

SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI: *Uma Abordagem Multidisciplinar*

VOLUME 4



Organizador
Daniel Luís Viana Cruz

SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI:

Uma Abordagem Multidisciplinar

VOLUME 4



Organizador

Daniel Luís Viana Cruz

Editora Omnis Scientia

**SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI:
UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR**

Volume 4

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2023

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizador

Daniel Luís Viana Cruz

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

S255 Saúde pública no século XXI : uma abordagem
multidisciplinar : volume 4 [recurso eletrônico] /
organizador Daniel Luís Viana Cruz. — Triunfo : Omnis
Scientia, 2023.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5854-950-5
DOI: 10.47094/978-65-5854-950-5

1. Saúde pública. 2 Política de saúde. 3. Promoção da
saúde. 4. Educação em saúde. 5. Pessoal da área da saúde -
Formação. I. Cruz, Daniel Luís Viana. II. Título.

CDD22: 362.10981

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

A importância do trabalho multidisciplinar em saúde estende-se além do ambiente hospitalar. Os problemas de saúde são complexos e envolvem a saúde física e mental. Portanto, existe uma recorrente necessidade da execução do atendimento multiprofissional.

Este livro tem como objetivo abordar a educação em saúde, promoção da saúde, população vulneráveis, assistência à saúde no processo saúde-doença. As temáticas envolvem o conhecimento teórico, prático e metodológico utilizando da discussão de conceitos relevantes.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 1, intitulado “ANÁLISE DA GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....9

ANÁLISE DA GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Zilmar Geralda de Almeida Silva

Heloisa Helena Barroso

Mirtes Ribeiro

Ana Carolina Lanza Queiroz

DOI: 10.47094/978-65-5854-950-5/9-32

CAPÍTULO 2.....33

AUMENTO DA ANSIEDADE NO PERÍODO PÓS PANDEMIA DA COVID-19

Heloisa Maria Prado

Bruna Cristina Freitas Cardoso

Moneffer Brenda Soares

Vitória Pirett Lemos

DOI: 10.47094/978-65-5854-950-5/33-38

CAPÍTULO 3.....39

IDOSOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: OS DESAFIOS ENCONTRADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Anderson Deivid Aguiar e Silva

Julia Maria de Jesus Sousa

Layla de Araújo Pires

Lourena Ferreira dos Reis Campos

Kelly Saraiva dos Santos

Ana Maria Moura Cunha

Emily de Figueredo Pedrosa

Vinícius do Carmo Borges Silva

Guilherme Higino de Carvalho Soares

Nicholle Akocayti Sábara Bezerra

Jainne Coelho Sousa

Jéssica de Menezes Nogueira

DOI: 10.47094/978-65-5854-950-5/39-49

CAPÍTULO 4.....50

**PERFIL DOS IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE QUANTO AOS
PRENUNCIADORES DE DECLÍNIO FUNCIONAL**

Cleber Henrique Veloso

Maristela Oliveira Lara

Mariana Roberta Lopes Simões

Heloisa Helena Barroso

DOI: 10.47094/978-65-5854-950-5/50-65

CAPÍTULO 5.....66

**OS SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

Andressa Vieira Souza

Débora Aparecida da Silva Santos

Letícia Silveira Goulart

DOI: 10.47094/978-65-5854-950-5/66-75

CAPÍTULO 6.....76

**IMPORTÂNCIA DA COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA PARA O DIAGNÓSTICO DO
CÂNCER DE COLO UTERINO E SUA RELAÇÃO COM A PANDEMIA DE COVID 19**

Lucas Silva Costa

Camila Ferreira Cavalheiro

Fabiana Aparecida Vilaça

DOI: 10.47094/978-65-5854-950-5/76-91

ANÁLISE DA GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Zilmar Geralda de Almeida Silva¹;

Heloisa Helena Barroso²;

Mirtes Ribeiro³;

Ana Carolina Lanza Queiroz⁴.

RESUMO: **Objetivo:** Analisar os serviços de Atenção Primária à saúde para o atendimento de urgência e emergência. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório transversal com abordagem quanti-qualitativa sob análise de questionários adaptados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que foram aplicados aos gestores municipais e gerentes de unidades de saúde de municípios da região de saúde de Diamantina. Para adequação dos instrumentos de avaliação foi realizado um teste piloto no município com menor população. A análise dos dados quantitativos foi feita através do programa Sphinx Survey edição léxica, Versão 5.0.1.4, e incluiu análise descritiva e estatística. A análise dos dados qualitativos foi feita através da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** De acordo com os gestores e gerentes 77,8% dos municípios não possuem condições efetivas de atendimento de Urgência e Emergência devido à inexistência de capacitação da equipe, e em 33,3 % dos municípios por falta de recursos materiais. Destes municípios 33,3% não possuem Unidade de Saúde aberta 24 horas por dia para o atendimento à população, como também não conta com a presença de equipe completa em período integral. De acordo com os gestores, apenas 44,4% dos municípios realizaram ações de educação permanente em saúde em urgência e emergência, embora a totalidade dos gestores tenha autonomia para fazê-lo. Dentre os entraves enfrentados pelas equipes referentes à disponibilidade de materiais, 44,4% delas não têm condições de suporte ventilatório pediátrico por não possuírem ressuscitador manual pediátrico, e 78% não apresentam condições de proporcionar vias aéreas definitivas em crianças por não possuírem todos os materiais necessários. Quanto às opiniões de gestores e gerentes, estas convergem para a importância e a necessidade tanto dos atendimentos dos casos de Urgência e emergência na Atenção Primária, bem como da viabilização dos recursos físicos e materiais, e da Educação Permanente em Saúde dos profissionais. **Conclusão:** Os achados permitiram descrever a realidade da rede de urgência e emergência na Atenção Primária à Saúde na Região de Saúde de Diamantina. As limitações encontradas indicam a necessidade de investimentos em processos de qualificação das equipes, melhorias da infraestrutura e recursos materiais no acolhimento às situações emergenciais; bem como otimização dos processos de gestão.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em saúde. Urgência. Emergência. Atenção Primária à Saúde.

ANALYSIS OF THE MANAGEMENT OF THE URGENCY AND EMERGENCY CARE NETWORK IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: Objective: To analyze Primary Health Care services for urgent and emergency care. **Methodology:** This is a cross-sectional exploratory descriptive study with a quantitative and qualitative approach under analysis of questionnaires adapted from the National Program for Access and Quality Improvement of Primary Care (PMAQ), which were applied to municipal managers and managers of health units. from municipalities in the Diamantina health region. To adjust the assessment instruments, a pilot test was conducted in the municipality with the smallest population. The analysis of quantitative data was performed using Sphinx Survey lexical edition, Version 5.0.1.4, and included descriptive and statistical analysis. The analysis of qualitative data was done through Bardin content analysis. **Results:** According to the managers and managers, 77.8% of the municipalities do not have effective conditions for urgent and emergency care due to lack of staff training, and in 33.3% of the municipalities due to lack of material resources. Of these municipalities, 33.3% do not have a Health Unit open 24 hours a day to serve the population, as well as the presence of a full-time full team. According to the managers, only 44.4% of the municipalities carried out permanent health education actions in urgency and emergency, although all managers have autonomy to do so. Among the barriers faced by the teams regarding material availability, 44.4% of them are not able to support pediatric ventilatory support because they do not have a pediatric manual resuscitator, and 78% are unable to provide definitive airways in children because they do not have all materials needed. As for the opinions of managers, these converge to the importance and the need both for the care of cases of Urgency and emergency in Primary Care, as well as the viability of physical and material resources, and the continuing education of health professionals. **Conclusion:** The findings allowed us to describe the reality of the emergency care network in Primary Health Care in the Diamantina Health Region. The limitations found indicate the need for investments in team qualification processes, infrastructure improvements and material resources to accommodate emergency situations; as well as management process optimization.

KEY-WORDS: Health Management. Urgency. Emergency. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si com a missão de ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, de forma coordenada, prestada no tempo certo, com qualidade, de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população

(BRASIL, 2010; BRASIL, 2017). Nas redes de atenção à saúde a Atenção Primária à Saúde (APS) deve cumprir as funções: resolução, coordenação e responsabilização por seus usuários.

A função de resolução consiste em solucionar a maioria dos problemas de saúde, a coordenação organiza os fluxos e contra fluxos das pessoas e serviços pelos diversos pontos de atenção à saúde na rede, e a função de responsabilização se co-responsabiliza pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos. Na organização de redes de resposta às condições agudas, a atenção primária tem a função de resolução dos casos mais leves e do primeiro atendimento e posterior encaminhamento dos casos moderados e graves (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010; BRASIL, 2006).

A rede de Atenção à Saúde é dividida em regiões, sendo a Região de Saúde de Diamantina composta por 15 municípios: Alvorada de Minas, Carbonita, Coluna, Congonhas do Norte, Couto Magalhães de Minas, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Gouveia, Itamarandiba, Presidente Kubitschek, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves e Serro. Destes, nove municípios possuem apenas Atenção Primária, sem a existência de hospitais ou outros serviços especializados em atendimento de Urgência e Emergência; são eles: Alvorada de Minas, Congonhas do Norte, Couto Magalhães de Minas, Datas, Felício dos Santos, Presidente Kubitschek, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto e Senador Modestino Gonçalves (DATASUS, 2019).

Conceitualmente os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde deveriam trazer sentidos um pouco diferentes no tocante à complexidade das ações desenvolvidas por cada tipo, a Atenção Primária seria a oferta de todas as ações e serviços necessários ao bom desenvolvimento da saúde humana; enquanto Atenção Básica seria a oferta dos requisitos essenciais mínimos apenas. No Brasil estes termos se misturam e são interpretados como conceitos iguais. Já a Estratégia Saúde da Família (ESF) é outro termo também usado, porém já com uma conotação um pouco diferente: reorganização da Atenção Primária à Saúde. Neste trabalho será utilizado o termo Atenção Primária à Saúde por ser este o termo político mais utilizado pelos programas do Ministério da Saúde no Brasil (BRASIL, 2017).

A Atenção Primária à Saúde está organizada como porta de entrada preferencial no nível de atendimento à saúde do usuário. Nessa concepção o cuidado centrado no usuário deve responder à todas as necessidades de saúde da população por meio de um sistema integrado, articulado e pautado na lógica da construção de redes de trabalho intersetorial (BRASIL, 2010).

O atendimento de urgência na APS é essencial tanto pela necessidade da integralidade da atenção, quanto pela necessidade em acompanhar o usuário de forma contínua pela ESF, quando esta encaminhar, para os demais níveis de complexidade da atenção, após um primeiro tratamento. A efetiva oferta de serviços de urgência e até de emergência na APS requer, no entanto, a existência de condições como a hierarquização clara das ações e serviços a serem prestados por cada nível de atenção, a utilização de

protocolos clínicos, a competência profissional, o sistema de referência e contra referência; regulação do transporte e dos leitos de observação, o sistema de comunicação e logística, os recursos tecnológicos mínimos e área física adequada (BRASIL, 2017).

Ao longo de vários anos trabalhados na APS em um município que possui apenas este modelo de atenção a ofertar, foi percebida a precariedade e despreparo dos profissionais dos serviços quando algo inusitado e inesperado acontecia. Ao observar os procedimentos Pré-hospitalares, e outros atendimentos em urgência e emergência prestados pelos profissionais na APS esta pesquisadora percebeu ser necessário o desenvolvimento deste estudo que teve como proposta de analisar a gestão dos serviços de saúde de APS frente aos casos de urgência e emergência nos Municípios da Região de Saúde de Diamantina. Esta análise foi realizada através da avaliação do desenvolvimento de ações de gestão, do conhecimento dos gestores a respeito das leis vigentes em Urgência e Emergência na APS, da existência de planos de educação permanente voltadas para área de urgência/emergência nos municípios, da avaliação do modelo de atenção prestado à saúde, bem como do provimento dos recursos humanos, físicos e materiais para a oferta dos atendimentos de urgência e emergência.

OBJETIVOS

Geral

Analisar a efetividade da gestão em saúde para atuação na rede de atenção à Urgência e Emergência na Atenção Primária em Municípios da Região de saúde de Diamantina.

Específicos

- Identificar o conhecimento dos gestores a respeito das legislações vigentes sobre a urgência e emergência na Atenção Primária à Saúde, o desenvolvimento de ações de gestão e a existência de planos de educação permanente voltadas para área de urgência/emergência nos municípios;
- Avaliar o modelo de atenção prestado à saúde nos municípios; os recursos humanos, físicos e materiais disponíveis para a oferta dos atendimentos de Urgência e emergência nas Unidades Básicas de Saúde.

METODOLOGIA

Considerações Éticas

A fim de seguir os preceitos éticos de acordo com a portaria 244/12 que trata da pesquisa com seres humanos, o projeto foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da UFVJM (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri).

Foram elaboradas cartas de autorização para todos os municípios participantes, assinadas por seus gestores, e todos os participantes foram explicados sobre os objetivos da pesquisa e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi autorizado pelo CEP sob o número de CAEE 07564719.0.0000.5108 e parecer de número 3.151.547 (Anexo).

Cenário do estudo

Municípios da Região de saúde de Diamantina, localizada no Vale do Jequitinhonha, onde não existam hospitais ou outro serviço especializado em Urgência e Emergência; com até três Equipes de Estratégia de Saúde da Família por Município. São eles: Santo Antônio do Itambé, Presidente Kubistchek, Alvorada, Datas, Congonhas do Norte, Couto de Magalhães, Felício dos Santos, São Gonçalo do Rio Preto e Senador Modestino Gonçalves.

População do estudo

Gestores municipais de Saúde e Gerentes das Unidades Básicas de Saúde, que estavam atuando nos Municípios do Cenário de estudo da Região de Saúde de Diamantina no período.

Desenho da pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo exploratório transversal com abordagem quantitativa/exploratória, que utilizou como objeto de análise nove Municípios da Região de saúde de Diamantina, localizada no Vale do Jequitinhonha, nos quais não possuem de hospitais e/ou outro serviço especializado em Urgência e Emergência.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de 01 a 14 de março de 2019 através de dois questionários (um para cada categoria profissional) com perguntas objetivas e discursivas, adaptados do Manual Instrutivo do Programa de Melhoria do Acesso à Qualidade-PMAQ, 2016 (BRASIL, 2016). Os questionários foram aplicados pelo pesquisador deste estudo por meio de visita agendada com os gestores e gerentes nos municípios selecionados. Embora exista uma versão mais atualizada dos questionários do PMAQ, optou-se por utilizar a versão do ano de 2016 por ser a mais completa e a que mais se enquadra nos moldes desta pesquisa.

Para adequação aos preceitos éticos os questionários foram realizados em local apropriado livre da circulação de terceiros a fim de garantir o sigilo das informações e privacidade do participante. Os mesmos foram informados sobre os riscos e benefícios da

pesquisa e convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo). Os questionários foram entregues aos sujeitos da pesquisa e por eles respondidos sem a interferência do pesquisador.

Como forma de ajustamento do instrumento de coleta de dados, e minimização de possíveis erros, foram aplicados questionários pilotos ao município que possui a menor população entre os demais.

Aos Gestores Municipais de Saúde foram aplicados questionários com questões discursivas e de múltipla escolha a fim de identificar o seu conhecimento sobre as legislações vigentes sobre a urgência e emergência na APS, o desenvolvimento de ações de gestão e planos de educação permanente de seu município voltadas para área de urgência/emergência. Aos Gerentes das Unidades Básicas de Saúde foram aplicados questionários para avaliação do modelo de atenção prestado à saúde; dos recursos humanos, físicos e materiais disponíveis para atendimentos de Urgência e emergência nas Unidades Básicas de Saúde. Este questionário foi respondido concomitante à averiguação (observada pelo pesquisador) dos itens existentes nas unidades de saúde. Os gestores e gerentes foram codificados respectivamente com as letras “S” e “G”, seguida do número 1 ao 9 de acordo com a ordem das visitas aos municípios.

Critérios de inclusão

Gestores municipais de saúde e gerentes das unidades básicas de saúde dos municípios da Região de saúde de Diamantina que não possuem hospitais ou outro serviço especializado no atendimento às urgências e emergências, fixo ou móvel, com até 3 equipes de estratégia de saúde da família, e que aceitaram participar desta pesquisa. Em cada município participante foi avaliada apenas a unidade básica de saúde que comporte a equipe da sede.

Critérios de Exclusão

Gestores municipais de saúde e gerentes das unidades básicas de saúde dos Municípios da Região de Diamantina que possuam Hospital ou qualquer outro serviço de atendimento às Urgências, bem como número superior a três equipes ou que não aceitaram participar desta pesquisa.

Tratamento e Análise dos dados

Após a coleta foi elaborado um banco de dados no programa Sphinx Survey edição léxica, Versão 5.0.1.4. Aos dados quantitativos foram feitas análises descritivas e estatísticas simples pelo próprio programa, enquanto os dados qualitativos foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo através Método de Bardin, de maneira manual. Após

análise e tratamento, os mesmos foram discutidos à luz da literatura.

RESULTADOS

Resultados Quantitativos

Os nove municípios pesquisados possuem em média população de 4.167 pessoas, e ofertam apenas Atenção Primária à sua população. O mais próximo que é Datas está a 34,2 km de Diamantina (sede de atendimento em urgência e emergência móvel e hospitalar, e referência para toda a região), e o mais distante que é Congonhas do Norte está a 85km. Ressaltando que além de mais distante Congonhas do Norte ainda possui um agravante que são 45km do percurso em estrada de terra sem qualquer pavimentação.

Os gestores municipais de saúde dos nove municípios pesquisados são cargos de confiança do Executivo Municipal, sendo 5 (55,5%) com formação de nível superior e 4(44,5%) com formação técnica e/ou ensino médio. Do total dos Gestores 2 (22,2%) não têm formação na área da saúde, e os outros 7 (77,8%) se dividem em: 3 (33,3%) farmacêuticos, 3 (33,3%) técnicos em enfermagem e 1(11,1%) enfermeiro. Através da análise da tab.1, pode perceber que aproximadamente 7 (81,5%) possuem autonomia para o desenvolvimento de ações de gestão e quase totalidade dos gestores não conhecem as portarias e políticas que regem as ações dos serviços de Urgência e Emergência no Brasil.

Em todos os municípios os gestores municipais de saúde possuem autonomia para realização de ações de educação permanente em urgência e emergência, e embora sua totalidade também julgasse necessárias ao desenvolvimento destas ações, apenas 4(44,4%) as realizaram no último ano. Os motivos e justificativas apresentados pelos Gestores que não desenvolveram ações de Educação Permanente foram: 3(33,3%) disseram que não organizam ou apoiam as atividades de Educação Permanente, nenhum deles disse que as suas Equipes de saúde não aderem ou não participam destas ações e 2 (22,2%) justificaram não realizar por outros motivos: grande demanda de serviço ou falta de recurso financeiro.

Tabela 1 – Autonomia e Conhecimento sobre Portarias e Políticas que regulamentam a Urgência e a Educação Permanente em saúde pelos Gestores de Municipais de Saúde, da Região de Saúde de Diamantina em 2019.

Variáveis	SIM		NÃO		TOTAL	
	%	N	%	N	%	N
Autonomia para compras e licitações	77,8	7	22,2	2	100	9
Autonomia para contrato de funcionários	66,7	6	33,3	3	100	9
Autonomia para desenvolvimento de ações de Educação Permanente	100	9	0,0	0	100	9
Conhecimento da Portaria 2048 de 2002	0,0	0	100	9	100	9
Conhecimento da Portaria 1600 de 2011	0,0	0	100	9	100	9
Conhecimento da Portaria 4279 de 2010	0,0	0	100	9	100	9
Conhecimento da Portaria 3.125 de 2006	11,1	1	88,9	8	100	9
Conhecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	11,1	1	88,9	8	100	9

Os gerentes de US são em sua totalidade enfermeiros. Segundo eles verificou-se que 8(88,9%) das Unidades de Saúde estão em locais planejados para o serviço, 6(66,7%) das unidades estão abertas para o atendimento 24hs/dia, no entanto, apenas 2 (22,2%) possui serviço médico em período integral. Todas as Unidades atendem à demanda espontânea, e fazem este atendimento através da triagem com avaliação de risco e vulnerabilidade. Destas unidades, 6 (66,7%) tiveram seus profissionais treinados para a realização desta triagem de pacientes. Em todos os municípios as Unidades possuem serviços de ambulância com equipamentos mínimos que ficam guardados nas Unidades e colocados no automóvel em caso de necessidade. Segundo os gerentes os municípios também realizam transferência de seus pacientes para outros centros de maior complexidade; no entanto somente 2 (22,2%) dos municípios tiveram seus profissionais treinados para o desenvolvimento da função (Tabela 2). Os principais locais para os quais os pacientes são transferidos são: Santa Casa de Caridade de Diamantina, Hospital Nossa Senhora da Saúde de Diamantina e Casa de Caridade Santa Tereza no Serro.

Quanto aos materiais e medicamentos necessários ao atendimento de Urgência pode ser evidenciado pela Tabela 3 que faltam recursos materiais mínimos a este atendimento. Medicamentos básicos como adrenalina, fentanil, amiodarona, entre outros tantos não são disponibilizados nos serviços. Dos 9(100,0%) municípios visitados, 7(77,7%) não apresentam condições para suporte ventilatório em crianças uma vez que não possuem ressuscitadores manuais pediátricos e neonatais, bem como laringoscópio e lâminas para

a entubação oro-traqueal. Dos municípios em que foram encontrados algum tipo de laringoscópio 2(22,2%) tinham pilhas extras inclusas ao equipamento e prontas para o uso, demonstrando o desconhecimento e importância de materiais essenciais para a qualidade dos atendimentos. Em 5(55,6%) haviam tubos oro traqueais de vários tamanhos e 6(66,7%) haviam aparelhos/sistemas aspirador de secreções.

Tabela 2 - Modelo de atenção prestado à saúde, recursos humanos e físicos das Unidades de Saúde dos municípios da Região de Saúde de Diamantina em 2019.

Variáveis	SIM		NÃO		TOTAL	
	%	N	%	N	%	N
Unidade que funcionam em local adaptado	11,1	1	88,9	8	100	9
Unidade que possui médico em período integral	22,2	2	77,8	7	100	9
Unidade que possui enfermeiro em período integral	88,9	1	11,1	8	100	9
Unidade que possui técnico e/ou auxiliar de enfermagem em período integral	100	9	0,0	0	100	9
Unidade está aberta para o atendimento 24hs/dia	66,7	6	33,3	3	100	9
Unidade que atende demanda espontânea	100	9	0,0	0	100	9
Unidade em que a equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no atendimento à demanda espontânea	100	9	0,0	0	100	9
Unidades em que os profissionais foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários	66,7	6	33,3	3	100	9
Unidade que dispõe de serviço de ambulância (equipe e ambulância com equipamentos e insumos)	100	9	0,0	0	100	9
Unidade em que todos os médicos e enfermeiros foram treinados para realizarem transferências de pacientes	22,2	2	77,8	7	100	9

Tabela 3 - Materiais e medicamentos necessários ao atendimento de Urgência e Emergência existentes nas Unidades de Saúde dos municípios da Região de Saúde de Diamantina em 2019.

