinas, quando não desconectadas, devem atender às regras de manejo dos resíduos perfuro cortantes.
- No caso das ILPI com tratamento realizado fora da unidade, estes resíduos devem ser condicionados em sacos vermelhos, permanecer armazenados em abrigo para resíduos;
- O abrigo de resíduos deve ser constituído de um local fechado, ser exclusivo para guarda temporária de resíduos de serviços de saúde, devidamente acondicionados em recipientes.
- Os recipientes de lixo devem ser colocados local fechado, exclusivo para guarda temporária, rígidos, resistentes a ruptura e vazamentos, com tampa provida de controle de fechamento e identificados.
- As dimensões do abrigo devem ser suficientes para armazenar a produção de resíduos de até três dias, sem empilhamento dos recipientes acima de 1,20 m.
- O piso, paredes, porta e teto devem ser de material liso, impermeável, lavável e de cor branca.
- A porta deve adotar o símbolo de substância infectante.
- O abrigo de resíduo deve ser higienizado após a coleta externa ou sempre que ocorrer derramamento.

G) A higienização dos contêineres deve ser realizada sempre após a coleta externa, seguindo os seguintes passos:

- lavar com água e sabão;
- enxaguar com água limpa;
- deixar escorrer;
- realizar a desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% aplicar com pano limpo, deixar agir por 10 minutos;
- enxaguar com água limpa em abundância;
- secar antes de colocar os sacos de lixo.

H) Cuidados com utensílios de limpeza

- Escovas – Devem ser lavadas com água e sabão diariamente após o uso e postas para secar;
- Baldes – Devem ser lavados diariamente ou desinfetados. Guarda-los limpos, secos e embocados;

- Panos – Após o uso, devem ser lavados com água e sabão e após limpeza devem ser desinfetados com hipoclorito a 1%.

GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS EM ILPI EM TEMPOS DE COVID

O entendimento e fortalecimento dos elos do gerenciamento de resíduo em serviços que oferecem cuidados em saúde, no estudo em questão, a ILPI em tempos de COVID19 são essenciais para que não se perpetue a cadeia de transmissão.

Segundo os principais órgãos regulatórios sobre gerencialmente de resíduos provenientes das atividades assistenciais de pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (COVID-19) devem ser classificados como resíduos de serviços de saúde do Grupo A (sub grupo A1), risco biológico, resíduos com presença de agentes biológicos classe de risco 3 que, por suas características, podem apresentar sendo sua transmissão de alto risco individual e moderado risco para a comunidade (ANVISA, 2020).

De modo a simplificar os conceitos e as etapas para o melhor gerenciamento destes resíduos, segue abaixo um quadro com uma breve explicação de cada um. Para o enfermeiro responsável pela equipe e pelo meio que o cerca é essencial que se apodere deste conhecimento para construção de uma prática de cuidado segura par todos.

Quadro 1: Simplificação do conceitos fundamentais para a formulação de uma PGRSS.

GERAÇÃO DOS RESÍDUOS	Materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre (algodão, gaze, compressas com matéria orgânica, fraldas, sondas entre outros). Instalações internas da ilpi- fraldas e absorventes higiênicos resultantes das trocas realizadas nos idosos, máscaras descartáveis, luvas de procedimento, gorros.
CLASSIFICAÇÃO	Os resíduos provenientes dos cuidados com residentes suspeitos ou confirmados de COVID-19 categoria A1
SEGREGAÇÃO	As agulhas e o conjunto seringa-agulha utilizadas na aplicação de vacinas, quando não desconectadas, devem atender às regras de manejo dos resíduos perfuro cortantes.
ACONDICIONAMENTO	No caso das ILPI com tratamento realizado fora da unidade, estes resíduos devem ser acondicionados em sacos vermelhos, permanecer armazenados em abrigo para resíduos;
COLETA E TRANSPORTE INTERNO	A coleta e o transporte devem atender ao roteiro previamente definido e devem ser feitos em horários, sempre que factíveis não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. A coleta deve ser feita separadamente, de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos. O funcionário devidamente paramentado com EPI
ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO	Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à disponibilização para coleta externa. Os sacos contendo tais resíduos devem ser objeto de coleta e transporte especializados para RSS, e submetidos a processos licenciados de tratamento, antes de sua disposição final

Ressalta-se ainda que devido ao desconhecimento sobre como e por quanto tempo o Covid-19 pode ser transmitido por contato com os objetos, não é possível sugerir um prazo para quarentena dos materiais recicláveis. Recomenda-se aos s com caso confirmado da Covid-19, não entregar resíduos recicláveis aos catadores, a fim de não expor esses trabalhadores a riscos⁽⁵⁾.

LIMITAÇÕES

A primeira limitação que o profissional enfermeiro encontrará será a negociação com o gestor financeiro dessas instituições a fazer um investimento cujo retorno será intangível. Segundo, será engajar toda a equipe, principalmente na segregação adequada desses resíduos (segregação adequada diminui a quantidade impedindo a contaminação da massa total dos resíduos gerados). Terceiro elemento a ser considerado é que o idoso também deve fazer parte da construção desse processo visto que podemos esbarrar em questões educacionais e culturais como o uso de lenços de pano, a falta de entendimento da etiqueta respiratória. Fatores esses que também podem estar presentes na equipe de cuidado.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

A pandemia por COVID 19 trouxe para os mais diversos cenários de cuidado uma condição em que a falta de uma terapêutica medicamentosa comprovadamente eficaz, ausência de uma vacina e onde a aplicação de alta tecnologia tem sido indiferente na contenção da curva epidemiológica de mortalidade um aumento da visibilidade da importância do verbo cuidar. Partindo de uma análise ecológica da prática do cuidado pelo enfermeiro na atual conjuntura, é perceptível a capacidade inerente dessa profissão de integrar toda a oferta de cuidado desde a atenção primária à terapia intensiva. Sob o guarda-chuva de cuidado do enfermeiro está a equipe, o paciente, os familiares e/ou contactantes e o meio ambiente. Ao se falar em gerenciar resíduos gerados em serviços de saúde desde sua origem até seu destino final, falamos de uma cadeia enorme de eventos que precisam ocorrer e que por sua vez dependem de vários sujeitos engajados em uma missão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O gerenciamento dos resíduos é de suma importância considerando o grau de transmissibilidade do coronavírus constitui-se em prioridade nas ILPIs para conter a disseminação da COVID-19 no ambiente e comunidade. Implementar um conjunto de procedimentos de gestão com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC/Anvisa nº222/2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Disponível http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410
2. ABNT. NBR 12.810:2016 - Resíduos de serviços de saúde - Gerenciamento extra estabelecimento – Requisitos. Brasil, 2016.
3. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Orientações para a prevenção e o controle de infecções pelo Novo Coronavírus em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-05-2020-gvmsggtes-anvisa-orientacoes-para-a-prevencao-e-o-controle-de-infeccoes-pelo-novo-coronavirus-sars-cov-2-ilpi>
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica nº 05/2020- SARS-CoV-2/ANVISA –Orientações para a Prevenção e o Controle de Infecções pelo Novo Coronavírus em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). 2020. Disponível: www20.anvisa.gov.brportal.anvisa.gov.br/coronavirus/faq

5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica nº 04/2020 - sars-cov-2 /ANVISA - Orientações para Serviços de Saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus. Disponível em: <https://www.anvisa.gov.br/rportal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/>
6. Carta aberta a Comunidade Científica sobre os cuidados da equipe de Enfermagem das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) para o enfrentamento da disseminação da COVID-19. Disponível em: [http://www.abennacional.org.br/.../DCEG-ABEn_Informe_COVID-19...\(2020\)](http://www.abennacional.org.br/.../DCEG-ABEn_Informe_COVID-19...(2020)).
7. Resolução Conama nº 358, de 29 de abril de 2005 - Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde. Disponível em: <https://www.conama.org.br>

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c07>

PRECAUÇÕES NOS CASOS DE ÓBITO POR COVID 19 EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI)

Cássia Rozária da Silva Souza^I

ORCID: 0000-0001-9790-3713

Cristiane dos Santos Rosa^{II}

ORCID: 0000-0002-6001-7053

Josiani Nunes do Nascimento^{III}

ORCID: 0000-0001-6841-9551

Lucimar de Souza Campos^{IV}

ORCID: 0000-0002-2863-5337

Marianina Cerbina Grisi Pessoa Costa^V

ORCID: 0000-0002-6065-1628

^IEscola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas (ESA/UEA). Manaus, Amazonas, Brasil.

^{II}ILPI- Espaço Vianney. Rio de Janeiro-RJ. Brasil.

^{III}HPS Dr. João Lúcio Machado. Coordenadora da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Manaus, Amazonas, Brasil.

^{IV}Lar de Convivência Iclea de Sá - Lar Jolie. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^VHospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Manaus, Amazonas, Brasil.

Autor Correspondente:

Cássia Rozária da Silva Souza
E-mail: crsouza@uea.edu.br



Como citar:

Souza CRS, Rosa CS, Nascimento JN, Campos LS, Costa MCGP. Precauções nos casos de óbito por covid 19 em instituição de longa permanência para idosos. In: Santana RF. Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p. 44-48. (Série Enfermagem e Pandemias, 1). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c07>

INTRODUÇÃO

Uma das maiores dores que a Covid 19 está causando em todo o mundo, é a de não poder se despedir de seus entes queridos. Além de todo o processo de adoecimento, distanciamento e perda, ainda há o sofrimento gerado pela não despedida. É aquele momento em que se olha para o familiar e se tenta guardar todos seus traços físicos, associado à lembrança de quem ele era. Isso faz parte do luto, que ora, agora se configura de outra maneira, tornando mais dolorosa essa perda sem despedida.

Em direção a esse novo cenário, tem-se à necessidade de apresentação de um substrato que auxilie a partir desse momento, da perda da pessoa idosa. Todo o material foi embasado nas diretrizes do Ministério da Saúde e, busca além de direcionar os procedimentos e trâmites necessários para o sepultamento da pessoa idosa, orientar os profissionais como efetivar tais ações junto ao corpo, familiares e funerária^(1,2).

OBJETIVO

Orientar profissionais, familiares e funerárias no processo de morte da pessoa idosa institucionalizada pela COVID-19.

MÉTODO

Para trazer esta produção global de conhecimento para o ambiente das ILPIs, tendo como ponto focal o preparo do corpo do idoso, traçamos como metodologia uma análise documental reflexiva de normativas, RDCs, manuais e outros documentos oficiais produzidos entre Janeiro à abril de 2020, para oferecer subsídios para que o profissional efetue de forma segura para si e para os demais sem perder o caráter humanístico em que permeia o cuidado ao fim de vida.

As ações foram divididas em que contemplou desde o momento do óbito atestado até o sepultamento, sendo essas: a) Preparação e acondicionamento do corpo para transferência do quarto; b) Transladação do corpo e c) Orientações para a assistência funerária.



RESULTADOS

Nos casos que o idoso já está diagnosticado ou com suspeita de Covid 19, os protocolos recomendados de segurança devem ser seguidos e, os idosos colocados em isolamento⁽³⁾. Devendo a ILPI preparar quartos de isolamento e quando houver estruturação física, um isolamento para quadros graves.

Preparação e acondicionamento do corpo

Quando o idoso vai a óbito, há diferentes fases com procedimentos que precisam ser realizados, sendo agregados por etapas distintas, a começar com a Preparação e acondicionamento do corpo para transferência do quarto (Quadro 1).

O Quadro 2 apresenta os cuidados com Transladação do corpo e Orientações para a assistência funerária.

A elaboração do fluxograma 1 visa sistematizar e auxiliar a tomada de decisão pelos profissionais presentes no momento do ocorrido, considerando, que nem sempre as ILPIs possuem um número suficientes de profissionais e condições estruturais que facilitem as ações a serem implementadas. Portanto, direcionar as ações antecipadamente, diminuiria os possíveis riscos de contaminação do profissional, do ambiente e otimizaria o tempo da equipe envolvida.

Quadro 1 - Preparação e acondicionamento do corpo para transferência do quarto.

- O preparo e o manejo apressados de corpos de pacientes com COVID-19 devem ser evitados, mantendo a ética e profissionalismo exigido para aquele momento⁽⁴⁾;
- Durante os cuidados com o corpo, só devem estar presentes no quarto os profissionais estritamente necessários;
- Os profissionais que devem utilizar os EPIs: os profissionais que tiverem contato com o corpo, devendo usar gorro, óculos de proteção e protetor facial (face shield), máscara cirúrgica (usar N95, PFF2 ou equivalente), avental ou capote (usar capote ou avental impermeável caso haja risco de contato com volumes de fluidos ou secreções corporais) e 2 pares de luvas (usar luvas nitrílicas para o manuseio durante todo o procedimento); botas impermeáveis.
- Higienizar as mãos antes e depois da interação com o corpo e o meio ambiente;
- Descartar imediatamente os resíduos perfuro-cortantes em recipientes rígidos, à prova de perfuração e vazamento e com o símbolo de resíduo infectante;
- Tampar/bloquear orifícios naturais do corpo (oral, nasal, retal) para evitar extravasamento de fluidos corporais;
- A movimentação e manipulação do corpo deve ser a menor possível;
- Acondicionar o corpo em saco impermeável, à prova de vazamento e selado;
- Quando possível, a embalagem do corpo deve seguir três camadas:

1ª: enrolar o corpo com lençóis;

2ª: colocar o corpo em saco impermeável próprio (esse deve impedir que haja vazamento de fluidos corpóreos);

3ª: colocar o corpo em um segundo saco (externo) e desinfetar com álcool a 70%, solução clorada 0,5% a 1% ou outro saneante regularizado pela ANVISA, compatível com o material do saco. Colocar etiqueta com identificação do corpo.

- Desprezar as luvas que foram usadas em local adequado;
- Desinfetar a superfície externa do saco (pode utilizar álcool líquido a 70%, solução clorada [0.5% a 1%], ou outro saneante desinfetante regularizado junto a ANVISA, tomando-se cuidado de não usar luvas contaminadas para a realização desse procedimento;
- Identificar o saco com o corpo, incluindo as informações relativas ao risco biológico, no contexto da COVID-19: **agente biológico classe de risco 3.**

Toda a roupa que era de uso do idoso deve ser colocada em um saco, lacrado e identificado para desprezar.

