

O Projeto Telenfermagem
Apresenta...

Volume 17, Nº 17

Setembro
2022

MOMENTO TELESSAÚDE

ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

"...As campanhas de divulgação dos tipos de violência e dos direitos da pessoa idosa nas mídias sociais e na televisão seria sim muito interessante..."

PÁG 12 - 14



Fonte: Abrasco, 2017

ACOLHIMENTO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

"...A pessoa idosa precisa essencialmente do cuidado e a área do cuidado é a enfermagem..."

PÁG 5 - 11

ENVELHECIMENTO E INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA

"...99% das interações vão acontecer dentro do corpo e o tempo maior que o fármaco permanece no corpo do idoso pode ser relevante pra ocorrência da interação medicamentosa..."

PÁG 2 - 4

ENVELHECIMENTO E INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA

Professora Mariana Martins Gonzaga do Nascimento do Departamento de Produtos Farmacêuticos da Faculdade de Farmácia da UFMG, atuando principalmente nas áreas de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde.

Quais os principais fatores que levam à interação medicamentosa em idosos?

O primeiro seria o número de medicamentos que eles utilizam. Normalmente, idosos são usuários de múltiplos medicamentos. Nós temos alguns marcos teóricos na polifarmácias que seriam 5 medicamentos ou mais, e em casos excessivos são considerados 10 ou mais. A literatura varia bastante quanto à determinação desses números e, sabe-se que qualquer medicamento a mais que seja desnecessário, considera-se uma polifarmácia desnecessária. Existem vários medicamentos que podem interagir entre si, incluindo medicamentos desnecessários que o idoso utiliza, mas que na verdade não precisaria estar utilizando. Acho que esse é o principal fator. Um segundo fator que influencia bastante é o processo de envelhecimento do corpo. Então, quando o corpo envelhece ocorre alterações na farmacocinética dos medicamentos e sabemos que o medicamento tem que ser absorvido, distribuído, tem que passar pelo processo de metabolização no fígado e depois eliminado por via renal, na maioria das vezes. No entanto, com o processo de envelhecimento, observa-se, principalmente o envelhecimento do rim, reduzindo sua função após os 30 anos. É um processo natural, ou seja, não precisa ter doença para o rim envelhecer. Isso afeta muito e também o fígado, que recebe menos aporte de sangue, desacelerando também o metabolismo. Assim, o metabolismo hepático e a eliminação renal são essenciais para a eliminação do medicamento do organismo.



Prof. Mariana Martins Gonzaga do Nascimento

Dessa forma, quando o envelhecimento vai acontecendo, o fármaco permanece mais tempo dentro do organismo. Se ele permanece mais tempo, ele acaba tendo maior potencial de interagir com outros fármaco que também estão no corpo.

99% das interações vão acontecer dentro do corpo e o tempo maior que o fármaco permanece no corpo do idoso pode ser relevante pra ocorrência da interação medicamentosa.

Quais as estratégias que o profissional da saúde pode empregar para diminuir os riscos de interação medicamentosa?

O aprazamento é uma estratégia mas, muitas vezes, ele é superestimado pelo profissional. Então, ao dizer que dois medicamentos interagem, normalmente não irá acontecer pelo fato de ter sido ingerido simultaneamente.

Existem situações diferenciadas como: “A levotiroxina com omeprazol no período da manhã.” Pode-se realizar aprazamentos para distanciar os dois comprimidos e isso vai ser relevante, considerando a etapa da absorção medicamentosa. Ainda existem outros tipos de interação que ocorrem dentro do corpo, por exemplo, se o paciente que está tomando um medicamento ingere álcool, nesse caso, este diminui o metabolismo hepático desse medicamento, aumentando da concentração do fármaco.

O que pode ser feito é monitorar os efeitos daquele medicamento, se está ocorrendo um efeito adverso em decorrência do aumento da concentração do fármaco no organismo. Essa conduta traduz um Parâmetro de Segurança para o paciente, possibilitando listar os efeitos adversos dos medicamentos utilizados pelo paciente. Então, um exemplo: “Ah, a gente tem a claritromicina que é um antibiótico. Um antimicrobiano. Nós temos as estatinas, como a atorvastatina que muitos idosos utilizam.” caso precise tratar uma pneumonia com uma claritromicina durante algum tempo, o paciente pode ter um aumento da permanência da atorvastatina no organismo. Podendo ter consequências de alterações musculares e hepáticas em decorrência desse aumento de concentração da dose. Assim, deve-se monitorar o paciente quanto aos efeitos adversos que uma estatina pode causar nesse corpo. Assim, perguntamos: “Ah, como que tá? Tá sentindo dor? Ou se já tem uma dor. Tem dor além do usual? Eu posso fazer exames também para ver se está tendo alterações musculares nos exames.”

Pode-se destacar os 9 certos da Enfermagem. Os 12 certos sempre incluem o efeito que também é o monitoramento do paciente e os efeitos que são negativos.

Por outro lado, pode ter uma redução da concentração do medicamento, por exemplo, ao

tomar um medicamento que interage com um anti-hipertensivo, pode diminuir a concentração desse fármaco no organismo. “E aí, a pressão arterial do meu paciente começar a subir” Então, também eu vou monitorar. “Será que o meu medicamento tá sendo efetivo?” Então, ao monitorar, sempre monitorar se o medicamento está tendo o efeito desejado e se está tendo algum efeito indesejado. Eu posso olhar; fazer uma lista de todas as interações que o meu paciente apresenta. Mas, a questão não é a gente pensar assim: “Ah, tem interação. Então, tem que tirar o medicamento?” Não. Muitas vezes, ele precisa de todos aqueles medicamentos. O idoso com insuficiência cardíaca, com histórico de infarto, com hipertensão não vai tomar menos do que 10 medicamentos, com isso deve-se ficar atento quanto a interação medicamentosa. Pois podemos ter que ajustar a dose de um medicamento considerando o processo de interação. As interações farmacocinéticas provocam alterações em todos os processos desde a absorção até a excreção, podendo assim, reduzir a concentração e a permanência do medicamento nos locais receptores. Isso reforça a necessidade de um monitoramento efetivo, pois muitas vezes esse tipo de interação não representa mudança no efeito do medicamento, mas penas na intensidade e na duração dele.