Materiais	N	%
Cilindro de Oxigênio de 1m ³ , com válvula, fluxômetro, Umidificador de 250ml e 2m de tubo intermediário de silicone	8	88,9
Máscara de alto fluxo adulto	8	88,9
Máscara de alto fluxo pediátrica	5	55,6
Laringoscópio adulto com lâminas	8	88,9
Laringoscópio pediátrico com lâminas	2	22,2
(Pilhas extras inclusas)	7	77,8
Ressuscitador manual Adulto	8	88,9
Ressuscitador Manual Pediátrico	5	55,6
Ressuscitador Manual Neonatal	2	22,2
Tubo oro traqueal de vários tamanhos (2,5- 9)	5	55,6
Aspiradores de secreções	6	66,7
Prancha longa com imobilizador de cabeça com bachal e tirantes	8	88,9
Imobilizador pediátrico	1	11,1
Ácido Tranexâmico ampola	2	22,2
Adrenalina ampola	8	88,9
Suxametônio ampola	2	22,2
Fentanil	6	66,7
Midazolam	8	88,9
Ketamina	1	11,1

Sobre os equipamentos para proteção individual, em todas as unidades foram encontrados disponíveis para uso dos profissionais: máscaras descartáveis, luvas de procedimento e luvas estéreis. Os óculos de proteção foram encontrados em 6(66,7%), os aventais em 3(33,3%) e as máscaras N95 estavam presentes em apenas 1(11,1%) das unidades. Embora todos os gerentes das Unidade de Saúde terem formação em área afim e julguem necessário o acondicionamento dos materiais de urgência e emergência em um só local que facilite o seu pronto uso, apenas 6(66,7%) destas unidades tinham seus materiais e insumos dispostos desta forma. Pela Tabela 4 pode ser evidenciado que 3(33,3%) dos gerentes (enfermeiros) que possuem algum treinamento ou experiência no atendimento de urgência e emergência mantêm os insumos e materiais dispostos a facilitar o atendimento.

Tabela 4 - Experiência do gerente em urgência x disposição dos materiais de urgência em um local que facilite o atendimento dos casos de Urgência nas Unidades de Saúde dos municípios da Região de Saúde de Diamantina em 2019(n=9).

Experiência e/ou treinamento do gerente em urgência	Disposição dos materiais de urgência					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	%	N	%	N	%	N
Não responderam	11,1	1	0,0	0	11,1	1
Sim	33,3	3	11,1	1	55,5	4
Não	22,2	2	22,2	2	44,4	4
Total	66,6	6	33,3	3	100	9

Resultados Qualitativos

Por meio da Análise de Conteúdo das questões discursivas foram encontradas as seguintes categorias (BARDIN, 2016):

A - Atendimento de Urgência e Emergência na Atenção Primária como direito da população: Triagem e Acolhimento com classificação de risco;

B - Educação permanente em saúde: Atualização dos conhecimentos para melhor qualidade, agilidade e segurança dos serviços prestados;

C - Gestão e Recursos.

DISCUSSÃO

RESULTADOS QUANTITATIVOS

Os resultados quantitativos deste estudo possibilitam analisar sobre a importância da gestão adequada dos serviços de Urgência e Emergência e da Educação Permanente em Saúde. O impacto da ineficiência da gestão pode ser percebido através da falta de recursos físicos, materiais, tecnológicos e capacitação profissional, limitando a qualidade em saúde. MOREIRA et. al (2017), evidencia que a escassez de recursos influencia diretamente na oferta dos serviços prestados à população.

Municípios onde a Atenção Primária à Saúde é a única modalidade ofertada precisam se empenhar em oferecer a melhor resolutividade nos quadros agudos, e estabilização dos quadros de urgência e emergência até que o indivíduo seja transferido para outro nível de maior complexidade dentro da rede (BRASIL, 2017). No entanto, 77,8% dos municípios não têm médico atuando nas 24 horas do dia, e 33,3% do total das unidades de saúde sequer estão abertas em período integral. Estes dados mostram a deficiência que os municípios apresentam em ofertar atendimento às urgências e emergência, visto que são

acontecimentos inesperados e requisitam intervenção imediata para sua reversão. Para a eficiência destes atendimentos há sobretudo a necessidade de provimento adequado de recursos humanos e materiais em período integral.

Outro ponto importante a salientar é que apesar de quase totalidade dos gestores municipais de saúde possuírem autonomia para a gestão dos serviços e também julgarem necessário o bom desenvolvimento destas ações; a escassez de recursos materiais e tecnológicos essenciais ao atendimento de urgência, bem como a inexistência de ações de educação permanente em Saúde voltadas para este tipo de atendimento é notório, o que interfere diretamente no direito da população à saúde. Cardoso et. al (2015), afirma que a qualidade da gestão da APS é revelada através da capacidade de responder por meio das políticas públicas, programas e serviços às necessidades de saúde da população. Foi bastante expressivo (66,4%) o número de municípios que não desenvolveram ações de educação permanente em urgência e emergência no último ano, embora haja em vigor um programa do Ministério da Saúde que incentiva e financia estas práticas de educação permanente em saúde (PRO EPS-SUS); e também por todos os gestores e gerentes considerarem necessárias estas ações para o bom andamento do serviço (SAÚDE, 2018b; BRASIL, 2006).

O baixo índice de ações de educação permanente também pode ser observado uma vez que apesar da totalidade das unidades atenderem demanda espontânea através da triagem e acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, 33,3% destas unidades não tiveram seus profissionais treinados ou habilitados para o desenvolvimento desta função. Portarias do Ministério da Saúde determinam que profissionais da Atenção Primária realizem a escuta detalhada da queixa do usuário, avaliando sua situação de risco e vulnerabilidade e, através da avaliação clínica, faça a correta classificação do risco para prestar de maneira ágil o primeiro atendimento quando se fizer necessário uma vez que os primeiros atendimentos nas situações de urgência são fundamentais para prognóstico de saúde do paciente (BRASIL, 2017; BRASIL, 2011).

Foi elevado também o número de municípios em que seus profissionais não tiveram treinamento para a transferência dos pacientes, embora é sabido que nos transportes e transferências podem acontecer intercorrências, complicações do quadro de saúde o paciente e até óbitos. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010). Lemos (2016), revela que é indiscutível o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde, uma vez possibilita a saúde como direito de todos e com qualidade para usuários e trabalhadores. A educação permanente em saúde deve apoiar o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades. A formação precisa ser um processo que além, da aquisição de conhecimentos técnicos-científicos, deve também otimizar os processos de gestão do trabalho (BRASIL, 2018).

A dificuldade dos atendimentos de urgência e emergência é evidenciada pela escassez de materiais e medicamentos. No entanto de acordo com a Portaria 2048/GM de

2002 todas as UBS devem estar preparadas para o atendimento de Urgência e Emergência com espaço adequado e devidamente abastecido de materiais e medicamentos para realização do primeiro atendimento e estabilização do paciente no caso de ocorrências na Unidade, nas proximidades e em sua área de abrangência (BRASIL, 2002).

A equipe deve disponibilizar todos os recursos em um mesmo ambiente de maneira organizada e de fácil acesso, de modo a agilizar e facilitar o atendimento às urgências, aumentando assim a chance de sobrevivência do paciente (BRASIL, 2002; BRASIL, 2017). Porém, 3,33% das Unidades não apresentam um espaço adequado com material organizado para pronto uso destinado ao atendimento de Urgência e Emergência. Uma dificuldade que implica na necessidade em atentar para o que é preconizado pela legislação, bem como também na necessidade da implementação das ações de Educação Permanente. Farias et al. (2015), denomina como “hora de ouro” o tempo em que deve ser realizado os primeiros atendimentos ao paciente com algum agravo à saúde com ou sem risco de vida, em virtude desta hora ser crucial para a cura, reabilitação ou morte do paciente, logo a disponibilidade organizada dos materiais e de acesso fácil e a todos contribui para a diminuição do tempo de resposta ao paciente.

RESULTADOS QUALITATIVOS

A - Atendimentos de urgência e emergência na Atenção Primária como direito da população: Triage e acolhimento com classificação de risco

As urgências podem ser traduzidas como lesões ou agravos, de aparecimento rápido que são uma ameaça imediata à vida, cujo portador necessita de intervenção a curto prazo a fim de evitar mal irreversível ou até mesmo o óbito. Os serviços de urgência e emergência têm por finalidade o atendimento de vítimas nos primeiros minutos da ocorrência do fato no intuito do rápido reestabelecimento do bem-estar e eliminação de qualquer condição que ameace a vida; e se dividem em dois tipos principais: o serviço de Atendimento Pré-hospitalar e o serviço de Atendimento Hospitalar (MOURA, CARVALHO, SILVA, 2015).

Como porta de entrada para o sistema de saúde a Atenção Primária recebe também fluxos de urgência e emergência e possui papel importante na resolução e encaminhamento dos casos, por isto a Portaria GM nº 2.048/2002 denominou as Unidades Básicas de Saúde como componente pré-hospitalar fixo, devendo prestar atendimento aos portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática, psiquiátrica, obstétrica (BRASIL, 2002).

Orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde como universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, equidade e da participação social, a APS constitui-se no primeiro nível de atenção à saúde, e caracteriza-se por um conjunto de ações coletivas e individuais para a promoção e proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde e da vida da população (BRASIL, 2017). Por isso, a Unidade de

Saúde deve ser vista como local de fácil acesso às urgências e emergências, haja vista a proximidade e inserção de atendimento junto à comunidade, a relação equipe de saúde e usuário do serviço no conhecimento de sua história pregressa e patologias no âmbito territorial, o rápido acesso da população ao referido serviço, considerando os aspectos geográficos e também como única oferta de serviço de saúde na maioria dos municípios brasileiros (BRASIL, 2017; BRASIL, 2010).

Embora a inserção da Atenção Primária como porta de entrada para a Rede de Atenção às Urgências seja determinada por portarias e leis no Brasil, percebeu-se através deste estudo o desconhecimento dessas leis e portarias pelos gestores municipais de saúde dos municípios da região de Diamantina, contudo, este desconhecimento não os impedem de considerar as Unidades de Saúde de seus municípios como portas de entrada para as urgências:

“...as unidades devem atender as urgências como forma de fortalecimento das ações desempenhadas pelo município (S6) ...”

“...este atendimento na Atenção primária é fundamental para um bom atendimento à população (G6) ...”

Nas UBS dos municípios da região de saúde de Diamantina os fluxos de atendimentos dos quadros agudos são organizados para atendimento através da triagem e acolhimento com classificação de risco. Segundo estudo realizado por Garuzi et al. (2014), acolher não se limita à porta de entrada ou à triagem, e sim à escuta das necessidades do usuário e a responsabilização do serviço de saúde pelas demandas identificadas. O acolhimento é uma intervenção oportuna em situações de urgências e fundamental para prevenção de agravos à saúde (FARIAS et al., 2015).

O acolhimento é uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Definido como a recepção do usuário no serviço, compreende a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de sua queixa e angústias, a inserção de limites; e se for preciso, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado quando necessário. Ao acolher as urgências e emergências as UBS além de fortalecer vínculo com a população amplia o acesso ao sistema, cumprindo as funções de descentralização, resolutividade, coordenação do cuidado e ordenação da rede (SAÚDE, 2013). Estudo mostrou que o acolhimento é capaz promover o vínculo entre o profissional e o usuário, ampliando o acesso aos serviços de saúde, humaniza o atendimento e promove melhor compreensão da doença e corresponsabilização pelo tratamento (GARUZI et al., 2014).

Pode ser observado, mesmo que não esteja organizada de maneira resolutiva nos municípios pesquisados, as Redes de Atenção Regionalizadas. Por disporem apenas de Atenção Primária, os seus pacientes com demanda de Urgência e Emergência nas quais sua Unidade de Saúde não suporta seu manejo, são todos encaminhados para serviços de

maior complexidade e referência na região:

*...os pacientes são transferidos daqui para o Hospital do Serro, Santa Casa de Diamantina e Hospital de Diamantina (S7)
...quando a unidade não está aberta é realizado o transporte de ambulância do paciente para o serro apenas com o motorista (G9)*

A Portaria 2048/GM de 2002 determina às secretarias dos Estados, do Distrito federal e dos municípios a adoção de providências necessárias à implantação dos Sistemas Estaduais de urgência e emergência, bem como à organização das redes assistenciais integrantes, e como pode ser observado o não conhecimento das leis e portarias impactam diretamente nestas ações gerenciais. Farias et al., (2015), defende que para a garantia do direito integral à saúde, o modelo assistencial brasileiro deve prever a organização do sistema de saúde vigente em formato de rede, propondo a regionalização e a integração das ações de atenção à saúde na perspectiva de garantir a integralidade da assistência oferecida.

B - Educação Permanente em Saúde: Atualização dos conhecimentos para melhor qualidade, agilidade e segurança dos serviços prestados

Para uma constante e necessária remodelação da atenção à saúde há a necessidade da transformação permanente dos serviços e dos processos de trabalho. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é a estratégia de transformação que qualifica as equipes para uma maior capacidade de análise, intervenção, autonomia e gestão dos processos de trabalho nos serviços de saúde (FALKENBERG et al., 2014)

A EPS baseia-se em um processo pedagógico que vai desde a aquisição/atualização de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades, até a solução de problemas e desafios vivenciados pelos profissionais de saúde (SAÚDE, 2018a; SAÚDE, 2015). Para Oliveira et al. (2016), a educação permanente em saúde é um processo de aprendizagem que constrói o conhecimento a partir de situações do trabalho. No trabalho há a possibilidade de negociar as soluções para os problemas existentes através do compartilhamento dos significados e sentidos dos objetos, colocando em discussão o contexto no qual se inserem as práticas de saúde.

Sabendo-se que a qualidade da assistência à saúde é diretamente proporcional à qualidade da formação de seus profissionais, e que esta formação pode impactar positiva ou negativamente em todos os seus indicadores, o Ministério da Saúde propôs em 2006 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) com o objetivo de fornecer base normativa adequada para a organização dos processos de gestão da educação na saúde. Anteriormente à PNEPS várias outras portarias já salientavam a necessidade de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, dentre elas a Portaria 2048/

GM de 2002, que além normatizar a forma de como cada profissional deve trabalhar, normatiza os Núcleos de Educação em Urgência (NEU's). Os NEU's são responsáveis pela capacitação e aperfeiçoamento dos componentes intra e pré-hospitalares (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2002).

Esta Portaria também enfatizou a necessidade da introdução nas grades curriculares dos cursos de formação de médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de disciplinas que os possibilite atuar em Urgência e Emergência nos componentes pré e intra-hospitalar. A Política Nacional de Atenção às Urgências por sua vez discorre acerca da necessidade de capacitações para o enfrentamento das situações de emergência na Atenção Primária, visto que reconhece a formação insuficiente dos profissionais de saúde (BRASIL, 2003). Farias et al. (2015), revela que os profissionais da Atenção Primária consideram que as instituições formadoras ofereceram insuficiente formação para o enfrentamento dos casos de urgência e emergência, gerando com isto profissionais inseguros e sem conhecimento para atuar em situação de emergência.

Tendo em vista que a APS é uma das portas de entrada para as urgências e emergências, e também considerando que a detecção precoce da urgência e sua abordagem de forma rápida e efetiva são cruciais para o prognóstico do paciente; os profissionais deste seguimento devem estar preparados para este reconhecimento e intervenção. Assim para que a APS cumpra seu papel de resolatividade é de primordial importância que suas equipes aprimorem constantemente sua capacidade técnica e de análise. Para Micas e Batista (2014), verifica-se a necessidade de impulsionar o ensino profissional de modo que o perfil do trabalhador seja voltado para a integralidade do cuidado e permanente reestruturação de seus conhecimentos a partir da problematização e demandas internas sob a lógica da EPS.

A qualificação dos profissionais da APS deve ser aprimorada e atualizada por meio da proposta da EPS, articulando educação e saúde; pautando-se nas ações de gestão dos serviços e das instituições formadoras. Os cenários das urgências e emergências são os mais diversos, e com o rápido e constante desenvolvimento de novas tecnologias, exigem dos profissionais de saúde além de conhecimento técnico, inteligência emocional e relações interpessoais. É necessário então, que haja além da graduação, mecanismos que possam tornar os profissionais sempre aptos a atuarem de maneira a garantir a integralidade do cuidado, a segurança deles próprios como trabalhadores e dos usuários, e a resolubilidade do sistema. No entanto, para que as práticas de educação em saúde sejam garantidas deverá haver o envolvimento absoluto dos gestores (FALKENBERG et. al, 2014; LEMOS, 2016). Observando os relatos pode-se perceber a importância dada pelos Gestores municipais da região de saúde de Diamantina aos processos de Educação Permanente em Saúde em seus municípios:

“...Melhoria para o serviço (S1) ...”

“... para a continuidade do conhecimento (S2) ...”

“...no fortalecimento das ações desempenhadas pelo município (S3) ...”

“...é muito importante para melhorar a qualidade do serviço prestado à população (S4) ...”

“... atualização dos conhecimentos (S5) ...”

“.... Extremamente importante incentivar e liberar os profissionais para participarem destas capacitações para que possam estar sempre atualizados e com isso aplicarem seus conhecimentos no dia-a-dia, o que irá trazer grande benefício para o serviço (S8) ...”

Porém, como pode ser observado pelos dados nesse estudo, muitas vezes estas práticas não acontecem uma vez que os dados qualitativos mostram que 66,6% dos municípios não realizaram nenhuma ação de EPS com abordagem de urgência e emergência no último ano. Pensando na dificuldade da implementação da EPS nos serviços de saúde o Ministério da Saúde através de seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), lançou em 2018 o Manual Técnico do Programa para o fortalecimento das Práticas de Educação Permanente no SUS (PRO EPS-SUS). O PRO EPS SUS tem como meta participar da proposição e acompanhamento da educação dos profissionais de saúde e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no SUS desde o reconhecimento da necessidade de prover cooperação até a implementação das Políticas e ações de EPS, técnica e financeiramente (SAÚDE, 2018b).

Farias et. al (2015), analisou o acolhimento e a resolutividade das situações de urgência no âmbito da Estratégia Saúde da Família e revelou que os profissionais tem dificuldade tanto para reconhecer a urgência como para compreender a APS como serviço viável para o atendimento, encaminhando os pacientes a outros níveis do sistema; comprovando com isto a necessidade da promoção de capacitação dos profissionais.

C- Gestão e Recursos

Com a implementação do SUS e o processo de descentralização político-administrativa, a ampliação da Atenção Primária passou a ser de responsabilidade principalmente dos gestores municipais. O processo de descentralização do sistema prevê a organização local com estruturas político-administrativas que sejam responsáveis pelas políticas públicas (SOUZA et al., 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), determina que a estrutura de uma UBS deve estar adequada aos seus processos de trabalho e ao número de usuários sob sua responsabilidade, devendo serem construídas após análise do perfil da população, da quantidade de equipes por unidade, das ações a serem desenvolvidas, e sob normas

da vigilância sanitária. Uma UBS adequada com quantitativo de salas e espaços para a realização das ações em saúde deve ser um ambiente limpo, arejado, de fácil acesso. Deve ainda conter recepção sem grades, identificação dos serviços e fluxos, escala de profissionais e locais de acento para a promoção do conforto, devendo conter também área reservada para educação em saúde e educação permanente de seus profissionais. (BRASIL, 2017).

Moreira et al., (2017), evidenciou uma avaliação negativa quanto aos equipamentos e à infraestrutura das unidades de saúde, por parte das equipes de saúde da família. A infraestrutura frágil e a insuficiência de recursos materiais, além de comprometer o desenvolvimento e a qualidade das ações da APS, geram insatisfação nos profissionais e limitam as suas potencialidades.

De acordo com a Portaria 2048/GM de 2002 todas as UBS devem estar preparadas para o atendimento de Urgência e Emergência com espaço adequado, e devidamente abastecidas de materiais e medicamentos para realização do primeiro atendimento e estabilização do paciente no caso de ocorrências na Unidade, nas proximidades e em sua área de abrangência. A equipe deve disponibilizar todos os recursos em um mesmo ambiente de maneira organizada e de fácil acesso, de modo a agilizar e facilitar o atendimento às urgências, aumentando assim a chance de sobrevivência do paciente. Observa-se que, embora os dados quantitativos em alguns municípios tenham revelado exatamente o contrário, o julgamento dos gestores municipais e gerentes das Unidades sobre a necessidade do espaço para o atendimento de Urgência, bem como a organização e aquisição de materiais para o atendimento é unânime na afirmação sobre a importância:

*...as unidades devem ter Complemento do mínimo necessário (G1) ...
...para melhoria na qualidade do atendimento (G2)
...é necessário a aquisição de materiais e sua organização para a oferta do básico (G5)
...facilita a agilidade nos serviços prestados (G9)*

As falhas na infraestrutura e indisponibilidade de insumos revelam a necessidade investimentos na estrutura organizacional de sua Gestão, uma vez que a disponibilidade de espaço adequado, insumos e equipamentos na unidade de saúde direcionados ao atendimento de Urgência está associado à melhor performance e ao desempenho mais adequado destas ações (MOREIRA et al., 2017).

Para otimizar a rede de atenção à saúde no Brasil foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com o objetivo de garantir o acesso de qualidade à saúde pela população através da avaliação do desempenho dos sistemas de saúde em nível nacional, regional e local. Através das consolidações das ações do PMAQ o Ministério da Saúde visa ampliar o impacto da APS sobre as condições de

saúde, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade (SAÚDE, 2015a).

O programa impõe padrões de boas práticas e organização das UBS, promovendo maior conformidade destas unidades aos princípios da AB, e promove a qualidade e inovação da gestão ao fortalecer os processos de Auto avaliação, Monitoramento e avaliação de ações, apoio institucional e Educação Permanente. Esta avaliação da qualidade da APS é essencial para estabelecer a capacidade de resposta de políticas, programas e serviços às necessidades de saúde da população, principalmente em um contexto de escassez de recursos públicos. Considerando também a necessidade de monitorar o papel do gestor, do coordenador municipal da ESF e dos gerentes das USF na promoção, proteção e recuperação da saúde de seus munícipes (CARDOSO et al., 2015).

Ao avaliar a Atenção Primária brasileira o PMAQ localizou inúmeros pontos que podem comprometer a qualidade da assistência a ser prestada no Brasil. Em um estudo ecológico realizado nos 63 municípios da macrorregião assistencial de saúde do Nordeste de Minas Gerais, que abrange geograficamente os Vales do Mucuri e Jequitinhonha revelou que apenas 15,2% dispõe de equipamentos e insumos para o atendimento de Urgência (CARDOSO et al., 2015). Nos municípios da Região de Saúde de Diamantina, como pode ser comprovado pelos dados deste estudo, os resultados não são diferentes. Através da análise dos dados, pôde ser verificado nos municípios, a precariedade das estruturas físicas das UBS, com ambiência pouco acolhedora; inadequações das condições de trabalho dos profissionais; necessidade da qualificação dos processos de trabalho, instabilidade das equipes e dos gestores municipais devido a rotatividade dos profissionais.

A ineficiência dos processos de gestão nos municípios desse estudo se ressalta através da não adequação destes serviços ao que é preconizado devido principalmente ao desconhecimento das Legislações e Portarias, da sobrecarga das equipes, da inexistência de Processos de Educação Permanente, baixa integração das equipes da APS com os demais pontos da RAS, e ineficiência dos financiamentos (SAÚDE, 2015a).

Souza et al, (2015), revela que a ineficiência da gestão se traduz em baixa de resolutividade de unidades que estão em funcionamento, por causa de questões, como limitado horário de funcionamento, escassez de profissionais e precárias condições de infraestrutura. Nunes (2018), evidencia a importância da gestão, mostrando a necessidade de se investir na formação e valorização da gestão local dos serviços como forma de efetivar uma APS com capacidade de promover a saúde como direito de todos e condição de cidadania.