A paramentação e desparamentação deve seguir os protocolos recomendados¹⁰, sendo iniciado próximo a saída da área de isolamento, deixando somente a máscara para ser retirada fora desta área na seguinte ordem:

A) Paramentação:

1. Avental ou capote: nuca amarrando-o na parte da frente;
2. Máscara N95, PFF2, Cirúrgica;
3. Gorro;
4. Óculos de proteção ou face Shield;
5. Por último dois pares de luvas;

Continua

Continuação do Quadro 1

B) Desparamentação:

1. Primeiro par de luvas: durante a retirada das luvas não toque a parte externa pois estarão contaminadas, higienize as mãos com álcool 70%;
2. Retire o avental ou capote: não toque na parte externa, retirar sem movimentos bruscos de forma que a parte externa fique envolvida pela interior;
3. Retire o segundo par de luvas;
4. Higienize mão com álcool 70%;;
5. Retire o gorro;
6. Retire o óculos de proteção ou protetor facial;
7. Higienize as mão com álcool 70%;
8. Retire a máscara.
9. Lave as mão com água e sabão;

Os EPIs descartáveis devem ser em recipiente para resíduo contaminante.

Quanto aos pertences pessoais como joias e lembranças da família, devem ser higienizados antes de entregar à família com álcool a 70%, solução clorada 0,5% a 1% ou outro saneante regularizado pela ANVISA.

A ocupação do quarto ou do ambiente só poderá ser feita após a limpeza terminal de objetos, mobiliário e estrutura física.

Quadro 2 – Orientações para a assistência funerária-Transladação do corpo

- Os profissionais que não tiverem contato com o corpo, mas apenas com o saco, deverão adotar as precauções padrão, higiene de mãos, avental ou capote e luvas;
- A maca de transporte de corpos deve ser utilizada apenas para esse fim e ser de fácil limpeza e desinfecção;
- quando houver a área de necrotério na ILPI o corpo deve ser removido para lá e evitar a entrada de qualquer pessoa que não seja da funerária.

Atenção: Não é recomendado que pessoas acima de 60 anos, com comorbidades (como doenças respiratórias, cardíacas, diabetes) ou imunossuprimidas sejam expostas a atividades relacionadas ao manejo direto do corpo.

- O serviço funerário/transporte deve ser informado de que o óbito se trata de vítima de COVID-19 (**agente biológico classe de risco 3**), além dos seguintes dados na etiqueta:

COVID-19	
DATA ____/____/____	HORA DO ÓBITO ____:____
INSTITUIÇÃO: _____	
PACIENTE: _____	
DATA DE NASCIMENTO: _____	Idade: _____
PRONTUÁRIO _____	

- Os profissionais que atuam no transporte, guarda e alocação do corpo no caixão também devem adotar as medidas de precaução como uso de luvas, aventais descartáveis e máscaras;
 - Deve-se limpar a superfície da urna lacrada com solução clorada 0,5%;
 - Após a manipulação do corpo, retirar e descartar luvas, máscara, avental (se descartável) em lixo infectante;
 - Após lacrada, a urna não poderá ser aberta;
 - Não é necessário veículo especial para transporte do corpo;
 - Devido ao atual contexto epidemiológico, caso haja funeral, deverá ocorrer com apenas 10 pessoas, limitado aos familiares mais próximos para diminuir a probabilidade de contágio;
 - Os participantes devem respeitar o distanciamento físico (de 2 metros), além de adotar o uso de máscara e realizar a higiene das mãos durante a cerimônia;
 - O caixão deve ficar fechado durante todo o funeral, evitando contato físico com o corpo;
 - O velório quando ocorrer deverá ter o tempo máximo de 1 hora;
 - Devem estar disponíveis condições para a higiene das mãos de todos que participam do funeral (água e sabonete líquido e álcool em gel a 70%);
 - Os encarregados de colocar o corpo na sepultura ou em pira funerária devem usar luvas e desprezando as luvas ao final e higienizar as mãos com água e sabonete líquido,
- O carro funerário deverá ser lavado no término do dia e poderá ser utilizado novamente, após sua higienização.

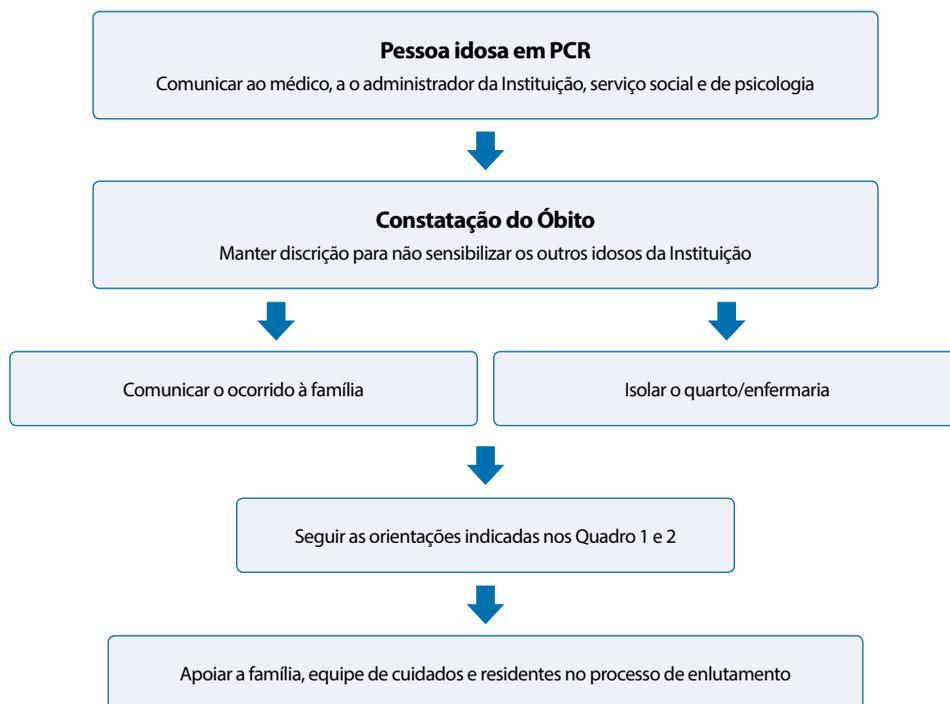


Figura 1: Fluxograma sugerido para ILPI em caso de óbito do idoso. Brasil, 2020.

Nesse sentido, a visão holística do cuidado, em sua maioria coordenado pelo profissional enfermeiro, em tempo de pandemia cabe pensar que o cuidado continua com o apoio e suporte a família do idoso, a equipe de cuidados e residentes da ILPI.

Limitações

Essa construção procurou manter um alinhamento em todas as fases do processo desencadeado até óbito frente à Covid 19, diante do novo panorama e um reduzido número de literatura disponível desde da manipulação do corpo contaminado até a orientação as funerárias, dentro dos parâmetros permitidos pela regulamentação vigente, da dignidade, cultura e religião dos familiares e da pessoa idosa que faleceu^(7,8,9).

Contribuições para enfermagem

Não se deve esquecer que a caracterização de uma ILPI é justamente o seu caráter residencial. Local onde as pessoas estabelecem vínculos, e apesar de todo um arcabouço legal que lhe impõe processos da área da saúde, essa não é resguardada. Hoje, a COVID-19, impõe inovações em tecnologias de cuidado para onde o toque terapêutico, a escuta sensível, o acolhimento devem ser reinventados. Em tempos triviais, a maior preocupação da equipe de cuidado é com a preservação emocional e mental dos demais idosos. Todavia, nesse novo cenário, lidar com o medo de se contaminarem, com a cobrança por regras rígidas de higiene, pelo distanciamento e com a morte sem o direito ao rituais fúnebres ocidentais tão importantes para o processo de enlutamento, impacta em cada um dos envolvidos

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interrupção da vivência do luto, onde a família não pode fazer o velório ou se despedir de seu idoso, vêm gerando uma concepção de perda, sentimento esse ainda pouco pela sociedade e família. Em alguns países em decorrência ao grande número de óbitos, o sistema funerário entrou em colapso ocasionando grandes dificuldades na identificação e entrega dos corpos aos familiares, visando mitigar a possibilidade de extravio do corpo, aumentando assim o sofrimento da família, o cuidado com o processo de morte/morrer e o corpo post-mortem demonstram respeito e dignidade da pessoa idosa.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília/DF. 1 ed. Versão 1. Publicada em 25/03/2020.
2. Protocolo de Manuseio de Cadáveres para Prevenção de Doenças Infecto Contagiosas de Notificação Compulsória, com Ênfase em COVID-19 para o âmbito do Distrito Federal. Governo do Distrito Federal. Comissão de Criação de protocolo Mínimo de Enfrentamento em Casos de Óbitos no Âmbito do Distrito Federal. Versão 4, dia 26/03/2020.
3. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 – Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Atualizada em 31/03/2020.
4. Clos MB. Cuidados de idosos institucionalizados; o desafio da integralidade. Mais 60 Estudos sobre Envelhecimento. [internet] 2017[citado em 18 abril 2020]; 28 (69):24-39, dez. Disponível em: <https://www.sescsp.org.br/files/artigo/85b2b2b2/00b7/4910/a07e/19c9e601c272.pdf>. Acesso em: 18 de abril de 2020.
5. Melo S. Recomendações para a gestão de resíduos em situação de pandemia por Coronavírus (COVID 19). 2020. Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental (ABES), março. Disponível em: <http://abes-dn.org.br/wp-content/uploads/2020/03/recomenda%3%87%3%95es-para-a-gest%3%83o-de-res%3%8dduos-em-situa%3%87%3%83o-de-pandemia-por-coronav%3%8drus-covid-19-4.pdf>. Acesso em: 18 de abril de 2020.
6. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC/Anvisa nº222/2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410
7. Comunicação aos Trabalhadores de Enfermagem das Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs) para o Enfrentamento da Disseminação da Covid-19. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/03/DCEG-ABEn_Informe_COVID-19-ILPI.pdf. Acesso em: 18 de abril de 2020.
8. Malar JP. Do medo da morte ao luto, como lidar com os efeitos psicológicos do novo coronavírus? Disponível em: <http://www.ip.usp.br/site/noticia/do-medo-da-morte-ao-luto-como-lidar-com-os-efeitos-psicologicos-do-novo-coronavirus/>. 2020. Acesso em: 18 de abril de 2020.
9. Souza CP e Souza AM. Rituais Fúnebres no Processo do Luto: Significados e Funções. Psic.: Teor. e Pesq. [online]. 2019, v.35, e35412. EPUB, July 04, 2019. ISSN 0102-3772. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35412>. Acesso em: 18 de abril de 2020.
10. Cofen. Covid 19. Orientações Sobre a Colocação e retirada dos Equipamentos de proteção individual (EPI). Disponível em <https://www.cofen.org.br>



<https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c08>

PESSOAS IDOSAS COM COVID-19 EM AMBIENTES DE CUIDADOS CRÍTICOS

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro^I

ORCID: 0000-0002-7641-1004

Cleisiane Xavier Diniz^I

ORCID: 0000-0003-4689-6204

Matheus Souza Silva^{II}

ORCID: 0000-0001-8159-0687

^IUniversidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde. Manaus, Amazonas, Brasil

^{II}Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil

Autor Correspondente:

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro
E-mail: mnribeiro2@gmail.com



Como citar:

Ribeiro MNR, Diniz CX, Silva MS. Pessoas idosas com covid-19 em ambientes de cuidados críticos. In: Santana RF. Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p. 49-54. (Serie Enfermagem e Pandemias, 1). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c08>

INTRODUÇÃO

A disseminação acelerada do Covid-19, também chamado de Sars-Cov-2 (*Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*), tornou-se uma grande ameaça à saúde pública e um desafio para o mundo. Estudos mostram que as internações e mortes por COVID-19 variam significativamente entre os diferentes subgrupos etários. Pessoas com 50 anos ou mais têm chance 2,6 vezes de progredir para um caso grave de Covid-19, sendo que os idosos estão entre os mais afetados. As taxas de mortalidade pela infecção aumentam com a idade e são as mais altas entre aqueles de 80 anos ^(1,2).

Em uma metanálise realizada por Zhao *et al.*⁽¹⁾, incluindo 30 estudos, totalizando 53.000 pacientes com COVID-19, identificou-se que idosos do sexo masculino e com presença de comorbidades, incluindo hipertensão, diabetes, câncer e doenças respiratórias, foram identificados como preditores da gravidade da doença e da mortalidade relacionada ao COVID-19, sugerindo que pacientes idosos com essas comorbidades subjacentes devam receber mais atenção e cuidado. Ainda segundo Zhao *et al.*⁽¹⁾, doenças graves e mortes são mais prováveis de ocorrer entre aqueles com condições de saúde subjacentes, incluindo doenças respiratórias (como doença pulmonar obstrutiva crônica, asma), doenças cardiovasculares e diabetes. Assim, as estatísticas mostram que as admissões e mortes hospitalares de COVID-19 exibem um padrão etário distinto, onde até um quinto da população idosa infectada agrava e morre.

Na evolução da doença, as pessoas infectadas apresentam progressiva dificuldade respiratória, síndrome do desconforto respiratório agudo ou complicações com risco de vida, levando a uma necessidade de cuidados intensivos. Como em muitos casos os idosos já possuem doenças subjacentes e, portanto, costumam apresentar imunossupressão, os sintomas podem aparecer de forma atípica, com risco comum para o mau prognóstico para a Covid-19. Um estudo mostra que o maior número de



pacientes que evoluíram da Síndrome de Angústia Respiratória Aguda (SRAG) parte das mortes eram em idosos, com elevação de bilirrubina, ureia, proteína C reativa e D-dímero e, quase sempre sem apresentar febre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ (WU, 2020). A Hipertensão e doenças cardiovasculares são os preditores clínicos mais relevantes para a morte causada pela COVID-19 e MERS-CoV, enquanto a doença renal crônica esteve para a SARS^(1,3).

Considerando que as intervenções terapêuticas a pacientes críticos, diferem entre pacientes idosos e não idosos, dada a vulnerabilidade caracterizada principalmente por sua condição funcional e presença de comorbidades, destaca-se, nesse sentido, a importância da participação efetiva da enfermagem nos cuidados prestados aos idosos com a COVID-19 em ambientes críticos. Pois, tradicionalmente, considera-se que a assistência à pacientes críticos/potencialmente críticos seja prestada em ambientes especializados, como as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e Semi-Intensivo (UTSI).

OBJETIVO

Refletir sobre os desafios para a enfermagem nos cuidados aos pacientes idosos com a COVID-19 em ambientes de cuidados críticos.

MÉTODO

Essa reflexão, elaborada num cenário de poucas evidências científicas sobre a COVID-19, destacou-se as seguintes situações: manejo ventilatório no idoso com SRAG e COVID-19 em ambiente crítico; e manejo clínico da sepse associada à infecção por SARS-CoV-2 em pacientes idosos.