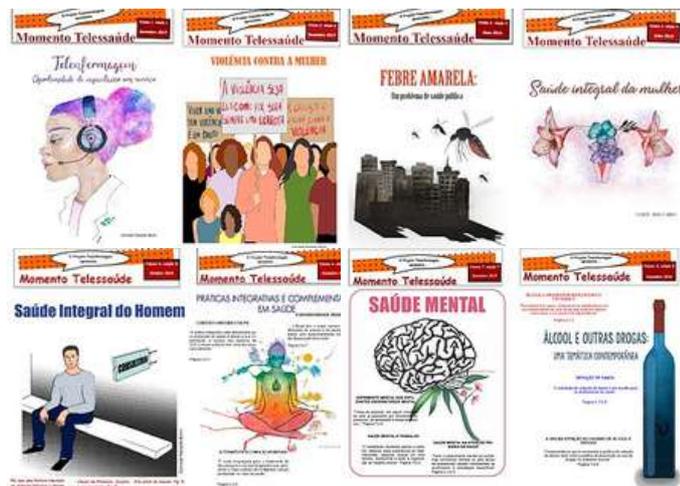
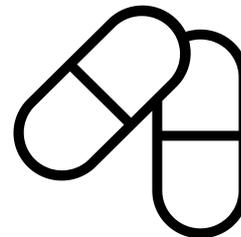
Quais são os sinais de alerta para descobrir que se está ocorrendo a interação medicamentosa e quais os grupos de medicamentos geralmente têm mais chance de interagir com o outro?

Nós temos certos grupos de medicamentos que são medicamentos com baixo índice terapêutico e, os quais a dose tóxica é muito próxima da dose terapêutica. Então, qualquer flutuação para cima ou para baixo na concentração do fármaco no corpo pode levar à redução do

efeito ou aumento muito grande do efeito. Então é importante conhecer esses grupos de medicamentos porque tem que monitorar os efeitos que podem desencadear no paciente.

Pode-se citar a digoxina que é utilizada para insuficiência cardíaca. Há também medicamentos utilizados para estados epilépticos, como fenitoína, carbamazepina, também medicamentos para controle do humor, como o lítio. Todos esses medicamentos, além de monitorar o efeito, há necessidade de avaliar a concentração da droga no sangue. Dessa forma, acompanhar os efeitos desses medicamentos é necessário e a Organização Mundial de Saúde apresenta uma lista com medicamentos considerados potencialmente perigosos.

É necessário conhecer quais os efeitos desses medicamentos mais preocupantes possui e se o meu paciente os utiliza. Um exemplo seria os anti-coagulantes, como a varfarina e enoxaparina, que estão associados ao maior risco de sangramento e morte, a administração de doses baixas está relacionada a ocorrência de efeitos tromboembólicos. Por outro lado, o uso de doses altas da enoxaparina aumenta o risco de sangramento sobretudo em paciente mais vulneráveis como idosos, gestantes e portadores de disfunção renal. Portanto, precisa-se conhecer esses medicamentos potencialmente perigosos e intensificar seu monitoramento adequado garantindo, assim, uma boa estratégia para promover a segurança do paciente.



As outras edições do Boletim podem ser encontradas na aba "Momento Telessaúde" >> "Boletim Informativo" do site <https://telessaudeufmg.wixsite.com/eeufmg> Ou no site da Escola de Enfermagem da UFMG <<http://www.enf.ufmg.br/index.php/2016-06-28-16-43-53/890-boletim-informativo-projeto-telenfermagem>>

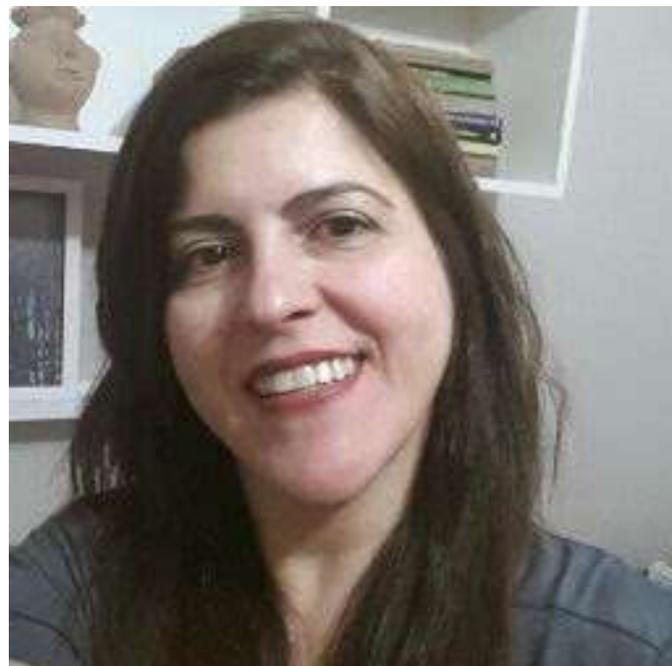
ACOLHIMENTO A PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

Enfermeira de formação, gerontóloga, terapeuta comunitária e doutora em enfermagem -Cuidar em Saúde - ênfase na saúde do adulto e do idoso pela EEUFMG, Maria Teresinha de Oliveira Fernandes, é membro efetivo dos grupos de pesquisa NEPCDH/EEUFMG e PHASE/ PUC MINAS (Processos Heurísticos e Assistenciais em Saúde e em Enfermagem).