Apesar de o processo de descentralização SUS determinar a organização local das estruturas político-administrativas, os municípios de pequeno e médio porte encontram muitas dificuldades no financiamento e gestão local de seus sistemas de saúde, sendo necessária a consideração dos contextos específicos em que as políticas são implementadas. Nenhum dos municípios desta pesquisa declarou receber regularmente qualquer incentivo financeiro

voltado para a área de Urgência e Emergência; relataram a compra de materiais e insumos destinados a este fim através de recursos próprios, ou através emenda parlamentar através de apoio de parlamentares da região:

“...Recurso para compra de material de urgência através de uma emenda de um deputado (S3) ...”

“...Compra de uma UTI móvel (S7) ...”

As propostas da Portaria 3.992 de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e serviços públicos de saúde, e dos critérios para a aplicabilidade e transferência destes recursos (BRASIL, 2017b). Portarias anteriores a esta; como a portaria 2048/2002, atualmente revista pela portaria 1600/2011, e a portaria 2436/2017, entre outras, ressaltam a importância e obrigatoriedade do componente de urgência e emergência na APS. As suas redações por si só embasam e justificam a necessidade de investimentos no componente de urgência da APS, logo se os investimentos não estão sendo realizados mostra o seu total desconhecimento por parte dos gestores e conseqüentemente o não uso do que é disponibilizado a ser investido na saúde (BRASIL, 2017). Turci, Lima-Costa, Macinko (2015), revela a importância da boa gestão para a qualidade da APS. Fatores como logística adequada, formação profissional, existência de serviço médico em período integral influenciam diretamente na qualidade prestada.

CONCLUSÃO

Estes resultados descrevem a realidade da rede de urgência e emergência na Atenção Primária da Região de Saúde de Diamantina. Foram identificados diversas limitações e deficiências como a inadequação dos processos de gestão, a inexistência dos processos de educação permanente em saúde, e a deficiência de recursos humanos, materiais e físicos. Esta realidade indica baixa eficiência desta rede, revelando a necessidade de investimentos em processos de qualificação das equipes, melhoria da infraestrutura e recursos materiais no acolhimento às situações emergenciais, bem como otimização dos processos de gestão.

Portanto, para a efetivação da APS como porta de entrada com capacidade resolutiva nos municípios da Região de Saúde de Diamantina é necessário que gestores e trabalhadores de saúde intervenham em sua realidade através de adoção de estratégias que otimizem os processos de gestão, ampliem o escopo dos serviços ofertados, disponibilizando também equipamentos e insumos; construam vínculo e responsabilização entre profissionais de saúde e usuários de forma a garantir o acesso e continuidade do cuidado em saúde, estruturarem os processos de Educação Permanente, além adotarem protocolos clínicos e de encaminhamento dos usuários na rede.

Como forma de ajudar os municípios em seu Processo de Educação Permanente em Saúde foi realizado um treinamento de Urgência e emergência voltado aos seus profissionais da APS. Este treinamento foi desenvolvido com o objetivo de despertar nesses profissionais a capacidade de reconhecimento e conduta frente aos casos de Urgência e Emergência.

Participaram do evento 71 profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e condutores de ambulância, atuantes na APS dos nove municípios participantes desse estudo. Neste treinamento foram orientadas as condutas a serem tomadas nas urgências e emergências clínicas e traumáticas desde a abordagem do evento até o encaminhamento do paciente para o nível de maior complexidade. Foi também ofertada uma consultoria a nível de município sobre a necessidade da organização de um espaço destinado para o atendimento das urgências e emergências nas UBS, a disponibilidade, organização e disposição com fácil acesso de todos aos materiais e insumos necessários para um atendimento de qualidade, acompanhada da entrega da lista de materiais necessários ao atendimento de urgência e emergência nas US.

No entanto esta capacitação não contemplou a totalidade dos profissionais atuantes na APS de cada município, assim como não esgotou todos os temas necessários para a abordagem e conduta nas urgências. Portanto, ainda continua a fazer-se necessário que cada município desenvolva as ações de Educação Permanente em Saúde voltadas para a área de urgência de forma permanente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Almedina: Edições 70, 2016.

BÍBLIA. **Bíblia Sagrada**. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969.

BRASIL. Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002. **Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência**, Brasília, DF, 05 nov 2002.

BRASIL. Portaria 1864 de 29 de setembro de 2003. **Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção à urgências, por intermédio da implantação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência em todo o território nacional: SAMU-192**, Brasília, DF, 29 set 2003a.

BRASIL. Portaria n. 1863, de 29 de setembro de 2003. **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.**, Brasília, 29 set 2003b.

BRASIL. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente**, Brasília, 2006a.

BRASIL. Portaria 3.125 de 7 de Dezembro de 2006. **Institui o Programa de Qualificação**

da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define profidências, Brasília,DF, Dez 2006b.

BRASIL. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, Brasília, DF, 30 dez 2010.

BRASIL. Portaria 1.600 de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde(SUS)**, Brasília,DF, jul 2011.

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, 2012.

BRASIL. **Instrução de Avaliação externa do Saúde mais perto de Você- Acesso e qualidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS)**., Brasília, 21 set 2017a.

BRASIL. Portaria nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017. **Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.**, Brasília, DF, 28 dez 2017b.

BRASIL. **Educação Permanente como ferramenta estratégica de gestão de pessoas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CARDOSO, A. V. L. et al. Avaliação da gestão da estratégia Saúde da Família por meio do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Montes Claros, v. 20, p. 1267-1284, 2015.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em Saúde e educação na saúde: conceitos e implicação para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, p. 847-852, 2014.

FARIAS, D. C. D. et al. Acolhimento e Resolutividade das Urgências na Estratégia da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Campina Grande, v. 39, n. 1, p. 79-87, out. 2015.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Saúde Pública**, São Paulo, p. 144-149, 2014.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 21, p. 913-922, 2016.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 45,

n. 3, p. 519-528, 2011.

MARIA DO CARMO BARROS DE MELO, N. L. C. S. **Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2011.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. D. S. Educação Permanente em saúde: metassíntese. **Revista de saúde Pública**, São Paulo, p. 170-185, 2014.

MOREIRA, S. et al. Avaliação da Infraestrutura das Unidade de Saúde da Família e Equipamentos para ações na Atenção Básica. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, 2017.

MOURA, A.; CARVALHO, J. P. G. D.; SILVA, M. A. D. B. Urgência e Emergência: Conceitos e atualidades. **Saúde e Conhecimento**, p. 12-18, 2015.

NUNES, L. O. et al. Importância para o gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes da Alam-Ata. **Revista Panamericana de Saúde**, v. 42, 2018.

O'DWYER, G. et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, 2017.

OLIVEIRA, G. C. et al. Urgências e Emergências em saúde mental: a experiência do núcleo de saúde mental do SAMU/DF. **Ciências da Saúde**, Brasília, p. 75-78, 2018.

OLIVEIRA, J. F. M. D. et al. Educação Permanente em Saúde como estratégia balizadora do processo de formação em saúde: a experiência multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UESPI. **Tempus actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 171-186, dez 2016.

RAYA, M. C. A. et al. Avaliação de um projeto de triagem de emergências de enfermagem na Atenção Primária. **Revista Clínica médica e Familiar**, Albacete, v. 6, outubro 2013.

SAÚDE, M. D. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

SAÚDE, M. D. **Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a.

SAÚDE, M. D. **Retratos da Atenção Básica no Brasil**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, 2015b.

SAÚDE, M. D. **Instrumento de Avaliação externa do Saúde mais perto de Você - Acesso e qualidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

SAÚDE, M. D. **Educação Permanente como ferramenta estratégica de gestão de pessoas**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a.

SAÚDE, M. D. **Manual técnico do Programa para o fortalecimento das práticas de**

Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS). Brasília,DF: Ministério da Saúde, 2018b.

SILVA, E. A. D. C. et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, p. 571-577, mar. 2010.

SILVA, L. A. A. D. et al. Educação Permanente em Saúde e no trabalho de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, p. 557-561, set 2010.

SOUZA, O. D. A.; MACHADO, C. V.; NORONHA, M. F. D. Desafios da Gestão Municipal da Atenção Básica em Saúde No Brasil: Um Estudo de Caso. **Revista de APS**, v. 18, p. 166-179, abr 2015.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gérias, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, set 2015.

AUMENTO DA ANSIEDADE NO PERÍODO PÓS PANDEMIA DA COVID-19

Heloisa Maria Prado¹;

Instituto Luterano de Ensino Superior de Itumbiara (ILES/ULBRA), Itumbiara-GO.

<https://lattes.cnpq.br/4972492986601306>

Bruna Cristina Freitas Cardoso²;

Instituto Luterano de Ensino Superior de Itumbiara (ILES/ULBRA), Itumbiara-GO.

<http://lattes.cnpq.br/1660269222804893>

Moneffer Brenda Soares³;

Instituto Luterano de Ensino Superior de Itumbiara (ILES/ULBRA), Itumbiara-GO.

<http://lattes.cnpq.br/3248995009706659>

Vitória Pirett Lemos⁴.

Instituto Luterano de Ensino Superior de Itumbiara (ILES/ULBRA), Itumbiara-GO.

<https://lattes.cnpq.br/3596197068016623>

RESUMO: A presente pesquisa objetivou identificar a contribuição da pandemia do COVID 19 nas queixas do aumento da ansiedade na população. Assim, ela se apresenta a partir do desenvolvimento de um projeto realizado no estágio de Psicologia Social na instituição de ensino ILES/ULBRA, universidade localizada em um município no Sul Goiano. Sendo assim, teve como amostra, um grupo aberto que em média era realizado com 10 a 30 pessoas com idade entre 23 e 35 anos no qual foram desenvolvidas intervenções na própria instituição, onde os mesmos estão inseridos, sendo que foi realizado um total de 06 encontros com a duração entre 30 a 60 minutos, dependendo do grupo. Os procedimentos utilizados foram de ampla participação, contendo dinâmicas e jogos interativos favorecendo a integração, proximidade e leveza. O objetivo dos encontros foi à discussão, troca de experiências e descontração, tendo como tema principal a Ansiedade. Desse modo, a pesquisa parte na necessidade de refletir sobre as condições de trabalho dos profissionais de saúde, bem como dos familiares que se encontram em meio ao caos, que devem tomar cuidado para não se contaminar ou colocar mais familiares em risco, tanto física como psicologicamente. Portanto, esta pesquisa buscou apresentar dinâmicas que poderiam ser realizadas com um grupo terapêutico, tratando da temática “Ansiedade na pandemia”, o qual não foi colocado em prática, porém, foi apresentada a proposta em sala de aula, para avaliação da disciplina de Processos Grupais, sendo avaliado com êxito e grande chance de contribuir para o público-alvo. Em suma, o presente projeto reuniu conhecimento científico acerca da

saúde mental, das possíveis consequências da COVID-19, principalmente o que envolve a ansiedade nesse período.

PALAVRAS-CHAVE: Ansiedade. Pandemia. Saúde mental.

INCREASED ANXIETY DURING THE POST-COVID-19 PANDEMIC PERIOD

ABSTRACT: This research aimed to identify the contribution of the COVID 19 pandemic to complaints of increased anxiety in the population. Thus, it presents itself from the development of a project carried out in the Social Psychology internship at the teaching institution ILES/ULBRA, a university located in a municipality in the south of Goiás. Thus, it had as a sample, an open group that on average was carried out with 10 to 30 people aged between 23 and 35 years in which interventions were developed in the institution itself, where they are inserted, and a total of 06 meetings lasting between 30 and 60 minutes, depending on the group. The procedures used were of wide participation, containing dynamics and interactive games favoring integration, proximity and lightness. The purpose of the meetings was discussion, exchange of experiences and relaxation, with Anxiety as the main theme. Thus, the research starts from the need to reflect on the working conditions of health professionals, as well as family members who are in the midst of chaos, who must be careful not to contaminate themselves or put more family members at risk, both physically and psychologically. Therefore, this research sought to present dynamics that could be carried out with a therapeutic group, dealing with the theme “Anxiety in the pandemic”, which was not put into practice, however, the proposal was presented in the classroom, for evaluation of the discipline of Processes Groups, being evaluated successfully and a great chance to contribute to the target audience. In short, this project gathered scientific knowledge about mental health, the possible consequences of COVID-19, especially what involves anxiety in this period.

KEY-WORDS: Anxiety. Pandemic. Mental health.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, a COVID-19 contribuiu amplamente para o desenvolvimento da síndrome respiratória aguda grave, causando altas comorbidades e alta mortalidade em indivíduos afetados em todo o mundo. Além de afetar a vida do indivíduo, também afetam o dia a dia do trabalho, o que aumenta o medo de contrair doenças, o medo da morte e o medo de perder um ente querido, o que pode aumentar a vulnerabilidade. À medida que as pessoas desenvolvem ansiedade e depressão, esse período é caracterizado por um período de grandes mudanças (Lorenz, 2020).

De acordo com Depolli et al. (2021), à medida que a contaminação viral progride, medo de ser diagnosticado com COVID-19 ou de contaminação por parentes ou conhecidos, a doença pode impactar negativamente na saúde mental do indivíduo, além de aumentar os níveis de estresse, pode desenvolver ou exacerbar sintomas de ansiedade e depressão. É importante ressaltar que o isolamento social também aumenta a solidão, o que pode desencadear estressores, pois essa medida inclui a redução da necessidade de contato social.

Segundo Filho e Dunningham (2019), a depressão pode ou não ser acompanhada de ansiedade, que pode estar relacionada a eventos estressantes ou vulnerabilidades sociais, genéticas e ambientais. Depressão e ansiedade podem afetar pessoas de todas as raças, etnias e classes sociais. Dessa forma, Pastori (2020) aponta que a alta incidência de depressão preocupa os profissionais de saúde mental, pois, além da mortalidade por poluição por COVID-19, a incidência de depressão no início da pandemia também aumento substancial na taxa de tentativas de suicídio no início do período.

Dessa forma, acredita-se que a depressão e a ansiedade podem prejudicar a vida das pessoas, principalmente quando são acometidas pelo estresse e pelo medo, devido a situações de vulnerabilidade, como é o caso das epidemias. Durante a pandemia do COVID-19, além dos impactos físicos, econômicos e sociais, muitas vezes as pessoas experimentam enormes impactos psicológicos, que exigem atenção e apoio psicológico do sistema público de saúde mental. Pessoas afetadas por ansiedade e depressão durante a pandemia podem apresentar sintomas como tristeza e solidão, além de se sentirem estressadas e ansiosas, e aquelas com condições pré-existentes podem apresentar taxas mais altas de ansiedade e depressão (Barros et al., (2020).

Nesse sentido, se faz importante ressaltar que os níveis de estresse e ansiedade podem ser maiores diante dos profissionais que estiveram à frente da prevenção na pandemia. Além do estresse de lidar com pacientes infectados e da necessidade de desenvolver estratégias de combate à contaminação, em alguns casos os profissionais também sentiram a necessidade de se isolarem de seus familiares para não se tornarem vetores do vírus. Considere também que profissionais que já apresentam sintomas ou têm histórico de ansiedade e/ou depressão são mais propensos a ter problemas de saúde mental. Também é importante considerar que as condições de trabalho, jornada de trabalho, salários insuficientes, etc. também podem ser considerados fatores agravantes do estresse (Santos et al. 2021).

Dito isso, acreditamos ser necessário refletir sobre as condições de trabalho dos profissionais de saúde, bem como dos familiares que se encontram em meio ao caos, que devem tomar cuidado para não se contaminar ou colocar mais familiares em risco, tanto física como psicologicamente. Diante disso, esta pesquisa teve como objetivo principal, identificar a contribuição da pandemia do COVID 19 nas queixas do aumento da ansiedade na população.

METODOLOGIA

O presente projeto foi desenvolvido através de um estágio em Psicologia Social em uma universidade localizada em um município no Sul Goiano, teve como amostra, um grupo aberto que em média era realizado com 10 a 30 pessoas com idade entre 23 e 35 anos no qual foram desenvolvidas intervenções na própria instituição, onde os mesmos estão inseridos, sendo que foi realizado um total de 06 encontros com a duração entre 30 a 60 minutos, dependendo do grupo. Foi utilizada a abordagem Psicodrama.

Os procedimentos utilizados foram de ampla participação, contendo dinâmicas e jogos interativos favorecendo a integração, proximidade e leveza. O objetivo dos encontros foi à discussão, troca de experiências e descontração, tendo como tema principal a Ansiedade. Foi ministrado por uma estagiária do curso e não teve cobrança de honorários. Como recursos didáticos, foram utilizados: Folhas de papel A4; lápis; canetas coloridas; borracha; bloco de post-it coloridos, envelopes, cartolinas e colchonetes. Após o término de cada sessão, foi realizada com o grupo uma avaliação geral do que foi discutido e trabalhado.

DO QUE SE TRATA O COVID-19?

O Coronavírus, popularmente conhecido como COVID-19 (Sars-CoV-2) é uma doença viral com alto poder de contágio e que tem atingido o mundo inteiro. Esta doença surgiu no fim de 2019 em Wuhan na China, onde pode ter sido transmitido de espécies de animais para humanos, uma vez que esta família de vírus afetava mais animais do que humanos. Estima-se que até o início do ano de 2021 tenham sido registradas mais de 200 mil mortes em todo o Brasil. No entanto, as incidências podem ser maiores se contabilizadas as taxas de mortalidade em todo o mundo, levando em consideração que esta doença não assola somente o Brasil (DEPOLLI et al., 2021).

A Organização Mundial da Saúde declarou a doença como sendo uma pandemia, 20 dias após o registro do primeiro caso. Em 17 de março de 2020, o Brasil registrou a primeira morte em decorrência da COVID-19. Como resultado, a China implementou medidas de quarentena para controlar o vírus em seu país. O surto do vírus Ebola de 2014-2016 teve um efeito significativo no mundo; o governo e a população do Brasil já estavam observando de perto como outros países foram afetados pelo vírus. Além disso, a Europa teve mais de 6.000 casos e 3.000 mortes relacionadas ao surto, sendo a Itália foi o país mais afetado.

Como os sistemas de saúde do Brasil continuaram a enfrentar uma alta taxa de mortalidade, as autoridades do país implementaram quarentenas rígidas para reduzir o caos em seus sistemas de saúde. Essas medidas foram necessárias para proteger e garantir os sistemas de saúde do país e garantir a segurança e a assistência à saúde prestada por leitos hospitalares e máquinas de UTI. Isso foi especialmente verdadeiro para outros países que adotaram medidas semelhantes devido ao rápido contágio e disseminação do

vírus em seus territórios, incluindo Alemanha, Espanha e Portugal, o que causou pânico generalizado (BARROS et al., 2020).

ANSIEDADE PÓS COVID-19

O indivíduo que sofre com ansiedade geralmente apresenta sintomas ansiosos na maioria do tempo, apresentando também medos excessivos do futuro e nas tomadas decisões relacionadas a própria vida. Os sintomas ansiosos podem ser intensos, e quando intensos levam o indivíduo a evitar realizações de tarefas simples e esquiva de lugares fechados.

Achados na literatura sobre ansiedade, depressão e estresse mostram um aumento acentuado de transtornos mentais em todo o mundo. Um estudo com estudantes universitários portugueses mostrou um aumento súbito de ansiedade, depressão e stress em comparação com estados mentais pré-pandemia. (MAIA; DIAS, 2020). Outros estudos mostraram que o maior problema é o confinamento, por isso nossa ansiedade, depressão e estresse aumentam. (BARROS et al, 2020). Os achados também revelaram efeitos sobre o sono e hábitos alimentares da população estudada. Eles relataram que pessoas com históricos médicos vulneráveis, como depressão e transtornos de ansiedade, apresentaram mais sinais e sintomas pós-pandemia.

As restrições sociais introduzidas como medida preventiva tiveram um efeito psicológico nas pessoas. Isso pode impedir o cumprimento das medidas de distanciamento e isolamento social. E para quem convive com os efeitos negativos da pandemia como a possibilidade de contágio e a alta probabilidade de morrer por COVID-19, há um alto risco de consequências psiquiátricas, sendo as mais usuais a ansiedade e a depressão.

Conforme o estudo de Aurélio (2020), o isolamento social e o sentimento de estar sozinho perante a uma doença, podem desencadear fatores relacionados a depressão, além de potencializar os efeitos desta quando o indivíduo já apresenta sintomas. É possível que sintomas depressivos leves possam passar para de moderado à grave. O risco de exposição ao vírus pode gerar sentimentos de medo e angústia. O risco de se desenvolver ansiedade e/ou depressão em profissionais da saúde é maior, uma vez que estes estão atuando de maneira a enfrentar o tratamento da COVID-19, cuidando de pacientes contaminados todos os dias, onde alguns tomam a decisão de se afastar da família e se isolar por temer ser fonte de contaminação.

CONCLUSÃO

Em suma, o presente projeto reuniu conhecimento científico acerca da saúde mental, das possíveis consequências da COVID-19, principalmente o que envolve a ansiedade nesse período. Devido ao crescente número de pessoas que estão desenvolvendo uma ansiedade patológica, foram propostas dinâmicas que estariam dentro de grupos terapêuticos, no

qual constitui-se numa alternativa viável e eficaz para o tratamento, tendo uma melhora significativa dos sintomas de ansiedade e de sintomas externalizantes e atendendo uma maior demanda que em muito supera a quantidade de profissionais disponíveis.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

AURÉLIO, Suelen Silva da. **ATIVIDADE FÍSICA NO COMBATE A INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE NA PANDEMIA DO COVID-19: UMA REVISÃO DE LITERATURA**. Educação Física Bacharelado-Tubarão, 2020.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020427, 2020.

DEPOLLI, Gabriel Trevizani et al. Ansiedade e depressão em atendimento presencial e telessaúde durante a pandemia de Covid-19: um estudo comparativo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021.

FILHO, Antônio Souza Andrade.; DUNNINGHAM, W. A. A PANDEMIA DA DEPRESSÃO. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, Set./Dez;23(3):194-95. 2019.

LORENTZ, Marcela Siliprandi. **Sexualidade e depressão no puerpério durante a pandemia de covid-19**. 2020.

MAIA, Berta R. Rodrigues, & Dias, P. C. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. **Estudos de Psicologia** (Campinas), 37, e200067.

PASTORI, Thayana Adrien Neves et al. **Depressão: uma epidemia?**. Tese de Doutorado. 2020.

SANTOS, Katarina Márcia Rodrigues dos et al. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. SPE, 2021.

SCHMIDT, Beatriz. et al. **Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus** (COVID-19). 2020.

WANG, Cuiyan et al. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 17(5), 1729.

IDOSOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: OS DESAFIOS ENCONTRADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Anderson Deivid Aguiar e Silva¹;

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Floriano, Piauí.

<http://lattes.cnpq.br/1293562788466416>

Julia Maria de Jesus Sousa²;

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Floriano, Piauí.

<http://lattes.cnpq.br/3717405291941164>

Layla de Araújo Pires³;

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Floriano, Piauí.

<https://lattes.cnpq.br/6459152658226173>

Lourena Ferreira dos Reis Campos⁴;

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Floriano, Piauí.

<http://lattes.cnpq.br/4703749056801824>

Kelly Saraiva dos Santos⁵;

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Floriano, Piauí.

<http://lattes.cnpq.br/9439644744145750>

Ana Maria Moura Cunha⁶;

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Floriano, Piauí.

<https://lattes.cnpq.br/7267213579500303>

Emily de Figueredo Pedrosa⁷;

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Floriano, Piauí.

<http://lattes.cnpq.br/4237451670496721>

Vinícius do Carmo Borges Silva⁸;

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Floriano, Piauí.

<https://lattes.cnpq.br/2956680798898870>

Guilherme Higino de Carvalho Soares⁹;

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Floriano, Piauí.