Refletir sobre este cuidado é necessário em virtude do grande contingente de população idosa que tem sido acometida pela doença e muitos que evoluem para a necessidade de cuidados intensivos de enfermagem. Ressalta-se que não será abordado nesta reflexão aspectos de decisões éticas que envolvem seleção individualizada de beneficiários relacionada à idade para o número insuficiente de vagas nos serviços de terapia intensiva. Ressalta-se que o cenário de poucas evidências sobre o controle, tratamento e prognósticos dos doentes de COVID-19 exige cautela na proposição de esquemas de cuidados pela enfermagem à pacientes idosos e um grande controle dos fatores de agravamento do problema. Assim, as indicações referidas nesse estudo, foram baseadas na literatura científica disponível para atendimento às pessoas idosas em ambientes críticos, com adaptação para atendimento à idosos com COVID-19, uma vez que não há literatura disponível que trata sobre o tema.

RESULTADOS

MANEJO VENTILATÓRIO NO IDOSO COM SRAG E COVID-19 EM AMBIENTE CRÍTICO

O envelhecimento causa alterações estruturais e funcionais no sistema respiratório podendo levar o idoso crítico a graves complicações, como por exemplo a calcificação das cartilagens costais ocasionando o aumento no gasto energético despendido na respiração. A complacência pulmonar e a área de superfície alveolar reduzem e levam ao aumento do volume residual pulmonar diminuindo a troca de gases, fazendo assim que o centro respiratório apresente sensibilidade reduzida, aumentando o consumo de oxigênio e também da produção de gás carbônico. Aumentando o risco de lesão pulmonar e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), caracterizada pela alteração da membrana alvéolo-capilar, sendo causada por lesão de natureza inflamatória que determina a formação do edema que extravasa para o interior dos alvéolos, levando a insuficiência respiratória aguda^(4,5).

Os critérios para definição de SRAG são baseados em achados clínicos, gasométricos e radiológicos. Nos pacientes acometidos pelo COVID-19, a evolução do quadro gripal para SRAG ocorre de forma muito rápida. E, como critério clínico tem-se o exame físico realizado no paciente, com sinais de taquipneia, esforço respiratório, bem como, a ausculta pulmonar com sons crepitantes finos inspiratórios difusos; no exame radiológico (raio X de tórax) há infiltrados bilaterais; e na gasometria arterial a relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ ^(4,6).

Uma das alternativas mais eficazes no tratamento da SRAG é a colocação do paciente em posição prona a qual melhora a troca gasosa através da expansão da região dorsal dos pulmões, aumentando o volume expiratório pulmonar e melhorando a relação ventilação-perfusão. O benefício da posição prona está combinado com os seguintes mecanismos: alteração da insuflação pulmonar regional, a redistribuição da ventilação e a redistribuição da perfusão^(4,6).

Ainda não há um consenso no que tange o tempo de posição prona a qual o paciente deve ser submetido. As evidências estão mostrando a melhora da oxigenação durante as primeiras 2 horas do procedimento, com pequenos acréscimos nas 4 horas seguintes. Está indicado a coleta a cada hora de gasometria arterial para verificação dos valores de PaO₂. Segundo o Ministério da Saúde, a indicação mínima de prona para os casos de COVID-19 é de 16 horas⁽⁴⁾. A posição prona traz algumas complicações, e aos pacientes idosos merecem destaque: as lesões por pressão de olhos e pálpebras, lesões na boca e língua, lesões de pele (*skin tears*); extubação acidental^(4,5).

Logo, destaca-se como cuidados de enfermagem para pacientes idosos com SRAG em posição prona e/ou supina: Cabeceira elevada em 30-45°, pois esse posicionamento evita a aspiração pulmonar do refluxo gástrico; Avaliar a expansão e simetria torácica verificando se o paciente está ventilando bilateralmente; Realização de higiene oral utilizando solução antisséptica a cada 6 horas ou sempre que necessário a fim de evitar infecções; Otimizar a condição hemodinâmica antes da prona, observando o surgimento de hipotensão ou arritmias cardíacas; Atentar aos cateteres, conexões, sondas e drenos antes, durante e após a virada; Proteger locais de apoio ou de maior pressão: queixo, orelhas, região anterior do tórax, cristas ilíacas e joelhos através da utilização de coxins para posicionamento ideal evitando fricção e cisalhamento das proeminências ósseas; Alternar lado da cabeça a cada 2 a 4 horas enquanto estiver pronado com vistas a redução do edema facial e lesões do nervo periférico e cegueira, pela excessiva pressão sobre os olhos⁽⁴⁾.

Destaca-se ainda o forte impacto ao sistema respiratório devido as próprias alterações do envelhecimento como a falência respiratória por resposta deficiente à hipoxemia e hipercapnia; o risco aumentado para desequilíbrio da relação ventilação-perfusão; aumento da sensibilidade aos narcóticos; dificuldade de cicatrização de lesões como consequência da oxigenação diminuída; e risco aumentado de dependência de ventilação mecânica⁽⁴⁾.

MANEJO CLÍNICO DA SEPSE ASSOCIADA À INFECÇÃO POR SARS-COV-2 EM PACIENTES IDOSOS

Em estudo realizado com 191 pacientes com COVID-19, na cidade chinesa de Wuhan, Zhou *et al*⁽⁷⁾, chegaram à conclusão que a idade avançada é um fator de risco para a Covid-19, com um índice de mortalidade mais elevada em idosos com média de idade de 69 anos. Em todos os pacientes, a complicação mais comum decorrente da COVID-19, foi a sepse (detectada em 100% dos pacientes mortos e 42% dos sobreviventes), seguida de insuficiência respiratória (98% versus 36%). A frequência de complicações como essas foi maior em pessoas que morreram do que as que tiveram alta⁽⁷⁾.

A sepse é uma síndrome ameaçadora à vida em decorrência da presença de resposta desregulada à infecção. Os termos mais utilizados para classificação da sepse, indicados pelo Instituto Latino Americano de Sepse são: **Infecção sem disfunção, Sepse e Choque Séptico**⁽⁸⁾.

Os protocolos clínicos gerenciados de sepse são uma ferramenta imprescindível, auxiliando os enfermeiros no alinhamento do atendimento ao paciente séptico, diminuindo desfechos negativos e proporcionando melhor efetividade no tratamento. Deve ser aberto para todos os pacientes com SUSPEITA de Sepse e Choque Séptico.

No entanto, é necessário observar as principais disfunções orgânicas que podem se fazer presentes como: hipotensão (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg); rebaixamento do nível de consciência, agitação, delirium; relação PaO₂/FiO₂ < 300 ou necessidade de O₂ para manter SpO₂ > 90%; contagem de plaquetas < 100.000/mm³ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias; lactato acima do valor de referência; aumento significativo de bilirrubinas (>2X o valor de referência); e oligúria (≤0,5mL/Kg/h) ou elevação da creatinina (>2mg/dL)⁽⁸⁾.

Na presença de uma dessas disfunções orgânicas citadas, sem outra explicação plausível e com foco infeccioso presumível, o diagnóstico de sepse deve ser feito, e o pacote de tratamento iniciado, imediatamente após a identificação, seguindo as recomendações contidas e baseadas nas diretrizes da Campanha de Sobrevivência a Sepse (SSC), que visam o tratamento de pacientes adultos e idosos nas unidades de urgência e emergência, nas unidades de internação e nas unidades de terapia intensiva (UTIs).

Dois indicadores detectados na entrada dos pacientes idosos com COVID-19 nos hospitais, que podem ajudar a rastrear mais cedo casos potencialmente graves relacionado aos efeitos da COVID-19, é uma pontuação alta no índice de avaliação sequencial de falha de órgão (qSOFA score), uma avaliação comumente feita nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). No escore qSOFA, exames e outras informações sobre o paciente são coletadas e compõem uma pontuação que indica uma menor ou maior inclinação à falha dos órgãos devido à sepse. É necessário avaliar 3 componentes: **rebaixamento de nível de consciência, frequência respiratória ≥ 22 ipm e pressão arterial sistólica abaixo de 100 mmHg**. Sendo que nesse escore, identificaria entre pacientes fora da UTI aqueles com maior risco de óbito ^(6,8).

Outro indicador é um valor de dímero-D alto no sangue (maior que 1 $\mu\text{g/mL}$), fragmentos de proteína relacionados ao processo de coagulação. Casos de sepse e choque séptico normalmente vêm associados à chamada coagulação intravascular disseminada e que, por si só, eleva o Dímero-D. O estudo de Zhou et al ⁽⁷⁾, indicou que casos mais graves de COVID-19 com sepse estavam relacionados a uma menor contagem de linfócitos; níveis elevados de Interleucina 6; e aumento das concentrações de Troponina I de alta sensibilidade. Níveis aumentados dessa troponina foram detectados em mais da metade dos pacientes que morreram.

Após triagem de pacientes com SUSPEITA de sepse, realizada pelo enfermeiro, a equipe médica decide se haverá o seguimento do protocolo. Para isso alguns fatores são levados em consideração ⁽⁸⁾:

1. Em pacientes idosos com qualquer das disfunções clínicas utilizadas na triagem (hipotensão, rebaixamento de consciência, dispneia ou dessaturação e, eventualmente, oligúria), segue-se o protocolo, com as medidas do pacote de 1 hora, e reavaliação ao longo das 6 primeiras horas.
2. Em pacientes idosos com disfunção clínica aparente, mas com quadro clínico sugestivo de outros processos infecciosos atípicos (no contexto da sepse), pode-se optar por seguir fluxo específico de atendimento que leve em consideração peculiaridades do atendimento a esses pacientes.
3. Em pacientes idosos sem disfunção clínica aparente, deve-se levar em conta o quadro clínico, não sendo adequado o seguimento do protocolo em pacientes com quadros típicos de infecções de via aérea alta ou amigdalites, por exemplo, que podem gerar SRIS (*Systemic Inflammatory Response Syndrome*), mas tem baixa probabilidade de se tratar de casos de sepse.
4. Em pacientes idosos para os quais já exista definição de cuidados de fim de vida, o protocolo deve ser descontinuado, e o paciente deve receber tratamento pertinente a sua situação clínica, incluindo eventualmente alguns dos componentes do pacote de tratamento.

Os pacientes são classificados e identificados da seguinte forma: paciente com infecção sem disfunção com seguimento do protocolo; sepse ou choque; afastado sepse/choque; paciente sob cuidados de fim de vida. Após essa identificação segue-se com: registro do diagnóstico no prontuário; prioridade no atendimento aos pacientes com protocolos de sepse abertos, com o objetivo de otimizar a coleta de exames, o início de antibioticoterapia e a ressuscitação hemodinâmica; realização da anamnese e do exame físico, com atenção especial aos sinais clínicos de disfunção orgânica; alocação em leitos de terapia intensiva de pacientes com disfunção orgânica grave e ou choque, a fim de garantir o suporte clínico necessário ⁽⁸⁾.

Caso não seja possível a alocação em UTI, independente do setor em que o mesmo se encontra, a assistência de enfermagem deve ser garantida de maneira integral e a ficha do protocolo de sepse deve acompanhar o paciente durante todo o atendimento para facilitar a comunicação entre as equipes de diferentes turnos ou setores.

Quanto ao Choque Séptico nos idosos, a suspeita, reconhecimento ou confirmação podem ser avaliadas pela presença de infecção e os vasopressores forem necessários para manter a pressão arterial média (PAM) ≥ 65 mmHg, aumento de lactato; estado mental alterado; hipertermia ou hipotermia; taquicardia ou bradicardia; taquipneia, recarga capilar prolongada (>2 s) ou vasodilatação quente com pulsos delimitadores; pele manchada ou erupção petequial ou purpúrica; oligúria. E o reconhecimento precoce e o uso do protocolo do tratamento de Sepsis inclui na primeira hora a terapia antimicrobiana, e início de carga de fluidos mais vasopressores para a hipotensão⁽⁶⁾.

Na ressuscitação do choque séptico (PAS < 90 mmHg, PAM 65 mmHg) é indicado o uso de vasopressores (drogas vasoativas) para pacientes que permaneçam com pressão arterial média (PAM) abaixo de 65 mmHg (após a infusão de volume inicial), sendo a noradrenalina a droga de primeira escolha. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos. Por isso, o vasopressor deve ser iniciado dentro da primeira hora nos pacientes em que ele está indicado. E em casos de hipotensão severa (ameaçadora à vida), deve-se iniciar o vasopressor mesmo antes ou durante a reposição volêmica. Se sinais de hipoperfusão persistirem, considerar uso de droga inotrópica⁽⁸⁾.

Caso os cateteres venosos centrais não estejam disponíveis, os vasopressores podem ser administrados por meio de um IV periférico, mas é necessário uma veia de grande calibre e monitorar de perto os sinais de extravasamento e necrose tecidual no local da inserção do dispositivo intravenoso. Caso ocorra extravasamento para a infusão, os vasopressores também podem ser administrados através de agulhas intraósseas.

É recomendado a utilização de dispositivos invasivos (cânula orotraqueal, cateter venoso central, pressão arterial invasiva e cateter vesical de demora) pelo menor tempo possível afim de se evitar complicações mecânicas e infecciosas, e que as unidades sigam as diretrizes para prevenção de infecções relacionadas a estes dispositivos (pneumonia associada a ventilação mecânica, infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central e infecção do trato urinário relacionado a cateter vesical de demora)^(6,8).

Deve-se ainda levar em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico. O atendimento ao paciente idoso séptico nas primeiras 24 horas é de extrema importância para o desfecho favorável. E outras ações são necessárias para o sucesso de sobrevivência hospitalar e reabilitação após a alta, com estabelecimento de uma linha de cuidado adequada, desde o momento da internação ou do diagnóstico de sepsis até o momento da alta.

A integração de toda equipe é importante, abrangendo a Nutrição adequada; fisioterapia respiratória e motora, focada em mobilização precoce; o atendimento fonoaudiológico para recuperação de fonação e deglutição; o apoio psicológico para minimizar os riscos de desenvolvimento de estresse; a odontologia na identificação e controle do foco infeccioso, bem como na prevenção de infecções respiratórias; a farmácia que possibilita a adequação da prescrição médica; o serviço social para a reinserção do paciente na sociedade e o seguimento do mesmo no sistema de saúde. Porém, a enfermagem é de importância fundamental e essencial para a integração de todos esses aspectos da assistência, na recuperação funcional do paciente idoso, desde o momento da sua admissão na unidade de cuidados críticos, até a alta hospitalar.