No Brasil, há um número cada vez maior de pessoas idosas (com 60 anos ou mais de idade). Informações publicadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que o aumento da população idosa tem mudado o formato da pirâmide etária nos últimos 30 anos e essa mudança será ainda mais significativa em 2060, quando aproximadamente 1/3 da população brasileira será de pessoas idosas. O Elsi- Brasil (2018) apontou que 75,3% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde, sendo que 83,1% realizaram pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses. Você poderia falar um pouco sobre as especificidades e políticas públicas voltadas para o acolhimento desse setor na atenção básica?

A gente vem trabalhando há um tempo já com essa temática do idoso. E, nesse momento, eu acho que é muito apropriado o Telessaúde focar novamente esse tema e também conversar sobre envelhecimento e a saúde da pessoa idosa, principalmente nesse cenário político e social, com todos os movimentos que temos vivenciado, tanto democráticos quanto antidemocráticos.

Por que eu estou falando isso? Porque eles impactam no envelhecimento. É a nossa saúde mental, física e espiritual. A nossa saúde integral depende disso, do bem-estar social. Assim, a pergunta que vocês trouxeram é bastante relevante para o momento atual. Com esses dados que vocês trouxeram podemos refletir que nós não estamos numa situação favorável. O



Maria Teresinha de Oliveira Fernandes

projeto Elsi- Brasil, que faz esse levantamento longitudinal da saúde da pessoa idosa, aponta a população SUS-dependente em torno de 75%. Já é muita gente, então imagina como será em 2060. Isso retrata a questão econômica do cuidado com a saúde, nesse país. Quem pode pagar pela saúde privada, a saúde suplementar? Ela é muito cara. O Brasil vive hoje uma realidade em que a política de atenção básica foca no acesso à saúde para os mais pobres. A estratégia da Saúde da Família foi uma das principais estratégias de organização da atenção básica, desde mais ou menos 1994, que começou com o PACS. Qual é a importância do programa de agentes comunitários? Para reconhecimento da população brasileira através do cadastro, que foi implementado a partir mais ou menos no ano 2000. Eu estou falando mais ou menos, porque tem uma diversidade de datas em diferentes regiões do país, por exemplo, em Belo Horizonte foi implementado em 2002. E aí,

então, de 2000 para cá, a Atenção Básica começou a ser reorganizada com base nessa estratégia, organizando o cuidado conforme a área de descrição das equipes de Saúde da Família. Essas equipes, na época, eram compostas de um médico, um enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem, 4 a 6 ACS que eram referência de uma população de acordo com a classificação de risco médio risco, baixo risco e elevado risco. Entretanto, em 2016 a PEC 55 reduziu os recursos da saúde, por 20 anos, o que foi uma catástrofe para a gente. Em 2017 sofremos, também, uma alteração desse modelo da Estratégia de Saúde da Família com a PNAD. Com o programa Saúde na Hora todos os indicadores que a gente vinha trabalhando, a forma de a descrição com base no risco, na vulnerabilidade da população mudaram. O financiamento desse programa fica atrelado aos indicadores de produção das equipes e que são indicadores mais simples do que no programa anterior. Isso impacta diretamente no cuidado à população, quiçá na população mais idosa, que tem a perspectiva do cuidado bem diferenciada de um adulto dos demais ciclos de vida. A exemplo, novos indicadores são a aferição da pressão arterial e da glicose hemoglobina. Entretanto, somente a garantia desses parâmetros não impacta positivamente na saúde da população. Para o cuidado ser efetivo é necessário trabalhar, manejar vários aspectos na saúde, como as consultas médicas e de enfermagem, a assistência farmacêutica, do estilo de vida, enfim. Se a equipe solicita a glicose hemoglobina está cumprindo indicador, mas aí, como é que fica o cuidado? Eu não estou fazendo aqui defesa da Saúde da Família ou do Saúde na Hora, só estou fazendo um comparativo. Outra forma que esse financiamento atrelado aos indicadores de produção geram um impacto grande é na redução da equipe de saúde da família para um

médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um agente comunitário. Então a gente sai de uma equipe de oito, para quatro profissionais. E esse agente comunitário fica responsável por manter 1000 residentes cadastrados para cada equipe. E a gente sabe que não é bem assim, né? Já tem dados aí mostrando que tem que extrapolado esse quantitativo.

Outra questão é o acesso. A principal porta de entrada no SUS é a atenção primária, principalmente para os idosos, porque os centros de saúde referência estão pertinho dele. Mas até quando? Com menos recursos e mais dificuldade de acessar esses serviços os usuários acabam criando fluxos paralelos de acesso. Vão descobrindo os furos da rede para facilitar o acesso dele, que não está errado. E a gente não pode deixar de falar que, com a pandemia, os serviços na atenção básica diminuíram o atendimento e os serviços de urgência passaram a receber mais idosos do que já recebiam. Tem uma pesquisa do professor Luiz Cecílio que fala dos furos da rede, "o itinerário" que o usuário cria que é bom para ele e que agiliza o atendimento. E pode ser encontrado no artigo "as redes temáticas", de 2012.