<https://lattes.cnpq.br/0973578240147986>

Nicholle Akocayti Sábara Bezerra¹⁰;

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Floriano, Piauí.

<http://lattes.cnpq.br/0632547701640416>

Jainne Coelho Sousa¹¹;

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Floriano, Piauí.

<https://lattes.cnpq.br/3978163401979597>

Jéssica de Menezes Nogueira¹²;

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN/UFRJ. Doutorado Sanduíche em Braga-PT, na Universidade do Minho, na área de sociologia do envelhecimento, pelo Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) da CAPES. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Amílcar Ferreira Sobral.

<http://lattes.cnpq.br/0207317977198731>

RESUMO: O envelhecimento é um processo não patológico comum a todos os indivíduos, propiciando o aumento da taxa de idosos no mundo. Nesse contexto, surgem as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), visto isso, o objetivo desse trabalho é verificar o que literatura científica aponta sobre os desafios enfrentados pela equipe de Enfermagem frente aos cuidados realizados aos idosos institucionalizados. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de natureza qualitativa e básica, com objetivo descritivo explicativo. Realizado através das bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE via PUBMED), Literatura Latina-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), o descritor utilizado foi “homes for the aged”, após a leitura dos artigos que mais se enquadravam no tema. A Enfermagem é responsável pela assistência a esses idosos dentro de suas competências, embora tenham que enfrentar dificuldades dentro dessas instituições, tanto no âmbito da valorização profissional quanto em seu espaço físico. Nesse contexto, a segurança e bem-estar dos idosos fica comprometida, visto que, a carga horária exacerbada da equipe contribui com a realização de um trabalho menos eficaz, evidenciando a incidência de patologias que afetaram diretamente em sua integridade física e psicológica. Portanto, percebe-se que a Enfermagem é uma profissão extremamente necessária nesses espaços, que apesar das dificuldades encontradas busca realizar seu trabalho da maneira mais humanizada com os instrumentos que possui, mas que ainda carece de valorização profissional e aperfeiçoamento.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem. Idosos. Instituições de Longa Permanência para Idosos.

ELDERLY IN LONG STAY INSTITUTIONS: THE CHALLENGES ENCOUNTERED BY THE NURSING TEAM

ABSTRACT: Aging is a non-pathological process common to all individuals, leading to an increase in the rate of elderly people in the world. In this context, the Long Stay Institutions for the Elderly (ILPIs) appear, considering that, the objective of this work is to verify what the scientific literature points out about the challenges faced by the nursing team in the face of the care provided to the institutionalized elderly. This is an integrative literature review, of a qualitative and basic nature, with an explanatory descriptive objective. Performed using the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE via PUBMED), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) databases, the descriptor used was “homes for the aged”, after reading the articles that best fit the theme. Nursing is responsible for assisting these elderly people within their competences, although they have to face difficulties within these institutions, both in terms of professional development and in their physical space. In this context, the safety and well-being of the elderly is compromised, since the exacerbated workload of the team contributes to the performance of a less efficient work, evidencing the incidence of pathologies that directly affected their physical and psychological integrity. Therefore, it is perceived that nursing is an extremely necessary profession in these spaces, which despite the difficulties encountered, seeks to carry out its work in a more humane way with the instruments it has, but which still lacks professional appreciation and improvement.

KEY-WORDS: Nursing care. Aged. Long Stay Institutions for the Elderly.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser conceituado como processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (WHO, 2005).

Esse é um fenômeno que vem ocorrendo mundialmente em decorrência de avanços científicos e indicadores socioeconômicos, interferindo diretamente nas taxas de mortalidade, fecundidade e natalidade de um país, no Brasil ele vem acontecendo de maneira mais acelerada e acentuada (DAMACENO; CHIRELLI; LAZARINI, 2019).

A Lei nº 10.741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, considera como idosos todas as pessoas acima de 60 anos (BRASIL, 2003). No Brasil, essa faixa etária vem crescendo de maneira tão expressiva que o Ministério da Saúde, estima que em 2021 o Brasil possuía 31.330.209 milhões de idosos (BRASIL, 2022).

Apesar da evolução nas ciências da saúde a chegada da idade mais avançada carrega consigo diversas limitações fisiológicas e psicológicas, fazendo com que essa população necessite de mais serviços de saúde, acompanhamento de profissionais ou familiares para auxiliarem em seu dia a dia e na manutenção da sua saúde (DIAS *et al.*, 2020).

Nessas circunstâncias surgem as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) – governamentais ou não (FONSECA; FONTES, 2019), que tem como fito contribuir com os cuidados e acolhimento de pessoas com 60 anos ou mais, destinadas a oferecer domicílio coletivo, assegurando-lhes o fornecimento de atividades assistenciais, proteção, promoção e preservação de seu bem-estar e dignidade (ANVISA, 2005).

No Brasil existe a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 283/2005 que regulamenta a criação de uma ILPI em todos os aspectos que envolvem a abertura de uma, como infraestrutura, recursos humanos, funções, processos operacionais e finalidades (ANVISA, 2005). Accioly (2020), ao apresentar o panorama das ILPIs no Brasil, estima que existem 7.292 instituições, das quais 29, 91% são empresas privadas com fins lucrativos e apenas 2,35% são públicas.

Segundo Sousa e Steckelberg (2020), é de suma importância a presença de profissionais qualificados para manter e assegurar os direitos e bem-estar dos idosos institucionalizados. Os profissionais que compõem as ILPIs são: responsável técnico, cuidadores para os idosos, zeladora, cozinheira, lavadeira de roupas e profissional de nível superior para realização de atividades de lazer, sendo facultativo o vínculo de um profissional da saúde (ANVISA, 2005).

Visto isso, a equipe de Enfermagem atua nesses locais diretamente com os residentes através da aplicação de seus conhecimentos técnico-científicos desenvolvendo as habilidades de cada idoso de acordo com seu grau de necessidades, a fim de estabelecer ao paciente autocuidado e autonomia em suas atividades de forma mais humanizada e acolhedora.

Destarte, é necessário que os profissionais de Enfermagem possuam um ambiente de trabalho que favoreça o seu trabalho, o que nem sempre condiz com a realidade. Existem diversos obstáculos dentro dessas instituições, ora estruturais, ora recursos materiais, ora irregularidades éticas: dimensionamento incorreto e exercício ilegal da profissão. Todos esses fatores colaboram diretamente na falta de segurança, dignidade, promoção de saúde, bem-estar dos residentes (DE PAULA; RODRIGUES; SANTANA, 2018).

Diante do contexto exposto, o objetivo desse trabalho é verificar o que literatura científica aponta sobre os desafios enfrentados pela equipe de Enfermagem frente aos cuidados realizados aos idosos em ILPIs visto que, o número de idosos vem crescendo cada vez mais no Brasil, sendo imprescindível o estabelecimento de cuidados adequados por uma equipe qualificada.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza básica, com objetivo descritivo explicativo e, quanto ao procedimento, é uma revisão integrativa de literatura caracterizada por um método que sintetiza resultados já publicados sobre o objeto em tela, seguindo um padrão sistemático, ordenado e abrangente (ERCOLE; DE MELLO; ALCOFORADO, 2014). A pesquisa foi realizada entre maio e junho de 2022 utilizando as seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE via PUBMED), Literatura Latina-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) acessadas através do Portal de Periódicos Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O descritor cadastrado no Descritores em Ciências de Saúde (DECS) utilizado foi: *homes for the aged*.

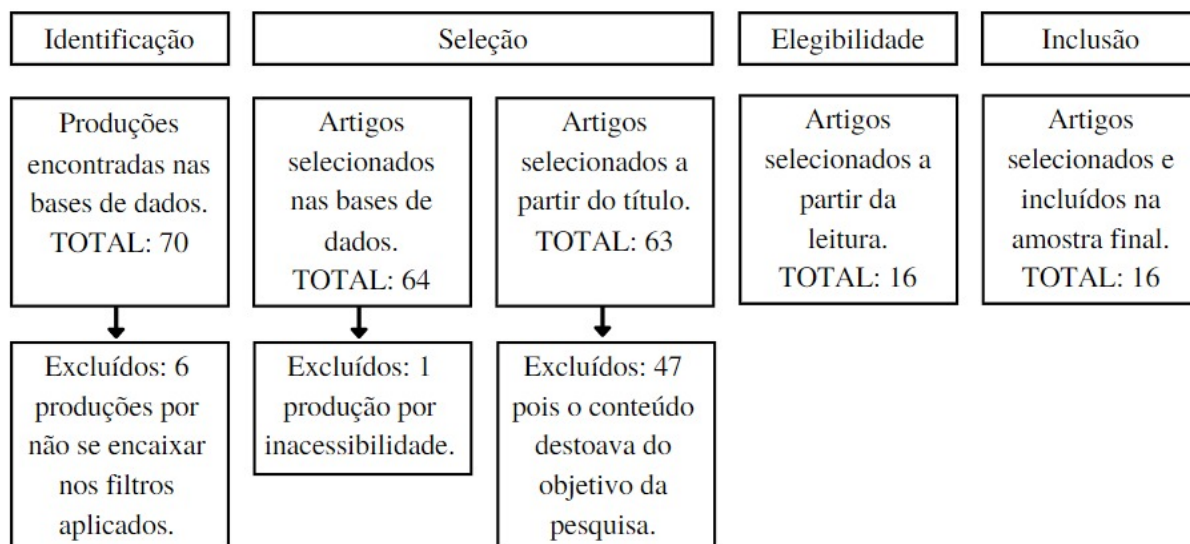
Como critérios de inclusão foram utilizados filtros de busca disponibilizados pelas bases. Na MEDLINE via PUBMED e LILACS foram aplicados ‘artigo científico original’, ‘ano de publicação 2016-2022’, ‘língua portuguesa’ e ‘completo’, e na plataforma CINAHL com exceção do idioma, visto que a plataforma só fornece artigos na língua inglesa, os filtros permaneceram iguais. Como critérios de exclusão adotou-se teses, dissertações, documentos técnicos, textos editoriais e capítulos de livros.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após aplicação dos filtros, foram encontrados três artigos na LILACS, 38 na MEDLINE via PUBMED e 29 na plataforma CINAHL. A somatória dos artigos coletados foi igual a 70, dos quais a partir da leitura e interpretação dos resumos 23 foram excluídos, 24 não respondiam ao objetivo do presente trabalho, seis não eram artigos científicos e um não foi possível o acesso. Resultando em 16 artigos para construção do presente estudo.

A estratégia de busca adotada e o número de publicações encontradas estão descritos na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma de seleção dos estudos. Período de busca: maio a junho de 2022.



Fonte: Dados da pesquisa.

A Enfermagem é responsável por promover e manter a saúde através de inúmeras ações que competem à equipe. A assistência de cuidados prestados por esses profissionais deve ser realizada de forma holística, de maneira que todas as áreas dos pacientes sejam atendidas, desde o estímulo para o autocuidado, espiritualidade, participação da família, como outras atividades que integrem os idosos (POLTRONIERI; DE SOUZA; RIBEIRO, 2019).

Por meio dos resultados encontrados nos artigos foi possível perceber algumas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de Enfermagem no seu cotidiano, tais como: a escassez de profissionais da área nessas instituições, longas horas de trabalho, baixa remuneração/desvalorização, não há incentivo para aperfeiçoamento profissional, além da ausência de um instrumento padrão para a avaliação dos idosos em instituições de longa permanência.

Diante do exposto, Silva *et al.* (2021) em seu estudo sobre os fatores associados a ocorrência de infecção do trato urinário (ITU) em idosos institucionalizados, identificaram que nas ILPIs a quantidade de enfermeiros assistenciais presentes na maioria das vezes é insuficiente para atender a demanda nesses locais e isso acarreta em grande carga horária de trabalho, sobrecarga de tarefas e cansaço para os profissionais.

Em consonância a isso, Cavalcante *et al.* (2016) apresentou como resultado de suas pesquisas, que tinham como objetivo analisar a incidência de mortalidade, doenças diarreicas, escabiose e quedas, além da prevalência de lesões por pressão para a segurança do idoso institucionalizado, que o número reduzido de profissionais de Enfermagem é um dos fatores que está relacionado ao aumento de lesão por pressão em pacientes com certo grau de dependência, visto isso, nota-se como a Enfermagem é de suma importância para manutenção da qualidade de vida dos pacientes e que há uma necessidade da ampliação

do quadro de horários juntamente ao quadro de funcionários para que seja realizado o cuidado da melhor forma possível.

A ausência ou a quantidade insuficiente do profissional de Enfermagem pode ser vista como um fator que acentua a incidência de patologias que provocam a longo prazo o comprometimento da saúde dos institucionalizados e ainda a segurança e integridade física dos idosos. Silva *et al.* (2021), inclusive afirmam que quando existe um quadro de profissionais insuficiente, são gerados impactos tão grandes quanto os obstáculos que surgem na ausência dos enfermeiros.

Baixinho *et al.* (2021), discutem em seu estudo acerca de idosos institucionalizados sobre o risco de queda e afirma que esse problema se liga diretamente tanto aos idosos quanto aos profissionais. Além disso, Oliveira, Baixinho e Henrique (2018) afirmam que um idoso tem 30% de chance de cair pelo menos uma vez ao ano e a probabilidade que esse evento se repita varia entre 60-70%, e quando institucionalizados esses números aumentam (BAIXINHO; DIXE; HENRIQUE, 2017).

Frente ao conhecimento dos profissionais da equipe de Enfermagem sobre as consequências da queda na vida do idoso e pelo impacto no que diz respeito a relação dentro da equipe e com a família ou responsável pelo idoso, a preocupação em manter o indivíduo a salvo das quedas se dá pela segurança do paciente como também pelo sentimento de medo que está oculto no próprio profissional. Esse medo, segundo Baixinho *et al.* (2021) interfere na autoeficácia percebida na prevenção de quedas, na qualidade de trabalho em equipe, e é influenciado pelas experiências negativas anteriores e pelo suporte da equipe.

Além das dificuldades citadas, a literatura evidencia os baixos incentivos monetários e o aperfeiçoamento da classe, o que ocasiona problemas como frustração, a realização de procedimentos ultrapassados, cuidados que não atingem as necessidades dos pacientes, dificuldade para detectar riscos e planejar ações de segurança, entre outras adversidades (BAIXINHO *et al.*, 2021).

Diante disso, De Medeiros, Félix e Nóbrega (2016) relatam em seu estudo sobre a percepção dos profissionais diante do cuidado humano com a pessoa idosa institucionalizada o quão importante é o aperfeiçoamento de cuidadores e demais profissionais, e como eles observam a necessidade desse aprofundamento, com a finalidade de prestar um cuidado mais específico e de qualidade para essa parcela da população.

Ademais, vê-se como um grande desafio discutir sexualidade com os idosos, visto que, é uma população erroneamente caracterizada pela assexualidade e androginia, que não possuem desejos (TARQUINO *et al.*, 2015). Esse erro leva os profissionais a um tratamento limitante frente as necessidades e particularidades dessa população.

Segundo Da Silva Junior e colaboradores (2021), um dos desafios enfrentados pela equipe de Enfermagem é a falta de treinamento voltado para educação sexual e conscientização de atendimento personalizado e individual. Corroborando com a desinformação das instituições e exclusão e/ou diferença no tratamento frente a assuntos sexuais e de gênero. Além disso a ausência de um Procedimento Operacional Padrão (POP) dificulta ainda mais o atendimento (Venturini *et al.*, 2018).

Em acréscimo, a falta de um instrumento padronizado de avaliação para todo o território brasileiro direcionado para os idosos em ILPIs dificulta a realização de ações. Por esse motivo, os enfermeiros têm dificuldade em realizar condutas de forma coordenada e padronizada entre a equipe e as instituições, o que acaba muitas vezes interferindo no cuidado e gerando consequências para os pacientes. Além de ser uma barreira para junção de informações sobre os cuidados bem-sucedidos nesses locais e divulgação dos mesmos (VENTURINI *et al.*, 2018). Países como os Estados Unidos, já detêm esses mecanismos para otimizar o cuidado nas instituições de longa permanência de todo o país (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Posto isso, observa-se que o incentivo às Universidades torna-se de grande relevância para o desenvolvimento de pesquisas voltadas para o grupo em questão, pois, através disso, será possível melhorar a avaliação, a intervenção, os resultados e até mesmo a prevenção dos riscos, além da criação de instrumentos que instrúissem a prática da equipe de Enfermagem nas ILPIs, e, assim um atendimento mais qualificado para os idosos que vivem nessas instituições com maior articulação nacional.

CONCLUSÃO

Portanto, diante do exposto, foi possível perceber o quanto a equipe de Enfermagem é fundamental nas ILPIs para que haja um cuidado holístico que atenda desde as necessidades básicas até as de maiores complexidades, diminuindo assim os riscos. Vale destacar que o investimento na educação voltada para saúde do idoso em instituições de longa permanência desde o período da graduação é fundamental para que os cuidados sejam melhorados e padronizados. Diante disso, a valorização destes profissionais é essencial para que o trabalho possa ser realizado de uma forma adequada e para que os mesmos busquem sempre se especializar e melhorar seu atendimento.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, Marisa *et al.* **Panorama das ILPIS no Brasil**. 2020. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br>. Acesso em: 28 de mai. 2022.

ANVISA. **RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA nº 283, de 26 de setembro de 2005**. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília: **Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2005**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html. Acesso em: 27 de mai. 2022.

BAIXINHO, Cristina Lavareda; DIXE, Maria dos Anjos; HENRIQUES, Maria Adriana Pereira. Falls in long-term care institutions for elderly people: protocol validation. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 70, n. 4, p. 740-6, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gLZKJq9ZJCQKwsRK7xnFSbc/abstract/?lang=en>. Acesso em: 12 de jun. 2022.

BAIXINHO, Cristina Lavareda *et al.* O medo de queda nos profissionais que cuidam de idosos institucionalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Portugal, v. 258, n. 42, p. 1-9, 2021. Disponível em: www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeEnfermagem. Acesso em: 11 de jun. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: **Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2003**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 26 de mai. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-**DATASUS**. 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?popsvs/cnv/popbr.def>. Acesso em: 25 de mai. 2022.

CAVALCANTE, Maria Lígia Silva Nunes *et al.* Indicators of health and safety among institutionalized older adults. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 50, n. 4, p. 602-609, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000500009>. Acesso: 26 de mai. 2022.

DAMACENO, Daniela Garcia; CHIRELLI, Mara Quaglio; LAZARINI, Carlos Alberto. **O cuidado em instituição de longa permanência para idosos: a formação dos profissionais**. Tese (Mestrado em Saúde e Envelhecimento) - Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Marília, p. 117, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/L7v5rPFLM3G9JtQSf7rcCJs/?lang=en>. Acesso em: 25 de mai. 2022.

DA SILVA JUNIOR, Jumar Reis *et al.* Health care for LGBTI+ elders living in Nursing Homes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 74, n. 2, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/DPXpVdDJMKkRhwbSVTXSxL/?lang=en>. Acesso em:

11 de jun. 2022.

DE MEDEIROS, Fabíola de Araújo Leite; FÉLIX, Lidianny Galdino; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Processo Clínico Caritas em oficinas para cuidadores de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 69, n. 6, p. 1059-1066, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0359>. Acesso: 02 de jun. 2022.

DE PAULA, Rodolpho César Cardoso; RODRIGUES, Maria Auxiliadora; SANTANA, Rosimere Ferreira. Dimensionamento de pessoal de Enfermagem nas instituições de longa permanência para idosos. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 1, 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/Enfermagem/article/view/1813>. Acesso em: 25 de mai. 2022.

DIAS, Karina Mello *et al.* **Relações entre diagnósticos de Enfermagem e nível de dependência para atividades da vida diária de idosos**. *Einstein (São Paulo)*, São Paulo, v. 18, 2020. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/relacoes-entre-diagnosticos-de-Enfermagem-e-nivel-de-dependencia->

[para-atividades-da-vida-diaria-de-idosos/](https://journal.einstein.br/pt-br/article/relacoes-entre-diagnosticos-de-Enfermagem-e-nivel-de-dependencia-para-atividades-da-vida-diaria-de-idosos/). Acesso em: 26 de mai. 2022.

ERCOLE, Flávia Falci; DE MELO, Laís Samara; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Integrative review versus systematic review. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-3, 2014. Universidade Federal de Minas Gerais - Pro-Reitoria de Pesquisa. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>. Acesso: 02 de jun. 2022.

FONSECA, Izabella Bizinelli; FONTES, Cassiana Mendes Bertoncello. Processo de Enfermagem em instituição de longa permanência para idosos: revisão integrativa. **Enferm. Foco (Brasília)**, p. 191-196, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1097711>. Acesso em: 27 de mai. 2022.

MEDEIROS, Paulo Adão *et al.* Instrumentos desenvolvidos para o gerenciamento e cuidado de idosos em instituições de longa permanência: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 21, n. 11, p. 3597-3610, nov. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.09912015>. Acesso: 11 de jun. 2022.

OLIVEIRA, Teresa; BAIXINHO, Cristina Lavareda; HENRIQUES, Maria Adriana. Prevention of falls - interventions in the home visits to the elderly: scoping review. **International Journal Of Clinical Skills**. Portugal, v. 12, n. 1, p. e1000134, 2018. Disponível em: <https://www.ijocs.org/>. Acesso em: 12 de jun. 2022.

POLTRONIERI, Bruno Costa; DE SOUZA, Edinilsa Ramos; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto. Análise do tema violência nas políticas de cuidado de longa duração ao idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 8, p. 2859-2870, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.25192017>. Acesso: 28 de mai. 2022.

SILVA, João Luis Almeida *et al.* Factors associated with urinary tract infection in a Nursing Home. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 74, n. 2, p. 1-7, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0813>. Acesso: 28 de mai. 2022.

SOUSA, Flávia Severino; STECKELBERG, Thiago Brito. **A atuação do enfermeiro na promoção da saúde do idoso institucionalizado: uma revisão integrativa**. Orientação de Thiago Brito Steckelberg. Monografia de Graduação - Faculdade Evangélica de Goianésia, Goianésia, p. 19, 2020. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/handle/aee/18560>. Acesso em: 26 de mai. 2022.

TARQUINO, Maria Louiza *et al.* INVISIBILIDADE NA ASSISTÊNCIA: um enfoque na atenção à saúde da população lgbt idosa. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 4., 2015, Campina Grande. **Anais CIEH**. Campina Grande: Editora Realize, 2015. v. 2, p. 1-6. Disponível em: <https://docplayer.com.br/9889305-Invisibilidade-na-assistencia-um-enfoque-na-atencao-a-saude-da-populacao-lgbt-idosa.html>. Acesso em: 12 de jun. 2022.

VENTURINI, Larissa *et al.* The nursing team's performance towards the sexuality of institutionalized elderly women. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, n. e03302, p. 1-8, 2018. Disponível em: <http://old.scielo.br/pdf/reeusp/v52/0080-6234-reeusp-S1980-220X2017017903302.pdf>. Acesso em: 12 de jun. 2022.

World Health Organization (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60 p. Tradução Suzana Gontijo. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 10 de jun. 2022.

PERFIL DOS IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE QUANTO AOS PRENUNCIADORES DE DECLÍNIO FUNCIONAL

Cleber Henrique Veloso¹;

Maristela Oliveira Lara²;

Mariana Roberta Lopes Simões³;

Heloisa Helena Barroso⁴.

RESUMO: O objetivo deste estudo foi identificar o perfil dos idosos na Atenção Primária à Saúde quanto aos prenunciadores de declínio funcional. Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo exploratório, de abordagem quantitativa com 60 prontuários de idosos nas áreas de abrangência da Atenção Primária à Saúde (APS) da cidade de Felício dos Santos – Minas Gerais por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20) realizado no período de março a agosto de 2019. Para a análise, foi utilizado o software IBM Statistical Package for the Social Sciences Inc (SPSS) na versão 20, para obtenção de frequência absoluta e relativa de cada indicador do IVCF-20. Foi evidenciado que 10 % dos idosos foram classificados em baixo risco, 36,7% em médio risco e 53,3% em alto risco de declínio funcional. Dentre as dimensões do IVCF-20 as que mais tiveram destaque foram: idade avançada (75 anos ou mais), capacidade aeróbica e muscular prejudicada, polipatologia, déficit na realização de AVD e quedas. Verificou-se possível correlação do aumento da idade com o aumento do risco de declínio funcional. Constatou-se maior prevalência de incapacidades funcionais no gênero feminino, e semelhança na classificação de risco entre os gêneros, estando homens e mulheres em sua maioria no grupo de alto risco. Averiguou-se que os idosos residentes na zona urbana têm ligeiramente maior risco de incapacidades funcionais que aqueles residentes em zona rural. Conclusão: a caracterização do perfil de risco de fragilização dos idosos obtida neste estudo possibilita o direcionamento para o atendimento e triagem do idoso na atenção primária e fornece embasamento para propostas de políticas de envelhecimento saudável.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Fragilidade. Análise de vulnerabilidade. Avaliação geriátrica. Atenção Primária à Saúde.

PROFILE OF ELDERLY PEOPLE SERVED IN PRIMARY HEALTH CARE REGARDING PREDICTORS OF FUNCTIONAL DECLINE

ABSTRACT: The aim of this study was to identify the profile of elderly people in Primary Health Care regarding predictors of functional decline. This is a cross-sectional, retrospective, exploratory descriptive study, with a quantitative approach, with 60 medical records of elderly people in the areas covered by Primary Health Care (PHC) in the city of Felício dos Santos - Minas Gerais, through the Clinical Vulnerability Index - Functional 20 (IVCF-20) carried out from March to August 2019. For the analysis, the IBM Statistical Package for the Social Sciences Inc (SPSS) software in version 20 was used to obtain the absolute and relative frequency of each indicator of the IVCF-20. It was shown that 10% of the elderly were classified at low risk, 36.7% at medium risk and 53.3% at high risk of functional decline. Among the dimensions of the IVCF-20, the ones that stood out the most were: advanced age (75 years or more), impaired aerobic and muscular capacity, polyopathy, deficit in performing ADL and falls. There was a possible correlation between increasing age and the increased risk of functional decline. There was a higher prevalence of functional disabilities in females, and similarity in risk classification between genders, with men and women mostly in the high-risk group. It was found that elderly people living in urban areas have a slightly higher risk of functional disabilities than those living in rural areas. Conclusion: the characterization of the frailty risk profile of the elderly obtained in this study makes it possible to guide the care and screening of the elderly in primary care and provides a basis for proposals for healthy aging policies.

KEY-WORDS: Elderly. Fragility. Vulnerability analysis. Geriatric assessment. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O aumento da proporção de pessoas com idade igual ou maior que 60 anos na população mundial e brasileira é uma realidade atual e se intensificará nos próximos anos, conforme estimativas. No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima que, o número de indivíduos que se encontravam na faixa etária acima de 60 anos em 2010, quando foi realizado o último censo demográfico, possa triplicar até 2050, passando de 20 milhões para 64 milhões.¹

Essa transição demográfica pode ser explicada, principalmente, pela redução da taxa de fecundidade e aumento na expectativa de vida da população, sendo, portanto, um avanço para a humanidade, e ao mesmo tempo um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, repercutindo na atuação dos profissionais da área de saúde, especialmente o enfermeiro, tornando-se necessário uma reestruturação dos serviços de saúde para o atendimento das necessidades desse grupo, que por sua vez possui aspectos particulares

que demandam uma atenção diferenciada, devido a maior prevalência de doenças crônicas, e a maior propensão a fragilidade e incapacidades decorrentes do próprio processo de envelhecimento.²

O envelhecimento está estreitamente ligado ao processo de fragilização. Entretanto existe uma heterogeneidade na maneira de envelhecer entre os indivíduos idosos, de forma que, a idade por si só, é um preditor de fragilidade inadequado. Além disso, esporadicamente indivíduos envelhecem sem qualquer doença crônica.³ Sendo assim, não é possível compreender a situação de saúde do idoso apenas sobre o conhecimento de sua idade e o número de doenças crônicas.

Existem na literatura várias definições para o termo fragilidade, que geralmente é utilizado para definir o grau de vulnerabilidade do idoso a desfechos adversos, como declínio funcional, quedas, internação hospitalar, institucionalização e óbito, o que dificulta sua padronização e utilização.⁴ A fragilidade multidimensional é considerada como a redução da reserva homeostática, ou seja, das reservas funcionais orgânicas, que provocam a diminuição progressiva da competência de adequação às agressões biopsicossociais e, conseqüentemente, aumento da vulnerabilidade e a decadência funcional e suas conseqüências.^{4,5,6}

A maioria dos profissionais de saúde muitas vezes consideram a fragilidade e/ou a perda da autonomia e independência como eventos do envelhecimento normal (“da idade”), e, portanto, não dão a atenção necessária.⁴

A capacidade funcional é definida como o potencial que uma pessoa apresenta para decidir e atuar de forma independente em sua vida, no seu cotidiano, e a incapacidade funcional pela dificuldade na execução de atividades da vida diária ou mesmo pela inviabilidade de executá-las.⁷

Dessa forma, o declínio funcional nos idosos pode ser decorrente de vários fatores que requerem maior atenção e uma abordagem mais profunda, como por exemplo as ocorrências de quedas, que são as principais causas de fraturas, internações por trauma e perda da independência que, além de causarem dor, isolamento social, incapacidades e perda da confiança, geram impacto significativo na qualidade de vida e nos custos relacionados com a saúde.⁶

Assim, frente a esse cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS), preconiza o cuidado integral ao idoso, que provê maior resolutividade de suas necessidades. Para isso, devem ser fortalecidas e estruturadas as políticas que ofereçam melhores condições de vida aos idosos, com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, além do tratamento e reabilitação.⁸

Desta maneira o objetivo deste estudo foi identificar o perfil dos idosos na Atenção Primária à Saúde quanto aos prenunciadores de declínio funcional.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo exploratório, de abordagem quantitativa, realizado no período de março a agosto de 2019. Fizeram parte deste estudo todos os prontuários dos idosos que foram atendidos pela equipe de residentes da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), em todas as áreas de abrangência da Atenção Primária à Saúde (APS) da cidade de Felício dos Santos – Minas Gerais, e que foram realizadas as avaliações por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20). Do total de 67 prontuários, foram selecionados 60 que atenderam aos critérios de inclusão.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri sob o número 4.277.738 atendendo aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Foram incluídos no estudo os prontuários das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que tenham sido submetidas ao instrumento de avaliação IVCF-20 e tenham sido atendidos pela equipe multiprofissional de residentes em saúde do idoso da UFVJM.

A formação da população estudada foi influenciada indiretamente pelos agentes comunitários de saúde do município, uma vez que estes foram quem escolheram os idosos para o atendimento pela equipe de residentes, baseando-se em critérios próprios como maior número de comorbidades, doenças agudas ou crônicas descompensadas, pacientes visivelmente debilitados e etc., e assim determinavam e agendavam o atendimento pela equipe de residentes.

O IVCF-20 é um instrumento desenvolvido e validado no Brasil e pode ser considerado uma metodologia de Avaliação Geriátrica Ampla. Trata-se de um questionário simples de fácil aplicação, constituído por 20 questões que abordam aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso: idade, autopercepção da saúde, atividades da vida diária (três AVD instrumentais e uma AVD básica), cognição, o humor/comportamento, mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular, marcha e continência esfinteriana), a comunicação (visão e audição), e presença de comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente). Cada dimensão tem pontuação específica que perfazem um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso, o que também representa maior chance de perda da autonomia e independência para a realização das atividades de vida cotidiana e de autocuidado.

O idoso que obter a soma total de pontos entre 0 e 6 é classificado em baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional, entre 7 e 14 pontos como idoso em moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional e entre 15 e 40 pontos como idoso em alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional.

No período em estudo, a equipe multiprofissional de residentes era composta por seis pessoas: dois enfermeiros, um fisioterapeuta, um cirurgiã-dentista, um nutricionista e um profissional de educação física, que realizavam dentre outras atividades, o atendimento multiprofissional domiciliar e em consultório, momentos em que eram aplicados o instrumento IVCF-20, passando a compor o prontuário do paciente.

Os dados deste estudo foram coletados dos prontuários dos pacientes, e são referentes a idade, gênero (feminino ou masculino) e região onde moram (rural ou urbana). Do instrumento de avaliação IVCF-20, foram coletadas informações que envolvem vários aspectos da condição de saúde do idoso e que podem indicar o risco de declínio funcional.

O software Microsoft Excel versão 2012, foi usado para a coleta e registro dos dados, e para a análise, foi utilizado o software IBM Statistical Package for the Social Sciences Inc (SPSS) na versão 20, o qual também foi empregado para obtenção de frequência absoluta e relativa de cada indicador do IVCF-20 e ainda de idosos em cada grau de risco de vulnerabilidade clínico-funcional (baixo, médio e alto).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando o IVCF-20 como um instrumento de avaliação inicial e triagem do idoso, que determinará ou não a necessidade de encaminhamento para a atenção secundária, a (Tabela 1) nos mostra que 32 idosos deste estudo que apresentaram pontuação acima de 15 pontos e portanto são classificados em alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional, necessitariam, na data que foram avaliados, de uma avaliação multidimensional realizada preferencialmente por uma equipe especializada em geriatria/gerontologia ou atenção secundária; 22 idosos obtiveram pontuação entre 7 e 14 pontos e foram classificados em risco moderado de vulnerabilidade, necessitariam do geriatra, mas sem urgência, ou poderiam também serem atendidos por equipe não especialista, mas que tenha treinamento no reconhecimento das especificidades da saúde do idoso; e 6 idosos que tiveram pontuação entre 0 e 6 pontos e foram classificados em baixo risco de vulnerabilidade, poderiam ter acompanhamento clínico rotineiro na Unidade Básica de Saúde pelos profissionais da ESF.

Tabela 1 – Distribuição da população conforme classificação de risco de vulnerabilidade clínico-funcional

	Frequência	Porcentagem
Baixo	6	10,0%
Moderado	22	36,7%
Alto	32	53,3%
Total	60	100%
Fonte: dados dos prontuários		

A (Tabela 2) nos mostra a soma total do número de vezes em cada umas das 20 questões abordadas pelo questionário IVCF-20 foi respondida positivamente pela população estudada. Uma vez que as perguntas respondidas com não, não pontuam no questionário, representando que o idoso não tem risco significativo naquela questão.

Tabela 2 - Frequências (absolutas e relativas) de indicadores de vulnerabilidade clínico-funcional na população estudada.

Itens do IVCF-20	Frequência	Porcentagem
Idade \geq 75 anos	42	70%
Autopercepção de saúde regular ou ruim	23	38,3%
Itens do IVCF-20	Frequência	Porcentagem
Deixou, por saúde ou condição física: de fazer compras de controlar dinheiro/gastos/pagar contas de realizar pequenos trabalhos domésticos	35	58,3%
	30	50%
	25	41,7%
Deixou de tomar banho sozinho por condição física	13	21,7%
Algum familiar ou amigo mencionou esquecimento	25	41,7%
Piora do esquecimento nos últimos meses	12	20%
Esquecimento impedindo a realização de alguma atividade no cotidiano	12	20%
Desânimo, tristeza ou desesperança no último mês	24	40%
Perda de interesse ou prazer no último mês em atividades antes prazerosas	11	18,3%
Incapacidade de elevar o braço acima do nível do ombro	8	13,3%
Incapacidade de manusear/segurar pequenos objetos	1	1,7%
Perda de peso não intencional (2) ou IMC menor que 22 kg/m ² ou circunferência da panturrilha	39	65%

menor que 31 cm ou tempo no teste de velocidade da marcha (4m) maior que 5 segundos		
Duas ou mais quedas no último ano	31	51,7%
Dificuldade para caminhar impeditiva de realização de atividades no cotidiano	26	43,3%
Perda involuntária de urina ou fezes em algum momento	27	45%
Problemas de visão impeditivos de realização de atividades no cotidiano	20	33,3%
Problemas de audição impeditivos de realização de atividades no cotidiano	4	6,7%
Cinco ou mais doenças crônicas ou uso diário de cinco ou mais medicamentos diferentes ou internação nos últimos seis meses	35	58,3%

Fonte: Dados dos prontuários

As cinco questões do IVFC-20 com maior destaque em ordem decrescente de prevalência foram: idade superior ou igual a 75 anos; a capacidade aeróbica e muscular; polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente; AVD instrumental do hábito de fazer compras; e histórico de quedas. Assim, é possível perceber que estas são as principais dimensões da saúde do idoso que estão correlacionadas ao risco de vulnerabilidade clínico-funcional na população estudada.

A idade é identificada neste estudo como a principal dimensão preditora de declínio funcional e é um fator não modificável e irreversível. É possível perceber que a população está em sua maioria com idade superior a 75 anos, o que corrobora com o estudo que retrata a transição demográfica brasileira, que pode ser reflexo das baixas taxas de fecundidade e do aumento da expectativa de vida.⁹ Entretanto, é importante lembrar da influência dos ACS na formação da população do estudo, na qual os idosos atendidos foram escolhidos, dentro outros motivos, por sua aparência geral e possivelmente pela sua idade avançada.

A segunda questão mais pontuada, tem o objetivo de avaliar a capacidade aeróbica e muscular, que reflete a possível presença de sarcopenia, que é uma síndrome clínica, caracterizada pela perda progressiva e generalizada da massa e função muscular, podendo levar a redução da força muscular e desempenho funcional, com risco de desfechos

adversos.³ A possibilidade da presença de sarcopenia na população estudada pode estar relacionada a alguns fatores dos quais é possível se intervir e melhorar, como o sedentarismo e alimentação inadequada.¹⁰

Evidências em apoio da atividade física são discutidas como uma forma primordial de prevenção da fragilidade e sarcopenia, proporcionando a robustez dos idosos.¹¹

A terceira questão do IVCF-20 mais pontuada envolve a polipatologia. Essa questão é dividida em três subquestões, das quais a polifarmácia foi visivelmente a mais presente, sendo evidenciada em 34 idosos, ou 55,74%, o que ainda fica acima do resultado apresentado no estudo Carvalho et al 2012, que verificou a presença de polifarmácia na população idosa do município de São Paulo, identificada em 36% da amostra.

A polifarmácia é definida como o uso de cinco ou mais medicamentos diferentes ao longo do dia, e está relacionada ao aumento de Reações Adversas à Medicamentos (RAM) que intensificam o risco de declínio funcional e óbito nos idosos.¹² Existem medicamentos apropriados (que apresentam evidências de efeito terapêutico e segurança), medicamentos inapropriados (associados a eventos adversos e inefetividade terapêutica) e medicamentos fúteis (aqueles que não têm efetividade terapêutica comprovada a situação na qual eles estão sendo utilizados, todavia podem apresentar efeitos adversos), sendo aconselhável a desprescrição desses dois últimos. Um exemplo, é o aumento da mortalidade nos idosos (1,26 a 3,7 vezes) relacionado ao uso crônico de benzodiazepínicos, provavelmente pelo maior risco de traumas, quedas, acidentes automobilísticos, pneumonias, suicídios, dentre outras causas.¹³

A polifarmácia em 26,8% da amostra de 2392 idosos com idade entre 70 e 84 anos, destacando a tendência destes a ter mais comprometimento cognitivo e fragilidade, concluindo que apesar dos idosos dependerem de vários medicamentos, a polifarmácia deve ser levada em consideração quando se objetiva a saúde do idoso¹⁴.

A quarta questão mais pontuada do IVCF-20 está relacionada as Atividades da Vida Diária (AVD), que são aquelas tarefas fundamentais para a gestão da própria vida e autocuidado, que dependem da autonomia (capacidade de decisão) e independência (capacidade de executar a decisão). A autonomia depende da cognição (capacidade mental de compreender e resolver problemas do cotidiano) e humor/comportamento (motivação necessária para a realização das atividades e/ou participação social), enquanto a independência depende da mobilidade (capacidade de deslocamento e manipulação do meio) e da comunicação (capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimentos).³

Com isso, é possível perceber que a deficiência na realização das AVD, pode indicar problemas relacionados a uma gama maior de outros aspectos da saúde do idoso que também são abordados em outras questões do IVCF-20. Portanto, é necessário utilizar-se de todo o instrumento para tentar identificar as causas do declínio na execução das AVD. Sendo assim, esse dado é importante, porque nos mostra a perda da autonomia e

independência de grande parte da população estudada, servindo de alerta para a exploração das outras dimensões do IVCF-20 na busca da identificação e resolução das causas de declínio.

A ocorrência de 2 ou mais quedas no último ano anterior as avaliações, ocupa a quinta posição no ranking de questões mais pontuadas do IVCF-20. A sociedade brasileira dá pouca importância ao evento da queda em idosos, talvez pelo desconhecimento do seu reflexo à saúde dos mesmos. As quedas são causadoras de lesões e distúrbios emocionais que convergem em incapacidades funcionais, levando a dependência, perda da qualidade de vida e à elevação dos custos para o sistema de saúde, decorrente de suas consequências. Assim, as quedas requerem maior atenção por parte dos profissionais de saúde, e devem ser prevenidas.¹

A estimativa é que quedas apresentam uma frequência de 75% em pessoas na faixa etária dos 65 a 74 anos e de 90% nos idosos com idade superior a 75 anos.¹⁵ Cerca de 30% dos indivíduos com idade maior ou igual há 65 anos apresentam relato de queda anualmente, havendo aumento desse percentual para 51% nos indivíduos com mais de 85 anos.¹⁶ No Brasil, aproximadamente 30% dos idosos caem uma vez por ano e o risco de cair aumenta acima dos 80 anos, chegando a 50% o qual 51,7% dos idosos relataram ocorrência quedas, sendo um percentual preocupante frente ao impacto à saúde do idoso, porém justificável dentro das estimativas apresentadas pela literatura. Além disso, a maioria da população pesquisada (70%) tem idade superior à 75 anos, e como é sabido, a ocorrência das quedas aumenta paralelamente com o a elevação da faixa etária.¹

Em um estudo realizado na Croácia, cujo objetivo foi averiguar o reflexo de duas intervenções, uma fundamentada na prevenção de quedas e outra na prevenção da solidão, na fragilidade total e nas dimensões da fragilidade em idosos, realizadas por meio da identificação e eliminação de fatores de risco de quedas nas residências dos participantes e ações educativas com o tema principal “envelhecimento saudável”, evidenciou de forma prospectiva após 1 ano, que as medidas tiveram impacto positivo na fragilidade e na independência dos idosos, mostrando aumento da fragilidade no grupo controle e estagnação do grupo de intervenção.¹⁷

Para correlacionar a idade com o risco de vulnerabilidade, foi obtida a frequência absoluta de idosos por idade e a média de idade dos idosos em cada grau de risco. A (Tabela 3) mostra que quanto maior a idade, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional. Sendo que a média de idade dos indivíduos é de 72,3 anos, 76,6 anos e 80,5 anos para aqueles classificados em baixo, médio e alto risco, respectivamente.

Tabela 3 - Média de Idade dos idosos de cada grupo segundo a Classificação quanto ao risco de vulnerabilidade clínico-funcional

Classificação	Média de Idade
Baixo	72,3
Moderado	76,2
Alto	80,9
Fonte: Dados dos prontuários	

O envelhecimento está diretamente associado ao processo de fragilização. Porém, a idade isoladamente, não deve ser considerada como um determinante de fragilidade, porque os idosos envelhecem de maneiras diferentes, devido ao estilo de vida ou a fatores genéticos, por exemplo. Com isso, alguns idosos com idade próxima dos 100 anos podem ser menos frágeis que outros com idade próxima dos 60 anos.⁴

Em outro estudo a clareza na relação entre a idade e declínio funcional não é vista. No estudo, cujo objetivo foi a revisão da literatura sobre os fatores de risco associados ao declínio funcional em idosos hospitalizados, verificou-se que a idade não tem forte relação com o declínio funcional e hospitalização, uma vez que outros elementos, tais como a gravidade da doença apresentada na admissão, a presença de doenças crônicas e o comprometimento funcional prévio, têm maior valor preditivo do que a idade isoladamente. Contudo mostra que os idosos com idade avançada tinham maior nível de doenças graves e dependência funcional antes da hospitalização, quando comparados aos indivíduos com menor idade da amostra.¹⁸

A redução da capacidade de homeostase do idoso quando submetido a stress fisiológico associada a idade cronológica avançada determina a maior susceptibilidade a doenças, aumento da vulnerabilidade e maior probabilidade de morte.¹⁹

Segundo análise realizada pelo Ministério da Saúde em 2010, os óbitos na faixa etária a partir de 60 anos, corresponderam a 60,4% do total de óbitos registrados no Brasil, e as principais causas no ano de 2008, foram às doenças cerebrovasculares (9,2%) e as doenças isquêmicas do coração (8,9%), que na maioria das vezes são consequência de doenças crônicas e/ou uso inadequado de medicamentos.²⁰

No presente estudo, verificou-se que 62,3% dos idosos tinham cinco ou mais doenças crônicas, ou usavam diariamente cinco ou mais medicamentos diferentes ou tiveram internação nos 6 meses anteriores à avaliação.

Para comparar a classificação de risco quanto ao gênero, foi obtida a frequência absoluta e relativa de idosos do sexo masculino e feminino em cada grau de risco.

A (Tabela 4) mostra a distribuição dos idosos quanto aos gêneros masculino e feminino e quanto a classificação de risco de vulnerabilidade clínico-funcional.

Tabela 4 – Distribuição quanto ao gênero e risco de vulnerabilidade

Classificação	Gênero			
	Masculino		Feminino	
	Contagem	Porcentagem	Contagem	Porcentagem
Baixo	2	10,5%	4	9,8%
Moderado	5		17	41,5%
Alto	12	63,2%	20	48,8%

Fonte: Dados dos prontuários

O percentual de homens e mulheres classificados em baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional foi relativamente próximo, correspondendo a 10,5% e 9,8% respectivamente. Entretanto nas classificações de risco moderado e alto houve diferença significativa entre os gêneros, em que 41,5% das mulheres e 26,3% dos homens tiveram risco moderado, e 63,2% dos homens e 48,8% das mulheres tiveram alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional.

Portanto, foi possível perceber que a maioria dos homens deste estudo estão no grupo de idosos com maior risco de declínio funcional. Já as mulheres estão em sua maioria nos grupos de moderado e alto risco de declínio funcional, ficando este último grupo ligeiramente maior.

Um estudo, cujo objetivo foi descrever a prevalência de incapacidade funcional por gênero entre idosos brasileiros, fez uma revisão bibliográfica na qual a soma das amostras de todos os estudos foi de 44714 idosos, evidenciando que a proporção de mulheres com incapacidade funcional é 1,51 vezes maior que a de homens.²¹ Essa diferença também foi confirmada em outro estudo, evidenciando que a maioria dos fatores de risco para a fragilidade são mais percebidos nas mulheres, destacando a importância da adoção de estratégias para a prevenção da fragilidade que levem em consideração a diferença entre os gêneros, priorizando as mulheres.²²

Levando em consideração o contexto da formação da população deste estudo, em que os idosos foram escolhidos pelos agentes comunitários de saúde, é importante destacar que um número 2,16 vezes maior de mulheres foi atendido no período estudado em relação aos homens, permitindo assim presumir que no município a prevalência de mulheres com declínio funcional é maior que a dos homens, fundamentando-se na premissa de que os agentes comunitários de saúde escolheram uma quantidade maior mulheres porque estas tinham aparentemente pior estado de saúde e maior necessidade de atendimento pela equipe em especialização em gerontologia, corroborando assim com resultados de outro estudo.²¹

Essa diferença entre os gêneros pode ser explicada pela tendência das mulheres a mencionarem maiores dificuldades funcionais que os homens, e ainda pela maior expectativa de vida das mulheres que associadas às limitações funcionais poderá levar a dependência de cuidados.²³

Neste estudo a comparação do risco de vulnerabilidade clínico-funcional entre homens e mulheres foi dificultada pela diferença quantitativa entre os dois grupos e também pela influência não intencional dos ACS, sendo possível considerar, portanto, que tanto no grupo das mulheres quanto dos homens a maioria foi classificada em alto risco de vulnerabilidade clínico funcional, sendo que no grupo dos homens o percentual foi 14,4% maior que no das mulheres.

Para analisar a distribuição geográfica de risco, foi obtida a frequência absoluta de idosos classificados em cada grau de risco de acordo com a região onde moram (zona rural e urbana). A (Tabela 5) mostra a distribuição dos idosos quanto a região onde moram (rural ou urbana) e quanto a classificação de risco de vulnerabilidade clínico-funcional.

Tabela 5 – Distribuição quanto a região onde mora e o risco de vulnerabilidade

Baixo		Risco de Vulnerabilidade Clínico-funcional			Total
		Moderado	Alto		
Região onde mora	Zona Urbana	2 (6%)	12 (36%)	19 (58%)	33
	Zona Rural	4 (15%)	10 (37%)	13 (48%)	27
Total		6 (10%)	22 (37%)	32 (53%)	60

Fonte: Dados dos prontuários

Os dados apontam semelhança entre os idosos que residem nas zonas urbana e rural em relação ao risco de vulnerabilidade clínico-funcional, visto que, o número de idosos em cada grupo cresce paralelamente com aumento do grau de vulnerabilidade, estando a sua maioria na classificação de alto risco. Entretanto o número de idosos classificados em alto risco de declínio funcional residentes em área urbana é 1,21 vezes maior que o da zona rural, em contrapartida aos classificados em baixo risco, cujo número é 2 vezes maior naqueles residentes em área rural. Em comparação aos idosos classificados em moderado risco, observa-se percentual bem próximo, estando 1% maior na zona rural.

Esses resultados corroboram com o outro estudo, cujo objetivo foi analisar a qualidade de vida entre idosos da área urbana e rural do município de Concordia-SC, e dentre os pontos avaliados incluiu-se a capacidade funcional para realização de atividades de vida diária (AVD), mostrando-se 1,12 vezes (11%) maior naqueles residentes em área rural. Além disso, o estudo conclui que apesar de alguns escores serem melhores na área urbana, possivelmente justificado pelos melhores níveis econômicos que facilitam a

acessibilidade aos meios de comunicação, saúde, lazer e etc., observou-se que em relação aos aspectos sociais e de saúde, os idosos residentes em área rural tiveram resultados mais satisfatórios.²⁴

Diferenças nas características dos idosos que residem em áreas urbanas e rurais em termos socioeconômicos e de estilo de vida podem influenciar na prevalência de fragilidade.²⁵ Idosos residentes na zona rural podem ter um estilo de vida mais saudável, com maior incorporação do comportamento ativo em atividades do cotidiano como práticas agrícolas, jardinagem, caminhadas e pesca. Importante ressaltar que os idosos residentes em zona rural têm algumas particularidades culturais, sociais e étnicas que refletem na sua saúde. Apesar de possuírem hábitos de vida mais saudáveis, têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde por consequência da distância até os mesmos e também da dificuldade de locomoção.²⁶

Os resultados devem ser interpretados com cautela devido às limitações do estudo quanto à amostra diante da seleção dos prontuários influenciada indiretamente pelos agentes comunitários de saúde do município, uma vez que estes foram quem escolheram os idosos para o atendimento pela equipe de residentes.

Assim, possivelmente pela busca de novas fontes de renda e maior facilidade de acesso aos serviços de saúde, tem-se observado uma crescente transição de idosos da área rural para a urbana, os quais necessitam de atenção integral com vistas à prevenção e manutenção de suas funcionalidades, visto que, é possível que esses idosos tenham maior dificuldade de acesso a escolas e assistência à saúde em âmbito rural.²⁷

Descobrir onde os idosos em risco de fragilização residem é de grande importância para definir medidas preventivas e intervencionistas que retardem e atenuem o declínio funcional, evitando assim os desfechos adversos, proporcionando uma vida mais ativa aos idosos e para melhorar a qualidade de vida nos diversos contextos.²⁷ O processo de fragilização pode ser reversível quando detectado precocemente, mas pode chegar a um ponto sem retorno após o surgimento da deficiência/dependência.²⁸

REFERÊNCIAS

1. Tiensooli SD, dos Santos ML, Moreira AD, Corrêa AR, Gomes FSL. Características dos idosos atendidos em um pronto-socorro em decorrência de queda. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2019; v. 40. doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180285.
2. Ribeiro EG, Matozinhos FP, Guimarães, GL, do Couto AM, Azevedo RS, Mendoza IYQ. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade clínico-funcional de idosos de Belo Horizonte/ Minas Gerais. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018; v. 71, supl. 2, p. 860-867. doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0135.
3. Moraes EM, Moraes FL. Avaliação multidimensional do idoso. 5. Ed. Belo Horizonte:

Folium, 2016. 248 p.

4. Moraes EM, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. São Paulo: Revista Saúde Pública. 2016; v. 50, 81. doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006963.

5. Birkelbach O, Mörgelil R, Spies C, Olbert M, Weiss B, Brauner M, et al. Routine frailty assessment predicts postoperative complications in elderly patients across surgical disciplines – a retrospective observational study. BMC Anesthesiology. 2019; V. 19, n. 1, p. 204. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12871-019-0880-x>.

6. Cardoso LCP, Saintrain MVL, Anjos RES, Pinheiro SS, Carvalho Filho MAM, Rodrigues G. et al. The importance of measuring functional independence for rehabilitation therapy in older trauma patients. International Journal of Advanced Engineering Research and Science. 2019; V. 6, p. 229-238.

7. Pilger C, Menon UM, Mathias TAF. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. Revista Brasileira de Enfermagem. 2013; v. 66, n. 6, p. 907-913. doi.org/10.1590/S0034-71672013000600015.

8. Organização Mundial da Saúde. Resumo. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. WHO. Geneva, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6>.

9. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2012; v. 21, n. 4, p. 539-548. doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003.

10. Alexandre TS, Duarte YA de O, Santos JLF. Prevalência e fatores associados à sarcopenia, dinapenia e sarcodinapenia em idosos residentes no Município de São Paulo: Estudo SABE. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2018 ;21 (Suppl 02) . doi.org/10.1590/1980-549720180009.supl.2

11. Marzetti E, Calvani R, Tosato M, Cesari M, Di Bari M, Cherubini A, et al. Physical activity and exercise as countermeasures to physical frailty and sarcopenia. Aging Clin Exp Res. 2017; v. 29, p. 35–42. doi.org/10.1007/s40520-016-0705-4.

12. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. Revista Brasileira de Enfermagem. 2010; v. 63, n. 1, p. 136-140. doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023.

13. Moraes EN. A arte da (des) prescrição no idoso: a dualidade terapêutica. Belo Horizonte: Folium, 2018.

14. Moon JH, Huh JS, Won CW, Kim WJ. Is Polypharmacy Associated with Cognitive Frailty in the Elderly? Results from the Korean Frailty and Aging Cohort Study. The journal of

nutrition, health & aging. 2019; v. 23, p. 958–965. doi.org/10.1007/s12603-019-1274-y.

15. Guerra HS, Souza RA, Bernardes DCF, Santana JA, Barreira LM. Prevalência de quedas em idosos na comunidade. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2016; V. 9, n. 3, p. 547-555. doi.org/10.17765/2176-9206.2016v9n3p547-555.

16. Ferretti F, Lunardi D, Bruschi L. Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. *Fisioterapia em Movimento*. 2013; v. 26, n. 4, p. 753-762. doi.org/10.1590/S0103-51502013000400005.

17. Ožić S, Vasiljev V, Ivković V, Bilajac L, Rukavina T. Interventions aimed at loneliness and fall prevention reduce frailty in elderly urban population. *Medicine*. 2020; v. 99, n. 8. doi.org/10.1097/MD.00000000000019145.

18. Cunha FCM, Cintra MTG, Cunha LCM, Couto EAB, Giacomini KC. Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2009; v. 12, n. 3, p. 475-487. doi.org/10.1590/1809-9823.2009.00013.

19. Paz AA, Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2006; v. 19, n. 3, p. 338-342. doi.org/10.1590/S0103-21002006000300014.

20. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2009: Uma Análise da Situação de Saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde*. Brasília, DF. 2010.

21. Campos ACV, Almeida MHM, Campos GV, Bogutchi TF. Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro. 2016; v. 19, n. 3, p. 545-559. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300545&lng=en&nrm=iso.

22. Alexandre TDS, Corona LP, Brito TRP, Santos JLF, Duarte YAO, Lebrão ML. Gender Differences in the Incidence and Determinants of Components of the Frailty Phenotype Among Older Adults: Findings From the SABE Study. *J Aging Health*. 2018;30(2):190-212. doi: 10.1177/0898264316671228.

23. Machado VB, Barros AP de M. Revisão sistemática sobre os benefícios adquiridos na promoção do envelhecimento saudável. *Rev. G&S*. 2012;3(2):413-24. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/113>

24. Beltrame V, Cader SA, Cordazzo F, Dantas EHM. Qualidade de vida de idosos da área urbana e rural do município de Concórdia, SC. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2012; 15(2): 223-232. doi.org/10.1590/S1809-98232012000200005.

25. Hamidin FAM, Adznam SN, Ibrahim Z, Chan YM, Aziz NHA. Prevalence of frailty syndrome and its associated factors among community dwelling elderly in East Coast of Peninsular

Malaysia. SAGE Open Medicine. 2018; v. 6. doi.org/10.1177/2050312118775581.

26. Llano PMP, Lange C, Nunes DP, Pastore CA, Pinto AH, Casagrande LP. Fragilidade em idosos da zona rural: proposta de algoritmo de cuidados. Acta Paulista de Enfermagem. 2017; v. 30, n. 5, p. 520-530. doi.org/10.1590/1982-0194201700075.

27. Freitas FFQ, Beleza CMF, Furtado IQCG, Fernandes ARK, Soares SM. Temporal analysis of the functional status of older people in the state of Paraíba, Brazil. Revista Brasileira de Enfermagem. 2018; v. 71, supl. 2, p. 905-911. doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0130.

28. Preto LSR, Conceição MCD, Amaral SIS, Figueiredo TM, Preto PMB. Fragilidade e fatores de risco associados em pessoas idosas independentes residentes em meio rural. Revista de Enfermagem Referência. 2018; v. serIV, n. 16, p. 73-84. doi.org/10.12707/RIV17078.

OS SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19: UMA REVISÃO NARRATIVA

Andressa Vieira Souza¹;

Universidade Federal de Rondonópolis (UFR), Rondonópolis, Mato Grosso.

<http://lattes.cnpq.br/1824331484332097>

Débora Aparecida da Silva Santos²;

Letícia Silveira Goulart³;

RESUMO: **Introdução:** a pandemia por COVID-19 afetou diretamente os serviços de saúde, dentre eles, os bancos de sangue. O objetivo do presente artigo é apresentar o impacto da pandemia COVID-19 nos serviços de hemoterapia e as adaptações que foram necessárias para manter a biossegurança neste cenário. **Metodologia:** realizou-se uma revisão narrativa da literatura científica de caráter descritivo, na qual utilizou-se as bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, que envolve LILACS e Medline, além da SciELO, PubMed e documentos do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a junho de 2022. **Resultados:** a pandemia COVID-19 impactou os estoques sanguíneos devido à diminuição de doações voluntárias. Além disso, fez-se necessário modulações na rotina de trabalho, reestruturação física dos ambientes e uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) pela equipe multiprofissional. **Conclusão:** a garantia de EPIs e o cumprimento de regras de biossegurança são requisitos fundamentais para o bom funcionamento dos serviços hemoterápicos na pandemia COVID-19, bem como a intensificação de campanhas que incentivem a doação sanguínea. Portanto, entende-se que o momento atual conduz à inovação de estratégias e adaptações da realidade para enfrentamento das dificuldades reveladas pelo contexto pandêmico.

Normas de formatação: **I)** o trabalho deve conter: página de rosto, resumo, palavras-chave, introdução, referencial teórico, metodologia, conclusão ou considerações finais, agradecimentos (opcional), declaração de interesses e referências; **II)** o artigo deverá ter o mínimo de 5 (cinco) e máximo de 15 páginas (quinze), incluindo as referências (se necessário for, ter mais de 15 páginas, será cobrado, após a submissão do trabalho, o valor de 15,00 reais por lauda excedente), em tamanho de folha A4, cujas margens superior e inferior, devem ser iguais a 2,5 cm e esquerda e direita iguais a 3,0 cm; **III)** deve utilizar fonte Arial, tamanho de 12, no corpo de texto, com exceção de citação direta e legendas de tabelas, figuras e gráficos, neste caso, deve-se utilizar o tamanho de 10; **IV)** o resumo deve ter o mínimo de 200 e máximo de 300 palavras, espaçamento de 1,5 e alinhamento

justificado sem recuo; **V)** as referências devem seguir as normas da ABNT – NBR 6023/2018, em ordem alfabética, abaixo do trabalho; **VI)** as figuras devem ser de alta qualidade (600 dpi para escala de cinza e 300 dpi para cores); **VII)** as tabelas devem apresentar novas informações em vez de duplicar o que está no texto. **VIII) não se deve utilizar nota de rodapé; IX)** o trabalho deverá ser redigido em Língua Portuguesa. **X)** todos os autores devem estar cientes da publicação do artigo nesta editora.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de hemoterapia. Pandemia COVID-19. Equipe de saúde.

HEMOTHERAPY SERVICES IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC: A NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: the pandemic by COVID-19 directly affected health services, among them blood banks. The objective of this article is to present the impact of the COVID-19 pandemic on hemotherapy services and the adaptations that were necessary to maintain biosafety in this scenario. **Methodology:** A narrative review of scientific literature of descriptive character was carried out using the databases Virtual Health Library, which involves LILACS and Medline, as well as SciELO, PubMed and documents from the Ministry of Health, the Pan American Health Organization and the World Health Organization. Data collection was carried out from April to June 2022. **Results:** the COVID-19 pandemic impacted blood stocks due to decreased voluntary donations. Moreover, modulations in the work routine, physical restructuring of the environments and use of personal protective equipment (PPE) by the multiprofessional team were necessary. **Conclusion:** the guarantee of PPE and compliance with biosafety rules are fundamental requirements for the proper functioning of hemotherapeutic services in the COVID-19 pandemic, as well as the intensification of campaigns that encourage blood donation. Therefore, it is understood that the current moment leads to the innovation of strategies and adaptations of reality to face the difficulties revealed by the pandemic context.

KEY-WORDS: Hemotherapy services. Pandemic COVID-19. Healthcare team.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Lei nº 10.205 de 21 de março de 2001, que regulamenta o inciso 4º do art. 199 da Constituição Federal, a prática de transfusão sanguínea é assegurada no Brasil desde os processos de captação, coleta, processamento, estocagem e distribuição, até a proteção ao doador e ao receptor (BRASIL, 2001). A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 34, de 11 de junho de 2014, define que os componentes sanguíneos são preparações obtidas pelo processo de centrifugação das bolsas de sangue total e aférese (ANVISA, 2014).

Os produtos gerados um a um nos serviços de hemoterapia por meio de processos físicos são denominados hemocomponentes e compreendem o concentrado de hemácias, o concentrado de plaquetas e o plasma fresco congelado. Os produtos obtidos a partir do fracionamento do plasma por processos físico-químicos são denominados hemoderivados, como a albumina, globulinas e o concentrado de fatores de coagulação (BRASIL, 2015).

Para a obtenção destes produtos, os serviços de hemoterapia são estruturados em redes, com níveis de complexidade diferentes, a depender das atividades que executam. A RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001, apresenta o modelo de conformação técnica e administrativa da Rede de Serviços de Hemoterapia a ser estruturada em cada unidade federativa. Desta forma, é constituída pelos seguintes serviços: um Hemocentro Coordenador (HC), situado na capital do estado; Hemocentros Regionais (HR) e Núcleos de Hemoterapia (NH) estrategicamente distribuídos na extensão territorial de cada estado; Unidades de Coleta e Transfusão (UCT), Unidades de Coleta (UC) e Central de Triagem Laboratorial de Doadores (CTLD), opcionais e a depender da capacidade técnica e operacional da cada estado; e, as Agências Transfusionais (AT), de menor densidade tecnológica (ANVISA, 2001).

Em determinadas situações, a disponibilidade nos bancos de sangue é comprometida, como, por exemplo, nos eventos epidemiológicos que prejudicam significativamente o suprimento de sangue. Pode-se relacionar com a situação vivenciada nos dias atuais decorrente da pandemia COVID-19, pois as epidemias por doenças infecciosas demandam das autoridades sanitárias e regulatórias a elaboração de notas técnicas ou normativas. Com isso, são estabelecidos critérios para triagem clínica, a fim de promover a segurança aos doadores e receptores e instituir períodos de inelegibilidade para a doações. Portanto, essas alterações na dinâmica da comunidade e no funcionamento das atividades hospitalares incidem e relacionam-se com o fornecimento e utilização do sangue (SOUZA, 2020a).

A redução da infecção por COVID-19 na população em geral depende de medidas como higienização das mãos e do ambiente, uso adequado dos equipamentos de proteção individual (EPIs), distanciamento social, detecção precoce, triagem e isolamento de pacientes infecciosos. A combinação dessas atitudes é a base para os atuais protocolos de doação e transfusão sanguínea segura, a fim de proteger a equipe multiprofissional, o doador, o receptor e manter o suprimento sanguíneo (NGO et al., 2020).

Diante desse quadro, entende-se que o momento atual conduz à inovação de estratégias e adaptações da realidade para enfrentamento das dificuldades reveladas pelo contexto pandêmico. Logo, o objetivo do presente artigo é apresentar os impactos da pandemia COVID-19 nos serviços de hemoterapia e as adaptações que foram necessárias para manter a biossegurança nesse cenário.

A introdução deve conter uma referência ao assunto a ser desenvolvido no trabalho, bem como as linhas gerais que serão desenvolvidas no corpo do mesmo. Assim sendo, devem explicar o assunto ao leitor, de maneira clara e concisa. Em seguida, contextualizar

o estudo e por último citar o (s) objetivo (s) do estudo. Esta seção não admitirá subdivisões.

REFERENCIAL TEÓRICO

Os serviços de hemoterapia no Brasil

O sangue é caracterizado como um recurso biológico básico e reconhecido como um elemento essencial ao funcionamento dos sistemas de saúde modernos. Além de recurso terapêutico, sua aplicabilidade auxilia o campo da vigilância sanitária que abrange doenças hematológicas, intervenções cirúrgicas urgentes e emergentes, assim como, em investigações clínicas e biomédicas. De maneira geral, o conhecimento acerca do contexto histórico da hemoterapia no Brasil se faz necessário perante o considerável crescimento das práticas hemoterápicas em todo o país (SOUZA; DOMINGO, 2020).

À princípio, dois períodos na transfusão de sangue se destacam: o empírico, com início desconhecido até 1900, e o científico que perdura até os dias atuais, marcado pela descoberta do sistema ABO e grupos sanguíneos pelo pesquisador austríaco Karl Landsteiner. Em 1940, Landsteiner e Wiener descobriram a existência do fator Rh, o que acrescentou os estudos sobre incompatibilidade sanguínea entre as pessoas e a razão de mortes após transfusão sanguínea. Por sua vez, a prática da hemoterapia generalizou-se mundialmente, tornando-se rotina nos hospitais e sendo uma prática imprescindível para salvar vidas, centrada na doação altruísta, não remunerada e com o anonimato do doador garantido (BRASIL, 2015).

Com a descoberta dos antígenos de superfície das hemácias, muitos avanços foram concedidos à área hematológica, como a utilização de anticoagulantes que permitem a estocagem sanguínea e a evolução dos equipamentos de coleta e transfusão de sangue. Dessa forma, foi criado o Banco de Sangue com o objetivo de estocar o sangue doado e classificar sua compatibilidade imuno-hematológica com o receptor. No Brasil, o primeiro banco de sangue foi inaugurado em 1941, no Hospital Fernandes Figueira, que atualmente pertence à Fundação Oswaldo Cruz (SOUZA, 2018).

Apesar do atraso de regulamentação do setor ter sido prejudicial ao desenvolvimento da hemoterapia no Brasil, o tema avançou com a publicação da Lei nº 4.701, de 28 de junho de 1965, atualmente revogada pela Lei nº 10.205 de 21 de março de 2001. Com isso, houve uma proposição legal para o estabelecimento de uma Política Nacional de Sangue e a estruturação de um órgão gestor para o gerenciamento nacional da política de sangue (SOUZA, 2018). Em 1965, criou-se a Comissão Nacional de Hemoterapia, garantindo normas que visavam a proteção dos doadores e receptores de transfusão sanguínea. Então, neste período, a hemoterapia no Brasil tinha normatização, porém, ainda carecia de uma rígida fiscalização das atividades hemoterápicas e de uma política de sangue consistente (BRASIL, 2015).

Acriação do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN) e da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, contribuíram para a mudança de paradigma relacionada à doação de sangue no país, bem como o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue), criado em 1980 (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005). À vista disso, todas essas publicações foram imprescindíveis para o avanço da área hematológica e hemoterápica no país, no sentido de estruturar e expandir para o interior do país uma Rede de Serviços de Hemoterapia (Hemorrede). Com o objetivo de alcançar a cobertura hemoterápica em todo o país, foram estabelecidas a doação voluntária de sangue, a qualificação de recursos humanos e a padronização dos procedimentos técnicos como base dos serviços hemoterápicos brasileiros (SOUZA, 2018).

No Brasil, no ano de 2016, foram realizadas 2.840.988 transfusões de sangue na Hemorrede Pública Nacional, nos serviços filantrópicos e privados conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). No ano citado, a região Nordeste apresentou o menor percentual de doações espontâneas (49,70%) e a região com maior percentual de doações espontâneas foi a região Centro-Oeste (84,42%). Quanto ao tipo de doador, os percentuais de doadores de retorno são maiores em relação aos doadores de primeira vez em todas as regiões. Da mesma forma que em 2015, o gênero masculino representou a maior parte dos candidatos à doação de sangue em 2016, sendo o menor percentual observado de 43,08% na Região Norte. Em relação à faixa etária, os doadores com mais de 29 anos são, também, maioria em todas as regiões do país (BRASIL, 2018).

A influência da pandemia COVID-19 nos serviços de hemoterapia

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto de infecção pelo coronavírus 2019 (COVID-19) era uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Em 4 de março de 2020, 77 países já haviam relatado casos de COVID-19, sendo caracterizado pela OMS, em 11 de março de 2020, como uma pandemia (OPAS, 2020a). Desde então, o momento de crise sanitária atingiu diversos níveis de atenção e assistência à saúde, inclusive o funcionamento e rotina dos serviços hemoterápicos, pois houve uma demanda de transfusão sanguínea crescente, porém, o estoque encontrou-se reduzido (SOUZA, 2020b).

Com o aumento de casos, órgãos governamentais estabeleceram medidas de prevenção baseadas no distanciamento e isolamento social. Logo, houve uma redução no número de doações, tendo em vista que este recurso depende da disponibilidade e voluntariedade de um doador. Conforme evidenciado por Souza (2020b), houve uma diminuição nos níveis de estoque de sangue, em 2020, pela queda nas doações nos serviços de hemoterapia dos estados de Alagoas, Rio de Janeiro, Amazonas e Maranhão. Também ocorreu aumento do tempo de espera para o atendimento em virtude da redução de unidades móveis.

Em um estudo realizado no início de 2020, em Washington, nos Estados Unidos, à medida que o número de casos de COVID-19 aumentava, as doações de sangue caíam significativamente devido ao isolamento social. Logo, o hemocentro regional, em conjunto com os hospitais locais, começou uma monitorização do banco de sangue, na qual procedimentos cirúrgicos eletivos foram adiados para priorizar os casos de emergência e manter o estoque sanguíneo (PAGANO et al., 2020).

Apartir das medidas de contingenciamento da pandemia COVID-19, fez-se necessário modulações na rotina de trabalho para maior segurança na hora das doações, como agendamento de horário, distanciamento físico entre as poltronas, ventilação do ambiente, uso de EPIs pela equipe multiprofissional e implementação de testes rápidos de triagem para COVID-19. Ademais, para uma tentativa de diminuição desse impacto negativo sobre os bancos de sangue, também foram adotadas medidas como uso de telemedicina para a entrevista de aptidão para doação, abertura de hemocentros aos feriados e fins de semana, utilização de grandes espaços externos para campanhas e o uso das redes sociais para divulgação e campanhas (CABRAL; MALIGERI; SAITO, 2021).

Segundo a Orientação Provisória de 10 de julho de 2020 da Organização Pan-Americana da Saúde, os serviços de hemoterapia precisam manter-se preparados para as mudanças situacionais e epidemiológicas. Para tal, são necessários planos de resposta a emergências para mitigar os potenciais riscos de transmissão por transfusão de sangue e hemoderivados, de exposição de doadores e profissionais ao vírus, e do impacto na redução da disponibilidade de doadores devido ao isolamento social. Também há a necessidade de reorganizar a gestão de demanda, garantindo o fornecimento normal de materiais e equipamentos (OPAS, 2020b).

Vale ressaltar que o ato de doação, muitas vezes caracterizado como altruísta e movido pela benevolência, foi substituído pelo medo e ansiedade fomentados pela pandemia, não só por pacientes, mas também por toda a equipe de saúde. Isso reforça, também, a necessidade de apoio psicológico e emocional a todos os profissionais envolvidos na linha de frente no enfrentamento à pandemia (BANDEIRA et al., 2020).

Diante da COVID-19, os departamentos de serviço de sangue devem garantir comunicação com órgãos reguladores e instituições de saúde pública, adotar políticas flexíveis e preparar planos de emergência em tempo hábil. No mais, é essencial garantir que a coleta de sangue atenda às necessidades clínicas e, simultaneamente, mantenham a segurança da equipe e dos doadores de sangue, minimizando a transmissão do vírus nos serviços de hemoterapia (STANWORTH et al., 2020). Por fim, é notório a importância das novas rotinas incorporadas aos serviços, pois se mantidas e implementadas de forma efetiva, poderão contribuir com a situação epidemiológica de pandemia pela COVID-19 e mitigar os riscos à saúde da população (SOUZA, 2020b).

METODOLOGIA

Para essa pesquisa, realizou-se uma revisão narrativa da literatura científica de caráter descritivo, na qual utilizou-se as bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, que envolve LILACS e Medline, além da SciELO, PubMed e documentos do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde. A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a junho de 2022.

Os descritores utilizados para a pesquisa foram buscados através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), “Serviços de Hemoterapia”, “Pandemia COVID-19” e “Equipe de Saúde”. Para o cruzamento dos descritores nas bases de dados e processo de inclusão e exclusão de artigos foram utilizados os operadores booleanos OR e AND, para resgatar a maior quantidade de artigos relacionados ao tema.

Os critérios de inclusão foram publicações em periódicos no período de 2001 a 2021 e idiomas em português, inglês e espanhol. Estudos e pesquisas de anais de congressos, monografias, dissertações, teses e boletins informativos foram excluídos desta revisão.

CONCLUSÃO

Indubitavelmente, a literatura traz a redução significativa na disponibilidade de sangue impactada pela pandemia COVID-19. Visto que se trata de um fator preocupante, muitas unidades tiveram que remanejar a equipe multiprofissional, implantar novas técnicas e adotar novos protocolos. Pode-se também destacar a importância da divulgação digital de ações locais que promovam campanhas de doação sanguínea e de uma assessoria de comunicação para criar estratégias atuais de captação e engajamento de doadores.

Na pandemia COVID-19 torna-se imprescindível a garantia de EPIs e o cumprimento de regras de biossegurança, boas práticas e higienização das mãos e dos espaços, como requisitos fundamentais para o bom funcionamento do serviço, bem como a segurança dos profissionais e clientes. Portanto, para manter o funcionamento ideal do serviço de hemoterapia se faz necessário a adaptação a situações adversas e inovações no ambiente de trabalho.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 34, de 11 de junho de 2014.** Dispõe sobre Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jun. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0034_11_06_2014.pdf. Acesso em: 04 jun. 2022.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001.** Aprova o Regulamento Técnico sobre níveis de complexidade dos serviços de hemoterapia. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 ago. 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/rdc0151_21_08_2001.html. Acesso em: 04 jun. 2022.

BANDEIRA, Flavia Miranda Gomes de Constantino et al. **Impacto da pandemia COVID-19 na dinâmica do núcleo de hemoterapia de um hospital universitário.** Saúde Coletiva (Barueri), v. 10, n. 53, p. 2707-2712, 2020. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/744>. Acesso em: 20 mai. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001.** Regulamenta o inciso 4º do art. 199 da Constituição Federal de 1998. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10205.htm. Acesso em: 09 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia para uso de hemocomponentes**, 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes_2ed.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Caderno de informação: sangue e hemoderivados:** dados de 2016, Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_informacao_sangue_hemoderivados_2016.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022.

CABRAL, Renato Dalle Vedove Silveira; MALIGERI, Sophia Azevedo; SAITO, Edson Kazuo. **O impacto da pandemia nos bancos de sangue.** Hematology, Transfusion and Cell Therapy, v. 43, n. 1, p. S487, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S253113792100986X>. Acesso em: 20 mai. 2022.

JUNQUEIRA, Pedro Clóvis; ROSENBLIT, Jacob; HAMERSCHLAK, Nelson. **História da Hemoterapia no Brasil.** Revista brasileira de Hematologia e Hemoterapia, v. 27, n. 3, p. 2012-2017, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbhh/a/KP53b35B5jDZqSkmtJKkZj/?lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2022.

NGO, Andy; MASEL, Debra; CAHILL, Christine; BLUEMBERG, Neil; REFAAI, Majed A.

Blood Banking and Transfusion Medicine Challenges During the COVID-19 Pandemic.

Clinics in Laboratory Medicine, v. 40, n. 4, p. 587-601, dec. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272271220300676>. Acesso em: 03 jun. 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Orientação Provisória. **Resposta à transmissão comunitária de COVID-19.** 7 mar. 2020a. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51983/OPASBRACOV1920038_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 06 jun. 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Orientação Provisória. **Orientações sobre a manutenção do fornecimento de sangue seguro e adequado durante a pandemia da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) e sobre a coleta de plasma convalescente de COVID-19.** 10 jul. 2020b. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53087/OPASWBRAPHECOV1920159_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 06 jun. 2022.

PAGANO, Monica B.; HESS, John R.; TSANG, Hamilton C.; STALEY, Elizabeth; GERNESHEIMER, Terry; SEN, Nina; CLARK, Christine; NESTER, Theresa; BAILEY, Curt; ALCORN, Kirsten. **Prepare to adapt: blood supply and transfusion support during the first 2 weeks of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) pandemic affecting Washington State.** Transfusion, v. 60, n. 5, p. 908-911, mar. 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/trf.15789>. Acesso em: 03 mar. 2022.

SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. **Planejamento e gestão em saúde: caminhos para o fortalecimento das hemorredes.** Salvador: EDUFBA, 2018, 163 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c8vkc>. Acesso em: 3 jun. 2022.

SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de; DOMINGO, Paulo Santoro. **Donación de sangre y medicina transfusional en la prensa española Blood Donation and Transfusion Medicine in the Spanish Press.** Revista Española de Comunicación En Salud, Madrid, v. 11, n. 1, p. 9-19, 2020. Disponível em: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/4717>. Acesso em: 29 abr. 2022.

SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. **Sangue como recurso terapêutico essencial aos sistemas de saúde e a pandemia pela COVID-19.** Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais. Salvador: EDUFBA, v. 2, 2020a. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/32942/9/vol2_cap15_Sangue%20como%20recurso%20terap%20c3%aautico%20essencial%20aos%20sistemas%20de%20sa%20c3%bade%20e%20a%20pandemia%20pela%20COVID-19.pdf. Acesso em: 3 jun. 2022.

SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. **Medidas de distanciamento social e demandas para reorganização dos serviços hemoterápicos no contexto da COVID-19.** Ciência & saúde coletiva, v. 25, p. 4969-4978, 2020b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4XCGHBk>

WnGyWJzbwNCSBmfg/?lang=pt. Acesso em: 29 abr. 2022.

STANWORTH, Simon J. et al. **Effects of the COVID-19 pandemic on supply and use of blood for transfusion**. The Lancet. Haematology vol. 7, n. 10, p. e756-e764. 3 jul. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32628911/>. Acesso em: 20 jun. 2022.

IMPORTÂNCIA DA COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA PARA O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE COLO UTERINO E SUA RELAÇÃO COM A PANDEMIA DE COVID 19

Lucas Silva Costa¹;

Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL), São Paulo, SP.

<http://lattes.cnpq.br/7744722502309950>

Camila Ferreira Cavaleiro²;

Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL), São Paulo, SP.

<http://lattes.cnpq.br/2112499977293184>

Fabiana Aparecida Vilaça³;

Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL), São Paulo, SP.

<http://lattes.cnpq.br/0666609059760660>

0000-0003-4565-8335.

RESUMO: O Câncer de Colo uterino por sua vez é considerado uma das neoplasias que mais acometem as mulheres conforme o seu agravamento. Esses dados são registrados pelo (INCA) Instituto Nacional de Câncer que informam o aumento de casos positivos pela doença e o seu grau de mortalidade, a sua evolução e de forma silenciosa e permitiu com que a paciente busque ajuda para que haja tratamento. O HPV é considerado o principal agente pela evolução da neoplasia a sua modificação celular e molecular compõem diversos genótipos sendo eles de baixo, intermediário e de alto grau, A célula possui fases que precisam ser cheçadas conhecida como ciclo celular um erro entre essas fases por lesões ou ciclos desordenados ocorre a morte por apoptose, o gene P53 supressor relacionado a perda de controle do ciclo celular causa mutações ocasionando no Câncer. O objetivo principal relacionado foi enfatizar que existem impactos relacionados a patologias causadoras dentro da Saúde pública, e que não podem cair no esquecimento pois o seu relaxamento pode gerar um nível de crescimento dentro dessas patologias. A Pandemia causada pelo Covid -19 serviu como alerta aos cuidados a saúde e higiene para evitar infecções pelo vírus e aumento de casos, foi adotado também o distanciamento social mediante a sua disseminação a rotina das pessoas foram afetadas, seus compromissos, exames e cirurgias adiados de forma que a atenção do mundo passou a ser direcionada a pandemia. O fato das mulheres que por conta própria já não procuravam ajuda e pelo fato de retardo pela pandemia pode causar danos a Saúde das mulheres. A importância do cuidado pelo exame Colpo citológico passou a virar interrogação pois quantas mulheres deixaram de realizar o exame preventivo por conta da Pandemia. O exame Colpo citológico

serve para detectar células invasoras e lesões malignas, evitando colocar em risco a vida de mulheres pelo avanço do Câncer de colo uterino sendo assim uma doença que requer atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia Covid-19. Câncer de colo do útero. Colpocitologia oncótica.

IMPORTANCE OF ONCOTIC COLPOCYTOLOGY FOR THE DIAGNOSIS OF UTERINE CERVICAL CANCER AND ITS RELATIONSHIP WITH THE COVID 19 PANDEMIC

ABSTRACT: The Cancer of the uterine cervix is considered one of the neoplasms that most affect women according to its aggravation. These data are registered by the (INCA) National Cancer Institute that inform the increase of positive cases for the disease and its degree of mortality, its evolution is silent and allows the patient to seek help for treatment. The HPV is considered the main agent for the evolution of cancer, its cellular and molecular modification makes up several genotypes and they are low, intermediate and high grade, the cell has phases that need to be checked known as cell cycle an error between these phases by lesions or cycles disorderly occurs death by apoptosis, the P53 suppressor gene related to loss of control of the cell cycle causes mutations leading to cancer. The related main objective was to emphasize that there are impacts related to pathologies that cause public health, and that cannot fall into oblivion because their relaxation can generate a level of growth among these pathologies. The pandemic caused by Covid-19 served as an alert to health care and hygiene to avoid infection by the virus and the increase of cases. The social distancing was also adopted due to its dissemination; people's routines were affected, their appointments, exams and surgeries were postponed, so that the world's attention started to be directed to the pandemic. The fact that women no longer seek help on their own and the fact that the pandemic delay can cause damage to women's health. The importance of the care provided by the Colpo-cytology exam has become a question mark, for how many women have stopped taking the preventive exam because of the pandemic. The Colpos cytological exam is used to detect invasive cells and malignant lesions, avoiding putting women's lives at risk due to the advancement of cervical cancer, thus being a disease that requires attention.

KEY-WORDS: Pandemic covid-19. Cervical câncer. Pap smear.

INTRODUÇÃO

Desde 2019 o mundo tem voltado a sua atenção para o SARS-COV2 e suas consequências. Muito se tem falado e estudado sobre o novo coronavírus e a Covid-19, porém, não podemos nos esquecer de outras patologias de grande impacto dentro da saúde pública, como o câncer.

O câncer é uma doença genética que pode ter como origem causas ambientais, virais e hereditárias. Seu mecanismo de desenvolvimento, de uma maneira geral, está baseado na não observação de células mutantes pelos pontos de verificação do ciclo celular. Dessa maneira, a mutação celular não é detectada e a célula, ao entrar em mitose, dará origem, em escala exponencial, a células neoplásicas, que mais tarde originarão um câncer.

Uma das causas dessa não detecção de mutações celulares pelos pontos de verificação do ciclo celular é a ação viral, conforme descrito acima. Um dos vírus que mais levam a este tipo de alteração no ciclo celular é o HPV (Papilomavírus Humano), que, segundo o INCA, tem seu DNA presente em quase 100% dos casos de câncer de colo uterino. No Brasil, dados do INCA de 2018 indicam que o câncer de colo uterino é o quinto maior em relação ao número de mortes na população em geral, incluindo homens e mulheres. Dessa maneira, podemos observar que o câncer de colo de útero, mesmo com a vacina e os métodos de rastreamento e prevenção, como o exame de colpocitologia oncótica, ainda é um grande problema de saúde pública no Brasil

Com a pandemia de Covid – 19, muitos serviços de saúde deixaram de realizar exames preventivos, pois a população precisou manter o isolamento social, assim, fica a indagação: quantas mulheres deixaram de fazer o seu preventivo para o câncer de colo de útero?

Devido ao exposto acima, esta pesquisa tem como objetivo verificar o impacto da pandemia de covid – 19 sobre a realização do exame de colpocitologia oncótica, logo, sobre a prevenção do câncer de colo de útero.

O Câncer de colo do útero é considerado como a segunda neoplasia maligna mais comum entre as mulheres. Os dados são de 530 mil novos casos e por cerca 270 mil óbitos de mulheres são contabilizados por ano. O período de incidência começa a partir de 20 a 29 anos, onde se inicia a vida ativa da mulher. No decorrer do tempo seu pico de maior incidência é considerado de 45 a 49 anos acometidos pelo Câncer de Colo do Útero. (MELO, 2012; OLIVEIRA, 2013)

Os países menos desenvolvidos apresentam um número avançado de novos casos. Cerca de 80% nesses países com a sua baixa estruturação são encontrados em estágios avançados e o seu grau de sobrevivência é estimado em aproximadamente cinco anos. Em países desenvolvidos os casos chegam de 59 a 60%, já em países em desenvolvimento esse percentual diminui para 49% (INCA, 2005).

No Brasil, o número vem crescendo mediante os dados de países desenvolvidos (RISE JUNIOR E NOGUEIRA, 2002). O Ministério da saúde tem registrado que a cada 100 mulheres, 20 casos no ano de 2006 foram confirmadas pela neoplasia que é considerada uma das mais letais para o sexo feminino (INCA, 2005).

Grande parte dos casos apresenta desenvolvimento lento, dando ao paciente a oportunidade de recuperação quando sua detecção se é dada de forma rápida, assim a sua chance de cura contra o câncer de colo uterino tende a Crescer (INCA, 2004), consideramos que os dados são indicadores para a Saúde populacional nota-se a mortalidade e o seu avanço por meio de suas informações tendem a registrar este câncer como a terceira colocação entre as brasileiras. (INCA, 2004)

Vários fatores sobre o câncer de colo uterino são associados a saúde e o estilo de vida como infecções transmitidas pelos parceiros, idade precoce da primeira relação sexual, fatores como o tabagismo a má alimentação e o uso constante de anticoncepcionais, esses fatores são detectados com método de estudos epidemiológicos. (INCA, 2002).

O principal a gente pela evolução do câncer de colo uterino é o Vírus do papiloma Humano (HPV) responsável por trazer lesões ao trato genital feminino, a sua evolução e silenciosa trate-se de etapas como a maturação fase na qual o vírus se torna infeccioso ocorrendo mudanças estruturais efeitos que com seu desencadeamento se tornam hospedeiros. (INCA, 2010)

O ciclo celular contém quatro etapas, suas fases são determinadas como G1 que representa a interfase que é a fase que a célula aumenta de tamanho e se prepara para fazer a cópia do seu DNA. Essa cópia e denominada como replicação conhecida também como fase Síntese. essa fase permite que a célula divida seus cromossomos. (Rivoire, W. A. 2001)

A célula passa a desenvolver pela fase G2 que é o período que a célula se encaminha para a Mitose na qual a célula determinada como célula mãe que em sua sequência nesta fase tendê a ficar maior, após esse crescimento gerado pela célula mãe ela aumenta para se dividir em células filhas com a mesma quantidade de cromossomos. (Rivoire, W. A. 2001)

Assim as células filhas retornam novamente para a fase G1 que e controlada pela fase G1/S que por sua evolução tende a proteína do Retinoblatoma. A célula passando por este ponto de controle ela passa a rejeitar o seu DNA, com tudo na sua fase de Síntese se ocorrer de forma desordenada ou lesões no decorrer do seu processo a célula não prosseguirá para suas fases subsequentes conhecido como G2/M. (Rivoire, W. A. 2001)

Esse processo inibiu o seu crescimento e traz apoptose que é conhecida como morte celular programada causada pelo erro no processo de fases da célula que não desenvolvem quando alterações, o P53 conhecida como gene supressor relacionado a perda do controle de Replicação da célula entra em cena gerando mutações e ocasionando no Câncer. (BASEMAN, 2005)

O câncer de colo uterino suas modificações celulares apresentam alterações moleculares em genes supressores como TP53, o gene TP53 e uma proteína encontrada no braço do cromossomo que após o DNA sofrer agressões para a divisão celular e programado para a morte celular. (MELO, 2012)

Os agentes Carcinogênicos como o vírus de Epstein–Barr conhecido como agente progressivo por efeitos Celulares e moleculares nas lesões intra cervicais. E também por motivos que constam que o HPV é o principal agente responsável pelo câncer de colo uterino. (OLIVEIRA, 2013)

O vírus do papiloma humano possui mais de 130 genótipos podendo ser dividido em dois grupos sendo eles cutâneos e de mucosa, esses genes são divididos pelo seu grau de gravidade virais que são eles precoce e tardio. A expressão das proteínas é regulada pela diferenciação da célula, o HPV de mucosa são divididos em três tipos que são altos, intermediário e baixo isso depende o grau que lesão que se associa. (VILLA, 1998)

A infecção inicial pelo HPV se inicia através as células tronco em camadas do epitélio, as células basais se dividem e diferenciam gerando células epiteliais maduras essa divisão produz células filhas que migram para camadas mais externas que se diferenciam em seu percurso. (Souto R, Falhari JPB, Cruz AD, 2005, p.158)

O HPV após se estabelecer na forma de elementos extracromossômicos no núcleo da célula com isso o número de cópias virais aumenta para mais de 50 por cada célula, ao dividirem essas células entre o DNA, nesta divisão surgem as células filhas uma dessas células migram para a camada basal servindo de reservatório viral para o DNA, sendo assim o HPV se restringe a células supra basais. (VILLIERS, 2004)

O Câncer cervical está relacionado as lesões de alto grau diferente do HPV de baixo grau que são associados com baixo risco sendo descobertos por verrugas genitais, os tipos de HPV são relacionados no núcleo da célula hospedeira, as lesões associadas ao baixo grau como verrugas se encontram separados do DNA celular de forma extracromossômica. (INCA, 2016)

As lesões de alto grau associados ao HPV maligno são 16 e 18 que se associam com o núcleo do DNA da célula que entregam também os cromossomos 16 e 17 para se integrar a célula, com isso é necessário ocorrer a quebra do genoma viral essa separação não ocorre de forma aleatória porque ela passa a ocorrer em regiões distintas do vírus. (SCHLECHT, 2001)

O resultado desta quebra se dá com a perda de função de genes acompanhada com o desequilíbrio de outros genes relacionados a célula do hospedeiro que possuem uma região cromossômica distinta ao qual o genoma viral se integra. (Souto R, Falhari JPB, Cruz AD, 2005, p.158)

A colpo citologia oncótica é um exame para detectar de forma manual realizado por médicos e enfermeiros a identificar células invasivas e lesões malignas, essas células são avaliadas através de lâminas e detectadas de acordo com o uso de coloração aplicado em células cervicais, esses exames são realizados em postos de saúde e clínicas médicas de forma segura é sigilosa. O Exame de Papanicolau é o mais utilizado para rastrear essa patologia. (MEDRADO, 2014)

O exame consiste no esfregaço de células endocervicais oriundas que são extraídas por meio de raspagem de parte da mucosa do Colo do útero, os procedimentos são considerados de baixo custo sendo de responsabilidade e importância governamental obter esses dados como referencial para o país que acompanha a sua estatística que hoje ocupa a segunda neoplasia que matam mais mulheres no Brasil. (MEDRADO, 2015)

O exame patológico atende cerca de 80 a 85 % das mulheres na sua idade correta de forma que é realizado a mais de meio século e seu objetivo em detectar células cancerígenas e sua evolução para formas mais agressivas, o seu exame costuma ser rápido e acaba gerando um pouco de desconforto mais se tornou necessário para saúde e avaliação da mulher. A comparação com outra neoplasia que tem o seu avanço mais agressivo ela ocorre de maneira lenta até alcançar o câncer invasivo. (OPPERMANN, 2014)

A covid – 19 conhecida como (SARS-CoV), ficou conhecido pelo mundo todo pela sua existência e grau de gravidade em dezembro de 2019. Seus dados alarmantes percorreram países dos mais desenvolvidos aos menos desenvolvidos sua origem seu país de origem foi Wuhan, na China, A doença conhecida pelas graves consequências ao sistema respiratório a sua avançada disseminação entre seres humanos começaram a se alastra por toda a população, sendo ele um vírus invisível.