CONCLUSÃO

Face à epidemia da COVID-19 a demanda por serviços de saúde tem aumentado, levando uma parcela significativa de pacientes críticos/potencialmente críticos a ocuparem outros espaços assistenciais, onde adultos e idosos acabam por receber o mesmo tipo de atenção, algumas vezes até negligenciados em função da gravidade dos casos e do número reduzido de profissionais que prestam cuidados. Com isso, reforça-se o princípio de que o Enfermeiro deve assistir o paciente idoso, de forma que este receba o nível apropriado de assistência, independentemente de onde esteja alocado. As ações da enfermagem, na medida do possível, devem ser realizadas de modo holístico, integral, com compromisso ético, revestido de atitudes e respeito com os envolvidos, exigindo dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, competência técnica-científica e humanística que direcione os cuidados aos idosos com a COVID-19 em ambientes de cuidados críticos.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Zhao X, Zhang B, Li P, Ma C et al. Incidence, clinical characteristics and prognostic factor of patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. COVID-19SARS-CoV-2 preprints from medRxiv and bioRxiv, 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.17.20037572>.
2. Kulu H, Dorey P. The Contribution of Age Structure to the Number of Deaths from COVID-19 in the UK by Geographical Units. COVID-19SARS-CoV-2 preprints from medRxiv and bioRxiv, 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.16.20067991>
3. Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. JAMA Intern Med. Published online March 13, 2020. doi:10.1001/jamainternmed.2020.0994
4. Viana RA.P, Torre M. Enfermagem em terapia intensiva: práticas integrativas. Barueri, SP: Manole, 2017.
5. Knobel E. Terapia Intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu. 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de manejo clínico da COVID-19 na Atenção Especializada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 48 p. [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 22]; Available from: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/14/Protocolo-de-Manejo-Clínico-para-o-Covid-19.pdf>
7. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet 2020. Published online March 9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3).
8. Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS). Implementação de protocolo gerenciado de sepse protocolo clínico Atendimento ao paciente adulto com sepse / choque séptico. [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 22]; Available from: <https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>.



<https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c09>

ASPECTOS GERONTOLÓGICOS DO CUIDADO CRÍTICO ÀS PESSOAS IDOSAS COM COVID-19

Larissa Venturini^I

ORCID: 0000-0002-5401-3849

Sandra da Silva Kinalski^{II}

ORCID: 0000-0002-4841-2288

Eliane Raquel Rieth Benetti^I

ORCID: 0000-0003-1626-5698

^IUniversidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

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

Autor Correspondente:

Larissa Venturini

E-mail: larissa.venturini@hotmail.com



Como citar:

Venturini L, Kinalski SS, Benetti ERR. Aspectos gerontológicos do cuidado crítico às pessoas idosas com covid-19. In: Santana RF. Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p.55-60. (Serie Enfermagem e Pandemias, 1). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c09>

INTRODUÇÃO

As doenças infecciosas emergentes e reemergentes representam um desafio para a saúde pública mundial. Nos últimos anos foram registradas várias epidemias virais, como o Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV) em 2002 a 2003, a Influenza H1N1 em 2009, o Coronavírus da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) em 2012. No final de 2019, foram detectados casos de SARS pelo novo Coronavírus (CoV-2) em Wuhan, na China, com posterior propagação mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) nomeou, em 11 de fevereiro de 2020, a doença do Coronavírus 2019 como COVID-19 e, em 11 de março declarou a infecção por SARS-CoV-2 como uma pandemia ⁽¹⁾.

A COVID-19, reconhecida pela OMS como uma emergência de saúde pública internacional, tem revelado diversas facetas de saúde, patogenia, epidemiologia e cuidados. De acordo, com informações geradas no tratamento da epidemia na China, onde começou a doença, ou na Itália, país com dados alarmantes frente ao número incipiente e massivo de óbitos, tornou-se evidente que algumas pessoas têm um risco aumentado de contágio e de desenvolverem a forma grave da doença, assim necessitando internação e cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Entre os mais suscetíveis, estão as pessoas idosas (independente de sua condição de saúde), pessoas com doenças crônicas, como diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal crônica, doenças hemato-oncológicas, pacientes transplantados ou pessoas que fazem tratamento com imunossupressores. Assim, identifica-se que as pessoas idosas enfrentam mais ameaças e desafios frente à realidade posta, visto suas alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, que impactam diretamente em sua função imunológica, e devido possíveis condições de saúde subjacentes.



Sabe-se também, que a população idosa, devido ao fator cronológico e patologias típicas como demência, acidente vascular cerebral, fraturas, somadas à suscetibilidade a infecções e fenômenos embólicos⁽²⁾, associado a atual infecção por COVID-19, conspiram para fazer desse grupo etário um doente crítico em potencial. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde (MS) revelam que cerca de sete entre cada dez pessoas idosas, no Brasil, possuem pelo menos uma doença crônica. Relatos de pesquisas têm apresentado que oito em cada dez mortes por COVID-19 ocorrem em indivíduos com pelo menos uma comorbidade.

Os dados apresentados pelo MS⁽³⁾ até a data de 14 de abril, indicam que em nosso país 73% dos óbitos atribuídos à COVID-19 encontram-se na faixa etária acima de 60 anos, enquanto na Itália esses resultados atingem 95%. As evidências vinculadas a necessidade de internação e de ocupação de leitos de UTI alinham-se à ocupação predominante pelas pessoas idosas, mesmo anterior a situação atual da pandemia, em que as admissões dessas pessoas em UTI apresentaram frequência média de 42 a 52% (em alguns casos chegando até a 90%), consumindo cerca de 60% dos leitos disponíveis⁽³⁾. Dessa forma, corroborando ao constructo de que essa população apresenta maior risco e possui necessidades de proteção particulares, tornam-se primordiais os aprofundamentos clínicos, teóricos e reflexivos que possam impactar positivamente essa realidade.

Na atenção à saúde da pessoa idosa no cenário de cuidados intensivos, os enfermeiros podem se deparar com diferentes lacunas, muitas vezes, relacionadas aos conhecimentos e habilidades de intensivismo e de gerontogeriatría, fundamentais às boas práticas no processo de cuidar como centralidade da Enfermagem. Com o aumento da hospitalização de pessoas idosas em terapia intensiva por COVID-19, faz-se necessário que os enfermeiros de cuidados intensivos, compreendam as alterações fisiológicas associadas à senescência e as particularidades de cuidados relacionados a pessoa idosa.

Já que os processos fisiológicos são alterados em função do envelhecimento e embora essas alterações sejam progressivas, geralmente não são aparentes ou patológicas. Assim sendo, a pessoa idosa gravemente enferma requer observação mais intensa. Na perspectiva de contribuir para a expansão do cuidado à pessoa idosa com COVID-19, em situações críticas ou potencialmente críticas de cuidado, o presente estudo traz reflexões sobre a abordagem singular a esses indivíduos e as particularidades evidenciadas pelas infecções por SARS-CoV-2 em pessoas idosas.

OBJETIVO

Tecer reflexões sobre manifestações clínicas e implicações da COVID-19 nas pessoas idosas em cuidados críticos.

MÉTODO

Trata-se de texto teórico-reflexivo que versa sobre as manifestações clínicas típicas de idosos em cuidados críticos e as implicações no cuidado aos idosos com a COVID-19, assim como para a enfermagem gerontológica.

RESULTADOS

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS NAS PESSOAS IDOSAS COM COVID-19 EM CUIDADOS CRÍTICOS

O aumento da fragilidade das pessoas idosas é fator determinante para a apresentação grave da COVID-19, relacionada ao agravamento dos resultados e ao aumento da mortalidade em cuidados intensivos. Isso demanda planejamento dos cuidados para aqueles em maior risco, bem como a tomada de decisões, em conjunto com a pessoa idosa, sobre as expectativas do tratamento e sobre cuidados em fim de vida. As consequências da admissão em UTI devem ser consideradas, e os dados já nos mostram que o coronavírus afeta desproporcionalmente aqueles que são frágeis e/ou com condições crônicas de saúde⁽⁴⁾. Um dado

preocupante, visto em todo o mundo diante dessa pandemia, no entanto nem todas as pessoas idosas poderão acessar o nível de atendimento de que precisam.

A COVID-19 é uma doença do trato respiratório que geralmente causa febre, tosse, fadiga, dispneia, mialgias, dor de garganta, dor de cabeça e calafrios⁽⁵⁾. Raramente foram identificados congestão nasal e diarreia. Queixas de dispneia ou anorexia foram mais comuns entre os pacientes admitidos em UTI ($P < 0,001$)⁽⁵⁾, sendo a falta de ar a queixa mais comum entre as pessoas idosas (12% para pacientes > 60 anos e 3% para pacientes < 60 anos)⁽⁶⁾.

Em alguns pacientes, especialmente em pessoas idosas, o novo coronavírus, SARS-CoV-2, e a doença associada COVID-19, podem desencadear uma apresentação sintomática de pneumonia viral bilateral grave, o que enseja a necessidade de cuidados intensivos e invasivos, como o uso de ventilação mecânica. As estatísticas mundiais têm revelado que 5% de todos os pacientes acometidos desenvolvem a apresentação grave da doença e tem indicação para tratamento em UTI, devido a Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), sepse e choque séptico, repercutindo em altas taxas de mortalidade. As pessoas idosas sintomáticas são mais propensas a requerer admissão na UTI (9,6% vs 1,4%, $P < 0,001$) e SDRA (16,9% vs 5,4%, $P < 0,001$) em comparação com pacientes com menos de 60 anos de idade⁽⁶⁾.

A SDRA é um tipo de insuficiência respiratória, presente nos casos de COVID-19, que deve ser tratada conforme evidências de suas diretrizes específicas. Nos casos de acesso limitado à ventilação invasiva, pode ser utilizado oxigênio nasal de alto fluxo ou ventilação não invasiva. Entretanto, nessas duas modalidades o alto fluxo de gás é menos contido do que em circuito fechado típico dos ventiladores, o que representa risco de dispersão do vírus aerossolizado no ambiente de saúde. Problema potencial presente também, em situações mais simples, como na configuração de uma máscara facial mal ajustada. Nesse ínterim, determinar a magnitude desses riscos é um desafio e uma lacuna crucial do conhecimento⁽⁷⁾.

Todavia, os procedimentos de acesso invasivo das vias respiratórias e os Procedimentos Geradores de Aerossóis (PGAs), comumente realizados em terapia intensiva, devem dispor de cuidados específicos quando realizados em pacientes com a COVID-19, especialmente em pessoas idosas, diante das alterações anatômicas advindas com o envelhecimento. Por ser considerado um PGAs, para a intubação orotraqueal deve se disponibilizar o número mínimo de profissionais exigido para o procedimento, reservando os demais em outro ambiente caso seja necessário auxiliar na atuação. Também, preconiza-se o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) recomendados pela Precaução por Aerossóis e Precaução de Contato, como máscara N95, propés, protetor facial e luvas apropriadas (mais extensas)⁽⁹⁾.

A rotina em terapia intensiva e os cuidados críticos dispensados às pessoas idosas que adentram esse cenário têm evidenciado singularidades vinculadas às alterações de senescência, senilidade e demais especificidades atreladas à população idosa. O fato de que essas pessoas possuem apresentações atípicas de algumas patologias é indiscutível no campo da gerontogeriatría, e tal evidência se apresenta e repercute frente a prevenção, manifestações clínicas, tratamento e cuidados diante da pandemia do novo coronavírus.

A apresentação diferenciada da doença em pessoas idosas é um desafio constante para a equipe multiprofissional da UTI, em especial para a enfermagem, considerando que é de responsabilidade desses profissionais garantir a observação e monitorização constante, o controle das alterações do quadro clínico e das repercussões do COVID-19, bem como reportá-las para os demais integrantes para provimento de intervenções adequadas.

No ambiente da terapia intensiva, essas alterações expõem a pessoa idosa em situação crítica e potencialmente crítica ao maior risco de complicações, de modo que é necessário que o cuidado seja **focado em três pontos importantes, a saber**: a prevenção de problemas potenciais, com base nas fragilidades esperadas em pessoas idosas; a diferenciação entre o que pode ser considerado fisiológico do envelhecimento e o que já é patológico, causado pela COVID-19 e precisa ser precocemente reconhecido e tratado; e o provimento de cuidados voltados para os resultados centrados na pessoa idosa com a COVID-19, considerando as singularidades apresentadas por essa população no percurso da doença⁽²⁾.

Na rotina assistencial, pessoas idosas acometidas por vírus respiratórios apresentam algumas particularidades, que por vezes, dificultam a triagem e diagnóstico. Nesse sentido, a sintomática das pessoas idosas acometidas por COVID-19, requerem algumas ponderações. Com o envelhecimento, o sistema respiratório sofre alterações estruturais e funcionais. Como resultado da calcificação das cartilagens costais, ocorre um aumento no gasto energético despendido na respiração, com consequente utilização da musculatura acessória. A redução da complacência pulmonar e da área de superfície alveolar levam a um aumento do volume residual pulmonar e do espaço fisiológico morto, diminuindo a eficiência da troca de gases. Diante dessas alterações, o centro respiratório apresenta sensibilidade reduzida, o consumo de oxigênio diminui e a produção de gás carbônico aumenta⁽⁸⁾. Por isso sintomas de cansaço respiratório podem se apresentar abruptamente nos idosos, pela adaptação ruim a perda progressiva, e o exame deve se concentrar no uso da musculatura acessória respiratória.

Nesta perspectiva, nas pessoas idosas a hipoxemia por apresentar alterações no sistema respiratório ocasionado pela senescência, implicando com maior frequência de intubação endotraqueal⁽⁹⁾. Ademais, as pessoas idosas são mais suscetíveis do que indivíduos jovens às lesões laríngeas e a alterações vocais decorrentes desse procedimento invasivo. Isso porque, a mucosa, os músculos e cartilagens laríngeas se tornam frágeis e suscetíveis a lesões com a idade avançada, o que requer atenção em casos que exigem intubação prolongada⁽⁸⁾.

O novo coronavírus causa principalmente infecções pulmonares. Essas por sua vez, aumentam a sobrecarga cardíaca que, ao mesmo tempo, pode levar ao alto nível de açúcar no sangue, o que dificulta o controle da infecção. Nesse sentido, pode-se afirmar que a infecção pela COVID-19, apresenta características de uma doença multissistêmica, que coexistem nas pessoas idosas e as levam a quadros clínicos complicados e complexos.

A idade não é considerada fator de risco isolado de mortalidade para a pessoa idosa na UTI. Outros fatores importantes são citados, como o estado funcional prévio à admissão, presença de comorbidades, grau de severidade da doença, admissões não cirúrgicas, uso de ventilação mecânica e maior tempo de permanência até o desmame ventilatório. Todos esses fatores implicam em taxas de mortalidade elevadas para o grupo de pessoas idosas, tanto durante a internação em terapia intensiva quanto em até um ano após a alta.