Assim, o programa Saúde da Família era uma estratégia ampla, que pretendia contemplar todos os ciclos de vida e abranger o máximo da atenção e da atenção à saúde necessária para cada um desses ciclos. Além da atenção primária abarcar com 90% as necessidades da população e os outros 10% os outros níveis de atenção, era baseada na promoção da saúde, na prevenção de agravos. Mas esse modelo sofreu um retrocesso pois, a nova proposta está centrada na doença. Então, com isso, a gente voltou a tratar de doenças e ficou essa defasagem na promoção da prevenção de agravos e na reabilitação, esses três itens que

têm ficado a margem do processo de saúde. Outro retrocesso que PNAD 2017 trouxe é não preconizar mais o financiamento do Núcleo Ampliado da Saúde da Família, que é a equipe multiprofissional, como fisioterapeuta, T.O. nutricionista, psicologia, opção de educador físico, enfim, a equipe multi ficou como responsabilidade do município. Entretanto, sem financiamento do governo federal, quais alternativas que o município tem para manter essas equipes, que são tão fundamentais para cuidar da população idosa, no controle de várias doenças crônicas? Alguns municípios estão conseguindo manter, Belo Horizonte, por exemplo, tem um financiamento próprio. Até quando? Não sabemos. A atenção uma pessoa idosa vai além da clínica, ela é multiprofissional e visa o cuidado da saúde, do lazer, da funcionalidade e visa retardar o máximo de tempo possível a fragilidade, a perda da independência, da autonomia, ajudando os idosos a se manterem nas suas atividades de vida diária, ou seja, sua qualidade de vida. Como vai ser esse futuro das pessoas idosas com essa defasagem? Dessa forma, quando nós mencionamos as políticas públicas, estamos adotando uma concepção definida como processo de elaboração e implementação de resultados e formas de exercício do poder político, que envolve a distribuição de poder e o papel do conflito social. E o povo não entende que está constituindo em perda, né? Então, o papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade social é um determinante. E cabe a nós, profissionais de saúde, trabalhar com a população para entenderem isso. Porque às vezes a população fica feliz só de chegar no centro de saúde, pegar seu medicamento, fazer sua consulta, seus exames e aguardar consulta especializada. Entretanto, o esvaziamento de financiamento impacta na oferta de serviços

para acolher essas pessoas, principalmente na promoção da saúde e na prevenção de agravos.

Nas políticas públicas relativas à atenção à saúde, destacam-se os impactos causados pelas pressões sociais como a urbanização. A gente vê que a urbanização é acelerada e a cidade mudou muito de característica, os aglomerados, a volta de doenças típicas já julgadas e erradicadas. Isso tudo vai sobrecarregando a atenção básica. Outra, é o envelhecimento da população, que exige programas específicos de políticas de saúde para enfrentar os problemas sociais dessas diferentes regiões brasileiras, conforme o regulamento do SUS de 2009 e a Política Nacional do Idoso de 1994. E esse modelo centrado na doença que contrapõe todo o histórico dos últimos 35, 40 anos de conquistas que a gente teve na saúde pública e da implementação do SUS.

Nesse momento, o controle social encontra-se enfraquecido. Controle social são aquelas instâncias onde o cidadão participa de algumas decisões. São fóruns específicos, como os conselhos locais de saúde, conselhos distritais, conselhos estaduais de saúde, o Conselho Nacional de Saúde. Hoje a gente não está tendo paridade das representações, governamentais e não governamentais e sociedade civil. Então o cidadão não está tendo voz, nem vez. A participação da sociedade trabalhadora nesses foros precisa ser retomada e agente precisa achar caminhos para chegar lá. Conquistar e reconquistar os nossos lugares. A atenção básica, assim, é essencialmente política, política no sentido de articulações. É uma rede muito potente a partir do momento que um cidadão entra na rede básica, o profissional que o recebe, principalmente os enfermeiros. Por incrível que pareça, mesmo

com essa defasagem toda, os profissionais têm tentado articular essa rede. Apesar de muito sofrimento da parte dos trabalhadores SUS, eles têm brilhado. Então meu recado com essa discussão é que nós precisamos mesmo reerguer o SUS. Nós não vamos deixar o SUS morrer com essa defasagem.

Os idosos precisam de uma assistência integral e especializada e que atenda às suas necessidades específicas. Quais são os principais desafios para a realização do acolhimento e cuidado qualificado para esse público na atenção básica?

Eu já havia citado a questão do financiamento porque uma política pública só sobrevive se tiver recurso que devem ser empregados em infraestrutura, equipamentos, logística, assistência farmacêutica, serviços de apoio e diagnóstico, recursos humanos suficientes para atender uma rede. Assim, no que tange os recursos humanos, acredito que seja um dos maiores desafios, porque os profissionais de saúde das várias áreas do saber, na sua formação não tiveram disciplinas tão específicas como gerontologia, saúde do idoso, envelhecimento, intergeracionalidade, família, abordagem a familiares e dentre outros que com a transição demográfica passaram a ser temas essenciais na Atenção Básica. Salvo a área do serviço social que tem um manejo maior na questão das relações sociais, intergeracionalidade, abordagem e família, os outros profissionais de saúde podem até ter, mas estão tão envolvidos na problemática da doença, no manejo da doença, atualmente, que as vezes não dão conta dessa parte. Então precisamos de investimento em capacitação e formação, seja em formação em serviço, pois a maioria dos profissionais que se dedicam a essa área da saúde do idoso e envelhecimento buscaram subsídio da pós graduação para conseguir resolver essa "pedra" no sapato,