Após a sua contaminação foram observados nesses pacientes infectados pelo vírus sintomas como dor de cabeça, febre, dor no corpo, tosse seca, perda de olfato e paladar. No seu estágio mais grave ocorrem falência pela sua progressão pela sua insuficiência respiratória e comprometimento dos pulmões, de acordo com seu grau de gravidade por complicações pulmonares a unidade intensiva conhecida UTI começou a fazer parte para tratar esses pacientes de alto risco.

O SARS-CoV chamou atenção da organização mundial de saúde por causa dos seus óbitos que cada vez registravam números elevados na China, em janeiro de 2020 a organização Mundial da Saúde decretou a Pandemia como dano alarmante a sociedade, com o seu avanço sendo um vírus infectante com alto risco de transmissão por via de seus hospedeiros países foram registrando dados e cada representante foi adotando medidas de prevenção conforme informações da OMS.

Em 11 de Março em seu decreto oficial foi emitido pela OMS Organização Mundial da Saúde um comunicado como gravidade por calamidade pública, a Doença em seu grau de gravidade por migração de países e fronteiras levaram Países do mundo todo declarar calamidade pública. após os registros em outros países a mudança do seu epicentro passou do seu local de origem para toda a Europa.

Na Europa seus números expressivos começaram a crescer e o registro de óbitos era cada vez mais frequente, em Países Sul- Americano como o Brasil o seu primeiro caso foi registrado em São Paulo, no mês de fevereiro de 2020, e o primeiro óbito em 17 março do mesmo ano. O seu crescimento por número de vítimas começou a tomar outro rumo por causa da sua Expansão.

Medidas de prevenção com cuidados há higiene, distanciamento social e testes com maior número de pessoas passou ser adotados, sendo a doença um fator invisível e dependendo do seu hospedeiro não desenvolvendo os sintomas passando assim a ser assintomático, essas medidas foram adotadas de forma que essa quantia de pessoas infectadas ao depender das unidades intensivas pelo grau de desenvolvimento da doença não chegasse ao colapso.

Desde o início da pandemia notamos a mobilização de países e suas aplicações a área da saúde para promover o máximo de qualidade ao seu atendimento para pacientes que apresentavam dificuldades respiratórias, os casos de agravo com maiores complicações foram registrados com os pacientes mais velhos e que apresentavam comorbidades desencadeando a complicações de seus quadros clínicos de saúde.

Os mais jovens com outras comorbidades também representavam riscos, como não tinha controle dos seus dados para notifica-los sobre cuidados e métodos de prevenção pela sua comorbidade e eventual agravo, o número era contabilizado pela expansão de dados por mortalidade indicando o seu cenário. O objetivo teve como aplicação identificar doenças associadas ao Covid-19 considerando seus efeitos sobre o mundo (Rafael da Silveira Moreira, 2020, p.2).

METODOLOGIA

A presente pesquisa visa identificar a importância do diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e o impacto da pandemia de Covid-19 sobre a realização do exame de colpocitologia oncótica, para tanto, foi utilizado análise de artigos científicos já existentes entre os anos de 2000 a 2021, sendo assim, cruzando dados para chegarmos a alguma conclusão do quanto a pandemia tem afetado, não somente nossa economia, mas também no aumento do número de casos de câncer.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Desde o início da pandemia mais de 50 mil brasileiros deixaram de ser diagnosticados com câncer, segundo a equipe Oncoguia foram apresentadas uma queda de 63% no volume de exames para diagnosticar a doença. O medo de ser contaminado pelo coronavírus está fazendo com que muitas pessoas adiem consultas e exames primordiais para o diagnóstico do câncer. (INCA,2020)

Segundo INCA o câncer de colo do útero foi uma das causas mais frequentes de morte por câncer em mulheres. A taxa de mortalidade por câncer de colo do útero caiu significativamente com o aumento do rastreamento da doença através do exame de Papanicolaou. Mas isso não mudou muito nos últimos 10 anos.

A estimativa de que 50 mil pessoas deixaram os exames de lado foi anunciada na semana passada pelas Sociedades Brasileiras de Patologia e de Cirurgia Oncológicas e a notícia de queda de 63% no número de exames no país. (INCA 2020)

A mesma queda foi observada no exame de Papanicolau, utilizado para rastreamento do câncer de colo de útero. O levantamento é preocupante porque o câncer de colo de útero é o segundo tumor mais frequente em mulheres, ficando atrás apenas do câncer de mama. (INCA 2020)

Segundo INCA estes dados são referentes ao ano de 2020, sendo assim, atualmente devem ser consideradas as Recomendações para detecção precoce de câncer durante a pandemia de Covid-19 em 2021_É necessário avaliar criteriosamente o cenário epidemiológico local para avaliar os riscos e benefícios envolvidos na manutenção das ações de rastreamento. Prioridade deve ser dada às ações de diagnóstico precoce (MIGOWSKI, CORRÊA; 2020).

Logo abaixo veremos alguns dados referentes aos casos de COVID-19 e de câncer e como houve um aumento de novos casos e, infelizmente, de óbitos:

Tabela 01: dados sobre a pandemia covid-19 - pandemia corona vírus atualizado em 10/10/2021 (após começar a vacinação na população)

Casos Recuperados	20.694.669
Em andamento	1.089.423
Casos confirmados	21.582.738
Casos novos	6.918
Incidência	10.270,3
Óbitos confirmados	601.213
Casos novos	202
Letalidade	2,8%
Mortalidade	286,1

Fonte: Covid.saude.gov.br

Tabela 02: dados do exame de colpocitologia oncótica

Letalidade	2,8%
Mortalidade	286,1
Fonte: Covid.saude.gov.br	
TABELA 02	
DADOS DO EXAME DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA:	
Estimativas de novos casos	16.590 mil (2020 – INCA)
Número de mortes:	6.596 mil (2019 – Atlas de Mortalidade por Câncer – SIM)
Fonte: INCA	
<ul style="list-style-type: none"> • De acordo com a estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2018/2019 • Brasil registra no país cerca de 640 mil novos casos de câncer de Colo 	

Fonte: INCA

Tabela 03: número de mortes por câncer em todo o mundo em 2020, por principal tipo de câncer.

INGLÊS	TRADUÇÃO	NÚMEROS
Lung	Pulmão	1.796.144
Colorectum	Colorreto	935.173
Liver	Fígado	830.180
Stomach	Estômago	768.793
Breast	Mama	684.996
Oesophagus	Esôfago	544.076
Pancreas	Pâncreas	466.003
Prostate	Próstata	375.304
Cervixuteri	Colo do Útero	341.831
Leukaemia	Leucemia	311.594

Fonte: Statista.com

Tabela 04: Proporção de procedimentos diagnósticos para o câncer do colo do útero realizados em mulheres de 25 a 64 anos, usuárias do SUS, em relação a necessidade estimada para uma cobertura de rastreamento de 100%. Brasil e Regiões, de 2015 a 2020:

Ano	Procedimento	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
2015	Colposcopia	58%	17%	58%	23%	96%	40%
2015	Biópsia	63%	24%	44%	46%	110%	61%
2016	Colposcopia	62%	15%	66%	29%	93%	42%
2016	Biópsia	65%	22%	49%	45%	107%	67%
2017	Colposcopia	58%	18%	61%	27%	85%	41%
2017	Biópsia	60%	28%	43%	34%	99%	64%
2018	Colposcopia	56%	19%	58%	27%	84%	40%
2018	Biópsia	59%	25%	44%	28%	100%	59%
2019	Colposcopia	57%	17%	58%	30%	87%	41%
2019	Biópsia	61%	29%	49%	28%	94%	67%
2020	Colposcopia	33%	13%	27%	22%	55%	28%
2020	Biópsia	38%	27%	24%	18%	57%	53%

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de informações Ambulatoriais do SUS (SIA/ SUS). Sistema de informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde (SIB/ANS).

A quantidade de procedimentos para a investigação diagnóstica do câncer de colo do útero, principalmente a colposcopia e biópsia, vem oscilando ao longo dos anos, mas reduziu em 2020 em todas as regiões no cenário da Pandemia de Covid 19 (Tabela 05)

Tabela 05: Número de procedimentos diagnósticos para câncer do colo do útero (Colposcopia e biópsia) realizados no SUS, na faixa etária de 25 a 64 anos, Brasil e Regiões, 2015 – 2020

Ano	Procedimento	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-oeste	Sudeste	Sul
2015	Colposcopia	317.729	10.110	120.229	10.795	144.168	32.427
2015	Biópsia	50.444	2.076	13.438	3.196	24.349	7.385
2016	Colposcopia	353.783	9.442	139.661	14.143	155.263	35.274
2016	Biópsia	55.373	2.014	15.347	3.249	26.416	8.347
2017	Colposcopia	343.304	11.648	132.708	13.702	149.739	35.507
2017	Biópsia	52.799	2.655	13.631	2.592	25.773	8.148
2018	Colposcopia	343.243	12.618	128.256	14.302	153.053	35.014
2018	Biópsia	53.276	2.420	14.257	2.135	26.837	7.627
2019	Colposcopia	357.236	11.778	130.736	16.207	161.076	37.439
2019	Biópsia	56.084	2.943	16.246	2.193	25.745	8.957
2020	Colposcopia	211.183	9.272	61.786	11.717	102.521	25.887
2020	Biópsia	34.937	2.845	7.957	1.402	15.623	7.110

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Alguns tipos de câncer são causados por agentes infecciosos como vírus ou bactérias. O mais comum é o Papiloma Vírus Humano (HPV), responsável pelo câncer do colo do útero, ânus e outras localizações. Embora existam mais de 100 tipos de HPV, os tipos 16 e 18 do HPV causam aproximadamente 70% de todos os cânceres do colo do útero e cerca de 90% de outros tipos de câncer relacionados ao HPV. O câncer do colo do útero continua sendo uma das principais causas de morte por câncer entre mulheres em muitas regiões menos desenvolvidas do mundo (JEMAL et al, 2014).

Tabela 5: Comprovadamente carcinogênico

Agente	Grupo	Tipos de Câncer em humanos	Transmissão
Papilomavírus humano (HPV)	1	Faringe, nasofaringe, ânus, laringe, pele não melanoma, vulva, vagina, colo do útero, pênis, cavidade oral, amígdala	Contato direto pele-a-pele ou pele-mucosa, principalmente por via sexual

Fonte: (INCA, 2021; Bouvard, 2009)

As vacinas para o HPV são preventivas, tendo como objetivo evitar a infecção pelos tipos de HPV nelas contidas. A vacina quadrivalente está aprovada no Brasil para prevenção de lesões genitais pré-cancerosas de colo do útero, vulva e vagina e câncer do colo do útero em mulheres e homens relacionados ao HPV 6, 11, 16 e 18. A vacina bivalente está aprovada para prevenção de lesões genitais pré-cancerosas do colo do útero e câncer do colo do útero em mulheres, relacionados ao HPV 16 e 18. Nenhuma das vacinas são terapêuticas, ou seja, não há eficácia contra infecções ou lesões já existentes (INCA).

O processo de vacinação e a realização do exame preventivo (papanicolau) se complementam como ações de prevenção desse tipo de câncer. Mesmo as mulheres vacinadas, quando alcançarem a idade preconizada (a partir dos 25 anos) deverão fazer o exame preventivo periodicamente, pois a vacina não protege contra todos os tipos oncogênicos do HPV (INCA)

A incidência, a morbidade hospitalar e a mortalidade são medidas de controle para a vigilância epidemiológica que permitem analisar a ocorrência, a distribuição e a evolução das doenças. Conhecer informações sobre o perfil dos diferentes tipos de câncer e caracterizar possíveis mudanças e cenário ao longo do tempo são elementos norteadores para ações de Vigilância do câncer – componente estratégico para o planejamento eficiente e efetivo dos programas de prevenção e controle de câncer no Brasil. A base para a construção desses indicadores são os números provenientes, principalmente, dos registros de Câncer e do Sistema de informações Sobre Mortalidade (SIM/MS).

Tabela 06: incidência estimada conforme a localização primária do tumor e sexo (em mulheres, no Brasil, 2020)

Localização Primária	Casos Novos	%
Mama feminina	66.280	29.7
Cólon e Reto	20.470	9.2
Colo do útero	16.710	7.5
Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.440	5.6
Glândula Tireoide	11.950	5.4
Estômago	7.870	3.5
Ovário	6.650	3.0
Corpo do útero	6.540	2.9
Linfoma não-Hodgkin	5.450	2.4
Sistema Nervoso Central	5.230	2.3
Todas as neoplasias, exceto pele não melanoma	223.110	100.0
Todas as Neoplasias	316.280	

Fonte: MS / INCA Estimativa de Câncer no Brasil, 2020

Tabela 07: Mortalidade conforme a localização Primária do tumor e sexo (em mulheres, no Brasil, 2019)

Localização Primária	Óbitos	%
Mama	18.068	16.4
Traqueia, Brônquio e Pulmões	12.621	11.4
Cólon e Reto	10.385	9.4
Colo do útero	6.596	6.0
Pâncreas	5.893	5.3
Estômago	5.475	5.0
Sistema Nervoso Central	4.663	4.2
Fígado e Vias biliares intra-hepáticas	4.584	4.2
Ovário	4.123	3.7
Leucemias	3.356	3.0
Todas as neoplasias	110.344	100.0

Fonte: MS/ SVS/ DASIS/ CGIAAE/ Sistemas de informação sobre mortalidade, 2021 MS / INCA/ Coordenação de Prevenção e Vigilância / Divisão de vigilância e Análise de Situação, 2021.

O reinício do rastreamento de câncer demanda uma análise criteriosa dos riscos e benefícios envolvidos, considerando o cenário epidemiológico no contexto local, a capacidade de resposta da rede de atenção à saúde e o histórico pessoal dos usuários. É aconselhável contrabalançar individualmente o risco de adiamento do rastreamento de

câncer e o risco de contágio com o novo coronavírus, desenvolvimento da COVID-19 e fatores prognósticos associados a piores desfechos. Na hipótese de retorno às ações de rastreamento é imprescindível a garantia da adesão às diretrizes vigentes, especialmente em relação às recomendações de população-alvo e periodicidade (INCA, 2020)

A realização de rastreamento de câncer de mama e de colo do útero fora dessas recomendações traz mais riscos do que benefícios, o que se agrava ainda mais nesse período de pandemia (INCA 2020). O mesmo ocorre para cânceres em que não há recomendação de rastreamento (INCA, 2020)

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que para cada ano do triênio 2020/2022 sejam diagnosticados 16.590 mil novos casos de câncer de colo do útero no Brasil, com um risco estimado de 15,43 mil casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a terceira posição. (INCA, 2020).

CONCLUSÃO

Concluímos que o câncer de colo uterino é um problema de saúde pública, não somente no Brasil, mas a nível mundial também, pois a doença é desencadeada por um chamado HPV, portanto é de responsabilidade da Saúde Pública desenvolver métodos de acompanhamento e de rastreio para evitar que o número de casos aumente. Estamos passando por um momento de turbulência uma pandemia que fez muitas vítimas e que mudou a rotina de todos, neste momento é preciso manter o equilíbrio e fazer o que for necessário para saúde de todos evitando retardos para problemas já existentes e com tudo lutar para neutralizar cada um deles. Pois o câncer no colo do útero ainda tem sido uma das causas mais frequentes de morte de mulheres no Brasil, sendo assim uma pandemia que nos assolou não somente economicamente falando, mas também com a queda drástica em relação a prevenção, pois ainda se há um medo de ir em as unidades básicas de saúde devido a COVID-19.

Após análise dos dados, percebemos o quão importante são os exames preventivos (que tiveram uma queda significativa devido a pandemia e o medo de contágio pela doença) e não somente uma queda no exame preventivo, mas também no aumento de óbitos devido a falta de um diagnóstico precoce. Entretanto, se houvesse uma conscientização midiática para o mesmo, assim como há para outras doenças, talvez não teríamos tido essa queda tão grande nos exames de prevenção e nem nos óbitos, conforme apresentado nos dados analisados.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

Celular, molecular, papiloma vírus HPV: Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 6 (4): 447-451, out. / dez., 2006

Dados de casos por covid-19. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>> (acesso em 01/07/2020).

Dados do início da pandemia: Cad. Saúde Pública 2020; 36(5):e00080020 / COVID-19: CLUSTERS ESPACIAIS DE UTI E PERFIS LATENTES DE MORTALIDADE 9

Histórico CCU: Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.2, p.120-131, 2008

Histórico e característica do exame: Acta Paul Enferm. 2012;25(5):673-8 / Lima TM, Lessa PRA, Freitas LV, Teles LMR, Aquino PS, Damasceno AKC, Pinheiro AKB

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2005.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Falando sobre câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro, 2002a.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis.** Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro, 2004.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Viva mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama: Câncer do Colo do Útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas.** Rio de Janeiro, 2002b.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-uterio>> (acesso em 07/07/2020).

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.** 2a. edição revisada, 2016

INCA. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA); 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf> (acesso em 07/07/2020).

INCA. Migowski A, Dias MBK, organizadores. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA); 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf> (acesso em 03/07/2020).

Nota Técnica – DIDEPRE/CONPREV/INCA – 30/3/2020. **Detecção precoce de câncer**

durante a pandemia de Covid-19. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//notatecnica-deteccao-precoce.pdf>> (acesso em 09/07/2020).

MEDRADO, Leandro. **Citologia e Histologia Humana – Fundamentos de Morfofisiologia Celular e Tecidual.** Érica, 2014.

MEDRADO, Leandro. **Carcinogênese – Desenvolvimento, Diagnóstico e Tratamento das Neoplasias.** Érica, 2015

Ministério da Saúde. Sistema de informações Ambulatoriais do SUS (SIA/ SUS). Sistema de informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde (SIB/ANS).

MIGOWSKI, Arn; CORRÊA, Flávia de Miranda. **Recomendações para detecção precoce de câncer durante a pandemia de covid-19 em 2021 Recommendations for cancer early detection during covid-19 pandemic in 2021.**Rev. APS. 2020. No prelo.

INCA; Pandemia Reduz Exames Para Diagnóstico do Câncer 2020. **Disponível em:** <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/pandemia-reduz-exames-para-diagnostico-de-cancer/13756/7/>> (acesso em 07/07/2020).

INCA; **Estatística Para Câncer de Colo do Útero; 2020 Disponível em:** <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estatistica-para-cancer-de-colo-do-utero/6717/283/>> (acesso em 07/07/2020).

OPPERMANN, Christina Pimentel. **Entendendo o Câncer.** ArtMed, 2014.

RISI JUNIOR, J. B.; NOGUEIRA, R. P. (Coord.). **As condições de saúde no Brasil. In: FIEKELMAN, J. (Org.) Caminhos da saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 117- 234.

Souto R, Falhari JPB, Cruz AD, O **Papilomavírus Humano: um fator relacionado com a formação de neoplasias** - Revista Brasileira de Cancerologia - Goiânia 2005 p. 158

Rivoire WA, Capp E, Corleta VE, Brum I. **Bases biomoleculares da oncogênese cervical.** Rev Bras Cancerol 2001; 47: 179-84.

Sâmara Borges Macedo **Revista Horizontes Interdisciplinares da Gestão** v. 4, n. 2, Belo Horizonte, jul./dez. 2020 p. 108

Melo MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEOS. **Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária.** Rev Bras Cancerol. 2012; 58(3):389-98

Oliveira MM, Andrade SSCA, Oliveira PPV, Silva GA, Silva MMA, Malta DC. Cobertura de exame ReBIS Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde 92 ReBIS [Internet]. 2020; 2(2):88-92. **Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional**

de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013. Rev Bras Epidemiol. 2018; 21:e180014.

Schlecht NF, Kulaga S, Robitaille J, Ferreira S, Santos M, Miyamura RA, et al. **Persistent human papillomavirus infection as a predictor of cervical intraepithelial neoplasia**. JAMA 2001; 286:3106-14

Baseman JG, Koutsky LA. **The epidemiology of human papillomavirus infections**. J Clin Virol 2005; 32 Suppl 1:S16-24.

Villa LL. Aspectos moleculares da oncogênese por papilomavirus. In: Bibbo M, Silva Filho AM. **Lesões relacionadas à infecção por HPV no trato anogenital**. Rio de Janeiro: Revinter; 1998. p. 51-8.

Villiers EM, Fauquet C, Broker TR, Bernard HU, zur Hausen H. **Classification of papillomaviruses**. Virology. 2004;324:17-27.

Índice Interativo

A

Análise de vulnerabilidade 50
Ansiedade 33, 34, 35, 37, 38, 71
Ansiedade na pandemia 33
Atenção primária à saúde 9
Avaliação geriátrica 50

B

Bancos de sangue 66, 68, 71, 73
Bem-estar dos idosos 40, 42
Biossegurança 66, 68, 72

C

Câncer 76, 78, 79, 80, 86, 87, 88, 89, 90
Câncer de colo uterino 76
Colpocitologia oncótica 77, 78, 83
Condições de trabalho 27, 33, 35
Covid 19 8, 33, 34, 35, 76, 77

D

Distanciamento social 68, 74, 76, 82
Doação sanguínea 66, 72
Doações voluntárias 66

E

Emergência 9, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 28, 29, 71
Enfermagem 31, 32, 39, 40, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 62, 63, 64, 65
Envelhecimento 40, 41, 49, 50, 52, 58, 59, 64
Envelhecimento saudável 50, 58, 64
Equipamentos de proteção individual (epis) 66, 68
Equipe de enfermagem 40, 42, 45, 46
Estoques sanguíneos 66
Exame colpo citológico 76
Exame preventivo 76, 86, 88

F

Fragilidade 50, 65
Fragilização dos idosos 50

G

Gestão em saúde 10
Grupo terapêutico 33

I

Idoso 41, 47, 50, 53
Idosos institucionalizados 40, 42, 44, 45, 47, 48
Impacto da pandemia 66

Incapacidades funcionais 50, 58
Incidência de patologias 40, 45
Infecções 76, 79, 86
Instituições de longa permanência para idosos (ilpis) 40, 42
Instituto nacional de câncer 76
Integridade física e psicológica 40

M

Ministério da saúde 11, 20, 23, 25, 26, 28, 30, 31, 41, 47, 59, 64, 66, 72, 73, 84, 85, 90
Modificação celular e molecular 76
Mutações 76, 78, 79

N

Neoplasias 76, 90

O

Organização mundial da saúde 36, 63, 66, 70, 72, 74, 81
Organização pan-americana da saúde 49, 66, 71, 72, 74

P

Pandemia 33, 35, 36, 37, 38, 66, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 78, 82, 83, 88, 89, 90
Profissionais de saúde 23, 24, 25, 28, 33, 35, 52, 58
Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (pmaq) 9, 26
Psicologia social 33, 36

R

Regras de biossegurança 66

S

Saúde das mulheres 76
Saúde dos profissionais 9
Saúde mental 31, 34, 35, 37
Saúde pública 76
Serviços de hemoterapia 66, 68, 69, 70, 71, 73
Serviços de saúde 10, 12, 22, 23, 25, 42, 51, 62, 66, 78
Serviços hemoterápicos 66, 70, 74
Situações emergenciais 9, 28

U

Unidades de saúde 9, 14, 19, 26
Urgência 9, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 28, 29, 54

V

Valorização profissional 40
Vírus 35, 36, 37, 71, 76, 78, 79, 80, 81, 83, 85, 89



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 