Assim, é importante que a avaliação da pessoa idosa seja criteriosa e que a admissão em terapia intensiva seja discutida entre equipe multiprofissional, paciente e familiares, considerando o impacto de patologias subjacentes, comorbidades e gravidade da doença aguda na probabilidade de tratamento intensivo atingir o resultado desejado. Os riscos e os benefícios de qualquer tratamento intensivo e invasivo deve ser ponderado, contrapondo-os aos possíveis resultados prováveis.

IMPLICAÇÕES DA COVID-19 NAS PESSOAS IDOSAS

Um importante sistema do organismo humano, que deve estar a frente em infecções como a causada pelo novo coronavírus, é o sistema imunológico. No entanto, na pessoa idosa ocorre a diminuição da sua capacidade, em decorrência do processo natural do envelhecimento. Esse fenômeno denominado imunossenescência é traduzido por um conjunto de modificações, tanto na resposta inata quanto na adquirida. Tais modificações podem ocorrer em uma ou várias etapas do caminho de ativação celular, as quais resultarão em menor eficiência do sistema de defesa, aumentando a propensão e a gravidade de doenças infecciosas, autoimunes e neoplásicas⁽⁸⁾, fatores que podem explicar como a COVID-19 torna-se grave nestes indivíduos⁽¹⁰⁾. Dessa forma, pessoas idosas, especialmente aquelas com comorbidades associadas, apresentam maiores déficits no sistema imunológico, estando mais predispostos a mortalidade associadas à infecção viral.

Na população idosa algumas singularidades devem ser consideradas para a tomada de decisão diante da infecção pelo SARS-CoV-2, como os valores dos sinais vitais, dentre os quais, a temperatura. Tendo em vista que a hipertermia, como sintoma habitual em pacientes acometidos por qualquer quadro infeccioso, pode não ser um sinal suficientemente sensível em pessoas idosas, visto que essa frequentemente apresenta-se

embotada ou ausente, mesmo em infecções graves⁽⁸⁾. Assim, a definição de hipertermia tem merecido algumas reflexões nesse contexto. Notabiliza-se que as alterações de temperatura podem ser ainda menos sensíveis entre as pessoas idosas mais frágeis.

Tendo em vista que as pessoas idosas tendem a apresentar temperaturas corporais menores do que as de adultos e jovens, pode-se seguir a recomendação de alerta, conforme indicações da Sociedade de Doenças Infecciosas da América, quando ocorrer a verificação de duas temperaturas repetidas acima de 37,2°C ou quando ocorrer um aumento de $\geq 1,3^\circ\text{C}$ acima da temperatura basal. Outros critérios específicos que podem também indicar agravamento ou presença de um quadro **infeccioso comumente encontrado nos idosos são síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência**.

Na prática clínica já são utilizados alguns pressupostos e protocolos clínicos que também podem ser úteis a esse contexto. Em relação aos exames laboratoriais, a proporção de pacientes com um número aumentado de glóbulos brancos e neutrófilos na população idosa, foi significativamente maior do que no grupo jovem e de meia idade, sugerindo que pessoas idosas infectadas com a COVID-19, têm maior probabilidade de apresentar infecção bacteriana⁽¹⁰⁾.

Nessa perspectiva, reitera-se que as pessoas idosas são propensos à disfunção de órgãos multissistêmicos e até à falência, por isso outras complicações sistêmicas, que devem ser evitadas, incluindo sangramento gastrointestinal, insuficiência renal, Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD) ou trombose venosa profunda⁽¹⁰⁾. Nesse contexto, quando há presença de infecções secundárias, uma abordagem multidisciplinar é recomendada e o ambiente de cuidados intensivos é o mais adequado.

Outros aspectos clínicos relevantes relacionados à COVID-19 merecem ser destacados, dentre os quais as manifestações nos exames de imagem, particularmente a Tomografia Computadorizada, que revela opacidades pulmonares em vidro fosco. A incidência de lesões multilobulares é significativamente maior em pessoas idosas do que em pacientes jovens e de meia idade⁽¹⁰⁾. No que se refere a duração média do início dos sintomas até a morte foi verificado que nas pessoas com mais de 70 anos esse período é de 11,5 dias e, em pessoas mais jovens de 14 dias⁽¹⁰⁾.

Infere-se que esses resultados relacionados à gravidade da doença estejam relacionados às respostas imunes, que em pessoas idosas são mais lentas, menos coordenadas e menos eficientes, tornando-as mais suscetíveis à infecções emergentes. Ainda, com base no pressuposto de a função imune associa-se inversamente com a fragilidade e comorbidades, evidencia-se que uma pessoa idosa de 80 anos que é saudável e não é frágil pode ser mais resiliente no combate à infecção do que uma pessoa de 60 anos com muitas condições crônicas, pelo fato de ter um sistema imunológico mais jovem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas idosas integram os grupos de risco para desenvolver desfechos desfavoráveis durante a pandemia do COVID-19, principalmente devido às características fisiológicas da senescência, bem como ao seu estado basal diante da senilidade. Diante do exposto, torna-se fundamental que a enfermagem de cuidados intensivos consiga identificar as alterações fisiológicas do ponto de vista físico, bem como as alterações cognitivas associadas ao envelhecimento, com vistas a garantir um cuidado diferenciado à pessoa idosa com COVID-19 em condições críticas ou potencialmente críticas de cuidados, com foco em prevenção de complicações, busca de resultados centrados no paciente e redução do tempo de internação hospitalar.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Q&A on coronaviruses (COVID-19) [Internet]. [cited 2020 apr 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses>
2. Pôrto, VA. Paciente idoso. In: Viana R, Torres M. *Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas integrativas*. Barueri, SP: Manole, 2017.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Boletim Epidemiológico Diário [Internet]. [cited 2020 apr 18]. Available from: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/14/14.04.2020-COVID.pdf>
4. Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q et al. Prevalence of comorbidities and its effects in coronavirus disease 2019 patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2020 [cited 2020 apr 18];94:91-95. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.017>
5. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* [Internet]. 2020 [cited 2020 apr 22];323(11):1061-1069. Available from: [10.1001/jama.2020.1585](https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585)
6. Lian J, Jin X, Hao X, Cai H, Zhang S, Zheng L et al. Analysis of Epidemiological and Clinical features in older patients with Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) out of Wuhan. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2020 [cited 2020 apr 22];ciaa242. Available from: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa242>
7. Murthy S, Gomersall CD, Fowler RA. Care for Critically Ill Patients With COVID-19. *JAMA* [Internet]. 2020 [cited 2020 apr 22];323(15):1499–1500. Available from: [10.1001/jama.2020.3633](https://doi.org/10.1001/jama.2020.3633)
8. Freitas EV, Py L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
9. Guimarães HP, Schubert DUC, Rodrigues RR, Freitas APR, Corrêa TD, Cunha KA et al. *Recomendações para Intubação Orotraqueal em pacientes portadores de COVID-19 Versão N.3/2020*. Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMED) e Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) [Internet]. 2020 [cited 2020 apr 22]. Available from: <http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomendacoes-IOT-FINAL-REVISAO-100420.pdf>
10. Liu K, Chen Y, Lin R, Han K. Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. *J Infect* [Internet]. 2020 [cited 2020 apr 22]. Available from: [doi:10.1016/j.jinf.2020.03.005](https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.005)



<https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c10>

DESAFIOS PARA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO A OS PACIENTES IDOSOS COM DELIRIUM E COVID-19 EM UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

Margarita Ana Rubin Unicovsky¹

ORCID: 6161792036363731

Michelle Santarem¹

ORCID: 0000-0002-7046-7007

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Autor Correspondente:

Margarita Ana Rubin Unicovsky
E-mail: mar.u@terra.com.br



Como citar:

Unicovsky MAR, Santarem M. Desafios para enfermagem no atendimento aos pacientes idosos com delirium e covid-19 em unidades de cuidados críticos. In: Santana RF. Enfermagem gerontologica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p.61-65. (Serie Enfermagem e Pandemias, 1).
<https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c10>

INTRODUÇÃO

Desde dezembro de 2019, a China relatou casos de pneumonias graves associadas ao novo vírus chamado de coronavírus ou SARS-CoV2, desde lá esse vírus vem devastando os mais diversos sistemas de saúde da China, Europa e Estados Unidos, entre outros países, tornando-se um problema de saúde pública global, este vírus vem atingindo principalmente a população de risco e os idosos estão entre eles. No final de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde emitiu um alerta sobre o surgimento de uma nova epidemia viral relacionado ao SARS-CoV2. Indicadores ainda estão sendo estabelecidos, mas sabidamente pelos casos confirmados, a taxa de mortalidade geral vem crescendo substancialmente, com dezenas de casos a cada dia em inúmeros lugares do mundo, e principalmente entre os idosos⁽¹⁻²⁾.

O aumento gradual da expectativa de vida, a queda das taxas de natalidade e mortalidade, impulsionou o envelhecimento acelerado da população brasileira. Estes fatores contribuíram para a busca de usuários aos Serviços de Saúde por descompensação e deterioração clínica devido ao aumento substancial de complicações decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis, contribuindo para o aumento de processos de atendimento nas mais diversas instituições de saúde de uma forma geral.

A população idosa utiliza os recursos da saúde de forma aumentada em relação as demais faixas etárias, necessitando de uma abordagem multidimensional e multiprofissional com o intuito de atingir um objetivo de vida funcional, independente e acima de tudo com qualidade. A internação hospitalar pela a COVID-19 pode favorecer o surgimento de complicações e incapacidades nessa população como o delirium⁽³⁻⁴⁾

Políticas institucionais voltadas para o diagnóstico, tratamento e prevenção de condições de saúde-doença prevalentes na população idosa contribuem substancialmente



para atingir objetivos terapêuticos e minimizar as complicações e sequelas de natureza iatrogênica. Deve-se ressaltar que, em até 30% dos pacientes idosos que chegam às unidades de tratamento intensivo, o delirium é um sintoma que anuncia a presença de uma condição subjacente que acarreta risco à vida deste paciente. As taxas de mortalidade entre os pacientes hospitalizados com delirium têm uma variação de 22 a 76%.⁽⁵⁾

OBJETIVOS

Reflexão teórica sobre a importância de identificar as características clínicas, os fatores de risco de delirium no paciente idoso.

MÉTODO

Estudo de natureza reflexiva, em pacientes idosos críticos, com delirium elaborada num cenário de ainda poucas evidências científicas sobre a COVID-19.

RESULTADOS

DELIRIUM

A origem da palavra delirium é atribuída ao latim *deliro-delirare, de-lira*, que significava “estar fora do lugar”. É uma alteração cognitiva definida por início agudo, de curso flutuante, distúrbios da consciência, atenção, orientação, memória, pensamento, percepção e comportamento.⁽⁶⁾ Pode ocorrer na forma hiperativa, hipoa-tiva ou mista e pode acometer mais de 50% de idosos hospitalizados.⁽⁷⁾ É considerada emergência geriátrica e se relaciona com períodos mais prolongados de hospitalização, com maiores taxas de mortalidade e com maior taxa de institucionalização. Acomete, comumente, pacientes com maior grau de fragilidade e maior número de comorbidades.

O delirium pode ser derivado de várias causas, como doença física, intoxicação (medicamentosa ou alcoólica), desidratação/desnutrição, traumatismos, infecções, distúrbios metabólicos, desordens do SNC, neoplasias, fármacos e uma considerada fundamental a mudança de ambiente.

A incidência eleva-se com a idade, déficit cognitivo, fragilidade, gravidade da doença e comorbidades. Setores de emergência, unidades de cuidados intensivos e setores de pós-operatório apresentam as maiores taxas de delirium.⁽⁸⁾ No entanto, apesar de ser uma condição comum a estes pacientes, ainda é subdiagnosticada e sub-notificada, apesar de apresentar prevalência de 10 a 16% já na admissão. Os setores citados são locais estratégicos para o diagnóstico e manejo precoce dessa condição desde que não seja ignorada pela equipe multiprofissional.⁽⁹⁾

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO PACIENTE IDOSO COM DELIRIUM E COVID-19

O diagnóstico de delirium, atualmente, continua sendo feito por meio de uma observação à beira do leito. Assim, conhecer suas características clínicas é crucial para um diagnóstico assertivo.⁽⁸⁾ As manifestações clínicas do delirium caracterizam-se por apresentar déficits cognitivos que normalmente ocorrem sob forma de déficits globais ou múltiplos na cognição, incluindo desorientação, déficits de memória e distúrbio de linguagem. Ocorre dificuldade de concentrar-se, sustentar e deslocar a atenção, bem como ocorre turvação da consciência, com clareza reduzida de sensibilização para o ambiente. Ocorre sonolência diurna, normalmente, insônia noturna, sono fragmentado ou reversão completa do ciclo do sono. Podem se apresentar hiperativos, marcados pela agitação e vigilância ou hipoativos, marcados pela letargia e diminuição do nível de atividade motora. Os sintomas têm início, geralmente, de modo agudo, no entanto podem ser relativamente insidiosos, precedidos por diminuição da concentração, irritabilidade e insônia.⁽⁷⁻⁸⁾

COVID-19

Os sinais e sintomas clínicos do novo coronavírus são principalmente respiratórios, semelhantes a um resfriado. Podem, também, causar infecção do trato respiratório inferior, como as pneumonias. Os principais sintomas são: febre acima de 37°C, tosse seca ou com secreção, dificuldade respiratória e cansaço. Outros sintomas também podem estar presentes, como: dor de garganta, falta de paladar, coriza, obstrução nasal e diarreia. A fadiga, a diarreia, hipertermia, infecções e o cansaço podem estar presentes no delirium.⁽¹⁻²⁾

FATORES DE RISCO PARA DELIRIUM

São elementos intrínsecos ou extrínsecos que aumentam a possibilidade de o paciente desenvolver delirium. Deve-se ter cuidado para não os confundir com as causas do distúrbio. O delirium pode se apresentar em cenários distintos, sendo de origem multifatorial. Podemos classificar esses fatores em dois grupos: predisponentes e precipitantes. Os **fatores de risco predisponentes são inerentes aos próprios pacientes** e suas enfermidades e são raramente ou nunca modificáveis. São também, chamados de fatores de vulnerabilidade, alguns exemplos desses fatores: doença orgânica crônica e grave, síndrome demencial de qualquer etiologia, doença cerebral difusa, desnutrição, sono e audição, depressão. Os **fatores precipitantes estão relacionados à intensidade da doença, à terapêutica empregada e ao ambiente** onde o paciente está situado, podendo ser modificáveis.⁽⁷⁻¹¹⁾

Estatisticamente os fatores de risco para o COVID-19 estão relacionados a pessoas com 60 anos ou mais, portadores de doenças crônicas: hipertensão, diabetes, doenças cardíacas e/ou respiratórias, histórico de câncer e de transplantes, uso de imunossuppressores.⁽⁹⁾

O papel do enfermeiro é preponderante na avaliação do risco de Delirium na unidade de cuidados críticos, para tal dispomos, de instrumentos com o propósito de detectar alterações comportamentais e/ou de consciência, os mais utilizados são Intensive Care Delirium Screening Scale Checklist (ICDSC) e o Confusion Assessment Method for Intensive Care Units CAM-UCI. Esse último, encontra-se traduzido e validado para o Brasil, instrumento com sensibilidade e pode ser aplicado pelos enfermeiros na prática clínica. A avaliação cognitiva como os dados do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) auxiliam na tomada de decisão do enfermeiro, no entanto se houver limitações de sua aplicação no ambiente de cuidados críticos pode se buscar dados anteriores.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A equipe de Enfermagem tem papel fundamental perante o cuidado ao paciente idoso em Delirium e na Pandemia do COVID-19. O pessoal atuante na linha de frente desses desafios devem estar treinados para o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas e munidos de conhecimento científico, baseado em evidências juntamente com outras habilidades como a destreza no atendimento, isso desenvolverá uma assistência segura, com qualidade, observando os princípios da ciência humanizada.⁽¹²⁾ Implementar um plano de cuidados de enfermagem ao paciente idoso com delirium acometidos da COVID-19.