esses desafios que eles enfrentam na Atenção Básica. Assim, tiveram que estudar, que sair das suas instituições, buscar universidades, cursos de especialização, mas outros não. Então, a instituição pública precisa arcar com esse incentivo da formação visando a transição demográfica, quem vai ser esse público, na verdade, quem já está sendo esse público que está chegando de forma muito robusta na Atenção Básica. Então, paralelamente a população que envelhece, os idosos, os idosos octogenários, nonagenários que estão buscando o SUS, nós não temos só os idosos não, temos essas especificidades dos 80+ que a forma de cuidar é outra, é mais específica ainda. Como exemplo, nós temos uma necessidade urgente de formação dos profissionais que estão na linha de frente da Atenção Básica, tanto para envelhecimento como um todo, de forma ampla, quanto para olhar para os centenários, vamos dizer assim. Assim, há um outro desafio que é romper, influenciar, mexer, articular, tentar transformar esse modelo hegemônico baseado na doença, porque a necessidade não é só o cuidado à doença, esse é um dos pontos, mas não é só isso. Nós temos que cuidar desse sistema fragmentado, olhar para o cuidado, para o bem estar, a qualidade de vida e saúde da pessoa idosa que vai muito além do manejo daquilo, já falei isso anteriormente. Olhar para a qualificação da assistência farmacêutica, para o estilo de vida, das relações sociais que envolve família, as relações intergeracionais, da funcionalidade que muitos profissionais não se encontram preparados para manejar e, principalmente, para construir planos de cuidados que sejam compartilhados e compatíveis ao idoso, com o cuidador, com a família, com quem está em torno do cuidar, não pode ser um cuidado que o profissional de saúde pensa.

O profissional de saúde tem o papel de fazer a avaliação, orientar as necessidades, mas depois disso deve ser conversado e compartilhado porque se o idoso, o cuidador e a família não entenderem essa necessidade como um problema a intervir, esse idoso, esse cuidador e essa família não vão conseguir trabalhar em cima desse plano, dessas ações de cuidado, eles não vão compreender isso. Então, o plano de cuidado tem que ser compatível e, às vezes, ele não pode ser todo de uma vez, deverá ser negociado, algumas trocas até se estabelecer o melhor plano de cuidado para aquele idoso, naquela família com aquele cuidador. Então é isso, especificidade e necessidade são urgentes.

A pandemia de COVID-19 é um desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade, cobrando respostas rápidas e diversas dos sistemas de saúde que precisaram ser reorganizados para evitar a descontinuidade do cuidado e consequente agravamento do quadro de saúde. Quais foram as principais consequências desse cenário e como tem sido a readequação no acolhimento e cuidado a pessoa idosa na APS em tempos de Covid-19?

Eu poderia citar, das consequências mais severas, que temos até dados na literatura, foi o isolamento social e o "descuidado" com as doenças cardiovasculares. As doenças cardiovasculares ficaram, assim, infelizmente, vou usar a palavra "descuidadas", a população tinha medo de sair de casa durante o período da pandemia. O serviço de saúde estava recebendo, praticamente, só Covid, foi uma "upalização" das UBS no período e, parece que isso, contaminou um pouco as Unidades Básicas porque ainda hoje existe essa perspectiva, as unidades não voltaram a ser o que eram antes. Enfim, os dois pontos: o isolamento social e as doenças cardiovascula-

res. As pessoas idosas que viveram essas duas situações foram as que mais tiveram a qualidade de vida e saúde comprometida e consequências drástica porque o prejuízo para elas foi muito grande e a recuperação é muito complexa. Foram dois anos de muita restrição, dois anos para a pessoa idosa, os mais idosos então, os mais frágeis, é muita coisa, a perda é muito acelerada e a recuperação é muito lenta. Então, a partir disso, sabemos que os serviços especializados na retaguarda da Atenção Básica, as especialidades médicas, a reabilitação especializada, esses têm sido mais acionados para esse momento, principalmente, o serviço de cardiologia, quando olhamos para a reabilitação especializada tem a questão dos AVCs que teve um pico. Há um público bem maior atualmente na reabilitação especializada, além das internações que também tiveram um pico durante a pandemia, idosos com reabilitação lenta, uma reabilitação da parte respiratória bem complexa e ainda resolvendo as sequelas.

Então, todos esses níveis de atenção que eu falei anteriormente, a Atenção Básica que é o nosso foco, as especialidades, a Atenção Secundária, os serviços de urgência, e, não falamos dos serviços de saúde mental, mas eles também tem suportado uma sobrecarga, além a Atenção Hospitalar que também teve uma repercussão grande. Todos esses serviços tiveram que rever seus protocolos, hoje trabalhamos com outros protocolos, melhor ou pior do que antes, não sei dizer, mas esse movimento foi necessário, na base de muito estudo, correria e formas de enfrentar esse desafio, algo que ninguém conhecia nem sabia, como o serviço e os profissionais, principalmente do SUS, se articularam, reinventaram o serviço e

colocaram protocolos para funcionar muito rapidamente. Porém, precisamos destacar que não tivemos nenhuma política pública publicada ou reformulada nos últimos 3 anos na área da saúde. O que tivemos foram notas técnicas do Ministério da Saúde, da ANVISA e, notas técnicas não tem a questão do financiamento, são apenas orientações de como alterar o serviço, quais são as melhores alternativas, como usar e como fazer os fluxos, as notas técnicas são importantes, mas ressalto que não houveram políticas públicas e, conseqüentemente, não houve a alteração de financiamento, apenas verbas emergenciais, que acabam ao acabar o período de emergência. A política pública é importante por isso, há um processo, um período de vigência e adequações.