Ações de enfermagem que visem o favorecimento da manutenção do equilíbrio sensorial são uteis no controle do *delirium*. Como iluminação, controle do ruído, orientação no tempo e espaço. Nesse sentido, o enfermeiro necessita promover um espaço de cuidado minimizador de défices sensoriais, como estimular sempre que possível, o uso dos óculos e órteses auditivas.

Promover um sono adequado também colabora na minimização do delirium, ocorrem taxas de 61% de privação de sono nas UTI, muito em consequência do ruído e da luminosidade intensa, aspectos fisiológicos e medicamentosos. Atividades como permitir períodos de sono contínuo durante a noite, evitar a inversão do ciclo de sono, reduzir o ruído e organizar horários de procedimentos de enfermagem podem facilitar o equilíbrio sensorial e a manutenção de um ambiente seguro. Intervenções não farmacológicas como musicoterapia, a massagem, o relaxamento e a avaliação do controle da dor são benéficas para diminuir o risco de delirium.^(11,14,15)

Outra ação de enfermagem importante é a mobilização precoce do idoso deve ser fomentada a atividade o mais precoce possível, isso melhora o sono e a dor reduzindo assim o risco de confusão mental, como também outros agravos como o risco de lesão por pressão.^(14,15) As técnicas válidas de enfermagem neste âmbito que identificamos, remetem-se a estimular e ensinar movimentos no leito, a alternância de decúbitos ou conforme tolerado, a encorajar a deambulação.

Um estudo estimou que a chance de um paciente da UTI ficar contido é 23,4 vezes maior que a chance de um paciente que não está na UTI, e em pacientes contido a chance de desencadear o delirium é 2,82 vezes.⁽¹⁶⁾ Portanto, a contenção mecânica utilizada em sua maioria para evitar quedas e prevenir a retirada de dispositivos invasivos (sondas, cateteres e tubos) pode quando utilizada de forma contínua sem avaliação do delirium ser a causa da agitação e agressividade dos pacientes idosos e conferir em um *des-cuidado*. Portanto, a contenção mecânica deve ser evitada pois pode ser fator desencadeante além de promover desconforto ao paciente.

Em suma, as medidas não farmacológicas para a prevenção e controle do delirium devem ser a primeira etapa do cuidado dos enfermeiros, manter a mobilidade, uma alimentação adequada, uso das próteses dentárias, manter a higiene/hidratação oral, avaliar sinais de constipação ou retenção urinária. Como também, controlar a aceitação a medicação sedativa, e de controle da dor colaborando no ajuste da dose ideal.

Sabemos que nesse momento da Pandemia da COVID-19 há restrições quanto a presença dos familiares/pessoas significativas, no entanto medidas que possibilite um canal de comunicação entre idoso e familiar pode beneficiar a orientação dos pacientes idosos, e suporte e apoio aos familiares, proporcionando sensação de bem-estar e qualidade do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar um ambiente gerador de estressores, como a Unidade de Tratamento Intensivo e as emergências, deve-se ter em mente a grande demanda de trabalho e sobrecarga dos trabalhadores que se encontra neste cenário. Vale ressaltar que é de extrema relevância repensar o atendimento prestado pela equipe ao paciente, durante a internação nestas unidades e definir que é imprescindível a humanização no cuidado, a comunicação com os familiares, a educação permanente, bem como a importância do papel da enfermagem para a identificação precoce do delirium e a utilização de medidas de comunicação entre profissionais e pacientes que estão também em situações críticas como o COVID-19.

Essas condutas, que podem ser protocolos, com o intuito de sistematizar às boas práticas, com destaque para a escuta do paciente e a preservação da sua autonomia. Nesses casos, muitas vezes, a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes é falha e que, além disso, gera danos como o desenvolvimento de depressão e ansiedade causada pelo isolamento. Cabe à equipe de enfermagem estar atenta às alterações clínicas e também aos seus fatores de risco, podendo intervir de forma ágil por meio de medidas com vistas a prevenção desse desfecho.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Bouadma, Lila et al. Severe SARS-CoV-2 infections: practical considerations and management strategy for intensivists. *Intensive care medicine*, p. 1-4, 2020.
2. Corman VM, Landt O, Kaiser M, Molenkamp R, Meijer A, Chu DK, Bleicker T, Brunink S, Schneider J, Schmidt ML, Mulders DG, Haagmans BL, van der Veer B, van den Brink S, Wijsman L, Goderski G, Romette JL, Ellis J, Zam bon M, Peiris M, Goossens H, Reusken C, Koopmans MP, Drosten C (2020) Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. *Euro surveillance* 25:3

3. Araújo JD de. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [periódico na Internet]. 2012 Dez [citado em 2017 Jun 08]; 21 (4): 533-538. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt.
4. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde* [periódico na Internet]. 2012 Dez [citado em 2017 Maio 15]; 21 (4): 529-532. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt.
5. Ceratti RN; Teixeira TO. Delirium no paciente Idoso. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p. 65-87.
6. Berrios GE. Delirium e confusão mental no século XIX: uma história conceitual. *Rev.Latinoam Psicopatol Fund.* 2019 Mar, 14(1): 166-89.
7. Fernandes MB; Zalli M; Benghi R; Felipe Sparrenberger. *Geriatría para clínicos: medicina aplicada à terceira idade.* Rio de Janeiro: Revinter; 2019.
8. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med.* 2018 Mar;354(11):1157-65.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* 5nd ed. Arlington:APA; 2019.
10. Salluh JF; Pandharipande P. Prevenção do delirium em pacientes críticos: um recomeço? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 24:1, p. 1-3, 2012. Available from: . Acesso em: 11 jun. 2012.
11. Pereira J, Barradas F, Sequeira R, Marques M, Batista M, Galhardas M, et al. Delírium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Rev Enferm Referência.* Maio; IV(9):29-36. 2016.
12. Baeta, KF et al. *Protocolo de Tratamento do Novo Coronavirus. (2019-nCov).* Ministério da Saúde, 2020.
13. Xavier JAD, Alves FLB. Entenda sobre o coronavirus- Epidemiologia e precauções *Journal of Infection Control*, v.9,n.1, 2020.
14. Oosterhouse K, Vincent C, Foreman M, Gruss V, Corte C, Berger B. Intensive Care Unit Nurses' Beliefs About Delirium Assessment and Management. *AACN Adv Crit Care.* Outubro de 2016;27(4):379-93.
15. Faustino T, Pedreira L, Freitas Y, Silva R, Amaral J. Prevention and monitoring of delirium in older adults: an educational intervention. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [citado 22 de Junho de 2017];69(4):725-32.
16. Souza LMS, Santana RF, Capeletto CSG, Menezes AK, Delvalle, R. (2019). Fatores associados à contenção mecânica no ambiente hospitalar: estudo transversal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03473. Epub June 13, 2019.<https://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018007303473>

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c11>

ACOLHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÃO DE PANDEMIA

Margrid Beuter^I

ORCID: 0000-0002-3179-9842

Marinês Tambara Leite^{II}

ORCID: 0000-0003-3280-337X

Caren da Silva Jacobi^{III}

ORCID: 0000-0002-8917-6699

Rosimere Ferreira Santana^{IV}

ORCID: 0000-0002-4593-3715

Carolina Backes^V

ORCID: 0000-0002-2504-9105

Rafael Beuter Nishijima^{VI}

ORCID: 0000-0002-5402-6121

^{I,III,V} Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

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

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

^{VI} Universidade Franciscana. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Autor Correspondente:

Margrid Beuter

E-mail: margridbeuter@gmail.com



Como citar:

Beuter M, Leite MT, Jacobi CS, Santana RF, Backes C, Nishijima RB. Acolhimento aos profissionais de enfermagem em situação de pandemia. In: Santana RF. Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p.66-70. (Série Enfermagem e Pandemias, 1). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c11>

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, descoberto em 2019 na China. A doença apresenta um quadro clínico variável de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. Sua transmissão ocorre pelo contato com gotículas de saliva, espirro, tosse, secreções respiratórias ou com superfícies contaminadas por pessoas infectadas⁽¹⁾. A afecção de um grande número de pessoas por diversos países do mundo levou a Organização Mundial da Saúde a declarar a situação de pandemia por COVID-19. Em 18 abril de 2020, o número de casos confirmados no mundo era de 2.276.547 com 156.141 óbitos⁽²⁾.

O quantitativo de casos no Brasil, em 20 de abril de 2020, era de 40.581 e 2.575 óbitos pela COVID-19, sendo 72% das mortes na população com mais de 60 anos⁽¹⁻²⁾. Porém, vale ressaltar, que há subnotificação dessa incidência, por causas diversas, entre elas: impossibilidade de realização de testes em todos os suspeitos; tempo de análise dos testes, devido à sobrecarga dos laboratórios responsáveis e de alguns hospitais; parcela da população vai a óbito sem procurar o serviço de saúde, podendo ser testada somente posteriormente, por meio da vigilância em saúde; em muitos casos a doença é assintomática; e, também, há situações de erros de diagnóstico, quando a avaliação do agravo é atribuída a outra morbidade.

Desse modo, estima-se que o número real de afetados pela COVID-19 seja muito maior do que o relevado. Dentre as pessoas acometidas estão os profissionais de saúde, em especial, os que atuam diretamente em contato com os pacientes, como os integrantes da equipe de enfermagem. No início do mês de abril de 2020, no Brasil, havia 30 óbitos de profissionais de enfermagem causadas pela doença e 4.604 estavam afastados de seu trabalho pela contaminação por COVID-19⁽³⁾.

A magnitude dessa ocorrência ameaça o sistema de saúde e os profissionais que nele atuam, no sentido de



evitar colapsos no atendimento as diversas demandas que emergem, tanto no plano de atenção à população, como de recursos humanos. Nesse cenário, os profissionais de enfermagem foram convocados a atender tais necessidades com seus conhecimentos e habilidades técnicas, porém com domínio insuficiente sobre o manejo de como lidar com pacientes acometidos pelo vírus SARS CoV-2, já que a pandemia evoluiu de forma muito rápida.

Assim, esses profissionais passaram a enfrentar dilemas relacionados à impossibilidade de contato com familiares, acompanhamento de mortes frequentes, hostilidade de integrantes da sociedade, que os consideram vetores de transmissão, carência de equipamentos de proteção individual (EPI), culminando com longos períodos de trabalho ininterrupto. Também, precisam lidar com o medo de se contaminar e morrer, sobrecarga de trabalho em função do aumento de atividades e pelo fato de colegas estarem adoecendo, como tem sido divulgado na mídia diariamente, e com o sofrimento de familiares dos pacientes que precisam manter-se distantes, sem poder acompanhar o processo de morrer de seu ente querido.

Logo, enfrentar a realidade provocada pela COVID-19, afeta os trabalhadores da saúde em situações vivenciadas direta ou indiretamente. Eles podem manifestar seu sofrimento psíquico como: ansiedade; depressão; prejuízo na qualidade do sono; aumento do uso de drogas lícitas e ilícitas; sintomas psicossomáticos. Ainda há o medo de se infectarem ou transmitirem o vírus aos familiares intensificando o sofrimento psíquico⁽⁴⁾. A qualidade da saúde mental desses profissionais está intimamente conectada a capacidade de desempenho de seu trabalho – trabalhar enquanto abriga grande sofrimento psíquico prejudica ou impede a execução do trabalho do profissional.

Pesquisa com profissionais de saúde que atuavam na atenção primária à saúde identificou que estes trabalhadores, em sua prática cotidiana, vivenciavam situações complexas relacionadas às condições de trabalho inadequadas, desde a infraestrutura deficitária, falta de materiais e excesso de demandas assistenciais e administrativas, gerando sobrecargas, até conflitos interpessoais entre os integrantes da equipe no espaço de trabalho. Essas situações desencadeavam nos profissionais sentimento de impotência, inutilidade, frustração e desestímulo, com impactos negativos nas atividades laborais e, conseqüentemente, com comprometimento da sua saúde mental⁽⁵⁾. Entende-se que em tempos de pandemia, como a do coronavírus, as condições de trabalho sejam piores e os resultados sobre a saúde física e mental dos profissionais se exacerbam.

Ainda, considera-se que, na sociedade atual, a ansiedade, sintomas depressivos e o estresse são condições que podem comprometer a saúde mental dos profissionais de saúde e em tempos de pandemia novos desafios são enfrentados, pois as exigências são maiores e, provavelmente, tais manifestações estão presentes em grande parte dos profissionais. Neste sentido, estudo mostrou que depressão, ideação e tentativas de suicídio, uso abusivo de álcool e outras drogas, estresse, ansiedade, cansaço e esgotamento profissional são circunstâncias presentes e comuns no cotidiano da prática de profissionais de saúde⁽⁶⁾. Ainda, os transtornos de ansiedade se constituem em fator importante, que leva profissionais ao afastamento do trabalho por interferir significativamente na vida do trabalhador e daqueles que convivem com ele, além de prejudicar suas atividades e suas relações sociais⁽⁷⁾.

Vale destacar que o cuidado de enfermagem abrange atividades funcionais de manutenção, promoção, restauração da saúde e assistência num contexto de humanização, de liberdade e de autonomia, atuando como suporte para condições de vida saudável⁽⁸⁾. Entretanto, a necessidade de usar diversos EPIs durante o cuidado de enfermagem à pessoa com COVID-19 limita drasticamente a comunicação não verbal e desfigura o vínculo por essa via. Assim, percebe-se que algumas dimensões não são passíveis de serem contempladas no cenário de pandemia por coronavírus, provocando ainda mais sofrimento e dificultando o estabelecimento da empatia com o paciente. Tais fatores, ao limitar o vínculo empático com o paciente, contribuem também para a deterioração da saúde mental do trabalhador de enfermagem.

Diante dessa situação, estratégias para manter a saúde mental dos profissionais precisam ser conjecturadas, uma delas é o acolhimento. Preconizado no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Política Nacional de Humanização (PNH) como uma diretriz, de uso fundamental no primeiro contato do paciente. O acolhimento

incorpora aspectos éticos e políticos, sendo um modo de produzir saúde e constituir uma ferramenta na construção de vínculo que responde às necessidades daqueles que procuram serviços de saúde⁽⁹⁾. Mas seu uso não necessita permanecer restrito entre profissional para o paciente que procura atendimento.

Considerando as possibilidades do acolhimento já reconhecidas e seu emprego disseminado pela Enfermagem nos diversos cenários de atuação, pode-se supor que tal ferramenta está subutilizada em seu uso entre os profissionais da equipe – restringindo a aplicação aos usuários. Isso se torna notável durante a conjuntura provocada pela pandemia, com o sofrimento psíquico dos profissionais de enfermagem, em que há necessidade de alento durante situações atroz ou exaustivas. Em tais situações, o acolhimento é uma ferramenta capaz de dirimir o sofrimento e suportar elas até o fim de eventos traumáticos – mortes de pacientes ou contaminações confirmadas – e para buscar outras formas de tratar ou lidar com o sofrimento psíquico crônico.

Frente a essas ponderações e a necessidade da proteção à saúde mental dos profissionais de enfermagem, torna-se mister refletir sobre as possibilidades do acolhimento na equipe de enfermagem durante o enfrentamento da situação gerada pela pandemia por COVID-19.

POSSIBILIDADES NO ACOLHIMENTO À EQUIPE DE ENFERMAGEM ATUANTE NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA POR COVID-19

A pandemia da COVID-19 atinge particularmente as populações com comorbidades – em especial, com idade avançada – e também aqueles que cuidam deles. Os profissionais trabalham com essas pessoas afetadas pela enfermidade e além do risco de ingressar como doente ou tornar-se vetor, também precisam lidar com o sofrimento dos pacientes, dos familiares que telefonam, e com o seu próprio.

O risco de contaminação por si só, já é um fator de estresse atroz para o profissional, e precisar enfrentá-lo todo dia irá cronificar se nada for feito. Para melhorar a saúde mental do profissional de saúde, há diversas medidas: como terapias, para grandes sofrimentos; e medidas recreativas ou descanso, para lidar com a dor e fadiga diários. Mas durante o trabalho, ou logo após ele, pode haver necessidade inadiável, um sofrimento tão agudo, que necessite ser atendido no momento ou em curto intervalo. Nessas situações, pode-se recorrer ao acolhimento.

O cuidado da enfermagem não pode se furtar de enfrentar situações de sofrimento e morte, principalmente de idosos em hospitais e Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), tal é inexorável a ele – uma vez que lhe é competência e objetivo prestar o cuidado a quem necessita. Durante a pandemia, os idosos constituem a população com maior taxa de mortalidade pela COVID-19, então, locais como os hospitais e as ILPI são os que requisitarão maiores cuidados pelos riscos inerentes à estrutura. Profissionais que trabalham nesses ambientes estarão expostos a situações extremas e necessitarão de apoio, alívio do sofrimento decorrente dos estados críticos dos idosos.

Para fornecer o acolhimento são necessários alguns requisitos: disposição, “estabilidade” emocional e vinculação com a pessoa que se busca acolher. Disposição no sentido de tempo para permanecer com a pessoa acolhida, variável com a situação, e ficar presente. É necessário dispor de atenção a ela – a experiência e as sensações que a pessoa lhe endereça. Frente ao que é vivenciado e transmitido para o profissional que acolhe, esse conteúdo precisa ser suportado para possibilitar o acolhimento. O profissional precisa avaliar se está em condições de prestar o acolhimento levando em conta seu estado emocional e o que está sendo experienciado e relatado pela pessoa acolhida. O vínculo entre quem acolhe e o acolhido vai definir as possibilidades do acolhimento. Com tal sofrimento, é insuficiente enunciar somente dados científicos – resultados de exames, procedimentos das técnicas – e urge atendê-las em sua agonia.

O acolhimento não se restringe ao primeiro contato do usuário com o serviço, não tem hora certa para acontecer e não pode ser confundido com a prática de triagem. É uma ferramenta de cuidado e criação de vínculo, pautada na escuta qualificada e humanizada dos sujeitos. Acolhe-se também, por exemplo, em momentos de agravamento dos problemas de saúde, garantindo a manutenção ou fortalecimento do vínculo,

que consiste num alicerce constitutivo dos processos de produção de saúde mental. Desse modo, a escuta é uma ação terapêutica e, como primeiro contato, o acolhimento inicial é um momento estratégico para o estabelecimento de vínculo com o outro⁽⁹⁾.

Acolher é, portanto, comprometer-se com o outro. Ainda, acolhe-se não apenas os usuários do sistema de saúde, mas também os profissionais do serviço e de outros serviços da rede, ao assumir uma postura de apoio e de compartilhamento de saberes, dúvidas, inquietações e experiências. Como está posto na PNH, colocar em prática o acolhimento num espaço de saúde provoca “mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas”^(10:10), ao possibilitar que o processo de trabalho seja focado nas relações que os profissionais estabelecem entre si, com os usuários, com a comunidade e com outros serviços.

Vale lembrar que o cuidar e ser cuidado envolve interação de pessoa com pessoa. Uma relação em que seres humanos juntos constroem vínculos profissionais e, de algum modo, afetivos que tornam pessoas e situações preciosas, investidas de valor. Isto se evidencia não só em relação à díade trabalhador da saúde e usuário, mas, também, entre os integrantes da equipe profissional. Nesse campo de relação há contínua pressão sob o profissional de que ele não pode errar, pois está lidando com um ser humano, afinal seu objeto de trabalho são pessoas atingidas em sua integridade física, psíquica e social, alguém que expressa sofrimento e mobiliza sentimentos no profissional que o cuida, o que exige resultados muitas vezes superiores à possibilidade humana de alcançá-los⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Assim, o trabalhador da enfermagem encontra-se continuamente envolvido na responsabilidade de cuidar o outro. No entanto, esses profissionais também são sujeitos de sofrimentos e medos e, como tal, necessitam de cuidado. Precisam de alguém que lhes invista um olhar de atenção, de continência das angústias e ansiedades despertadas em cada caso, no contato com a dor e o sofrimento dos usuários que atende⁽⁹⁻¹⁰⁾. Isto porque há situações em que o profissional realiza todas as medidas cabíveis, mas não conseguiu revertê-las. Nelas, o profissional encontra-se, talvez, em seu ponto mais crítico de sofrimento psíquico. Aqui, a equipe pode acolher seu integrante e aliviar seu sofrimento psíquico a um ponto suportável para ele, mesmo que durante um curto período, e encaminhar aos auxílios de profissionais da saúde mental psicólogos e psiquiatras sempre que necessário, acolhendo o sofrimento psíquico com seriedade que merece.

Considerando as dificuldades, requisitos e benefícios do acolhimento, ressalta-se a necessidade de preparo da equipe de enfermagem e multiprofissional em acolher os trabalhadores. A equipe deve reconhecer as limitações de seus integrantes e suas capacidades durante a pandemia. O acolhimento é uma das formas de apoio à saúde mental da enfermagem para a equipe e não, necessariamente, apenas para os usuários do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento é uma estratégia importante para a saúde dos profissionais de enfermagem que atuam em situação de pandemia. Entende-se que acolher o colega que também enfrenta a mesma e árdua realidade pode ser um desafio, pois os vínculos construídos entre a equipe são diversos e específicos para cada profissional – enquanto a vinculação é fundamental ao acolhimento. Tais vínculos irão definir as possibilidades de acolher em determinadas situações e entre diferentes colegas.

Acolher reduz o sofrimento psíquico de profissionais atuantes no combate a COVID-19. Por isso, oferecer acolhimento é uma forma de ajudar o colega da equipe de enfermagem a enfrentar o medo e a insegurança que permeiam uma situação de pandemia e propicia tantas situações de sofrimento e ajuda a decidir pelo melhor encaminhamento do sofrimento do profissional.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Coronavírus COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [Citado 2020 Abr 20]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>
2. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico coronavírus nº 12 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [Citado 2020 Abr 20]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/19/BE12-Boletim-do-COE.pdf>
3. Conselho Federal de Enfermagem. Brasil tem 30 mortes a enfermagem por COVID-19 e 4.000 profissionais afastados [Internet]. [Citado 2020 Abr 20]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-tem-30-mortes-na-enfermagem-por-covid-19-e-4-mil-profissionais-afastados_79198.html
4. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-10. Recomendações para Gestores. Ministério da Saúde: Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-gestores.pdf>
5. Costa IP, Pimenta CJL, Brito MJM. Adversities experienced by professionals in the Primary Health Care: implications for the meanings of the work. *Esc Anna Nery*. 2019; 23(3): e20180373. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2018-0373.
6. Souza HA, Bernardo MH. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. *Rev bras saúde ocup*. 2019; (44): e26. doi: 10.1590/2317-6369000001918.
7. Ribeiro HKP, Santos JDM, Silva MG, Meideiro FDA, Fernandes MA. Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. *Rev bras saúde ocup*. 2019; (44): e1. doi: 10.1590/2317-6369000021417.
8. Souza ML, Sartor VVB, Padilha MICS, Prado ML. O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto contexto enferm*. 2005; 1(2): 266-70. doi: 10.1590/S0104-07072005000200015.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. P.10

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c12>

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID-19

Claudia Feio da Maia Lima^I

ORCID: 0000-0002-4718-8683

Márcia de Assunção Ferreira^{II}

ORCID: 0000-0002-6991-7066

^IUniversidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil.

^{II}Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pesquisadora 1C do CNPq. Coordenadora da Área de Enfermagem no CNPq (Gestão 2018-2021). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Autor Correspondente:

Claudia Feio da Maia Lima
E-mail: claudiafeiolima@yahoo.com.br



Como citar:

Lima CFM, Ferreira MA. Práticas integrativas e complementares de saúde no enfrentamento da pandemia covid-19. In: Santana RF. Enfermagem gerontologica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p.71-76. (Serie Enfermagem e Pandemias, 1). <https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c12>

A PANDEMIA E SUAS PARTICULARIDADES NO BRASIL

No final de 2019 o mundo foi surpreendido com o surgimento de uma nova enfermidade causada por um novo vírus. A COVID-19, causada pelo SARS-CoV-2, passou a ser uma realidade na vida das pessoas, começando em países do Oriente e logo alcançando o Ocidente e todos os países do mundo. Em vista disso, o mundo passou a vivenciar o cotidiano com enfrentamento de uma crise sanitária de grandes proporções, uma novidade neste século XXI.

Este novo vírus tem alto poder de disseminação e infecção e o quadro clínico se apresenta variável, desde a falta de sintomas até os quadros graves respiratórios. A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que cerca de 80% das pessoas acometidas pela COVID-19 não apresentam sintomas, enquanto os outros cerca de 20% dos casos, em face dos agravos respiratórios, podem precisar de atenção médica hospitalar, sendo 5% deles tão graves que requererem, por vezes, suporte ventilatório mecânico¹.

No Brasil, a pandemia mostrou seus primeiros números em março, quando o Ministério da Saúde (MS) lançou as primeiras medidas de monitoramento e controle da infecção. Até o dia 20 de abril, os dados publicados pelo MS contabilizavam 40.581 casos confirmados no Brasil, com 1.927 novas confirmações em 24 horas, e 2.575 mortes, o que representou uma letalidade de 6,3%. Considerando os óbitos confirmados por COVID-19, 72,0% tinham mais de 60 anos e 70,0% apresentavam pelo menos um fator de risco. Em todos os grupos de risco, a maioria dos indivíduos tinha 60 anos ou mais, exceto para obesidade².

Dentre os fatores de risco estão enfermidades como: cardiopatia, diabetes, pneumopatia, doença neurológica, imunodepressão, obesidade grave, asma, doença renal crônica em diálise e doença hepática³. Além dessas, se enquadram as puérperas e pessoas com mais de 60 anos, mesmo sem comorbidades¹.



Muitos profissionais de saúde se enquadram nestas categorias que formam o grupo de risco, por isso estão sendo afastados de seus postos de serviços por estarem mais expostos à infecção. Nesse sentido, com o aumento da demanda de atendimento pelo avanço da pandemia e a redução de recursos humanos, pois o trabalho desses profissionais aumentaram consideravelmente, resultando em sobrecarga física e mental.

Em nota técnica, o Consorcio Lei Maria da Penha pontuou a vulnerabilidade dos profissionais de Enfermagem nessa pandemia. Destacada por ser uma profissão composta de 80% de mulheres, aponta-se que o entrelaçamento dos conceitos de gênero e raça produz mais susceptibilidade dos(as) profissionais de enfermagem, uma vez que estão na linha de frente do cuidado mantendo contato junto a pacientes com a COVID-19. Receber baixos salários, trabalhar por longas horas, até mesmo sem Equipamento de Proteção Individual (EPI), e acumularem mais de um vínculo empregatício os(as) expõem à violência institucional e ao assédio moral⁴.

Aliado a isso, estudo já evidenciou que a Enfermagem vivencia processos de precarização do trabalho, que culminam em sobrecarga e degradam as condições de trabalho, tendo como consequência sofrimentos e adoecimento, tanto mental quanto físico⁵. Tais adoecimentos têm sido responsáveis por afastamentos, absenteísmos e acidentes de trabalho⁶. Tais situações, apesar de serem uma realidade na área e objeto de evidências, muitas vezes não são tão visibilizadas e valoradas, e permanecem negligenciadas.

Em tempos de pandemia, o exercício profissional na saúde ganha destaque, pela responsabilidade e pelo compromisso com o cuidado e o resguardo da saúde da população. Não obstante, também avoluma o potencial de sofrimento dos trabalhadores, dos profissionais que atuam nas instituições e também daqueles que trabalham nos cuidados em domicílio, sobretudo cuidando de idosos, em face de tantas vulnerabilidades e da experiência com repetidas mortes diárias daqueles a quem cuidam.