Não podemos esquecer do agora, o pós pandemia pois a Covid está no seu período, digamos assim, mais tranquilo, graças às vacinas, a ciência, os investimentos das pessoas do bem, estamos vivendo um momento mais confortável após o caos na saúde onde que o SUS deu um show, o SUS salvou vidas. Infelizmente perdemos muita gente na enfermagem, parece que foi a categoria que mais foi acometida pela Covid. Agora, precisamos pensar mais políticas que contemplem as pessoas idosas e os deficientes, pois nesse meio tempo, as pessoas com deficiência que estavam junto na política pública dos idosos foram segregadas, então, é um ponto a se pensar e a farmácia popular que estamos perdendo. Além da imunização, as nossas vacinas, o Brasil que já foi um país de ponta na imunização, não perdemos nosso valor na imunização, mas não temos mais a imunização nesse patamar, nesse status. As doenças que eram negligenciadas, continuam negligenciadas, tuberculose e hanseníase estão em stand-by, devemos repensar outros

Além da imunização, as nossas vacinas, o Brasil que já foi um país de ponta na imunização, não perdemos nosso valor na imunização, mas não temos mais a imunização nesse patamar, nesse status. As doenças que eram negligenciadas, continuam negligenciadas, tuberculose e hanseníase estão em stand-by, devemos repensar outros cenários da saúde também. Com a pandemia as instituições de longa permanência ficaram em evidência, isso provocou várias discussões e debates sobre Instituição de Longa Permanência para os Idosos (ILPI), essa discussão já existia, só intensificou e a pandemia colocou essas instituições em evidência reforçando as discussões sobre as políticas de cuidados continuados. Precisamos fazer entrar na política pública do idoso as políticas de cuidados continuados que são destinadas especificamente a pessoas que vão se fragilizando ao longo do envelhecimento e precisam ser acolhidas no serviço de saúde, nas famílias, nas ILPIs quando os familiares não acham possível manter ali mais, seja por falta de recurso financeiro, as ILPIs filantrópicas estão lotadas é difícil ter uma vaga, mas precisamos pensar na qualidade de vida dos idosos.

Nós, sensíveis ao tema, temos muito que investir nos movimentos, nos espaços que circulamos e criarmos uma onda de transformação da realidade das políticas públicas nesse país em prol das pessoas idosas. O movimento é nosso, não tem jeito, vou puxar um pouco para a enfermagem, porque esse movimento é muito da enfermagem. A pessoa idosa precisa essencialmente do cuidado e a área do cuidado é a enfermagem. Todas as áreas da saúde cuidam, mas a área que cuida das coisas mais íntimas da pessoa, quando estão

Você sabia?

Você sabia que o projeto Telessaúde na Escola de Enfermagem da UFMG além de produzir os boletins informativos também possui podcasts sobre temas relevantes?

Atualmente contamos com diversos episódios que podem ser acessados no site da telessaúde. Link: <https://telessaudeufmg.wixsite.com/eeufmg>



A edição nº 13 tem como tema central as doenças crônicas e está disponível em: : <https://telessaudeufmg.wixsite.com/eeufmg/c%C3%B3pia-boletim-informativo-13>



VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Defensora pública Fernanda Cristiane Fernandes Heringer Milagres, Defensoria Pública Especializada do Idoso e da Pessoa com Deficiência/ Minas Gerais.

A violência não resulta apenas em mortes ou lesões graves, mas oprime e gera danos físicos, psicológicos e sociais nos idosos. Dessa forma, essa população passa por diversos tipos de violência sem saber que é de fato uma violência. Você acredita que só o “disque 100” é uma fonte confiável de obter variáveis suficientes, para ocasionar melhores políticas públicas e/ou mudanças no pensamento da sociedade para obter um olhar ponderado, uma vez que 1 a cada 4 idosos realizam a denúncia?

Entendo que o disque 100 tem uma importância muito grande visto que ele facilita a denúncia em diversas situações. No entanto, muitas vezes, quem realiza a denúncia é um vizinho, um amigo, um familiar ou um alguém que vive próximo do idoso que vem sofrendo a violência. Existe um percentual pequeno de idosos que fazem denúncia através do Disque 100. Assim, compreende-se que é uma ferramenta excelente para combater a violência, mas não é suficiente porque, em geral, a população idosa, especialmente o público que a Defensoria Pública atende, são pessoas mais vulneráveis, economicamente hipossuficientes e, do ponto de vista também de conhecimento, são pessoas que realmente têm pouco ou nenhum conhecimento a respeito dos seus direitos. Então, muita violência é naturalizada. Ainda observamos que existe um escalonamento da violência que, no caso da pessoa idosa, geralmente ela ocorre, os agressores são pessoas próximas, na maioria das vezes são até familiares e cuidadores. Ademais, a violência, as vezes, começa com uma violência verbal e/ou violência psicológica, escalonado à medida que o agressor não vai percebendo uma



Fernanda Milagres

consequência em relação aos atos dele. Então, eu acredito que seria interessante, por exemplo, uma divulgação maior em direitos, explicando quais são os tipos de violência, o que é possível ser feito, onde que se deve buscar para relatar para poder medir o que pode ser feito em relação à violência que é praticada. Principalmente em relação aos idosos e alguns familiares também que, muitas vezes, presenciam a violência contra a pessoa idosa, mas não sabem das ferramentas que eles podem utilizar, dos lugares que eles podem buscar para fazer valer a proteção dessa pessoa idosa.

Dessa forma, seria interessante para obter maiores dados em relação a configuração da violência contra a pessoa idosa, a realização de uma pesquisa ou busca mais aprofundada, por exemplo, na rede de assistência social, nos centros de convivência e nas instituições e órgãos que atendem esse tipo de demanda. Uma vez que os perfis podem variar muito: tanto perfil de violência quanto perfil de pessoa idosa. Então acho que seria interessante mesmo buscar outros tipos de fonte para obter dados e informações para elaboração de uma política pública eficaz.

Vários aspectos da violência nos idosos causam sérios problemas, bem como, efeitos danosos na saúde do idoso, tendo em vista que é um fenômeno que pode acometer não só os traumas físicos e psicológicos como também levar a óbito. Nesse sentido, faz-se necessário a construção de uma ferramenta que subsidie esse público alvo e realce o atual problema para a população. Pensando nessa ferramenta, você acredita que se as mídias televisivas e /ou sociais divulgassem os tipos de violência, essa estratégia poderia estimular o número de denúncias e otimizar um melhor cuidado a essa população?

As campanhas de divulgação dos tipos de violência e dos direitos da pessoa idosa nas mídias sociais e na televisão seria sim muito interessante. Aliás, do que eu tenho de experiência na Defensoria Pública a educação em direitos é muito eficaz, tanto através da mídia quanto em ações de conscientização in loco. Principalmente nos centros de convivência, nos lugares que os idosos geralmente frequentam, com uma linguagem acessível a esse público e com argumentos que realmente os conscientize sobre os direitos e as necessidades deles e a necessidade de buscar solução para a situação de violência para que não ocorra mais. Então, eu acho sim que esse tipo de campanha é muito interessante. Mas eu acrescentaria também a divulgação a respeito da violência in loco, também no contato pessoal mesmo.

A violência contra os sujeitos da terceira idade, comumente acontece na instituição familiar, sendo os filhos apontados como os principais agressores e uma das formas de identificar essa situação é através dos profissionais de saúde alocados nos centros de saúde da atenção primária, os PSFs/ESFs (Programa Saúde da Família/ Estratégia

Saúde da Família). Porém, você acredita que os profissionais de saúde não apresentam um perfil adequado para lidar com essa situação, uma vez que não é retratado com tanto vigor na graduação? Acredita-se, que se houvesse uma educação permanente para esses profissionais sobre a temática os índices de denúncias melhorariam?

A violência contra a pessoa idosa ocorre principalmente dentro do âmbito familiar, ou seja, pessoas próximas que são cuidadoras e costuma ser uma situação bem complexa, porque, pelo menos no público, relativamente ao público que a Defensoria Pública atende, existem muitos mitos e muita coisa de senso comum mesmo. Sabe que as famílias acreditam e que isso acaba gerando violência por uma falta de conhecimento antes de qualquer coisa. Por exemplo, uma situação que a gente vive hoje e na maior parte dos casos que nós atendemos, o idoso que com sua aposentadoria ele sustenta filhos e netos. O idoso hoje, na maioria das vezes, é realmente o arrimo da família. Ele é o responsável por manter financeiramente aquela gama de filhos e netos por conta da situação social que a gente vive hoje e existe, tanto por parte da própria pessoa idosa quanto por parte dos filhos e netos a percepção ou o pensamento completamente inadequado de que é obrigação do idoso fazer isso porque ele tem aposentadoria visto que ele já possui uma segurança financeira. Dessa forma, um trabalho que a gente faz, por exemplo, é fazer a conscientização de que, na verdade, é o contrário, são os filhos e, eventualmente, os netos, que precisam amparar e auxiliar até mesmo financeiramente o idoso quando necessário. Por exemplo, outras situações que nós já vivenciamos, a ideia equivocada de que uma pessoa idosa, que tem filhos e filhas, as mulheres é que são responsáveis pelo cuidado e que os filhos homens não têm obrigação, ou

mesmo de que o filho ou a filha mais velha é que é o responsável pelo idoso.

Então existe toda uma cultura de pensamento equivocado, que acaba no dia a dia, gerando graves violências contra a pessoa idosa. Em relação aos profissionais que atendem esse tipo de situação, seja de qualquer área de saúde, de assistência social e da jurídica, estudam pouco ou nada de estatuto da pessoa idosa e quando isso é mencionado na faculdade é de uma maneira muito rasa, muito superficial. Então, assim, é fato que o profissional forma sem ter contato com essa questão dos direitos da pessoa idosa, mesmo sem saber como abordar, imagino que nas outras áreas isso aconteça da mesma forma. Assim, a pessoa acaba aprendendo ali na prática. E eu acho sim que não só necessário, é imprescindível, essencial, que exista a disponibilização de uma formação permanente. Para todos os profissionais que de alguma forma tocam nesse tema, nesse assunto, porque é necessário ter um outro tipo de visão, ter um outro tipo de conhecimento.

E atualmente na Defensoria Pública, pelo menos, nós temos recebido relatos de violência contra a pessoa idosa, realizado por médicos que atendem esses idosos. Em geral, o que a gente recebia até a pouco tempo atrás eram famílias buscando ou algum vizinho/ amigo, muito dificilmente a pessoa idosa procura ajuda. Geralmente o pessoal de igreja, amigos de igreja também tem uma atuação muito importante nessas situações, porque são pessoas que realmente buscam auxílio e buscam orientação quando percebem esse tipo de violência. Mas agora a assistência social também sempre encaminhou pra gente algumas situações e agora mais recente, a gente tem recebido esses relatos por parte de médicos geriatras. Quando há suspeita de violência em determinada situação, a gente busca fazer um

contato com a família, com o idoso ou com alguém de referência em relação aquela pessoa idosa. A gente já observa que geralmente as pessoas que têm formação em geriatria buscam mais, porque conseguem detectar os sinais de violência, Então eu acho que essa formação permanente é muito importante sim.



Acesse nosso site:
<https://telessaudeufmg.wixsite.com/eeufmg>



SEGUNDA OPNIÃO FORMATIVA

"Quais os aspectos relevantes que devem ser abordados na consulta de enfermagem ao paciente idoso?"

Área: Ciências da Saúde

Tema: Apoio ao Tratamento

A saúde da pessoa idosa merece um olhar atento de um profissional de saúde, para isso é necessário um conhecimento específico sobre as principais características do processo do envelhecimento e as fragilidades do idoso.

Ser saudável na velhice significa ter a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. Isso significa ter AUTONOMIA, que é a capacidade da pessoa em DECIDIR sobre as ações, escolher o que deseja fazer, e ter INDEPENDÊNCIA, que é a capacidade para EXECUTAR as ações com seus próprios meios. (Moraes e Azevedo, 2016)

Assim o idoso com saúde é aquele que tem condições de realizar suas tarefas domésticas, controlar suas finanças, autocuidado e dessa forma ter sua funcionalidade preservada. Quando ocorre perda ou dificuldade em realizar estas atividades, chamadas de Atividades de Vida Diária (AVDs) é que suspeitamos de declínio funcional. (Oliveira, 2010)

A maioria dos idosos, mesmo quando possuem doenças, não apresentam necessariamente limitações em suas AVDs. Por exemplo: Há idosos portadores de hipertensão, que tomam remédios, e mantem suas AVDs. Estes, em grande parte, são considerados idosos robustos, sem necessidade de uma avaliação especializada. Mas se junto a estas características, o idoso começar apresentar comprometimento em suas AVDS, esquecimento, queda frequentes, incontinência esfincteriana, que são alterações que comprometem autonomia e independência do idoso, neste caso é importante uma avaliação geronto-geriátrica.

Teleconsultor Conteudista:

Enfermeira Thiara Joanna Pecanha Da Cruz Tavares

Esse declínio funcional não deve ser considerado normal da idade. Tal fato deve ser considerado como ponto de partida para avaliação de saúde do idoso. Nesse sentido, o enfermeiro com o olhar gerontológico é capaz de identificar o idoso frágil, que demanda de uma equipe especializada.

Este enfermeiro, durante a consulta de enfermagem, pode usar ferramentas capazes de identificar as grandes síndromes geriátricas, que são: Incapacidade Cognitiva, Instabilidade Postural, Imobilidade, Incontinência Esfincteriana, Incapacidade Comunicativa, Iatrogenia e Insuficiência Familiar.

Até o momento há diversos instrumentos desenvolvidos para a avaliação do idoso, como o IVCF-20 (Carmo, 2014), PRISMA-7 (Raïche, 2008), Sherbrooke Postal Questionnaire (Hébert, 1998), Tilburg Frailty Indicator (Gobbens, 2010; Santiago, 2012), Groningen Frailty Indicator (Steverink, 2001).

Na prática essa avaliação é muito demorada, pois requer tempo e domínio para avaliar cada sistema. Então é importante que a equipe escolha um instrumento de acordo com o perfil do serviço (quantidade de idosos, número de profissionais, tempo de consulta) e também capaz de identificar as fragilidades do idoso, além de buscar a história pregressa e avaliação da dinâmica familiar desse idoso.

Assim com estas informações o enfermeiro gerontólogo pode contribuir na gestão do plano terapêutico par o idoso. Diante da avaliação multidimensional do idoso, pode-se orientar as condutas e orientações do enfermeiro, e direcionar a toda a equipe (médica e

REFERÊNCIAS:

- Moraes, EM e Azevedo, RS. Fundamentos do cuidado ao idoso frágil. Folium, 2016
- OLIVEIRA, AC et al. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física-uma revisão sistemática. Revista brasileira de geriatria e gerontologia, v.13, n.2, p. 301- 312, 2010.
- ELIOPOULOS, Charlotte . Enfermagem gerontológica. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.



Fique por dentro!



A edição nº 14 do Boletim Momento Telessaúde tratou sobre a saúde indígena e você pode acessá-la no link : <https://telessaudeufmg.wixsite.com/eeufmg/c%C3%B3pia-boletim-informativo-13-1>

Acesse nosso site:
<https://telessaudeufmg.wixsite.com/eeufmg>



TE INDICO



Filme Eu me Importo

Marla Grayson, a golpista vivida por Rosamund Pike, é assassinada a tiros pelo filho de uma das idosas enganadas por ela. Apesar de a personagem ser o tipo de vilã que adoramos odiar e que até torcemos pela vitória, J Blakeson decidiu fazer justiça aos indivíduos da terceira idade.

Disponível na **Netflix**



Filme Meu Pai

Um homem recusa toda a ajuda de sua filha à medida que envelhece. Ela está se mudando para Paris e precisa garantir os cuidados dele enquanto estiver fora, buscando alguém para cuidar do pai. Ele começa a duvidar dos entes queridos, de sua própria mente e de sua realidade ao tentar compreender as mudanças que estão acontecendo em sua vida.

Disponível no **Prime Vídeo**.



EXPEDIENTE: Docentes: Solange Cervinho Bicalho Godoy e Eliane Marina Palhares Guimarães - Divulgação e comunicação social: Discentes: Amanda Alves Carlos Faria de Souza, Fernanda Nunes, Gabriela Cristiane Mendes, Larissa Brandi, Vitória Nayra - Editor: Rosânia Felipe - Projeto gráfico: Amanda Alves Carlos e Solange Godoy - Diagramação: Discente Amanda Alves Carlos Faria de Souza - Revisão: Docente Solange Cervinho Bicalho Godoy - Circulação: Trimestral - Endereço: Av Alfredo Balena , 190 cep 30130100 Belo Horizonte/MG/Brasil - Telefone: 031 3409-8041- É permitida a reprodução de textos , desde que seja citada a fonte.