Na China, pesquisa realizada durante a pandemia evidenciou dados importantes sobre a saúde mental da população como de profissionais de saúde acusando depressão, transtornos de ansiedade, insônia e sintomas de estresse levando o país a implementar estratégias variadas de intervenções e abordagens para amenizar/tratar os problemas de seus cidadãos⁷.

Em um balanço divulgado pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), até o dia 17 de abril 4.604 profissionais de Enfermagem estavam afastados do trabalho com sintomas da doença ou com diagnóstico confirmado e 32 já haviam morrido de COVID-19⁸.

Cuidar em situações de urgência e emergência, em especial quando se está diante de situações limites, por vezes causa muito sofrimento. O enfermeiro vivencia enfrentamentos constantes em seus processos de trabalho cotidianos, e em casos de urgência e emergência a heterogeneidade das situações, aliadas a condições de trabalho adversas contribuem para aumentar os riscos de exposição dos profissionais a acidentes de trabalho e infecções. A sobrecarga nos serviços de urgência e emergência, evidenciada por vários fatores, aliados à alta demanda e ao inadequado dimensionamento de pessoal faz parte da realidade da saúde no Brasil⁹, sobremaneira em uma situação de pandemia, como a atual.

Em meio a tanta adversidade, há que se prever e considerar o aumento dos riscos e do adoecimento dos profissionais e cuidadores domiciliares, pelas incertezas e cargas de estresse, angústia e ansiedade que a crise sanitária impõe, pela responsabilidade de cuidar do outro e de si. Nesse sentido, pensar sobre este contexto de vulnerabilidade da saúde dos profissionais de enfermagem, e de cuidadores domiciliares, em particular de pessoas idosas, e propor estratégias de cuidado que possam ajudá-los a enfrentar tão dura realidade, parece necessário e aplicado ao momento de grave crise sanitária na qual vivemos no momento.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE SAÚDE NO CUIDADO ÀS PESSOAS NO CONTEXTO DA PANDEMIA

A essência do trabalho da Enfermagem é o cuidado, o qual não pode prescindir das relações intersubjetivas e humanizadas que cercam os encontros com usuários e família. Em se tratando de um cuidado integral,

compõe-se de dimensões - acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade - com compromisso ético e social, articulado as outras práticas do sistema de saúde e de variadas densidades tecnológicas¹⁰.

O cuidado de enfermagem possui uma ampla finalidade, que vai desde a promoção da saúde, conforto e bem-estar ao tratamento de agravos e reabilitação, estendendo-se a atenção à terminalidade e morte. Com este largo espectro de alcance, utiliza-se de práticas, estratégias e tecnologias para lograr êxito na particularidade do seu cuidado.

Afinada com uma abordagem mais integral e integradora do ser humano, a Enfermagem cuida com atenção voltada ao corpo físico, mental, espiritual, social e ao ambiente das pessoas, e como importantes aliados nesse intento, vem se utilizando de recursos terapêuticos que formam o elenco de 29 práticas compondo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PNPICS).

Os enfermeiros são profissionais que se destacam na atuação com as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS), uma vez que atuam nos mecanismos de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação¹¹, vindo ao encontro da finalidade dos cuidados essenciais de enfermagem. Ainda mais, possuem respaldo legal para incorporarem tais práticas no exercício profissional¹¹.

São muitas as indicações para aplicação de PICS no atendimento as pessoas, e para cada situação de saúde-adoecimento e sofrimento, uma ou outra prática pode ser mais ou menos indicada ao momento. No contexto abordado nesse texto, relevam-se os resultados da pesquisa realizada na China em que se observou grande impacto na saúde mental das pessoas⁷, e não obstante, para se promover saúde integral, há que se cuidar dessa dimensão humana.

Destaca-se que comprometimentos na saúde mental influenciam diretamente no desenvolvimento pessoal quanto na produtividade¹², o que, no caso das equipes de Enfermagem, irá impactar na qualidade do cuidado prestado. Em vista disso, indicar, aplicar e realizar PICS para promover a saúde humana são medidas viáveis sempre e indispensáveis em momento como de pandemia.

Não se tem a pretensão neste texto de tratar das 29 PICS referendadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas serão pontuadas algumas no intuito de divulgá-las e evidenciá-las nos seus potenciais de aplicação e propriedade a serem utilizadas no contexto da pandemia da COVID-19.

Algumas PICS e suas aplicações

Uma prática que vem sendo muito difundida é a meditação, com benefícios no humor, na cognição, na concentração entre tantos outros. Pesquisa experimental com técnica de meditação de atenção plena (*mindfulness*) realizada com um grupo de trabalhadores saudáveis evidenciou efeitos positivos no cérebro e na função imunológica, com aumento significativo na titulação dos anticorpos testados¹³.

No que se refere às pessoas idosas, pesquisa realizada na cidade de São Paulo (Brasil), com idosos usuários de serviços de saúde do SUS resultou que práticas de meditação apontaram significativa melhora nos estados de ansiedade, tristeza/depressão, angústia, preocupação excessiva, desânimo e apatia¹⁴. Outra pesquisa já evidenciou melhora do sono e, conseqüentemente, na qualidade de vida¹⁵.

Sobre a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), chama a atenção uma pesquisa de revisão realizada na China, em que os autores estabelecem uma relação entre a MTC e o tratamento da COVID-19 com respostas positivas dos pacientes na combinação entre abordagens da MTC e medicina ocidental na COVID-19. Nessa pesquisa os autores afirmam que há diminuição de alguns dos efeitos colaterais da medicina ocidental, principalmente na recuperação da função pulmonar. Ressaltam a fitoterapia relacionada a alguns sintomas e com efeito na inibição da interação da proteína S do vírus com a ECA, causando diminuição da patogenicidade e progressão da doença. Outras terapias da MTC também são citadas na pesquisa, a exemplo da acupuntura, moxabustão e Tai Chi, promotoras de saúde, com melhora no sistema imunológico e na função pulmonar¹⁶.

Do mesmo modo, em particular, no que se refere ao fortalecimento do sistema imunológico, vale salientar a aplicação da terapia Reiki, cujo propósito é canalizar um tipo de energia universal por meio da imposição das mãos em quem receberá a terapia. Busca-se com isso o restabelecimento do equilíbrio físico, mental e

espiritual. As produções têm mostrado que o Reiki conduz a mudanças significativas em estados de ansiedade, dores, estresse, com aumento das células de defesa e diminuição dos níveis da pressão arterial¹⁷.

O medo e o pânico que uma pandemia causa pode gerar esgotamento e transtornos de ansiedade e, por conseguinte, baixar a imunidade. Portanto, técnicas terapêuticas que atuam no controle de tais sensações podem contribuir para um melhor estado geral e atuarem como coadjuvante em melhores respostas do organismo às infecções. Nessa intenção, a Terapia Floral age nos estados mentais e emocionais, gerando equilíbrio e bem-estar e possui um conjunto de essências voltadas a essas sensações. Para corroborar com esta afirmação, pesquisa feita com trabalhadores mostrou que uma fórmula com quatro essências florais teve como efeito a diminuição significativa no nível de ansiedade do grupo pesquisa, em comparação ao grupo que não a utilizou¹⁸. Logo, a Terapia Floral pode ser uma boa aliada no cuidado às pessoas, sejam profissionais ou usuários do sistema de saúde, para o enfrentamento dos problemas vivenciados neste momento de pandemia.

Na linha do fortalecimento e da promoção da saúde mental, tem-se o Yoga, que promove a saúde integral por meio de posturas psicofísicas e meditações. Esta prática evidencia bons resultados na redução da sobrecarga, da ansiedade e dos sintomas de depressão, resultando em melhora na qualidade de vida, com diminuição de dores de cabeça e nas costas¹⁹. Pesquisa feita com oito trabalhadores indicou benefícios para o corpo, para a mente e maior disposição ao final da jornada de trabalho²⁰.

ESTREITANDO O FOCO NA CONDIÇÃO DE SER PESSOA IDOSA

Os dados até então mostrados em todos os países do mundo evidenciam as pessoas idosas como grupo populacional de risco para desenvolver as complicações causadas pela COVID-19. À vista disso, mais que nunca é preciso respeitá-los, protegê-los e cuidá-los. A OMS sugere que se tenha paciência, dando-lhes informações claras sobre como se prevenirem, repetindo calmamente quantas vezes forem necessárias. Também alerta a OMS que o confinamento, seja nas residências ou nos hospitais, gera ansiedade, irritação, estresse e agitação, com maior intensidade nos que sofrem de declínio cognitivo e demência²¹, devendo os profissionais de saúde se manterem alertas para tais situações e dedicarem o cuidado necessário a esse grupo etário, para que consigam superar este desafio que ameaça a vida de todos.

Manter uma rotina diária, com atividades, oferecer-lhes ocupação, atenção, integração, fazer-lhes companhia, manter contato por meio de visitas virtuais, seja por chamadas telefônica de voz ou vídeo são medidas a serem tomadas para evitar alterações bruscas no dia a dia e minimizar a solidão. Manter cuidados com a alimentação e higiene, reduzir a exposição às informações negativas em relação à pandemia, pois o excesso pode leva-los à saturação e confusão acerca do que fazer ou à perspectiva de um futuro incerto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Viver e se manter saudável em tempos de pandemia, de natureza tão imediata e agressiva como a COVID-19 é uma demanda cada dia mais urgente para todo o mundo. Os profissionais da saúde, enfatizando aqui a Enfermagem, como equipe que convive e planeja as ações do cuidado ao longo da jornada laboral sempre exaustiva e de risco, sobretudo agora, diante dessa situação grave de saúde pública, necessitam ser reconhecidos pelo trabalho que desenvolvem e acolhidos em múltiplas necessidades, para manutenção das ações cuidativas com qualidade, além da sua própria condição de vida profissional, física e mental.

O enfrentamento em situações de pandemia exige a reflexão para a reorganização de novos tempos, nos quais sentimentos negativos e consequências ruins sejam vivenciados de forma mais sustentável e menos sofrida, sendo as PICS um caminho de possibilidades para o autoconhecimento, a gestão de situações que gerem diferentes sobrecargas e a disponibilidade de um cuidado mais harmônico, sem que sejam afetados o equilíbrio físico e a saúde mental dos envolvidos no decurso de cuidar, mas também ser cuidado integralmente.

Faz-se imprescindível a sensibilidade de todos para o sentido do cuidado coletivo, com foco na gestão de estratégias que possam colaborar mais enfaticamente na proteção e assistência qualificada aos que forem expostos ao vírus e desencadeiem a COVID-19, mas também na ampliação das terapêuticas de suporte individual e para o ambiente de trabalho.

AGRADECIMENTO

Ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn Nacional.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Coronavírus - COVID-19 - O que você precisa saber - [cited 2020 Apr 17]. Available from: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus>
2. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Boletim COVID-19 - 13 - [cited 2020 Apr 22]. Available from: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/21/BE13---Boletim-do-COE.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Coronavírus? Ter suas dúvidas aqui - [cited 2020 Apr 17]. Available from: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/coronavirus-tire-suas-duvidas-aqui/>
4. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. Nota Técnica do Consórcio Maria da Penha frente à COVID-19 - [cited 2020 Apr 17]. Available from: http://www.cofen.gov.br/nota-tecnica-do-consorcio-maria-da-penha-pontua-vulnerabilidade-da-enfermagem-na-pandemia_79073.html
5. Perez Junior EF, David HMSL. Trabalho de Enfermagem e precarização: uma revisão integrativa. *Enferm. Foco*. 2018;9(4):71-76. doi: 10.21675/2357-707X.2018.v9.n4.1325
6. Carvalho DP, Rocha LP, Barlem JGT, Dias JS, Schallenberger CD. Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2017;22(1):01-11. doi: 10.5380/ce.v22i1.46569
7. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, Zhang B. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry* 7(4):e17-e18. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8
8. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. Mais de 4 mil profissionais foram contaminados pela COVID-19 - [cited 2020 Apr 22]. Available from: http://www.cofen.gov.br/mais-de-4-mil-profissionais-de-enfermagem-foram-contaminados-pela-covid-19_79240.html
9. Sousa KHJF, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira MA. Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019; 40:e20180263. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180263
10. Assis MMA, Nascimento MAA, Pereira MJB, Cerqueira EM. Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(2):304-9. doi: 10.1590/0034-7167.2015680221i
11. Azevedo C, Moura CC, Corrêa HP, Mata LRF, Chaves ÉCL, Chianca TCM. Complementary and integrative therapies in the scope of nursing: legal aspects and academic-assistance panorama. *Esc Anna Nery*. 2019;23(2):e20180389. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0389
12. Razzouk D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? *Epidemiol. Serv. Saude*. 2016;25(4):845-848. doi: 10.5123/S1679-49742016000400018
13. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med*. 2003;65(4):564-570. doi: 10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3
14. Santos TM, Busato S, Leite NM, Kozasa EH. Contribuição da meditação para a saúde mental dos usuários de serviços públicos de São Paulo. *Rev bras med fam comunidade [internet]*. 2012 [cited 2020 Apr 19];7(Sup1):38. Available from: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/573/433>
15. Black DS, O'Reilly GA, Olmstead R, Breen EC, Irwin MR. *JAMA Intern Med*. 2015;175(4):494-501. doi:10.1001/jamainternmed.2014.8081
16. Cui HT, Li YT, Guo LY, Liu XG, Wang LS, Jia JW, et al. Traditional Chinese medicine for treatment of coronavirus disease 2019: a review. *Traditional Medicine Research*. 2020;5(2):65-73. doi 10.12032/TMR20200222165

17. Freitag VL, Andrade A, Badke MR. El Reiki como forma terapéutica en el cuidado de la salud: una revisión narrativa de la literatura. *Enf Global* [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 20];14(2):335-56. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/200511>
18. Salles LF, Silva MJP. Efeito das essências florais em indivíduos ansiosos. *Acta paul. enferm.* 2012;25(2):238-242. doi: 10.1590/S0103-21002012000200013
19. Rosa AL, Miranda AVS. O Yoga como prática integrativa na promoção de saúde mental: uma ferramenta ética para o cuidado de si. *Rizoma* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 20];1(2):178-190. Available from: <http://periodicos.estacio.br/index.php/rizoma/article/viewFile/3180/alvaro>
20. Fava MC, Rocha AO, Bittar CML, Tonello MGM. Percepções sobre uma prática de yoga: impactos no estresse diário e na saúde do trabalhador. *Aletheia* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 20];52(1):37-49. Available from: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/5280>
21. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020. [Internet]. WHO. 2020 [cited 2020 Apr 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331490>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO