

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

VOLUME 05. Nº 1. MARÇO 2022 | ISSN ONLINE 2595-4482



Avaliadores que participaram desta edição

RSPP v.5, n.1, março de 2022

Agradecemos a todos os avaliadores participantes.
Sua contribuição é fundamental para a qualidade dos artigos publicados.

1. Catiane Raquel Sousa Fernandes. <https://orcid.org/0000-0003-3979-2730>
2. Celia Maria Ribeiro Vasconcelos. <http://orcid.org/0000-0001-9309-4795>
3. Dafne Drumond Boni. Fundação Estatal de Atenção à Saúde
4. Deborah Ribeiro Carvalho. <http://orcid.org/0000-0002-9735-650X>
5. Elenize Losso. <http://orcid.org/0000-0002-7643-4660>
6. Erica Ell. Doutora em Meio Ambiente e Desenvolvimento pela UFPR
7. Guilherme Andrade Ruela. <http://orcid.org/0000-0001-6976-8710>
8. Jonas Magno Santos Cesário. <https://orcid.org/0000-0003-1785-3555>
9. Lucas Lima Moraes. <https://orcid.org/0000-0003-1613-5068>
10. Magali Zimmermann Covo. <https://orcid.org/0000-0001-5298-971X>
11. Natacha Bolorino. <https://orcid.org/0000-0002-3039-2987>
12. Otiniel Moreira Nascimento. <https://orcid.org/0000-0001-5260-4752>
13. Rafael Rodrigo da Silva Pimentel. <https://orcid.org/0000-0002-9461-1472>
14. Renata Cordeiro Fernandes. <https://orcid.org/0000-0002-5278-616X>
15. Sandra Mara Silvério Lopes. <https://orcid.org/0000-0002-5424-6140>
16. Thais Oliveira Queiroz. <https://orcid.org/0000-0001-5154-3222>

Equipe Editorial
Revista de Saúde Pública do Paraná
<http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/>

Hanseníase no Brasil: ainda mais negligenciada em tempos de pandemia do COVID-19?

Leprosy in Brazil: even more neglected in times of COVID-19 pandemic?

Marília Lopes Pernambuco¹, Guilherme de Andrade Ruela², Iraneide Nascimento dos Santos³, Rafaelle Freire Bomfim⁴, Suzana Eda Hikichi⁵, João Lúcio Macário Lira⁶, Edson Alan dos Santos Barros⁷, Cristiane Silva Morais⁸, Jorge Pamplona Pagnossa⁹

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1398-485X> Mestranda em Saúde Pública. Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Brasil.
E-mail: marilialopes_p@yahoo.com.br

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6976-8710> Mestre em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brasil.
E-mail: guilherme.ruela@uff.edu.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8449-7840> Mestra em Patologia, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Brasil.
E-mail: iraneidenascimento@ipojuca.ifpe.edu.br

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8810-8213> Bacharel em Fisioterapia, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.
E-mail: rafaellefreirebomfim@gmail.com

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3409-4346> Doutora em Microbiologia Agrícola, Universidade Federal de Lavras (UFLA), Lavras, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: suzanaeda@estudante.ufla.br

6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0043-6125> Bacharelado em Biomedicina, Centro Universitário (CESMAC), Maceió, Alagoas, Brasil.
E-mail: joaolucomacario@gmail.com

7. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6918-8502> Especialista em Saúde Mental e Atenção Básica, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (BAHIANA), Salvador, Bahia, Brasil.
E-mail: edsonallanbarros@gmail.com

8. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8136-4337> Mestranda em Ciências, Universidade UNIVERITAS, Guarulhos, São Paulo, Brasil.
E-mail: cris.morais@hotmail.com

9. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7710-2254> Doutor em Microbiologia Agrícola, Professor Assistente I, Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas), Campus Poços de Caldas, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: jorgepampa@gmail.com

CONTATO: Autor correspondente: Iraneide Nascimento dos Santos | Endereço: Avenida Armindo Moura, 581, Recife-PE, Brasil, CEP: 51130-180 Telefone: (81) 99736-3682 E-mail: iraneidenascimento@ipojuca.ifpe.edu.br

RESUMO

O objetivo foi comparar o número de diagnóstico e óbito da hanseníase no Brasil no período de 2010 a 2020, considerando a pandemia de Covid-19, e assim analisar de que maneira este evento interferiu na sistemática de diagnóstico e óbito em pacientes com hanseníase. Estudo epidemiológico descritivo com abordagem quantitativa de dados secundários disponibilizados no DATASUS, que incluiu as informações de todas as notificações e óbitos entre indivíduos com hanseníase que tiveram no período citado, modo de entrada “caso novo”, nos estados do Brasil. Os resultados mostraram tendência de queda anual no número total de novos casos de hanseníase no país, com grande redução em 2020. Em relação ao número de óbitos, a região Nordeste foi a responsável pela maior parte dos óbitos em pacientes em acompanhamento na última década. A pandemia intensifica desafios e vulnerabilidades anteriores, sendo imperativo implementar políticas públicas de saúde voltadas à hanseníase.

DESCRITORES: Infecções por Coronavírus. Hanseníase. Doenças Negligenciadas.

ABSTRACT

Objective of comparing the number of leprosy diagnosis and death in Brazil from 2010 to 2020, considering the Covid-19 pandemic, and thus to analyze how this event interfered in the systematic diagnosis and death in leprosy patients. Descriptive epidemiological study with quantitative approach of secondary data available in DATASUS, which included information on all notifications and deaths among individuals with leprosy who had the mentioned period, mode of entry "new case", in the states of Brazil. The results showed an annual downward trend in the total number of new leprosy cases in the country, with a great reduction in the last evaluated year, 2020. In relation to the number of deaths, the Northeast region was responsible for most deaths in patients under follow-up in the last decade. The pandemic intensifies previous challenges and vulnerabilities, and it is imperative to implement public health policies focused on leprosy.

DESCRIPTORS: Coronavirus Infections. Leprosy. Neglected Diseases.

INTRODUÇÃO

O novo coronavírus, também denominado como Covid-19 (*Coronavirus Disease 2019*) teve seu primeiro caso reportado no ano de 2019 na cidade de Wuhan, capital da província da China Central^{1,2}. Causador da Covid-19, o SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) é um vírus altamente infeccioso e com disseminação em escopo planetário.

Em virtude do rápido crescimento da Covid-19 em escala global, a Organização Mundial da Saúde (OMS)³ definiu a situação como uma pandemia. Até maio de 2020 haviam sido confirmados 4.248.389 de casos e 292.046 óbitos acarretados pela doença. No mesmo período, o Brasil já havia confirmado 177.589 casos e 12.400 mortes, segundo o boletim diário da OMS⁴. A incidência de óbitos da Covid-19 tem sido maior em indivíduos do sexo masculino, idosos, com doenças não transmissíveis e não assistidos pelos sistemas de saúde^{1,2}.

Considerando o Brasil como um país em desenvolvimento, a pandemia do novo coronavírus agravou a situação de diversas doenças infecciosas e crônicas no espectro assistencial dos serviços de saúde pública e privado. Além disso, ainda são escassas as informações a respeito de como a Covid-19 pode acometer indivíduos com doenças infecciosas, como a hanseníase, a qual é considerada uma doença negligenciada e estigmatizante, apesar de existir tratamento específico e cura. A hanseníase destaca-se entre as doenças negligenciadas ao se analisar os óbitos por causas básicas e múltiplas⁵.

A hanseníase é uma patologia infectocontagiosa de característica crônica, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, que apresenta alta infectividade e baixa patogenicidade. A transmissão da doença ocorre através de gotículas ou aerossóis e o acometimento dos nervos periféricos estão entre as manifestações clínicas da doença⁶.

Clinicamente a hanseníase é classificada em dois grupos, os paucibacilares que abrigam um pequeno quantitativo de bacilos, chegando a menos de cinco por campo, sendo assim insuficientes para infectar uma pessoa e possuem baciloscopia negativa, apresentando as seguintes formas clínicas da doença, a hanseníase indeterminada, a qual é o estágio inicial da doença, evolui espontaneamente para a cura na maioria dos casos. Geralmente, encontra-se apenas uma lesão e com distúrbio de sensibilidade⁷. Também tem a hanseníase tuberculóide, a qual é a forma mais benigna

e localizada, ocorre em pessoas com alta resistência ao bacilo. As lesões são poucas, bem definidas e com ausência de dormência⁷.

Por outro lado, o grupo da hanseníase multibacilar possui baciloscopia positiva, é caracterizado por conter um elevado número de bacilos, mais de cinco lesões por campos, e classificado como hanseníase virchowiana⁷. Neste caso, a imunidade celular é nula, tem-se a forma disseminada da doença, levando a um quadro mais grave, com anestesia dos pés e mãos, atrofia muscular, inchaço das pernas e surgimento de lesões elevadas na pele⁷. E a hanseníase dimorfa, no qual o número de lesões é maior e apresenta-se como placas, nódulos eritematosos acastanhados, em grande número, com tendência à simetria e com comprometimento de dois ou mais nervos⁷. A forma multibacilar é a forma contagiosa da doença, se não tratada, será uma grande fonte de transmissão e infecção⁷.

A hanseníase é considerada um importante problema de saúde pública no Brasil e atinge pessoas de qualquer sexo ou faixa etária, podendo apresentar evolução lenta e progressiva e, quando não tratada, pode causar deformidades e incapacidades físicas, muitas vezes irreversíveis⁸⁻¹⁰. Dentre todos os países do mundo, somente o Brasil não conseguiu ainda atingir a meta proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de apresentar menos de um caso para cada 10.000 habitantes¹¹.

No Brasil, a hanseníase apresenta o maior registro de casos nas Américas e o segundo maior do mundo, depois da Índia¹², que tem uma população cinco vezes maior. Isso evidencia que as políticas de saúde pública adotadas para o controle hanseniano, as quais baseiam-se na descentralização da assistência, com a ampliação da rede de diagnóstico e atenção à pessoa atingida pela hanseníase, não foram satisfatórias.

Estatisticamente, cerca de 90% da população apresenta anticorpos contra a *Mycobacterium leprae* e é conhecido que a susceptibilidade tem influência genética. A bactéria, *M. leprae*, possui a capacidade de infectar grande quantidade de indivíduos, porém, poucos são os que adoecem, visto que o organismo da maioria dessas pessoas apresenta resistência a esse microrganismo¹³.

Face ao exposto, este estudo teve o objetivo de comparar o número de diagnóstico e óbito da hanseníase no Brasil no período de 2010 a 2020, considerando a pandemia de Covid-19, e assim analisar de que maneira este evento interferiu na sistemática de diagnóstico e óbito em pacientes com hanseníase.

MÉTODO

Trata-se um estudo epidemiológico ecológico, retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa de dados secundários disponibilizados de forma eletrônica pelo Ministério da Saúde por meio do site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no campo Informações de Saúde (TABNET). O estudo incluiu as informações de todas as notificações e óbitos entre indivíduos com hanseníase que tiveram modo de entrada “caso novo” no período de 2010 a 2020 dos estados do Brasil, organizados em suas regiões.

Para a análise dos dados foram escolhidas as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, grau de escolaridade, forma clínica e classe operacional.

Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil apresenta uma população estimada em 211.755.692 habitantes e renda per capita média de R\$ 1.380 em 2020.

Para analisar o comportamento do número de novos casos por regiões brasileiras, e como ocorreu a sua evolução, considerando a população de cada região brasileira, foi calculada a taxa de incidência para cada 100.000 habitantes, considerando as estimativas da população ao longo dos anos, apresentadas pelo IBGE.

A população do estudo foi composta de todos os casos de hanseníase nas regiões do Brasil nos anos 2010 a 2020, nos meses de março a dezembro de cada ano. Os dados foram coletados na seção de informações “Epidemiológicas e Morbidade” do TABNET no mês de março de 2021. As estimativas da população brasileira nos anos de 2010-2020 foram obtidas junto ao IBGE¹⁴.

Para a tabulação e análises de dados foram utilizados os softwares *R*, *Microsoft Office Excel* e o *IBM SPSS Statistics* versão 24. Foram elaboradas tabelas de frequência com número e percentual dos dados e realizada a estatística descritiva.

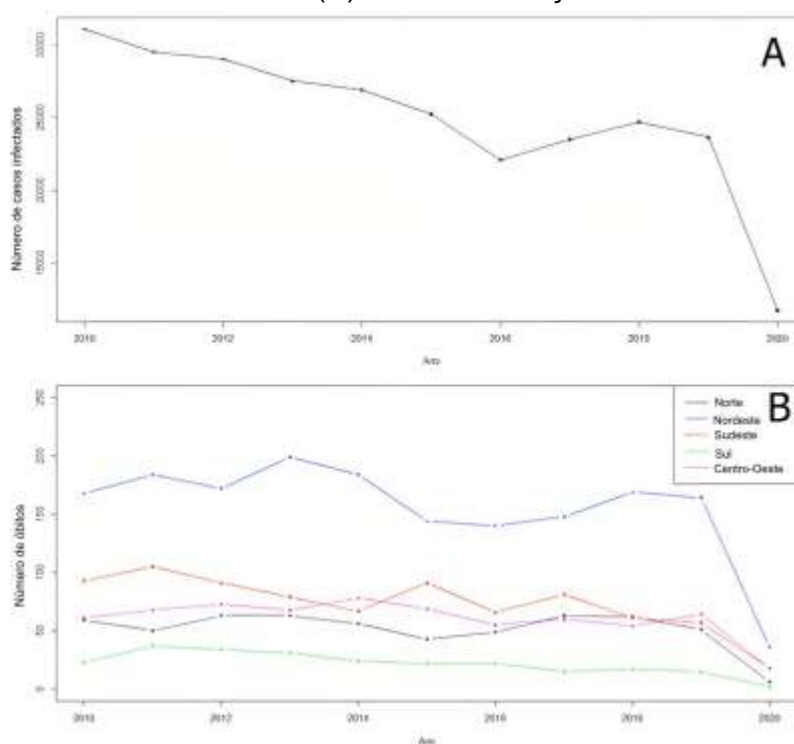
Este estudo utilizou os dados de domínio público de acesso irrestrito, com dispensa por parte do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

De acordo com o DATASUS, no período de 2010 a 2020, o Brasil registrou 274.966 casos novos de hanseníase na população geral. A Figura 1, que mostra a evolução do surgimento de novos casos (A) e do registro de óbitos por hanseníase (B) no Brasil, entre 2010 e 2020, mostra uma tendência de queda anual no número total de novos casos e de óbitos relacionados à essa doença no país, com uma grande redução no último ano avaliado, de 2020.

Ainda observando a oscilação no número de novos casos no período avaliado, apresentada na Figura 1(A), observa-se uma redução de casos no período entre os anos de 2010 e 2016, no qual foram notificados 22.090 casos, seguida por um pequeno aumento nos dois anos seguintes, em que foram contabilizados respectivamente, 23.502 e 24.700 casos, e novamente por um período de queda no número de diagnósticos, com 11.730 casos novos no ano de 2020. No entanto, é necessário avaliar dois pontos: o DATASUS informa que os dados de 2018 a 2020 ainda podem receber atualizações, ou seja, esse número pode não representar o total real de novos casos de hanseníase nesses anos.

Figura 1. Casos novos de hanseníase diagnosticados no período de 2010-2020 no Brasil em (A) números absolutos e (B) taxa de variação anual.



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Analisando a evolução no número de óbitos notificados em pacientes em acompanhamento para o tratamento da hanseníase, na última década, também apresentada na Figura 1 (B), observa-se que a região Nordeste foi a responsável pela maior parte dos óbitos em pacientes em acompanhamento na última década. Para todas as regiões, houve um decréscimo no número de registro de óbitos no ano de 2020.

Com relação à forma clínica da doença no diagnóstico, a Tabela 1 mostra que a maioria dos casos se apresentava na forma clínica dimorfa, no período de tempo avaliado. É possível observar também que a predominância dessa forma clínica vem crescendo ao longo dos anos, indo dos 35,48% no ano de 2010 para aproximadamente 50% dos casos em 2020. Enquanto isso, a forma tuberculóide, que era a mais comum em 2010, com cerca de 20% dos casos, representava 10,90% dos casos em 2020, sendo ultrapassada pela forma virchowiana. Com relação à classe operacional, os dados do DATASUS também mostraram que, considerando a média de novos casos no período de 2010-2020, a classe multibacilar foi a que apresentou maior frequência (68,61%) dos casos, enquanto a paucibacilar foi responsável por 31,38% do total de novos casos.

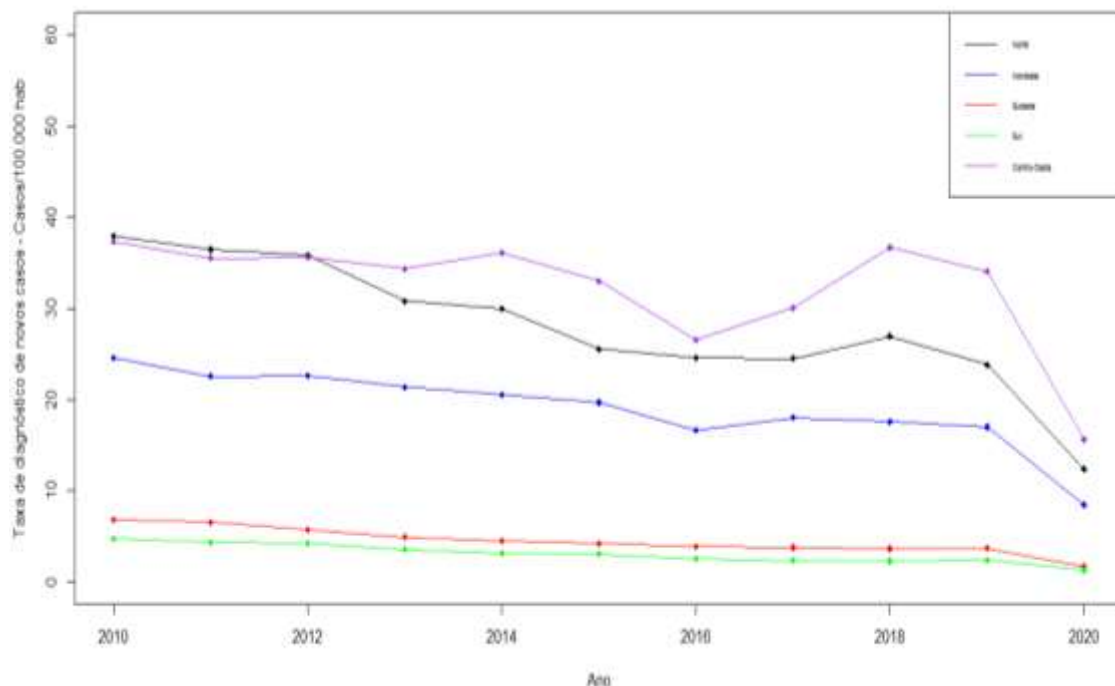
Tabela 1. Classificação dos casos de hanseníase diagnosticados no Brasil (2010-2020) por forma clínica.

Ano	Forma Clínica												Total
	Ign/Branco		Indeterminada		Tuberculóide		Dimorfa		Virchowiana		Não Classificada		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2010	973	3,13	6000	19,29	6362	20,46	11033	35,48	5248	16,88	1483	4,77	31099
2011	853	2,89	5391	18,26	5891	19,96	10756	36,44	5065	17,16	1564	5,30	29520
2012	808	2,78	4958	17,09	5638	19,43	11001	37,91	5184	17,86	1430	4,93	29019
2013	812	2,95	4554	16,55	5039	18,31	11101	40,34	4637	16,85	1374	4,99	27517
2014	805	2,99	4235	15,74	4744	17,63	11364	42,24	4339	16,13	1418	5,27	26905
2015	777	3,08	3629	14,38	4164	16,50	11117	44,05	4231	16,76	1322	5,24	25240
2016	676	3,06	2941	13,31	3202	14,50	10546	47,74	3557	16,10	1168	5,29	22090
2017	748	3,18	3067	13,05	3161	13,45	11461	48,77	3650	15,53	1415	6,02	23502
2018	816	3,30	2839	11,49	2965	12,00	12997	52,62	3785	15,32	1298	5,26	24700
2019	810	3,43	2707	11,45	2678	11,33	12583	53,22	3526	14,91	1340	5,67	23644
2020	551	4,70	1258	10,72	1278	10,90	5927	50,53	1960	16,71	756	6,45	11730
Total	8629	3,14	41579	15,12	45122	16,41	119886	43,60	45182	16,43	14568	5,30	274966

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Os dados apresentados pelo IBGE (Figura 2), mostram que, considerando a população residente em cada região, o Centro-Oeste, apesar de não apresentar o maior número de novos casos, possui a mais elevada taxa de incidência de hanseníase no país desde 2013, acompanhado por perto pela região Norte, que embora apresentasse a taxa mais elevada do país no início da década, parece estar conseguindo reduzir o número de casos proporcional ao número de habitantes. Por outro lado, as regiões Sul e Sudeste parecem estar conseguindo manter sob controle o número de novas infecções causadas pela *Mycobacterium leprae*.

Figura 2. Taxa de incidência de hanseníase no Brasil por regiões (2010-2020).



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Essa desigualdade regional sugere que o número de casos de hanseníase parece estar diretamente relacionado a questões socioeconômicas da população. Dessa forma, é interessante avaliar como ocorre a distribuição de casos considerando variáveis como sexo, raça e índice de escolaridade dos pacientes acompanhados.

A Tabela 2 mostra a caracterização dos novos casos de acordo o sexo. Com relação à distribuição etária, os homens entre 30 e 39 anos e 50 a 59 anos foram os que apresentaram as maiores frequências de casos. Contudo, entre as mulheres, a faixa etária de 40 a 49 anos foram as que apresentaram as maiores frequências. Observando as proporções entre homens e mulheres, verifica-se que para todas as faixas etárias superiores há 1 ano de idade, a porcentagem de novos casos entre

homens é sempre superior à de mulheres diagnosticadas, sendo que essa diferença é maior para as idades entre 60 e 79 anos.

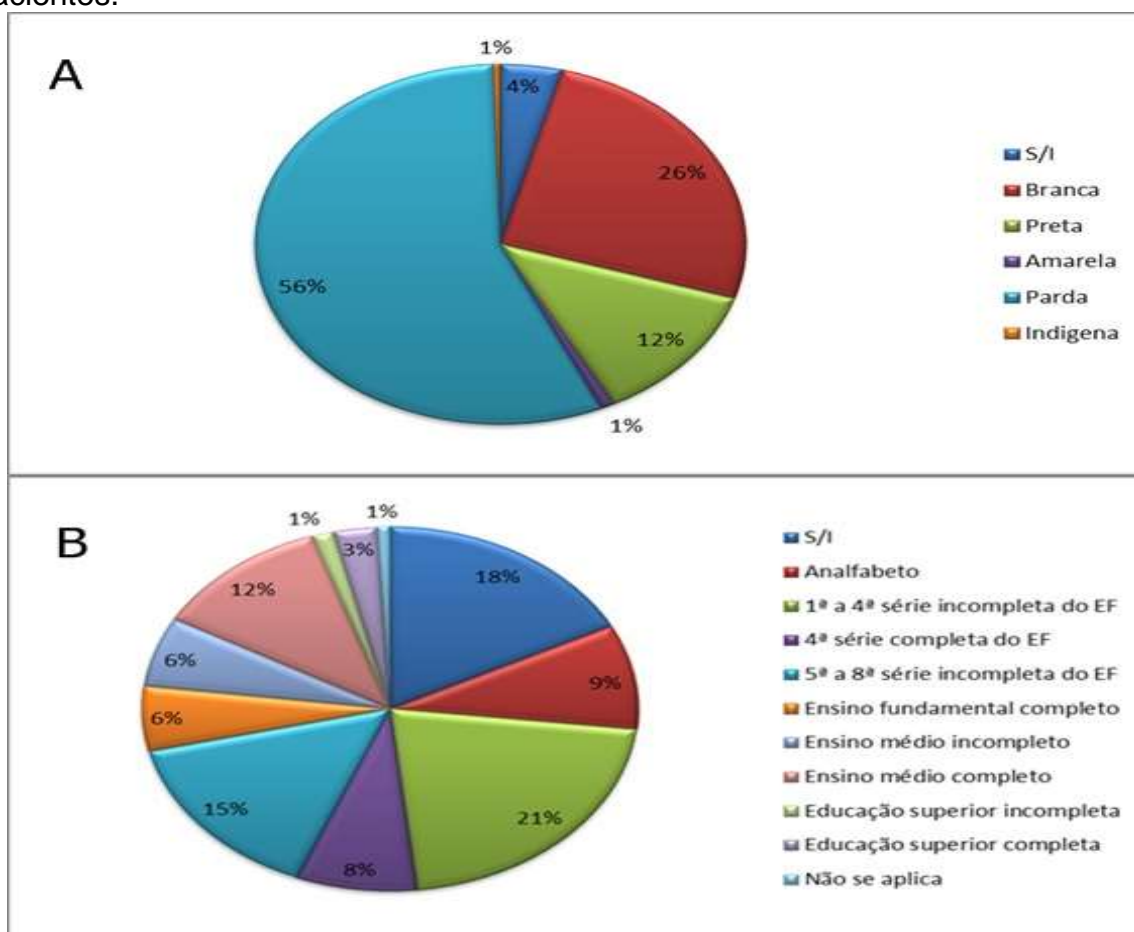
Tabela 2. Casos novos de hanseníase no Brasil segundo a faixa etária e o sexo (2010-2020).

Faixa Etária	Ignorado	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Menor 1 ano	-	1	33,33	2	66,67	3	0,00
1 a 4 anos	-	493	50,77	478	49,23	971	0,24
5 a 9 anos	1	3991	52,83	3563	47,16	7555	1,89
10 a 14 anos	-	8379	51,52	7885	48,48	16264	4,06
15 a 19 anos	-	9431	51,57	8855	48,43	18286	4,57
20 a 29 anos	4	28738	58,10	20725	41,90	49467	12,36
30 a 39 anos	5	41325	58,05	29862	41,95	71192	17,79
40 a 49 anos	5	39947	54,13	33841	45,86	73793	18,44
50 a 59 anos	3	41282	55,58	32990	44,42	74275	18,56
60 a 69 anos	4	32307	60,84	20789	39,15	53100	13,27
70 a 79 anos	2	16264	61,44	10206	38,55	26472	6,61
80 anos e mais	1	5097	57,76	3726	42,23	8824	2,20
TOTAL	25	227255	56,79	172922	43,21	400202	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Analisando a variável raça, observa-se também que há uma diferença entre a proporção de novos casos conforme a raça declarada pelos pacientes. Ao longo dos anos avaliados, verifica-se na Figura 3, que apresenta a média dos novos casos de hanseníase no período de 2010-2020, de acordo com a raça (A) e grau de escolaridade dos pacientes (B), que há uma predominância da população parda entre os doentes, seguidos por brancos e pretos. É interessante notar que os pardos e pretos representam 68% dos casos de hanseníase, enquanto a sua distribuição na população brasileira, conforme o IBGE¹⁴, é de 56,2%, o que mostra que esses grupos étnicos são particularmente mais afetados pela doença. Por sua vez, a população branca, que representa 42,7% do total de brasileiros, é responsável apenas por 26% do total de casos de hanseníase, ressaltando a desigualdade existente na distribuição de novos casos entre os grupos étnicos no país.

Figura 3. Distribuição de novos casos de hanseníase no Brasil (Média dos anos 2010-2020) de acordo com (A) raça dos pacientes e (B) grau de escolaridade dos pacientes.



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Analisando o grau de instrução dos pacientes diagnosticados com hanseníase, também apresentado na Figura 3, é possível observar que na média do número de casos nos anos de 2010-2020, há uma predominância de casos entre as pessoas com menor grau de escolaridade. Brasileiros que estudaram até o ensino fundamental representam 59% dos casos da doença nos últimos anos, enquanto aqueles com ensino superior completo representam apenas 3% do total. Os resultados mostram como a distribuição dos casos parece ter relação com questão racial e a escolaridade no Brasil.

DISCUSSÃO

As dificuldades impostas pela pandemia da COVID-19 parecem ter agravado ainda mais a invisibilidade de pessoas com doenças negligenciadas, tais como a

hanseníase. O ano de 2020 pode ter acarretado atrasos no diagnóstico da doença, visto que muitas pessoas podem ter evitado procurar postos de saúde para evitar contaminações pelo novo coronavírus seguindo as medidas de isolamento e distanciamento social. Além disso, o grande impacto da COVID-19 em países com sistemas de saúde vulneráveis, onde consultas e internações não urgentes também foram desencorajadas, dificultou ainda mais o acesso para pacientes com hanseníase¹⁵.

Além do Brasil, Barros e colaboradores¹⁶, em um *survey* com membros da Grupo Internacional de estudos sobre Eritema Nodoso Hansênico em grupo de residentes em Bangladesh, Etiópia, Índia, Indonésia, Nigéria, Sri Lanka e no próprio Brasil, também destacou o impacto da pandemia no atendimento aos pacientes em razão do fechamento ou redução do atendimento nos centros de tratamento. Além disso, embora diversos serviços tenham permanecido em funcionamento, muitas pessoas não puderam se deslocar para esses centros devido às restrições de viagens.

Segundo a literatura a hanseníase está associada à carência socioeconômica, o qual durante a pandemia foi destacado que indivíduos carentes fazem parte dos grupos vulneráveis e, assim representa um dos fatores de risco à infecção da Covid-19¹⁷.

No tocante aos critérios raciais, percebe-se claramente que a população negra é mais afetada, representando um quantitativo de 68% dos casos de hanseníase e que há uma predominância de casos entre as pessoas com menor grau de escolaridade. Outro atenuante é que os negros e negras representam a maioria dos trabalhadores informais, que atuam em serviços domésticos, comercial, alimentação, transporte, armazenamento e correios, estes se mantiveram ativos mesmo durante a pandemia, o que demonstra a dificuldade desses grupos de adotarem medidas preventivas contra o Covid-19¹⁸, e é possível que estes grupos estejam priorizando o trabalho em detrimento aos cuidados preventivos com saúde¹⁹.

Tais questões socioeconômicas populacionais são possivelmente a causa da heterogeneidade na distribuição de casos, destacando-se a desigualdade regional, na qual a região Sul é a que apresenta os menores valores e as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, aquelas com maiores destaques no número de notificações.

Como foi evidenciado, a região Nordeste é a que apresenta o maior número de casos novos entre os anos observados e a região Sul apresentou os menores, o que

demonstra a semelhança ao encontrado na literatura¹⁹, que apontou um aumento nos números de casos novos nas regiões Nordeste, Norte e Centro – Oeste no período entre 2010 e 2017 e que as populações mais vulneráveis eram mais afetadas em números de novos casos.

A distribuição heterogênea e o entendimento de que as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, sejam destaque no número de notificações desse agravo é algo retratado na literatura ao se tratar da distribuição espacial da hanseníase²¹.

No tocante a faixa etária, a hanseníase pode acometer qualquer idade desde a criança até a pessoa idosa e a sua prevalência depende prioritariamente da exposição ao doente multibacilar não tratado²². Mas a análise da idade demonstra alguns pontos importantes como o fato de que a ocorrência em crianças e adolescentes constitui um indicador sensível da magnitude do agravo na comunidade, demonstra eficácia limitada dos programas de saúde, com um ciclo de transmissão ativo²¹.

Por outro lado, há presença na população de adultos, assim como a questão da predominância masculina, possivelmente reflete a maior exposição aos locais de risco e à vida laboral. A predominância do gênero masculino pode estar associada aos padrões de autocuidado, uma vez que os homens tendem a negligenciar e não priorizar o cuidado com a saúde, bem como podem estar contribuindo para a ascendência no surgimento de casos entre esse grupo^{23,24}.

No aspecto clínico observou-se uma mudança do perfil da doença na qual, em 2010, a forma tuberculóide representava 20%, e em 2020 caiu para 10,9%. Já a forma dimórfica representava em 2010 cerca de 35,48% e em 2020 aproximou-se notadamente dos 50% de prevalência. Desta forma, percebe-se a mudança clínica da doença. Como também, é possível notar que o aumento dos casos tem ligação com o perfil da forma clínica e a carência de medidas que minimizem esse crescimento exponencial.

Ao longo das últimas décadas, a carga bacilar da hanseníase vem diminuindo significativamente, resultado da implantação do plano de estratégia global que busca o diagnóstico precoce e garantia de acesso aos serviços, somado ao uso da polioquimioterapia²⁵.

No Brasil, têm se destacado que entre os anos de 2010 e 2016 houve tendência de redução temporal de diferentes indicadores da hanseníase. Entretanto, observa-se que, nos anos seguintes de 2017 e 2018, atingiu-se um pequeno aumento nos casos e nos anos 2019 e 2020 novamente quedas no número total. Em 2020, observa-se

um quantitativo de casos novos bem menor que nos anos anteriores, isto é, mais de 50% de diferença em todos os anos, com exceção de 2016. Essa diminuição pode ser devido a pandemia de Covid-19, que pode ter impactado o número de subnotificações da hanseníase, concomitantemente indivíduos podem ter conjurado a procura do serviço de saúde, a fim de evitar contaminações.

Em relação ao número de óbitos relatado no período nota-se que havia um padrão de linearidade nos registros de óbitos nos últimos anos, entretanto, no último ano houve uma queda abrupta no número destas notificações. Contudo, em um estudo realizado pela Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais (Arpen-Brasil)²⁶, no qual foi analisada a série histórica dos números de óbitos registrados nos cartórios no Brasil, foi percebido que houve um aumento no quantitativo dos números registrados em 2020, perfazendo um total de 1.443.405 milhão, uma variação 8,3% a mais do que o ano anterior, sendo que a média da variação histórica em 2019 foi de 1,9%.

A pesquisa supracitada também demonstrou que houve um crescimento do número de óbitos domiciliares de 22,2%, provavelmente ocasionado pela falta de busca por atendimentos hospitalares ou mesmo tratamento por parte dos pacientes durante a pandemia e ocorreu uma demora no lançamento dos óbitos no sistema, deste modo, ao se analisar a queda do número de óbitos por hanseníase no último ano é possível propor que estes dados não reflitam a realidade, e que estejam enviesados devido à pandemia, já que o Brasil em 2020 bateu o recorde no número de óbitos. Neste sentido, cabe ressaltar a necessidade de um estudo mais aprofundado sobre essa temática²⁶.

CONCLUSÃO

Este estudo teve algumas limitações com relação aos resultados da pesquisa, já que os dados de 2018 a 2020 ainda podem receber atualizações, por isso, não é possível afirmar categoricamente que as avaliações baseadas nos números encontrados representam de forma definitiva o total real de novos casos de hanseníase nesses anos. Somado a isso, no que compete às características de 2020 há uma dificuldade em se balancear se as mudanças se devem efetivamente ao

enfrentamento da hanseníase ou à situação epidemiológica atual. Outra limitação refere-se à falácia ecológica.

Levantadas as considerações acerca do possível impacto da Covid-19 em pacientes com hanseníase, é possível observar que frente às incertezas da pandemia no ano de 2020 e tendo em vista as dimensões continentais do Brasil com a presença de fatores, tais como as dificuldades operacionais para realização de busca ativa, diagnóstico e acompanhamento de novos casos, além disso, a reluta dos pacientes em procurar atendimento por medo de serem expostos à Covid-19, acabaram por postergar os cuidados relacionados à hanseníase.

Diante desse contexto, é importante que o sistema de saúde esteja preparado para atender e enfrentar a coexistência das duas doenças, para evitar a disseminação ainda maior, tanto da Hanseníase quanto da Covid-19, sendo imperativo implementar políticas públicas de saúde voltadas à hanseníase, assim como às demais comorbidades, em conjunto com estratégias de resposta à epidemia, durante e após o evento pelo qual a população mundial está passando.

É preciso que se repense as abordagens tradicionais relacionadas à hanseníase, já que as metas estabelecidas até o momento não chegaram a ser atingidas para que seja possível progredir no sentido da sua erradicação. Especialmente em se tratando de vulnerabilidade e das demandas e experiências coletivas desses grupos diante da pandemia, contemplando tanto a saúde física como mental das pessoas, já que a obrigatoriedade de isolamento e medo da doença acaba impactando diretamente a saúde mental dos pacientes.

Por fim, observa-se que este artigo traz contribuições a uma perspectiva da hanseníase frente ao cenário da Covid-19, embora se reconheça que o estudo apresentado não esgota o assunto, sendo necessário constante reflexão e debate sobre a temática exposta.

REFERÊNCIAS

1. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. *Int. J. Environ. Res. Public. Health.* 2020 [acesso em 2021 abr 02];7(5),1729. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
2. Xiao C. A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: Structured letter therapy. *Psychiatry Investig.* 2020 [acesso em 2021 abr 01];17(2),175-176. doi: <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047>
3. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, Neiva-Silva L, Demenech LM. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2020 [acesso em 2021 abr 04], 37, e200063. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
4. World Health Organization. (COVID-19) situation reports - 115. 2020a. [acesso em 2021 abr 04], Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200514-covid19-sitrep-115.pdf?sfvrsn=3fce8d3c_6
5. Martins-Melo FR, Ramos Jr. AN, Alencar CH, Heukelbach J. Mortality from neglected tropical diseases in Brazil, 2000-2011. *Bull. World Health Organ.* 2016 [acesso em 2021 abr 01];94:103-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4750431/>
6. Costa AKAN, Pfrimer IAH, Menezes AMF, Nascimento LB, Carmo Filho JR. Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase. *Rev. Enferm. UFPE on line.* 2019 [acesso em 2021 abr 01];13 (1), 353-62. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i2a236224p353-362-2019>
7. Simpson CA, Fonseca LCT, Santos VRC. Perfil do doente de hanseníase no estado da Paraíba. *Hansenol. Int.* [online]. 2010 [acesso em 2021 abr 01];35(2):33-40. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/hi/v35n2/v35n2a05.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. [acesso em 2021 abr 14]. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseníase-4fev16-web.pdf>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância e Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

[acesso em 2021 abr 14]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseníase-WEB.pdf>

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. 3ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. [acesso em 2021 abr 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf
11. Mello RS, Popoaski MCP, Nunes DH. Perfil dos pacientes portadores de Hanseníase na Região Sul do Estado de Santa Catarina no período de 01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003. Arq. Catarin. Med. 2006 [acesso em 2021 abr 01]; 35(1):29-36. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/29/25>
12. World Health Organization. Global leprosy update, 2018: moving towards a leprosy-free world. Weekly epidemiological record. 2019 [acesso em 2021 abr 05]; 94:389-412. Disponível em: <http://www.who.int/wer>
13. Velôso DS, Melo CB, Sá TLB, Santos JP, Nascimento EF, Costa FAC, et al. Perfil clínico epidemiológico da hanseníase: uma revisão integrativa. REAS. 2018 [acesso em 2021 abr 05];10(1):1429-1437. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e3902.2020>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas populacionais [Internet]. 2020 [acesso em 2021 mar 13]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>
15. Mahato S, Bhattarai S, Singh R. Inequities towards leprosy-affected people: A challenge during COVID-19 pandemic. PLoS Negl. Trop. Dis. 2020 [acesso em 2021 abr 05]; 14(7): e0008537. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008537>
16. Barros B, Lambert SM, Neger E, Arquer GR, Sales AM, Darlong J. et al. An assessment of the reported impact of the COVID-19 pandemic on leprosy services using an online survey of practitioners in leprosy referral centres. Trans R Soc Trop Med Hyg., 2021 [acesso em 2021 nov 12]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8195135/>
17. Maricato G. Entre uma nova epidemia e uma velha endemia: notas sobre as ações dos movimentos de pessoas atingidas pela hanseníase ao longo da pandemia da COVID-19. Cad. Campo (São Paulo 1991) [Internet]. 2020 [acesso em 2021 abr 04];29(supl):163-72. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v29isuplp163-172>
18. Goes EF, Ramos DO, Ferreira AJF. Racial health inequalities and the COVID-19 pandemic. Trab. Educ. Saúde. 2020 [acesso em 2021 abr 04];18(3). doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00278>

19. Morosini L. Fora da prioridade: pandemia de COVID-19 agrava desassistência de doenças já consideradas invisibilizadas. RADIS: Comunicação e Saúde [Internet]. 2020 [acesso em 2021 mar 04];218:20-24. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/45016>
20. Júnior LCG, Zanelli TLP, Faria ETSS, Milagres CS. A evolução da hanseníase no Brasil e suas implicações como problema de saúde pública. Braz. J. of Dev., 2021 [acesso em 2021 Mar 28] 7(1):1951-1960. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/22758/18247>
21. Rodrigues RN, Heloisy AM, Bueno IC, Araújo KMFA, Lana FCF. Áreas de alto risco de hanseníase no Brasil, período 2001-2015. Rev. Bras. Enferm. 2020 [acesso em 2021 Mar 28] 73(3):e20180583. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0583>
22. Mendonça MA, Andrade YNL, Rolim ILTP, Aquino DMC, Soeiro VMS, Santos LH. Perfil epidemiológico dos contatos intradomiciliares de casos de hanseníase em capital hiperendêmica no Brasil. Rev. Fun. Care. Online. 2019 jul/set [acesso em 2021 Mar 27];11(4):873-879. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.873-879>
23. Souza EA, Boigny RN, Oliveira HX, Oliveira MLW, Heukelbach J, Alencar CH. Tendências e padrões espaço-temporais da mortalidade relacionada à hanseníase no Estado da Bahia, Nordeste do Brasil, 1999-2014. Cad. Saúde Colet. 2018 [acesso em 2021 Mar 27] 26(2), 191-202. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800020255>
24. Silva WC, Melo KC, Soares NA, Silva CO, Silva RA, Chaves JO. Aspectos epidemiológicos da Hanseníase no Município de Caxias, do Estado do Maranhão. Res., Soc. Dev. 2021 [acesso em 2021 Mar 20] 10(2):e2210212022. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10250>
25. Organização Mundial de Saúde. Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: aceleração rumo ao mundo sem Hanseníase.2017[acesso em 2021 abr 04]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254907/9789290225881-por.pdf?sequence=8>
26. Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais (Arpen-Brasil). Óbitos em Cartórios apontam 2020 como o ano mais mortal da história do Brasil [Internet]. [acesso em 2021 mar 28]. Disponível em: http://www.arpenbrasil.org.br/sala_imprensa_materia.php?id=9

RECEBIDO: 06/04/2021
ACEITO: 26/01/2022

Identificação dos potenciais doadores de órgãos no Paraná (2011-2019) em razão dos óbitos hospitalares

Identification of potential organ donors in Paraná (2011-2019) per hospital deaths

Arlene Terezinha Cagol Badoch¹, Fábio Silveira², Altair Von Stein³,
Juliana Ribeiro Giugni⁴

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4258-9055>. Médica. Diretora da Central Estadual de Transplantes do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0080-3861>. Médico. Centro Digestivo e Transplante de Órgãos / Hospital do Rocio, Campo Largo, Paraná, Brasil.
E-mail: fabiosilveira@cdto.med.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8345-7051>. Enfermeiro. Central Estadual de Transplantes do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1714-1075>. Enfermeira. Central Estadual de Transplantes do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil
E-mail: juliana.giugni@sesa.pr.gov.br

CONTATO: Autor correspondente: Fábio Silveira | Endereço: Estrada da Cachoeira, 1000 casa 9, Campo Largo, Paraná. E-mail: fabiosilveira@cdto.med.br

RESUMO

Milhares de pessoas aguardam a disponibilização de órgãos para transplante. Estima-se que 2,2% dos óbitos hospitalares são potenciais doadores de órgãos, razão adotada como padrão ouro pelo modelo espanhol, *benchmark* mundial dos sistemas de busca de órgãos para transplante. Estudo

transversal da razão entre os óbitos hospitalares e potenciais doadores identificados no Paraná de 2011 a 2019, assim denominada Índice Paraná. A média do índice em 2019 foi de $1,34\pm 0,98$. Inicialmente 13,63% e ao fim do período 59,09% das Regionais de saúde superavam o padrão-ouro, não havendo diferença no número de leitos hospitalares disponíveis entre as regionais. Todas as Organizações de Procura de Órgãos do Paraná apresentaram Índices Paraná semelhantes, sendo o maior ($1,78\pm 0,57$) atingido pela OPO Cascavel. Concluimos que sob a métrica do Índice Paraná, o estado suplanta o padrão ouro preconizado pelo modelo espanhol.

DESCRITORES: Obtenção de Tecidos e Órgãos. Transplante. Epidemiologia. Saúde Pública. Estatísticas de Saúde

ABSTRACT

Thousands of people await the availability of organs for transplantation. It is estimated that 2.2% of hospital deaths are potential organ donors, reason adopted as the gold standard by the Spanish model, a world benchmark in systems for searching organs for transplantation. Cross-sectional study of the ratio between hospital deaths and potential donors identified in Paraná from 2011 to 2019, thus called Paraná Index. The index average in 2019 was 1.34 ± 0.98 . Initially 13.63% and at the end of the period 59.09% of the Health Regionals exceeded the gold standard, with no difference in the number of hospital beds available between the Regionals. All Paraná Organ Procurement Organizations presented similar Paraná Indexes, the highest (1.78 ± 0.57) being reached by OPO Cascavel. We conclude that under the Paraná Index metric, the state surpasses the gold standard recommended by the Spanish model.

DESCRIPTORS: Tissue and Organ Procurement. Transplantation. Epidemiology. Public Health. Health Statistics.

INTRODUÇÃO

O Brasil operacionaliza o maior programa de transplantes público do mundo, inserido no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema é baseado na doação voluntária dos pacientes em morte encefálica. Antes de uma doação se tornar efetiva esses pacientes são considerados potenciais doadores; localizados e identificados através da atuação de profissionais das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) e das Organizações de Procura de Órgãos (OPO), em estruturas sob responsabilidade dos Estados. Após a confirmação diagnóstica e autorização familiar, tornam-se doadores efetivos¹.

Considerando a população adulta e pediátrica, 44544 brasileiros integravam a lista de espera para transplante de órgãos ao fim do ano de 2020², doravante necessitando que o sistema de busca ativa de potenciais doadores seja eficaz.

O Brasil possui uma taxa de 18,1 doadores efetivos por milhão de população (pmp), ocupando a 26^a. posição no ranking mundial nesse quesito. Os resultados em nosso país são bastante heterogêneos, sendo que o estado do Paraná é um dos líderes em doação, tendo atingido a marca de 41,5 doadores efetivos/pmp em 2020².

Conhecer o potencial número de doadores em nossa realidade social e demográfica pode auxiliar no planejamento das políticas públicas para mitigar a demanda por órgãos. A Organização Nacional de Transplantes (ONT) da Espanha é considerada referência mundial na organização do sistema de busca de órgãos para transplante. Seu modelo é utilizado como *benchmark* em várias partes do mundo, muitas vezes referido como o “milagre espanhol”. Suas métricas para auditoria de qualidade e metas de produtividade apontam que 2,2% das pessoas que morrem em hospitais são potenciais doadores³, número que inicialmente estimava-se em torno de 3%⁴.

O objetivo do presente ensaio é analisar a mortalidade hospitalar, projetar o número de potenciais doadores conforme o padrão espanhol e comparar com os potenciais doadores identificados no estado do Paraná.

MÉTODO

Análise de delineamento transversal do banco de dados da Central Estadual de Transplantes do Paraná⁵, compreendendo o número de potenciais doadores de órgãos identificados no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2019.

A base populacional foi obtida do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, que também proveu o número de óbitos hospitalares através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do Ministério da Saúde⁶.

A análise foi estratificada conforme a divisão da Secretaria Estadual de Saúde por Regionais de Saúde e pela organização do Sistema Estadual de Transplantes (SET) em Organização de Procura de Órgãos (OPO's). Cada OPO é responsável pela organização da busca ativa de potenciais doadores nas Regionais de Saúde (RS) sob sua responsabilidade (OPO Curitiba, Londrina, Maringá e Cascavel)⁷.

Razão de Matesanz (RM) foi denominada a taxa de 2,2% dos óbitos hospitalares em cada ano de estudo. A divisão do número de potenciais doadores identificados no Estado do Paraná pela razão de Matesanz foi utilizada para fins de análise estatística, recebendo a alcunha de Índice Paraná (IP). Por análise, sendo o Índice Paraná menor que 1, a meta preconizada por Matesanz não foi atingida, se acima de 1 suplantou a meta espanhola.

Os leitos hospitalares disponíveis, os óbitos hospitalares e os potenciais doadores proporcionais à população de cada RS/OPO foram analisados. Variáveis quantitativas foram avaliadas pela análise de variância (ANOVA) para dados paramétricos e teste de Kruskal-wallis para não paramétricos. A relação entre uma variável contínua e uma ou mais variáveis independentes foi realizada por regressão linear. A coleta e análises de dados foram realizadas pelo software Epidemiológico EpiInfo™ (versão 7.2.2.16, Center for Disease Control and Prevention). Teste estatísticos com significância quando $p < 0,05$.

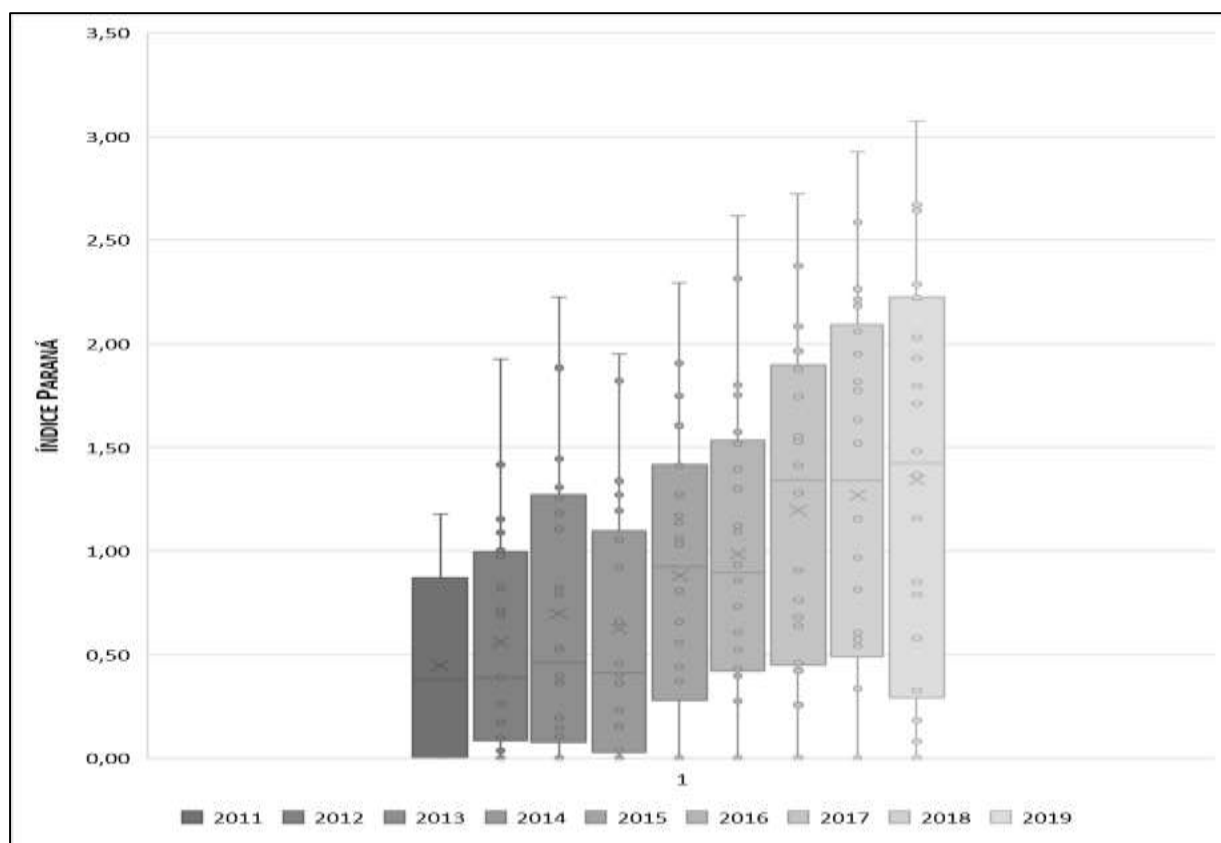
Por utilizar somente dados agregados totalmente anônimos o presente dispensa necessidade de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

No período do estudo (2011-2019), ocorreram um total de 350943 óbitos hospitalares no estado, sendo 42522 (12,2%) por acidentes vasculares encefálicos (AVE's) e 118264 (33,70%) por causas externas (trauma, violência). As Regionais de Saúde identificaram 7385 potenciais doadores, com exceção da 4ª.RS Irati e 21ª.RS Telêmaco Borba, que não identificaram potenciais doadores.

Em 2011 a média do IP foi de $0,45 \pm 0,42$, vindo aproximar-se da meta em 2016, quando média do IP de todas as Regionais de Saúde atingiu $0,99 \pm 0,73$. Em 2019 a média do IP para o estado foi de $1,34 \pm 0,98$. A evolução da média do Índice Paraná durante os anos de estudo está demonstrada na Figura 1. No início do período do estudo três Regionais de Saúde (13,63%) atingiam a meta, passando a dez Regionais (45,45%) em 2016 e por fim treze Regionais (59,09%) em 2019.

Figura 1. Evolução do Índice Paraná.



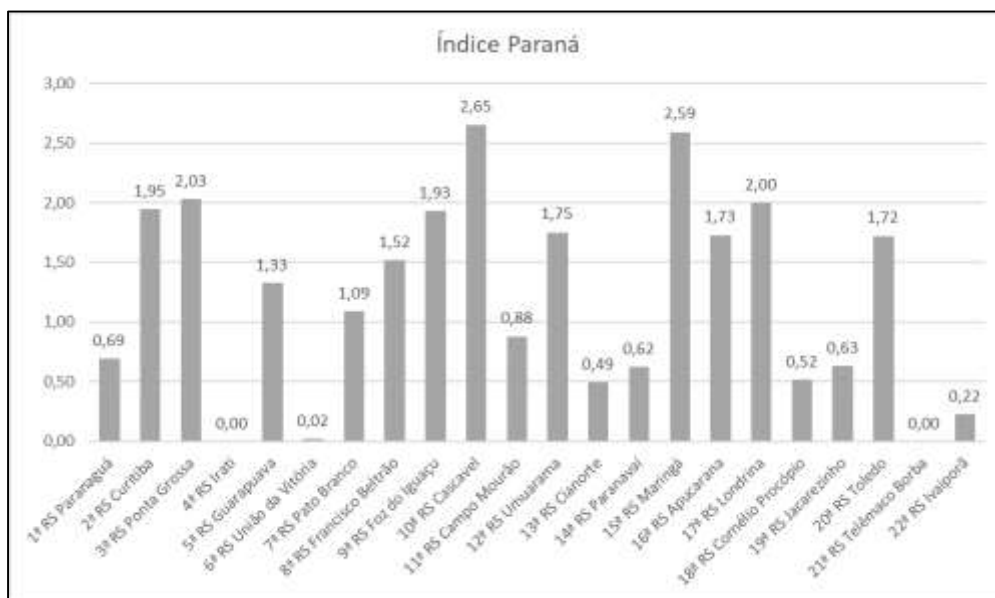
A média do IP é demonstrada pelo X, caixas o desvio padrão e os círculos as posições das Regionais de Saúde.

Fonte: Elaborada pelos autores (2021).

O maior IP de toda a série histórica (3,08) foi atingido pela 15RS-Maringá em 2019.

Para fins de análise estatística o período do estudo foi reduzido ao intervalo de 2016 a 2019, intervalo que a média do IP das Regionais de Saúde se aproximou da meta. Durante esse intervalo a média do IP de cada RS está demonstrada na figura 2.

Figura 2. Média do Índice Paraná por Regional de Saúde (2016-19)



Fonte: Elaborada pelos autores (2021).

As regionais de Saúde foram divididas em dois grupos, as que atingiram ou não atingiram a meta de IP médio ≥ 1 (tabela 1).

Tabela 1. Características das Regionais de Saúde segundo o IP.

	IP \geq 1	IP<1	p
Regionais de Saúde	54,55% (n=12)	45,45% (n=10)	
Índice Paraná	1,85 \pm 0,45	0,40 \pm 0,32	0,000*
Leitos disponíveis / população [#]	29,24 \pm 0,38	23,02 \pm 0,76	0,59
Óbitos hospitalares / população [#]	2,85 \pm 0,49	3,31 \pm 0,48	0,03*

[#] Média no período (2016-2019) x 1000

Fonte: Elaborada pelos autores (2021).

A análise do mesmo período foi estratificada pelas OPOs, ou seja, agrupando as Regionais de Saúde sob sua responsabilidade operacional (tabela 2).

Tabela 2. Performance por Organização de Procura de Órgãos.

	OPO Curitiba n=7	OPO Londrina n=5	OPO Maringá n=5	OPO Cascavel n=5	<i>p</i>
Regionais de Saúde					-
% RS IP \geq 1	50%	40%	40%	100%	-
Índice Paraná	0,86 \pm 0,91	1,02 \pm 0,78	1,27 \pm 0,88	1,78 \pm 0,57	0,28
Razão Matesanz	43,70 \pm 63,09	30,55 \pm 22,47	25,98 \pm 13,73	21,98 \pm 4,51	0,77
Leitos/pop [#]	1,85 \pm 0,40	3,10 \pm 0,25	2,45 \pm 0,46	2,29 \pm 0,23	0,0002
OH/pop [#]	2,82 \pm 0,24	3,65 \pm 0,39	3,34 \pm 0,45	2,57 \pm 0,24	0,0002
PD/pop [#]	0,05 \pm 0,02	0,07 \pm 0,05	0,08 \pm 0,05	0,09 \pm 0,02	0,39

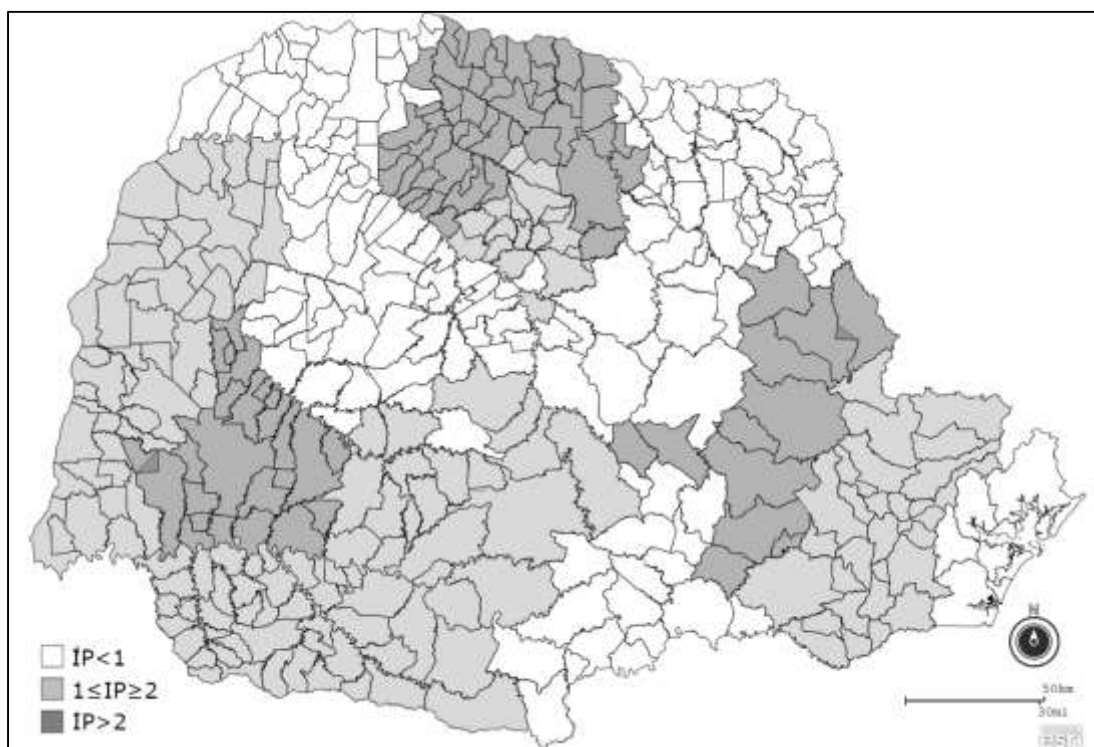
RS = Regional de Saúde; OH = óbitos hospitalares; PD = potenciais doadores
OPO Curitiba (1^a-6^a, 21^a RS); OPO Londrina (16^a-19^a, 22^a.RS); OPO Maringá (11^a-15^aRS);
OPO Cascavel (7^a-10^a,20^aRS)

[#] Média no período (2016-2019) x 1000

Fonte: Elaborada pelos autores (2021).

Buscando uma visualização espacial, o mapa coroplético demonstra os municípios que constituem as regionais de saúde conforme a média do Índice Paraná, em uma estratificação de seu desempenho (figura 3).

Figura 3. Mapa temático quantitativo do Índice Paraná.



Fonte: Elaborada pelos autores (2021).

DISCUSSÃO

O Sistema Nacional de Transplantes possui uma regulamentação nacional e que segue a lógica de descentralização do Sistema Único de Saúde – que apesar de apresentar diretrizes e regras - torna cada estado responsável pela organização e estruturação de seu sistema de doação de órgãos⁸. O Sistema Estadual de Transplantes do Paraná possui um modelo de atuação de busca ativa de órgãos para transplante baseado na atuação das OPO's em parceria com as CIHDOTTs. Nesse sistema, reestruturado a partir de 2011, as OPO's abrangem as Regionais de Saúde sob sua responsabilidade, atuando sob regime de metas da Coordenação da Central Estadual de Transplantes⁷.

A identificação dos pacientes em morte encefálica, os potenciais doadores de órgãos, é o objetivo dos sistemas de busca ativa. O busílis é a definição de qual é a expectativa de ocorrência de morte encefálica na população. Estimativas de incidência quantitativas por milhão de população, pelo número de óbitos hospitalares ou pela quantidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva disponíveis possuem limitações, em sua maioria relacionados aos diferentes perfis epidemiológico e sócio-econômicos das populações estudadas⁹⁻¹¹.

O sistema espanhol, reorganizado a partir do final da década de 1980, assumiu o “padrão-ouro” dos sistemas de busca ativa ao dar importância, dentre outros fatores, à atuação de um “coordenador de transplantes” dentro da instituição hospitalar, sendo responsável pela busca local³. Esse sistema preconiza uma expectativa de potenciais doadores de 2,2% dos óbitos hospitalares. Ao adotarmos a razão da estimativa de Matesanz pelo número de potenciais doadores identificados – sob a alcunha de índice Paraná – observamos em nosso estado um contínuo crescimento da média dessa métrica, sendo que 59% das Regionais de Saúde atingiram o $IP \geq 1$ em 2019.

Esse dado reflete o amadurecimento de um dos primeiros passos específicos de um sistema de busca ativa de órgãos para transplante, a identificação do potencial doador.

O IP de 3,08 atingido pela 15RS-Maringá, um índice alto, além dos méritos organizacionais, pode ser reflexo da hierarquização por regionais de saúde do sistema de saúde do estado. Essa organização permite em teoria a resolução dos problemas de média complexidade nas Regionais de Saúde, já o conjunto delas em macrorregiões, permitiria que a cidade-sede resolvesse a totalidade dos casos de alta

complexidade¹². Essa organização pode ser visualizada no mapa temático, onde áreas de “vazio” orbitam as regionais mais eficazes (figura 3).

Já que a métrica em estudo (IP) depende do número de óbitos no hospital, essa razão poderia ser influenciada pelo número de leitos disponíveis para atendimento. Não foi observada diferença no número de leitos entre as Regionais que apresentaram ou não o $IP \geq 1$ (tabela 1), inclusive as últimas com maior número de óbitos, o que sugere que questões organizacionais suplantam as estruturais na dinâmica da doação de órgãos, observação já relatada em outras estruturas de doação em vários países^{13,14}.

Ao analisarmos a atuação das OPOs observamos que há maior homogeneidade de atuação das regionais de saúde da OPO Cascavel (7^a, 8^a, 9^a, 10^a e 20^a RS), onde 100% delas atingiram o $IP \geq 1$. Apesar de numericamente diferentes, o maior IP de 1,78 da OPO Cascavel e o menor 0,86 da OPO Curitiba, não há diferença estatística entre as OPOs (tabela 1). Uma das explicações para isso é o maior desvio padrão da OPO Curitiba em relação à OPO Cascavel. A OPO Curitiba possui duas RS (4^a Irati e 6^a União da Vitória) com atividade de doação de órgãos virtualmente inexistente (figura 2), o que demonstra lacunas e oportunidades de otimização dos processos.

A identificação dos potenciais doadores é o primeiro passo da cadeia que leva à doação, após esse passo segue-se a manutenção do doador, abordagem e autorização familiar, organização logística de captação e distribuição de órgãos para transplante³. Cada uma dessas etapas tem seus desafios e não foram objetos de análise do presente estudo.

O modelo do SET suplanta a meta do modelo espanhol para a identificação de potenciais doadores de órgãos. Apesar de referência operacional, o modelo espanhol não é reproduzido de maneira idêntica no Estado⁴. A atuação intra-hospitalar, na figura das CIHDOTTS, trabalha em conjunto com a figura estatal, as OPOS, configurando uma hibridização do modelo espanhol¹⁵.

CONCLUSÃO

Sob a métrica de estimativa e busca de potenciais doadores em razão dos óbitos hospitalares, o estado do Paraná suplanta o padrão ouro da ONT espanhola.

REFERÊNCIAS

1. Garcia VD. Por uma política de transplantes no Brasil. São Paulo: Office Editora; 2000. 165 p.
2. RBT - Registro Brasileiro de Transplantes. ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2020. [citado em 2020 Mar 20]. Disponível em: <https://site.abto.org.br/publicacao/xxvi-no-4-anual/>
3. Matesanz R, Dominguez-Gil B, Coll E, Mahillo B, Marazuela R. How Spain Reached 40 Deceased Organ Donors per Million Population. *Am J Transplant*. 2017 Jun;17(6):1447-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/ajt.14104>
4. Matesanz R, Dominguez-Gil B. Strategies to optimize deceased organ donation. *Transplantation Reviews*. 2007 2007/10/01;21(4):177-88. doi: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.trre.2007.07.005>
5. SETPR SEdTdP. Dados do Sistema Estadual de Transplantes do Paraná. 2022 [citado em 2022 26/01/2022]; Disponível em: <http://www.paranatransplantes.pr.gov.br/Pagina/Nossos-Dados>
6. TABNET - Informações de Saúde [database on the Internet]. Ministério da Saúde. 2020 [acesso em 29/10/2020]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
7. Paraná Gd. Plano Estadual de Doação e Transplantes de Órgãos e Tecidos 2018-2022. In: *Transplantes SEd*, editor. 2018. [acesso em 29/10/2020]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/plano_estadual_de_doacao_e_transplante_parana_19_09_2018.pdf
8. Portaria de Consolidação nº4, de 28 de setembro de 2017.
9. Weiss J, Elmer A, Mahillo B, Dominguez-Gil B, Avsec D, Nanni Costa A, et al. Evolution of Deceased Organ Donation Activity Versus Efficiency Over a 15-year Period: An International Comparison. *Transplantation*. 2018 Oct;102(10):1768-78. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/TP.0000000000002226>
10. Mizraji R, Godino M, Tommasino N, Alvarez I. Donation rates: what matters? *Transplant Proc*. 2014 Nov;46(9):2940-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2014.07.021>
11. Badoch AT, Silveira F, Silveira FP, Von Stein A, Giugni J. Doadores de órgãos efetivos no Paraná e correlação com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. *Revista de Saúde Pública do Paraná*. 2021;4(1). doi: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.32811/25954482-2021v4n1p12>
12. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, Nunes EdFPdA. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22:1109-20. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>

13. Ploeg RJ, Niesing J, Sieber-Rasch MH, Willems L, Kranenburg K, Geertsma A. Shortage of donation despite an adequate number of donors: a professional attitude? *Transplantation*. 2003 Sep 27;76(6):948-55. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.TP.0000079317.75840.0F>
14. Matesanz R. [Transplantations, management, and health systems]. *Nefrologia*. 2001;21 Suppl 4:3-12. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11642178/>
15. ONT. Meeting the organ shortage: An European Consensus Document. 1999. [acesso em 29/10/2020]. Disponível em: <http://www.ont.es/infesp/Paginas/DocumentosdeConsenso.aspx>

RECEBIDO: 20/05/2021
ACEITO: 27/01/2022

Avaliação da efetividade da dieta isenta de glúten na diminuição da sintomatologia de doenças autoimunes

Evaluation of the effectiveness of the gluten-free diet in reducing the symptomatology of autoimmune diseases

Josiane Bueno¹, Telma Souza e Silva Gebara², Andréa Vieira Pereira Coradine³

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0181-6859>. Nutricionista. Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: josi-bueno@hotmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1938-6268>. Nutricionista. Doutora em Cirurgia Clínica. Professora Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: telma.gebara@utp.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1057-0790>. Nutricionista. Doutora em saúde da Criança e do Adolescente. Professora. Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: andreacaradine@yahoo.com

CONTATO: Autor correspondente: Josiane Bueno | Endereço: Rua José Vicente Gowatiski, 120, Almirante Tamandaré Telefone: (41) 998472016 E-mail: josi-bueno@hotmail.com

RESUMO

O objetivo do trabalho foi avaliar a efetividade da dieta isenta de glúten em pacientes portadores de doenças autoimunes. Estudo retrospectivo com abordagem quantitativa e descritiva. Coleta de dados foi realizada a partir de prontuários de pacientes de uma clínica de nutrologia e de um consultório nutricional da região de Curitiba-PR. A amostra foi composta por 24 mulheres, portadoras de doenças autoimunes, orientadas a excluir o glúten da dieta.

Obtendo-se como resultados média de idade de 57 anos, média de tempo de acompanhamento médico e/ou nutricional de 27,2 meses ($\pm 22,3$), principais morbidades referidas Artrite Reumatoide e Tireoidite de Hashimoto. O estado nutricional prevalente a partir do IMC foi eutrofia com predomínio do quadro sintomatológico de dores no corpo, constipação e cansaço. Constatou-se melhora no quadro sintomatológico após a adoção de dieta isenta de glúten em 76% dos pacientes. Logo, essa terapia dietética pode contribuir com uma melhor evolução clínica.

DESCRITORES: Doenças Autoimunes. Dieta livre de Glúten. Sinais e Sintomas

ABSTRACT

This study evaluated the effectiveness of a gluten-free diet in patients with autoimmune diseases. Retrospective study with a quantitative and descriptive approach. Data collection was carried out from medical records of patients from a nutrition clinic and a nutritional office in the region of Curitiba-Pr. The sample consisted of 24 women, with autoimmune diseases, oriented to exclude gluten from their diet. Obtaining as results mean age of 57 years, mean time of medical and/or nutritional follow-up of 27.2 months (± 22.3), main morbidities referred to Rheumatoid Arthritis and Hashimoto's Thyroiditis. The prevalent nutritional status based on the BMI was eutrophic, with a predominance of the symptoms of body aches, constipation and tiredness. An improvement in the symptoms was found after the adoption of a gluten-free diet in 76% of patients. Therefore, this dietary therapy can contribute to a better clinical evolution.

DESCRIPTORS: Autoimmune Diseases. Diet, Gluten-Free. Signs and Symptoms.

INTRODUÇÃO

As doenças autoimunes (DAI's) atingem milhares de pessoas em todo o mundo, tem como principal fator, a resposta negativa do sistema imunológico do organismo com relação a componentes próprios, ou seja, produção de anticorpos que combatem estruturas naturais presentes no corpo. Doenças neurológicas, endócrinas, gastrointestinais e DAI's atingiram, entre 1985 e 2015, taxas que variam de 3,7 % a 7,1% da população mundial^{1,2}.

No Brasil, estima-se um aumento anual de 6.3% em doenças que acometem o sistema endócrino, como Diabetes Tipo 1 e a Tireoidite de Hashimoto³.

Os fatores genéticos e ambientais são considerados importantes na manifestação das DAI's. Alimentação, bebidas alcoólicas, infecções virais, infecções bucais, metais pesados, agrotóxicos podem estar relacionados com a manifestação dessas doenças. Tratam-se atualmente de um problema de saúde pública por causarem sofrimento físico e, gastos elevados para seus portadores^{1,4}.

Em um estudo realizado em Portugal, autor refere que, além dos fatores genéticos envolvido na patogênese das DAI's, os fatores dietéticos exercem papel fundamental no desenvolvimento e percurso dessas doenças⁵. Estudo em concordância relaciona a proteína presente em cereais como trigo, cevada e centeio (glúten), com a patogênese das doenças autoimunes, causa agressão a partes constituintes do intestino, torna-o permeável, dessa forma envolvido com autoimunidade e inflamações⁶.

Outro estudo que revisou ação do glúten em modelos animais vivos, modelos celulares in vitro e, pacientes com doenças autoimunes, descreveu alterações na imunidade inata e, adaptativa, quando expostos ao glúten. Tal estudo, demonstrou ainda benefícios na isenção de glúten em pacientes com Diabetes Tipo 1, Esclerose Múltipla, Psoríase, Artrite reumatoide, Hepatite Autoimune, Hepatite Celíaca e Transtornos do Espectro Autista².

Mecanismos possivelmente envolvidos com o eixo intestino-cérebro foram sugeridos em um estudo de revisão sistemática sobre a ação do glúten em doenças neurodegenerativas, os autores destacaram o desequilíbrio da microflora intestinal com alterações na quantidade e na distribuição de bactérias no intestino induzida pelo

glúten, anticorpos de reação cruzada e sequencias homologas entre antígenos cerebrais e o glúten⁸.

A frequência das DAI'S aumentou nos últimos 30 anos, o que põe em análise os fatores que colaboram para o aumento da incidência, além disso, pacientes portadores de DAI's apresentam um quadro sintomatológico que em muitos casos os impossibilitam de realizar suas atividades diárias e devido ao curso da doença, utilizam inúmeros tratamentos medicamentosos promotores de efeitos colaterais que interferem no convívio social afetando suas emoções e sua qualidade de vida⁶. Dessa forma a presente pesquisa teve como objetivo avaliar a melhora do quadro sintomatológico de pacientes com DAI's, frente a adoção de dieta isenta de glúten.

MÉTOD

Estudo retrospectivo e descritivo realizado a partir da revisão de prontuários médicos de pacientes de uma clínica de nutrologia e de um consultório nutricional da região de Curitiba-PR.

Os dados foram coletados no período de junho e julho de 2018, através de um questionário elaborado pelas autoras. Foram selecionados 19 prontuários dos 492 analisados na clínica particular de nutrologia e, 5 selecionados dos 103 prontuários do consultório particular nutricional. Todos do sexo feminino. Período de acompanhamento médico e nutricional de 12 a 27 meses com intervalos entre as consultas de 60 a 120 dias. Os critérios de inclusão abrangeram indivíduos portadores de doenças autoimunes, idade entre 18 e 85 anos, orientadas por meio de lista de alimentos disponibilizados pela clínica de nutrologia e/ou dieta individualizada prescrita pela nutricionista, ambas com orientação de excluir glúten da alimentação. Dos 595 prontuários analisados 24 preencheram os critérios de inclusão. Para exclusão usou-se como critérios, indivíduos não portadores de doenças autoimunes, prontuários com dados incompletos e pacientes diagnosticadas com doença celíaca.

As informações contidas nos prontuários dos pacientes foram avaliadas individualmente considerando os dados da primeira consulta e de consultas subsequentes a adoção da dieta. O instrumento de coleta de dados, elaborado pelas autoras considerou os seguintes dados: altura, IMC, peso, circunferência abdominal,

idade e profissão, sintomas descritos por ocasião da primeira consulta (anterior a utilização da dieta), o período de adesão à dieta e a ocorrência de redução dos sintomas após o início da dieta e/ou orientação.

Os dados coletados foram organizados e compilados em planilhas do software *Excel*®. Dados antropométricos posteriormente submetidos à análise estatística pelo software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Os resultados foram expressos a partir de valores de média, mediana mínimo, máximo, desvio-padrão e percentual, apresentados na forma de figuras e tabelas. Para as comparações de variáveis foi assumida a normalidade de distribuição com os testes T- Pareado e teste Wilcoxon, assumindo como nível de significância o valor <5%.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Tuiuti do Paraná, CAAE nº 00375318.9.0000.8040 e número do parecer: 2.967.493. Todos os aspectos éticos foram contemplados dentro das exigências contidas na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Dentre os 24 prontuários selecionados 19 eram de pacientes da clínica médica e cinco da clínica de nutrição. A profissão “Do Lar” não remunerada foi declarada por quatro pacientes; a Aposentada, administradora e dentista por três mulheres cada. A idade média do grupo pesquisado foi de 57,0 anos ($\pm 10,8$; intervalo interquartil 48-6), destas, 50% tinham 60 anos ou mais. A média de tempo de acompanhamento médico e/ou nutricional foi de 27,2 meses ($\pm 22,3$)

As doenças autoimunes descritas como história mórbida atual nos prontuários foram: Artrite Reumatoide (20,8%), Tireoidite de Hashimoto (16,5%), Doença de Crohn (12,5%), Lúpus Eritematoso Sistêmico (12,5%), e, Psoríase, Esclerodermia, Vitiligo e Esclerose múltipla (8,3%).

O perfil antropométrico das pacientes portadoras de DAI’S atendidas em uma clínica médica e consultório de nutrição em relação às variáveis idade (em anos), peso corporal (Kg), circunferência abdominal (CIR AB), índice de massa corporal (IMC), encontra-se apresentado não tabela 1.

Tabela 1. Perfil antropométrico das 24 pacientes portadoras de Doenças Autoimunes atendidas em uma clínica médica e consultório de nutrição

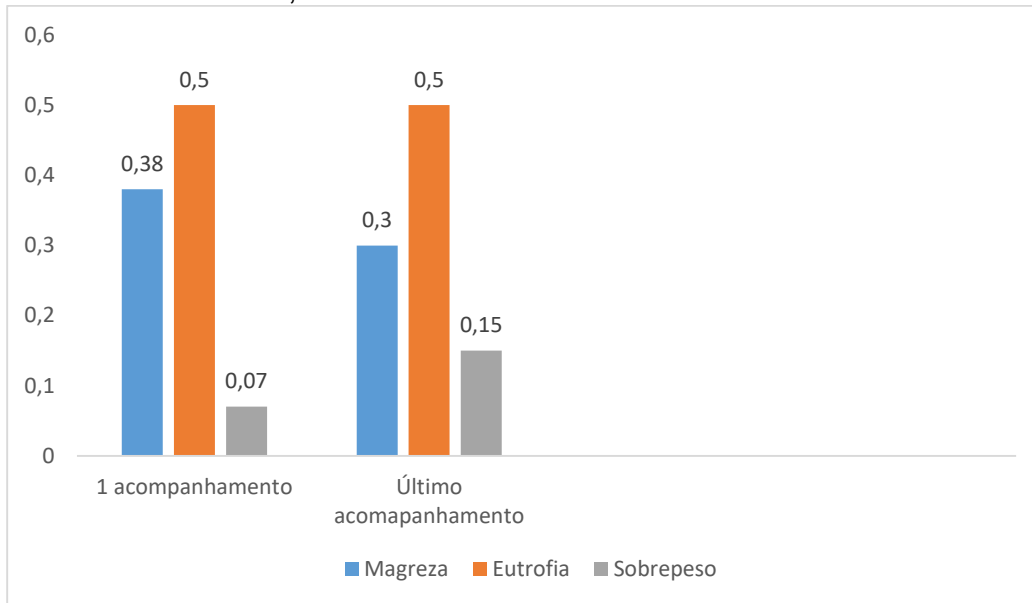
Variável	(n=24)		P	Mediana	Intervalo interquartil
	Média	DP			
Idade anos	57	±10,8		60	48-64
Peso (kg) corporal inicial	64,8	±11,9	*0,737	64	58,2-88
Peso corporal final	65,2	±12,6		61,5	58,5-73
Variável	(n:24)		P	Mediana	Intervalo interquartil
	Média	DP			
CB AB 1º acomp.	85,4	±10,1	*0,361	83	80- 90
CB AB. último acomp.	84,4	±10,7		82	78-90
IMC(kg/m ²)1º acomp.	24,8	±4,2		24,4	22 -26
IMC(kg/m ²)último acomp.	25	± 4,4	*0,626	24	22 -27
Variável	(n 12)		P		
	Média	DP			
IMC (kg/m ²) idade < 60 anos primeiro acomp.	26,7	± 4,70			
IMC (kg/m ²) idade < 60 anos último acomp.	26,3	± 5,2	0,857 *		
Variável	(n=12)		P		
	Média	DP			
IMC (kg/m ²) idade ≥ 60 anos 1º acomp.	24,6	± 4,2	*0,540		
IMC (kg/m ²) idade ≥ 60 anos último acomp.	23,9	± 3,3			

Legenda: * Teste *t* pareado Legenda: IMC: índice de massa corporal; kg/m²: quilograma por metro quadrado; CB AB = circunferência abdominal; Acomp = acompanhamento; *P valor estatisticamente não significativo no nível de 5 % (< 0,05)

Fonte: Elaborado pelas autoras (2018)

De acordo com avaliação nutricional, para mulheres acima de 50 anos, 50% permaneceram estróficas entre o primeiro e último acompanhamento. As classificações do estado nutricional segundo IMC que refletiram mudanças entre o primeiro e o último acompanhamento foram: magreza de 38% para 30% e sobrepeso de 7% para 15% (Gráfico 1).

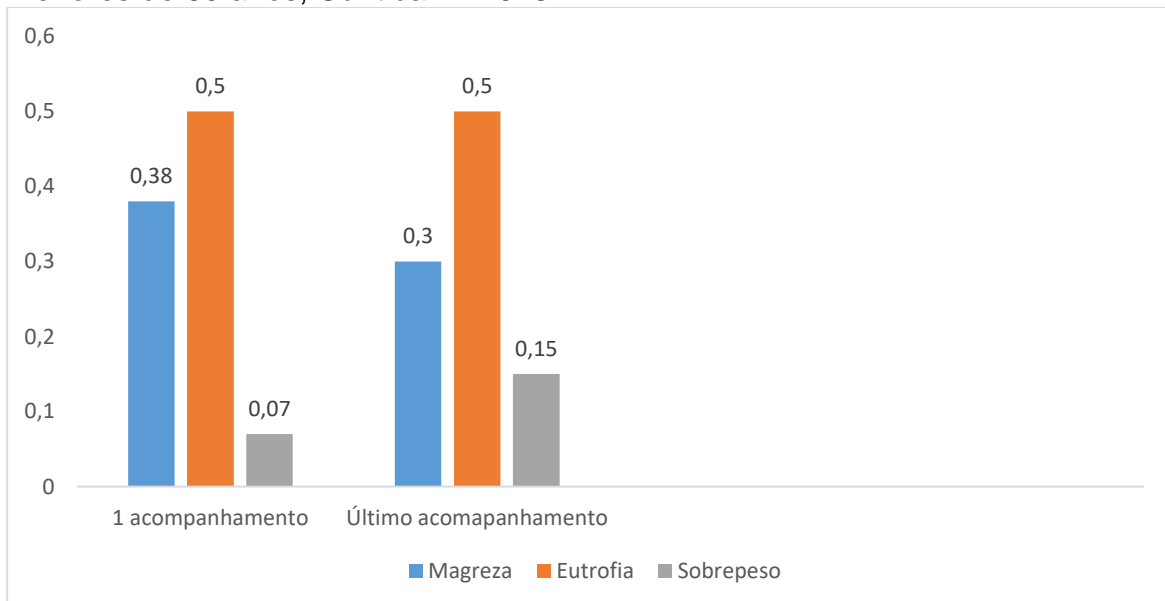
Gráfico 1. Classificação do IMC do 1 e último acompanhamento de 12 mulheres maiores de 60 anos, Curitiba-Pr 2018.



Legenda: IMC: índice de Massa corporal.
Fonte: Elaborado pelas autoras (2018).

Entre as mulheres com menos de 60 anos foram classificadas como eutróficas, 50%, com sobrepeso, 33% com obesidade grau I, 16% não havendo mudança das classificações entre o primeiro e o último acompanhamento (Gráfico 2).

Gráfico 2. Classificação do IMC do 1 e último acompanhamento de 12 mulheres menores de 60 anos, Curitiba-Pr 2018.



Legenda: IMC: índice de Massa corporal.
Fonte: Elaborado pelas autoras (2018)

A tabela 2 mostra os sinais e sintomas mais frequentes declarados pelas pacientes com DAI's identificadas nesta pesquisa.

Tabela 2. Frequência de sintomas declarados entre as pesquisadas no 1 acompanhamento.

Sintomas	Frequência (n=24)	%
Dores no corpo	17	68
Constipação	12	48
Distensão abdominal	5	20
Cansaço	11	44
Ansiedade	7	28
Erupção de pele	9	36
Tontura	5	20
Fadiga	3	12
Unhas fracas	3	12

Fonte: Elaborado pelas autoras (2018).

Em relação aos sintomas 76% das pesquisadas (n=19), apresentaram melhora após a adoção da dieta com exclusão do glúten, 8,33% (n=2) declaram redução dos sintomas, e 12% (n=3) não aderiram à dieta.

DISCUSSÃO

As queixas mais comuns descritas nos prontuários do presente estudo, relatadas pelas mulheres, foram constipação, cansaço e dores no corpo. Entretanto, em estudo realizado pela Universidade Federal de Viçosa, MG, autores descrevem diversos sintomas gastrointestinais e extra intestinais de pacientes com diagnóstico de SGNC, tais como diarreia, náuseas, vômitos, constipação, abdômen distendido, inchaço, eructação, flatulência, azia, cólicas intestinais, fadiga, alterações de humor, ansiedade, medo, irritabilidade, agressividade e depressão¹¹.

Estudos relatam que pacientes com SGNC apresentam comumente dores no corpo, fadiga crônica, dormência, constipação, dor abdominal, gases e diarreia^{10,11}.

Neste trabalho, as 21 mulheres que seguiram as orientações e dieta isenta de glúten, referiram melhora dos sintomas, descritos pela médica e pela nutricionista nos respectivos prontuários. Em um estudo com pacientes adultos e idosos, portadores de Psoríase e anticorpos contra a gliadina, apontou que ao serem submetidos à dieta com exclusão de glúten, obtiveram melhora clínica, inclusive, com alterações histopatológicas significativas²³.

Segundo três estudos¹³⁻¹⁵ dois de revisão sobre SGNC, e, terceiro sobre a nova nomenclatura para desordens ao glúten, referem, que tal sensibilidade é uma nomenclatura nova, de difícil diagnóstico, não apresenta marcadores sorológicos específicos, apenas, melhora no quadro sintomatológico com dieta isenta de glúten.

A Artrite Reumatoide e a Tireoidite de Hashimoto foram os principais diagnósticos encontrados nos prontuários das pacientes do sexo feminino. Estudo realizado sobre os gatilhos envolvidos nas DAI's, descreve o aumento de 5% de diagnóstico destas doenças na população ocidental, em especial nas mulheres⁵. Em concordância, os autores de outro estudo apontam Tireoidite de Hashimoto e Graves como as DAI's mais comuns no sexo feminino⁴.

Um estudo realizado com pacientes com Tireoidite de Hashimoto refere que estes devem ser avaliados por testes sorológicos IgA e IGg, gliadina, anticorpos transglutaminase (TGA), endomísio IgA sérico e biópsia duodenal e, que, uma dieta reduzida em glúten, beneficia tais pacientes, com ou sem Doença Celíaca associada¹⁵. Segundo estudo que analisou aspectos nutricionais de pacientes com Psoríase, são beneficiados com dieta isenta de glúten devido à doença estar associada à sensibilidade ao glúten²⁰.

Outra pesquisa sobre o efeito da dieta sem glúten na autoimunidade tireoidiana, descreveu em seus resultados a diminuição dos anticorpos contra a tireoidite no grupo que recebeu a orientação de exclusão do glúten da dieta²¹. Em um trabalho com pacientes diagnosticados com artrite reumatoide, o grupo de pacientes submetidos à dieta vegana isenta de glúten durante 12 meses obtiveram efeitos positivos sobre os sinais e sintomas, com diminuição dos anticorpos IGg contra gliadina e beta-lactoglobulina, com resultados significativamente melhores em todas as variáveis clínicas analisadas em relação aos pacientes sem intervenção nutricional²².

Pacientes com SGNC podem vir a desenvolver doenças autoimunes a partir da toxicidade do glúten com perda da tolerância da mucosa intestinal, com produção de IgA e IgG contra gliadina levando a uma reação cruzada contra os tecidos¹⁵. De acordo com um estudo realizado na Universidade de Maryland na Escola de Medicina Baltimore – Estados Unidos da América (EUA), publicado em 2012, e um segundo estudo pela Universidade de Girona (UdG) em 2013, apontaram que a ingestão dietética de trigo e outros cereais causam aumento da permeabilidade intestinal devido a ação do glúten e lecitinas sobre uma proteína da membrana intestinal responsável pela junção entre as células. Esta ação facilita a absorção de proteínas

intactas e ativa o sistema imunológico com posterior desenvolvimento das doenças autoimunes, inflamações e outras patologias^{6,17}. Outros componentes alimentares além do glúten podem estar relacionados aos sintomas intestinais e extra intestinais após a ingestão de alimentos com trigo, como os oligossacarídeos, dissacarídeos, monossacarídeos e polióis fermentáveis (FODMAPS), responsáveis pelos sintomas intestinais (flatulências, diarreia e dores abdominais) e as inibidores da amilase e tripsina (ATIs) presentes em diversos alimentos, inclusive no trigo, sendo responsáveis pelos sintomas extra intestinais como dores no corpo e ansiedade, com ativação do sistema inune inato e adaptativo¹⁸.

O estado nutricional das mulheres até 60 anos permaneceu o mesmo entre o primeiro e último acompanhamento avaliado, entretanto, nas idosas houve diminuição da magreza e aumento do sobrepeso neste período. Dentre os resultados de uma tese de doutorado da Universidade de São Paulo (USP), que analisou o estado nutricional de pacientes com patologias crônicas, apresentou prevalência de eutrofia e sobrepeso em pacientes adultos até 59 anos, de ambos os sexos, portadores de doenças autoimunes¹⁰.

Um estudo que avaliou variação do estado nutricional de pacientes portadores de DC e sensibilidade ao glúten não celíaca (SGNC) de adultos e idosos, antes e após intervenção nutricional para melhora de sintomas gastrointestinais, encontraram valores médios de IMC entre (24,7Kg/m² e 25,5 Kg/m²)¹⁰. Assemelhando-se com os resultados deste estudo no primeiro e último acompanhamento.

Observou-se diminuição da medida da circunferência abdominal entre o primeiro e último acompanhamento, porém sem diferença estatística (p=0,361). A média da medida (85,4 ± 10,1cm) das pesquisadas no presente trabalho se equipararam aos resultados da tese de doutorado da USP que obtiveram com resultado: (82cm)⁷. Importante ressaltar que as mulheres deste estudo apresentaram valores maiores que os preconizados pelas Diretrizes da Associação Brasileiras de Obesidade (ABESO)¹² para risco de problemas cardiovasculares.

Duas pacientes apresentaram diagnósticos de mais de uma doença autoimune. Estudo realizado em Portugal, refere possíveis desencadeadores das DAI's ocorrem devido a susceptibilidade genética¹. Outro estudo desenvolvido também em Portugal, em uma universidade de medicina chama a atenção para risco aumentado dos portadores de Diabetes Mellitus Tipo 1 desenvolverem outras DAI's, como a Esclerose múltipla, Vitiligo, Lúpus Erimatoso Sistêmico entre outras. Tais constatações sugerem

partilha de - alelos de genes suscetíveis a tais doenças. O haplótipo DR4-DQ8 confere o maior risco para DMT1 e o haplótipo DR3 o maior risco para DAI associada, aliando se aos fatores ambientais²⁴.

Estudo sobre diabetes Tipo 1, associado a DC, descreve que a adesão à dieta isenta de glúten, com manejo nutricional adequado, promoveu elevação nos níveis de HDL em 18%, melhora dos níveis glicêmicos após um ano. Pacientes com transgressão na adesão a dieta apresentaram prevalência de osteopenia. Autores referem que a não adesão está relacionada a falta de apoio familiar, pouco conhecimento sobre os efeitos nocivo do glúten, acessibilidade e custos altos de produtos alimentícios sem glúten²⁵.

O aperfeiçoamento dos aspectos sensoriais como a cor, o sabor, o aroma e, a crescente expansão no mercado dos produtos sem glúten, são fatores determinantes na aceitação e apreciação dos mesmos²⁰. Tais fatores podem justificar resultados como os encontrados no presente estudo onde apenas três mulheres não aderiram às recomendações de exclusão do glúten da dieta.

Dentre as limitações desse estudo, aponta-se a dificuldade em realizar a leitura da caligrafia em alguns prontuários, despendendo tempo para leitura assertiva. E ausência de um instrumento específico de acompanhamento dos sinais e sintomas. Os resultados justificam a relevância do estudo uma vez que a terapia dietética sem glúten pode contribuir com uma melhor evolução clínica.

CONCLUSÃO

Constatou-se evidências de que o glúten pode estar envolvido com patogênese de tais comorbidades. Assim como, foi possível identificar que a dieta isenta de glúten promove melhora do quadro sintomatológico de pacientes portadoras de doenças autoimunes, sendo uma estratégia satisfatória ao cuidado de pacientes portadores de DAI's.

Tendo em vista, o impacto destas doenças no Sistema Único de Saúde (SUS), sugere-se adoção de políticas públicas que contemplem atuação do(a) nutricionista junto à equipe multidisciplinar na realização de orientações nutricionais, definição do tratamento, entre outras ações, a fim de melhorar os sintomas e proporcionar qualidade de vida aos pacientes com DAI's. Por fim, recomenda-se aos profissionais

envolvidos no cuidado a estes pacientes, utilizar instrumentos validados, tais como questionários que facilitem o rastreio dos sintomas e possíveis melhoras, com aplicação no início e retorno dos pacientes. Para tanto, ocorre a necessidade de estudos adicionais acerca do tema.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira LJG. Manifestações extra-intestinais da doença Inflamatória intestinal. UP, 12p. (Dissertação) Repositório Aberto da Universidade do Porto: Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar. Portugal [Internet]. 2011 [citado em 2021 jul 06]; Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21152/2/Cpia%20Manifestaes%20Extraintestinais%20da%20DII.pdf>
2. Lerner A, Shoenfeld Y, Mathias T. Adverse effects of gluten ingestion and advantages of gluten withdrawal in nonceliac autoimmune disease. Nutrition Reviews. [Internet]. 2017 [citado em 2021 out 15]; 75(12), 1046–1058. doi: <https://doi.org/10.1093/nutrit/nux054>
3. Araújo MDB. Prevalência de doenças autoimunes na atenção primária à saúde. Universidade Federal de Campina Grande. UFCG, Cajazeira, Paraíba, [Internet]. 2017 [citado em 2021 out 19]. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/7658>
4. Tolentino Júnior DS. Estudo da prevalência de doenças autoimunes na microrregião de saúde de Águas Formosas - Minas Gerais – Brasil. Dissertação, 186 p. [Internet]. 2017 [citado em 2021 jul 06]; Disponível em: <http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/handle/1/1636>
5. Garcez, DR. O papel da nutrição nas doenças autoimunes. UP, 2014. 36p. (Mestrado em Medicina) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar- Universidade do Porto Centro Hospitalar do Porto. Portugal, [Internet]. 2014 [citado em 2018 jan 21]; Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76597/2/32706.pdf>
6. Fasano A. Zonulin, regulation of tight junctions, and autoimmune diseases. Annals of the New York Academy of Sciences [Internet]. 2012 [citado em 2018 fev 22]; 1258 (1), 25. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2012.06538.x>
7. Santos LMO, Vilar MJ, Maia EMC. Mulheres com lúpus eritematoso sistêmico, sintomas depressivos e apoio social. Psicologia, Saúde & Doenças [Internet]. 2017 [citado em 2018 fev 22]; 18, (1), 39-54. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180104>
8. Lerner A, Ben-Zvi C. "Let Food Be Thy Medicine": Gluten and Potential Role in Neurodegeneration. Cells. [Internet]. 2021 [citado em 2021 out 19]; 30;10(4):756. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.3390/cells10040756>

9. Passali M, Josefsen K, Frederiksen JL, Antvorskov CJ. Current Evidence on the Efficacy of Gluten-Free Diets in Multiple Sclerosis, Psoriasis, Type 1 Diabetes and Autoimmune Thyroid Diseases. *Nutrients*, [Internet]. 2020 [citado em 2021 jan 15]; 12(8), 2316. doi: <https://doi.org/10.3390/nu12082316>
10. Silva JGN. Diabetes mellitus tipo 1, doença celíaca e sua associação: estudo comparativo do estado nutricional, consumo alimentar e qualidade de vida em indivíduos com duas doenças crônicas. USP. 95p. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo [Internet]. 2015 [citado em 2018 abr 27]; doi: <https://doi.org/10.11606/D.5.2015.tde-23092015-153746>
11. Ribeiro PVM, Santos AP, Andreoli CS, Ribeiro SMR, Jorge MP, Moreira AVB. Variação do estado nutricional e sintomatologia intestinal e extra-intestinal em pacientes com doença celíaca e sensibilidade ao glúten não celíaca devido a orientação dietética especializada, *Rev. Nutr* [Internet]. 2017 [citado em 2018 abr 27]; 30 (1): 57-67. doi: <https://doi.org/10.1590/1678-98652017000100006>
12. Associação brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica diretrizes brasileiras de obesidade 2. (ABESO). Obesidade e síndrome metabólica. [Internet]. [citado em 2018 abr 27]; Disponível em: <https://abeso.org.br/conceitos/obesidade-e-sindrome-metabolica>
13. Baptista CG. Diagnóstico diferencial entre doença celíaca e sensibilidade ao glúten não-celíaca: uma revisão. *International Journal of Nutrology*. [Internet]. 2017 [citado em 2018 abr 27]; 10 (2): 46-57. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1705288>
14. Sapon A, Bai JC, Ciacci C, Dolinsek J, Green PHR, Hadjivassiliou M, et al. Spectrum of gluten-related disorders: consensus on new nomenclature and classification. *BMC medicine* [Internet]. 2012 2017 [citado em 2019 mar 9]; 10 (1): 1-12. doi: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-13>
15. Reig-otero Y, Mañes J, Manyes I Font L. Sensibilidad al gluten no celiaca (SGNC): manejo nutricional de la enfermedad. *Nutr. clín. diet. Hosp* [Internet]. 2017 [citado em 2019 mar 9]; 37: 171-182. doi: <https://doi.org/10.12873/371manyesfont>
16. Vojdani A, Perlmutter D. Differentiation between celiac disease, nonceliac gluten sensitivity, and their overlapping with Crohn's disease: A Case Series [Internet]. 2013 [citado em 2019 mar 9]; 248482. doi: <https://doi.org/10.1155/2013/248482>
17. De Punder K, Pruimboom L. The dietary intake of wheat and other cereal grains and their role in inflammation. *Nutrients* [Internet]. 2013 [citado em 2019 jan 10]; 5, (3): 771-787. doi: <https://doi.org/10.3390/nu5030771>
18. Ferreira F, Inácio F. Patologia associada ao trigo: Alergia IgE e não IgE mediada, doença celíaca, hipersensibilidade não celíaca, FODMAP. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. [Internet]. 2018 [citado em 2019 jan 10]; 26 (3): 171-187. Disponível em: https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/patologia-associada-ao-trigo.pdf
9. Lontiris MI, Mazokopakis EE. A concise review of Hashimoto thyroiditis (HT) and the importance of iodine, selenium, vitamin D and gluten on the autoimmunity and

- dietary management of HT patients. Points that need more investigation. *Hell J Nucl Med* [Internet]. 2017 [citado em 2019 jan 10]; 20(1): 51-56. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28315909>
20. Hobold D. Aspectos Nutricionais no tratamento da psoríase [Internet]. 2012 [citado em 2019 jan 15]. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/1081>
 21. Krysiak R, Szkróbka W, Okopień B. The Effect of Gluten-Free Diet on Thyroid Autoimmunity in Drug-Naïve Women with Hashimoto's Thyroiditis: A Pilot Study. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes* [Internet]. 2019 [citado em 2020 jan 15]; 127(07): 417-422. doi: <https://doi.org/10.1055/a-0653-7108>
 22. Hafstrom I, Ringertz B, Spangberg A, Zweigbergk LV, Brannemark S, Nylander J, et al. A vegan diet free of gluten improves the signs and symptoms of rheumatoid arthritis: The effects on arthritis correlate with a reduction in antibodies to food antigens. *Rheumatology* [Internet]. 2001 [citado em 2019 jan 15]; 40(10):1175-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11600749/>
 23. Michaëlsson G, Gerdén B, Hagforsen E, Nilsson B, Pihl-Lundin I, Kraaz W, et al. Psoriasis patients with antibodies to gliadin can be improved by a gluten-free diet. *British Journal of Dermatology* [Internet]. 2003 [citado em 2019 jan 15]; 142(1), 44-51. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-133.2000.03240.x>
 24. Peixoto AVB. Diabetes mellitus tipo I: associação de doenças autoimunes. Portugal: FMUC, 49p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de medicina Coimbra, Portugal, [Internet]. 2014. [citado em 2020 nov 20]; Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/37462/1/Diabetes%20mellitus%20tipo%20associacao%20de%20doencas%20autoimunes.pdf>
 25. Hogg-kollars, S, Al dulaimi D, Tait K, Rostami K. Type 1 diabetes mellitus and gluten induced disorders. *Gastroenterology and hepatology from bed to bench* [Internet]. 2014 [citado em 2019 fev 14]; 7(4):189-197. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4185872/>

RECEBIDO: 30/06/2021
ACEITO: 06/12/2021

Estratificação de risco cardiovascular em pacientes de Unidades Básicas de Saúde em União da Vitória-PR

Cardiovascular risk stratification in patients at Basic Health Units in União da Vitória-PR

Rafael Fiamoncini Ferreira¹, Elise Souza dos Reis², Erildo Vicente Müller³

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6980-6462>. Farmacêutico-Bioquímico. Especialista em Análises Clínicas, Toxicologia e Gestão em Saúde. Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, Brasil.
E-mail: rafaelfiamon18@gmail.com.br.

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4266-9779>. Médica. Doutora em Cardiologia. Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, Brasil
E-mail: relisesouzadossantos@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4643-056X>. Farmacêutico-Bioquímico. Doutor em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, Brasil
E-mail: erildomuller@hotmail.com

CONTATO: Autor correspondente: Rafael Fiamoncini Ferreira | Endereço: Rua Emilio Pedro Weiss, 42, São Pedro. Porto União-SC Telefone: (42) 988165596 E-mail: rafaelfiamon18@gmail.com.br

RESUMO

A porta de entrada do Sistema único de Saúde acontece nas Unidades básicas de saúde que tem a finalidade de atender até 80% dos problemas básicos de saúde da população. O objetivo desse estudo trata-se de uma estratificação de risco cardiovascular baseada na diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia de prevenção de doença cardiovascular. Analisaram-se prontuários de 164 pacientes, os quais foram classificados por

características sociodemográficas, laboratoriais, medicamentosa, equipe multidisciplinar e interpretação clínica. A estratificação geral de pacientes foi de 26,2% na faixa de risco muito alto, 51,2% alto, 18,9% intermediário e 3,7% baixo. Observou-se uma prevalência de aproximadamente 75% dos pacientes estratificados, apresentando-se fora das metas terapêuticas conforme o Consenso Brasileiro para a Normatização do Perfil Lipídico entre os prontuários analisados e no que diz respeito a meta pressórica, pode-se observar uma prevalência de descontrole da pressão arterial nos grupos de risco intermediário de 38,7% e muito alto risco de 39,5%.

DESCRITORES: Pontuação de Risco Cardiovascular. Risco Cardiovascular. Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

The gateway to the Unified Health System takes place in the Basic Health Units, which have the purpose to support up to 80% of the population's basic health problems. This study talks about the cardiovascular risk stratification based on the guideline of the Brazilian Society of Cardiology on prevention of cardiovascular disease. The medical records of 164 patients were analyzed, who were classified by sociodemographic, laboratory, medicative, multidisciplinary team and clinical interpretation characteristics. The overall stratification of patients was of 26.2% in the very high risk range, 51.2% high, 18.9% intermediate and 3.7% low. It was observed a prevalence of approximately 75% of the stratified patients, presenting themselves outside the therapeutic goals according to the Brazilian Consensus for the Standardization of the Lipid Profile among the analyzed records and with regard to the blood pressure goal, we can notice a prevalence of uncontrolled blood pressure in the intermediate risk groups of 38.7% and very high risk of 39.5%.

DESCRIPTORS: Cardiovascular Risk Score. Cardiovascular Risk. Basic Health Unit.

INTRODUÇÃO

A Integralidade e equidade são os alicerces de maior significância do Sistema Único de Saúde (SUS) na opinião dos mais distintos autores, o que traz à tona a responsabilidade de execução de uma série de ações coordenadas e contínuas de serviços de prevenção e cura para a população¹.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem-se como o primeiro passo no universo do SUS. Esses postos estão em mais de 4.000 municípios brasileiros e visam atender até 80% dos problemas primários de saúde de cidadãos residentes na região da unidade, de forma descentralizada, priorizando atendimentos mais frequentes de menor complexidade, evitando assim que ocorra a migração de pacientes para outras unidades hospitalares emergenciais. O aperfeiçoamento dos serviços prestados nas UBS tem a finalidade de agir de forma profilática evitando agravos maiores^{2,3}.

O objetivo geral do estudo foi realizar a estratificação de nível de risco cardiovascular, de acordo com a Diretriz brasileira de prevenção de doença cardiovascular em pacientes inclusos no grupo de doenças crônicas não transmissíveis, atendidos nas UBS Nossa Senhora do Rocio e Nossa Senhora da Salete, além dos objetivos específicos que foram, descrever e classificar os pacientes segundo grupo de risco cardiovascular, baixo, intermediário, alto e muito alto. Avaliar se dentro da classificação de risco cardiovascular, os pacientes se encontravam dentro das metas terapêuticas conforme o Consenso Brasileiro para a Normatização do Perfil Lipídico preconizada pela diretriz e por fim avaliar se este paciente se encontrava dentro das metas pressóricas conforme a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, de 2017.

Frente ao exposto, justifica-se a pesquisa ao fato das principais causas de óbitos tanto no Brasil quanto no mundo, estarem correlacionados às doenças cardiovasculares (DCV). Dados publicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que cerca de 30% dos registros de letalidade ao redor do planeta são decorrentes de DCV, incidência essa, muito próxima das porcentagens encontradas no Brasil. São cerca de 17,7 milhões de óbitos anuais por DCV em todo o mundo. Esse quadro epidemiológico preocupa por implicar em diminuição da qualidade de vida da população e ainda resultar em custos elevados e crescentes para as políticas públicas^{4,5}.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal⁶ realizado em duas Unidades Básicas de Saúde do Município de União da Vitória-PR, no período de 01/01/2019 até 31/12/2019. Os dados foram obtidos por meio da análise de prontuários digitais das UBS Nossa Senhora da Salete e UBS Nossa Senhora do Rocio. O município de União da Vitória-PR possui onze UBS em sua totalidade.

As Unidades Básicas de Saúde foram selecionadas para a pesquisa, devido à acessibilidade dos prontuários, além de características distintas de perfil socioeconômico dos bairros onde se encontram situadas as UBS. Foram aplicados instrumentos de coleta de dados para verificar a prevalência de adesão a programas, também dados sociodemográficos. Assim, foi avaliada a prevalência em todos os níveis de estratificação de risco elencados.

Foram inclusos pacientes que realizaram acompanhamento nas UBS, cadastrados no grupo de doenças crônicas não transmissíveis, que possuíam entre 18 até 83 anos, faziam acompanhamento no ambulatório dessas unidades básicas. Esses pacientes realizaram pelo menos quatro consultas no período de 1 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro do mesmo ano. Foram avaliadas as variáveis: UBS em acompanhamento, idade (anos), sexo, comorbidades (hipertensão arterial e diabetes mellitus), presença de doenças de base (acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio prévio), além de hábitos prejudiciais como tabagismo autodeclarado.

Foram registrados o valor numérico da dosagem do perfil lipídico (colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL e triglicerídeos), prescrição medicamentosa e número de acompanhamentos na equipe multidisciplinar. Foi analisado se os pacientes estratificados se encontravam dentro das metas terapêuticas conforme o Consenso Brasileiro para a Normatização do Perfil Lipídico^{7,8}. Foram realizadas as análises qualitativas de atingir ou não a meta pressórica, embasada na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, de 2017⁷. Após estes registros, os pacientes foram estratificados conforme o risco cardiovascular, com auxílio do Capítulo IX da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID10)⁹ e posteriormente a classificação da SBC em: Baixo, Moderado, Alto e Muito Alto Risco. Dentre os vários algoritmos existentes, essa pesquisa fez o uso do Escore de Risco Global, recomendado pela

atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose, de 2017¹⁰.

Inicialmente, procedeu-se a análise descritiva dos dados com estimativa de frequência simples e relativa das variáveis segundo a estratificação de risco. Em seguida, verificou-se a diferença do perfil com o teste de qui-quadrado. Para melhor visualização dos resultados, produziram-se gráficos de barras. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$ e as análises foram realizadas no SPSS 21.0¹¹.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ensino e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), aprovado sob o parecer nº4. 383.317 dispensado de TCLE, seguindo os trâmites exigidos pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram inclusos um total de 164 prontuários eletrônicos de pacientes - PEP (ambulatorial), de um total de 435 prontuários filtrados inicialmente (37,70% de todos os prontuários filtrados). Houve uma limitação na quantidade de prontuários analisados, devido à necessidade física de extração dos mesmos, que ficou inviabilizada pelo período pandêmico.

O Total de prontuários analisados em pacientes nas duas unidades de saúde, onde realizou-se a pesquisa foram: 59 Prontuários na UBS Nossa Senhora da Salete e 105 Prontuários na UBS Nossa Senhora do Rocio, município de União da Vitória-PR, 2020. Dentre a totalidade de prontuários analisados na UBS Nossa Senhora da Salete e UBS Rocio 98 pacientes são do sexo feminino (59,75%) e 66 (40,25%) referem-se a pacientes do sexo masculino.

Tabela 1. Análise estatística descritiva, faixa etária, sexo e estratificação dos pacientes dos prontuários analisados, nas UBS estudadas no município de União da Vitória, PR, 2020:

		UBS ROCIO		UBS SALETE		Total		p-valor entre UBS
		N	%	N	%	N	%	
FAIXA ETÁRIA	Até 20 anos	1	1,0%	0	0,0%	1	0,6%	0,507
	21 a 40 anos	3	2,9%	1	1,7%	4	2,4%	
	41 a 60 anos	32	30,5%	11	18,6%	43	26,2%	

	Acima de 60 anos	69	65,7%	47	79,7%	116	70,7%	
SEXO	Feminino	60	57,1%	38	64,4%	98	59,8%	0,281
	Masculino	45	42,9%	21	35,6%	66	40,2%	
ESTRATIFICAÇÃO	BAIXO	5	4,8%	1	1,7%	6	3,7%	0,363
	INTERMEDIÁRIO	17	16,2%	14	23,7%	31	18,9%	
	ALTO	54	51,4%	30	50,8%	84	51,2%	
	MUITO ALTO	29	27,6%	14	23,7%	43	26,2%	

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

A faixa etária dos pacientes estratificados é predominantemente acima de 60 anos, 70,7%. Houve 26,2% de pacientes estratificados na faixa etária de 41 a 60 anos, 2,4% de pacientes estratificados na faixa etária de 21 a 40 anos e 0,6% de pacientes na faixa etária até 20 anos.

Obteve-se o percentual predominante de 59,8% pertencentes ao sexo feminino e 40,2% pertencentes ao sexo masculino, dados sociodemográficos esses que se assemelham a estudos comparáveis a realidade brasileira. Ao comparar o perfil das UBS estudadas, pode-se afirmar que não houve diferença estatisticamente significativa entre as UBS quanto à faixa etária e sexo ou estratificação dos pacientes incluídos no estudo.

Ao comparar a estratificação geral de pacientes em ambas UBS estudadas, obteve-se a estratificação de 26,2% dos pacientes, na faixa de risco muito alto, 51,2% dos pacientes na faixa de risco alto, 18,9% dos pacientes na faixa de risco intermediário e por fim, 3,7% dos pacientes na faixa de risco baixo.

Tabela 2. Estratificação dos pacientes, por faixa etária e sexo, e pacientes tabagistas nas UBS estudadas no município de União da Vitória, PR, 2020:

		ESTRATIFICAÇÃO								p-valor entre estratificações
		ALTO		BAIXO		INTERMED.		MUITO ALTO		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
FAIXA ETÁRIA	Até 20 anos	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	<0,001
	21 a 40 anos	1	1,2%	3	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	41 a 60 anos	27	32,1%	1	16,7%	11	35,5%	4	9,3%	
	> 60 anos	55	65,5%	2	33,3%	20	64,5%	39	90,7%	
SEXO	Feminino	53	63,1%	3	50,0%	16	51,6%	26	60,5%	0,684
	Masculino	31	36,9%	3	50,0%	15	48,4%	17	39,5%	

TABAGISTA	Não	77	91,7%	6	100,0%	25	80,6%	36	83,7%	0,245
	Sim	7	8,3%	0	0,0%	6	19,4%	7	16,3%	

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Correlacionando a estratificação de risco dos pacientes por faixa etária e sexo, compreende-se significativa influência das mesmas na alocação do escore de risco. 63,1% dos pacientes estratificados em alto risco e 60,5% dos pacientes estratificados em muito alto risco são mulheres. Houve diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias e as estratificações. Entre pacientes estratificados como intermediário, alto e muito alto, a faixa etária mais frequente foi de maiores de 60 anos, e entre os classificados como baixo risco, a faixa etária mais frequente foi 21 a 40 anos. Os dados expostos são comparáveis a outros estudos semelhantes ao redor do mundo, que envolvem estratificação de risco global e são embasados no aumento da pontuação de risco global, proporcionalmente a maior faixa etária que se encontra o estratificado (SBC, 2017). Foram estratificados 21 pacientes que se declararam tabagistas, 12,19% de todos estratificados, deste total, 14 encontraram-se em níveis de risco alto e muito alto. Não houve associação estatisticamente significativa entre a estratificação e sexo ou tabagismo.

Tabela 3. Pacientes que apresentaram alguma comorbidade prévia, nas UBS estudadas no município de União da Vitória, PR, 2020

		ESTRATIFICAÇÃO								p-valor entre estratificações
		ALTO		BAIXO		INTERMERD.		MUITO ALTO		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
D.M.	Não	25	29,8%	6	100,0%	30	96,8%	27	62,8%	<0,001
	Sim	59	70,2%	0	0,0%	1	3,2%	16	37,2%	
H.A.S.	Sim	84	100,0%	6	100,0%	31	100,0%	43	100,0%	-
	Não	84	100,0%	6	100,0%	31	100,0%	37	86,0%	
A.V.C.	Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	14,0%	0,001
	Não	84	100,0%	6	100,0%	31	100,0%	19	44,2%	
I.C.C.	Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	24	55,8%	<0,001
	Não	84	100,0%	6	100,0%	31	100,0%	31	72,1%	
I.A.M.	Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	12	27,9%	<0,001
	Não	84	100,0%	6	100,0%	31	100,0%	31	72,1%	

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Dentre os pacientes que apresentaram comorbidades prévias, houve associação estatisticamente significativa entre as estratificações e as comorbidades. Para DM, entre os estratificados como alto risco, grande parte possuía DM (70,2%

dos pacientes estratificados em alto risco, são diabéticos), o que não ocorreu para as outras estratificações, em que a maioria não tinha DM. Para HAS, a análise não foi necessária, haja visto que 100% dos pacientes em todas as estratificações possuíam HAS. Para AVC, 100% não tinha AVC em todas as estratificações, exceto na faixa de risco muito alto em que 14% sofreram AVC previamente. Para ICC, 100% não tinha ICC para todas as estratificações, exceto para faixa de risco muito alto em que 55,8% tinham ICC prévio. Para IAM, 100% não apresentavam IAM para todas as estratificações, exceto para o risco muito alto em que 27,9% tinham IAM prévio.

Tabela 4. Classe de medicamentos utilizados pelos pacientes, nas UBS estudadas no município de União da Vitória, PR, 2020

MEDICAÇÃO		ESTRATIFICAÇÃO								p-valor entre estratificações
		ALTO		BAIXO		INTERMED		MUITO ALTO		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Antihipertensivo	Sim	84	100,0%	6	100,0%	31	100,0%	43	100,0%	-
	Não	24	28,6%	6	100,0%	31	100,0%	27	62,8%	<0,001
Antidiabético	Sim	60	71,4%	0	0,0%	0	0,0%	16	37,2%	
	Não	84	100,0%	6	100,0%	31	100,0%	41	95,3%	0,127
Antiarrítmico	Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	4,7%	
	Não	73	86,9%	3	50,0%	29	93,5%	36	83,7%	0,043
Antidepressivo	Sim	11	13,1%	3	50,0%	2	6,5%	7	16,3%	
	Não	67	79,8%	6	100,0%	23	74,2%	19	44,2%	<0,001
Antinflamatório	Sim	17	20,2%	0	0,0%	8	25,8%	24	55,8%	

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

No que se refere à classe de medicamentos utilizados pelos pacientes estratificados, houve associação estatisticamente significativa entre as estratificações e o uso dos fármacos antidiabéticos, antidepressivos e antiinflamatórios. Para os fármacos antihipertensivos 100% dos pacientes em todas as estratificações, estavam em uso. Para fármacos antiarrítmicos não houve associação estatisticamente significativa.

Tabela 5. Meta pressórica e meta estratificada de LDL dos pacientes nas UBS estudadas no município de União da Vitória, PR, 2020:

		ESTRATIFICAÇÃO								p-valor entre estratificações
		ALTO		BAIXO		INTERMED.		MUITO ALTO		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
META	Não	63	75,0%	4	66,7%	25	80,6%	33	76,7%	0,870
TERAPÊUTICA	Sim	21	25,0%	2	33,3%	6	19,4%	10	23,3%	

META	Não	30	35,7%	1	16,7%	12	38,7%	17	39,5%	0,735
PRESSÓRICA	Sim	54	64,3%	5	83,3%	19	61,3%	26	60,5%	

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as proporções das metas terapêuticas ou pressóricas e as estratificações. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as proporções das dislipidemias: Colesterol, Glicemia e Colesterol LDL quando testada frente às estratificações. Para Triglicerídeos, houve diferença estatisticamente significativa. Sendo que a diferença foi para a estratificação intermediária em que triglicerídeos estava alterado em 22,6%. O número de dislipidemias também foi testado quanto às diferenças entre as estratificações e não houve diferença estatisticamente significativa.

Observa-se nesse estudo, uma prevalência de aproximadamente 75% dos pacientes estratificados, apresentando-se fora das metas terapêuticas conforme o Consenso Brasileiro para a Normatização do Perfil Lipídico entre os prontuários analisados, porcentagem essa que sugere um risco bastante acentuado, inclusive em pacientes que ainda não estão em faixas de risco mais avançadas, como baixo 66,7% e intermediário 80,6%.

DISCUSSÃO

Dados expostos na tabela 1 e 2 assemelham-se a estudos comparáveis a realidade brasileira, demonstrando uma prevalência na incidência de pacientes estratificados, na faixa etária acima de 60 anos e do sexo feminino. A faixa etária incidente está proporcionalmente correlacionada com envelhecimento, e a proporção maior de mulheres está em conformidade com dados expostos em outros estudos, trazendo à tona constatações como o fato de as mulheres apresentarem maior preocupação em relação à saúde que os homens¹³.

Os níveis de estratificação concentrados em alto e muito alto risco, expõe uma nítida correlação com a faixa etária prevalente estratificada na pesquisa acima de 60 anos, demonstrando o envelhecimento associado proporcionalmente a fatores de risco, como o enrijecer da parede da artéria coronária, o que pode ocasionar aumento da pressão arterial. A presença de comorbidades na situação de descontrole da meta pressórica influencia a tomada de decisão clínica pelos médicos em relação à

prevenção, tratamento e utilização de serviços de saúde, as comorbidades aumentam a frequência de visitas a médicos de clínica geral e especialistas.

A tabela 2, realça uma prevalência relativamente baixa de pacientes que se declararam tabagistas, procura-se sempre destacar que o tabaco continua sendo a principal causa de doenças evitáveis e conseqüentemente morte nos países ocidentais. A extensão de em que seu uso habitual e cessação impactam a morbidade e mortalidade em pacientes com DCVs, justifica o realce exposto nessa pesquisa. Diversos estudos atuais, corroboram essa tese, demonstrando que os efeitos nocivos do tabagismo, comportam-se como um aditivo a vários fatores de risco cardiovascular, como fumar está associado a quase metade do aumento nas mortes cardiovasculares e mortalidade por todas as causas entre pacientes diabéticos¹³.

A tabela 3 está correlacionada com fatores de risco como diabetes e hipertensão, que foram mais fortemente associados ao desenvolvimento de infarto do miocárdio, além de risco aumentado de morte em pacientes mais velhos, com até 70 anos de idade¹⁴. O monitoramento de pacientes com comorbidades correlacionadas as DCVs, em ambientes de cuidados primários de saúde é importante, uma vez que os pacientes que apresentam essa sinergia negativa são acometidos em maior escala por aumento da mortalidade, diminuição da qualidade de vida e aumento do uso de serviços de saúde em comparação com pacientes sem comorbidade, e por esse fato, estão concentrados nessa pesquisa, nos níveis de “alto” risco e “muito alto” risco.

Comorbidades como diabetes tipo 2 e a insuficiência cardíaca são companheiras comuns na prática clínica. Por volta de 20% a 40% de todos os pacientes com insuficiência cardíaca possui diabetes. Essa prevalência não é uma situação identificada somente nas últimas décadas, há relatos de confluência cardíaca e diabetes mellitus há mais de 130 anos¹⁴. Além disso, a presença de comorbidades, na situação de descontrole da meta pressórica, influencia a tomada de decisão clínica pelos médicos em relação à prevenção, tratamento e utilização de serviços de saúde, as comorbidades aumentam a frequência de visitas a médicos de clínica geral e especialistas¹⁵.

Dados publicados na literatura recente trazem prevalências de hipertensão arterial sistêmica bastante semelhantes entre pacientes femininos e masculinos, apesar de uma maior incidência entre os homens até os 50 anos, e entre as mulheres após essa idade⁸. A hipertensão é um estado prevalente, afetando por volta de 30% dos indivíduos adultos. É o requisito mais usualmente diagnosticado em consultas

ambulatoriais. As evidências sobre os benefícios do rastreamento de pressão arterial elevada estão bem estabelecidas. Por exemplo, a Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA, encontrou boas evidências de que o rastreamento para o tratamento da pressão alta em adultos reduz substancialmente a incidência de DCVs.

A pressão arterial é afetada por vários fatores de curto prazo, como emoções, estresse, dor, atividade física e drogas (incluindo cafeína e nicotina). Além da variabilidade momentânea do paciente, que gera uma hipertensão clínica isolada no consultório médico, conhecida como “hipertensão do jaleco branco”. A Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA recomenda triagem anual para adultos com 40 anos ou mais e para aqueles que estão em aumento do risco de hipertensão. Pessoas com risco aumentado incluem aquelas que se encontram em estágio pré-hipertensão, pessoas com sobrepeso ou obesidade e afrodescendentes ¹⁶.

A tabela 4 expõe que medidas farmacológicas estavam sendo empregadas, a totalidade dos pacientes faz uso de pelo menos 1 fármaco antihipertensivo ou outros fármacos concomitantemente, muitas vezes configurando o conceito de polifarmácia, uma situação comum na atenção primária, o que enfatiza a importância de ações multidisciplinares no cuidado com os pacientes, em especial a atenção farmacêutica nesse âmbito em específico¹⁷.

A tabela 5 destaca prevalências de até 80,6% de pacientes estratificados dentro de seu escore de risco fora da meta terapêutica. As concentrações de colesterol LDL no sangue estão fortemente associadas ao risco de longo prazo de doença cardiovascular aterosclerótica. O benefício das intervenções para diminuição lipídica, para redução do risco de doenças cardiovasculares é comprovadamente embasada, por estudos de randomização mendeliana, estudos prospectivos de coorte epidemiológica e ensaios randomizados. O cumprimento das metas de redução global da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, exigirá maior consciência do valor da determinação precoce do colesterol e avaliação cuidadosa das estratégias potenciais para redução das concentrações de lipídios ao longo da vida¹⁸. Ainda sobre a tabela 5, mais de 67% dos pacientes estratificados nos diversos escores de risco global, apresentaram em algum momento descontrole da sua meta pressórica o que é fator predisponente para alterações metabólicas, aumentando gradativamente o risco cardiovascular global¹⁹.

CONCLUSÃO

Essa pesquisa teve como objetivo estratificar uma amostra representativa da população incluída no grupo de doenças crônicas não transmissíveis atendidas no município alvo da pesquisa, em duas UBS distintas. Apesar da limitação do estudo que foi a necessidade de coleta de dados presencial, durante o início do período pandêmico do COVID 19 no Brasil e as UBS apresentarem peculiaridades socioeconômicas e de quantidade populacional atingida, não houve diferença significativa nos níveis de estratificação entre os pacientes analisados, traduzindo homogeneidade aos dados descritos.

Países como o Brasil, com acesso universal de atenção à saúde, propiciam a possibilidade de realização de estratificações como a realizada na pesquisa, de uma forma confiável no que tange a homogeneidade amostral, o que traz grandes benefícios nas tomadas de decisões de políticas públicas, desde que essas informações extraídas, sejam eficientemente utilizadas.

Essa pesquisa procurou realçar a importância de estratificar os pacientes nas UBS, que são a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). É consenso que avaliar o risco cardiovascular, torna-se mais importante que somente diagnosticar o paciente isoladamente. As porcentagens de prevalência entre os níveis de estratificação de risco nesse estudo, primordialmente risco alto e muito, apresentam números contundentes que exigem reflexões, principalmente em questões que envolvam intervenções ativas em alterações dislipidêmicas, DM e HAS. Assim como em outros estudos envolvendo estratificações de risco cardiovascular em com doenças crônicas não transmissíveis com métricas distintas, houve uma prevalência significativa de pacientes apresentando confluência de fatores de risco, um agravante notoriamente discutido nessa pesquisa.

Vários estudos ao redor do mundo demonstram alta variabilidade nos fatores de risco analisados, prejudicando a comparabilidade. Cabe salientar uma discordância observada no estudo, sobre apontamentos de risco cardiovascular inclusos nos prontuários pesquisados dos pacientes, em relação a estratificação de risco global realizada na pesquisa, essa indicando um quadro geral de pacientes estratificados com maior prevalência nos níveis de maior risco, o que traz à tona uma falta de padronização, e questionamento de como foi realizada.

Importante porcentagem de pacientes estratificados em baixo e intermediário risco cardiovascular apresentaram altas correlações com fatores de risco exponencial,

trazendo preocupações importantes, que sugerem uma alta probabilidade dos mesmos, fatalmente evoluírem para os níveis alto e muito alto de risco cardiovascular futuramente. A análise de estratificação de risco padronizada, pode propiciar um planejamento mais eficaz, trazendo medidas mais direcionais e profiláticas, essas que apresentam um grande potencial benéfico, principalmente na redução relativa de morbimortalidade. O cuidado baseado na estratificação de risco cardiovascular permite que a intervenção médica, seja realizada pelo risco absoluto global, e não somente por fatores singulares isolados, trazendo uma otimização no uso de intervenções, com equidade, resultando em benefício preventivo conforme a faixa de risco. Conclui-se que há uma necessidade de maior popularização do conhecimento das metas, visando principalmente à prevenção secundária.

REFERÊNCIAS

1. Pavão ALB. SUS: Em construção ou desconstrução? Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. [Internet] 2016 [acesso em 2021 abr 18]; v. 10, n. 3, p. 3–5. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/16982/2/2.pdf>
2. BRASIL. Ministério da Saúde - UPA e UBS. Sabe o que significam essas siglas? Blog da Saúde. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [acesso em 2021 abr. 17]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/servicos/33620-upa-e-ubs-sabe-o-que-significam-essas-siglas.html>
3. BRASIL.Ministério da Saúde. CIDADÃO O que tem na UBS. Programa Mais Médicos. [Internet]. Brasília: Governo Federal, Ministério da saúde; [acesso em 2021 abr. 17]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/o-que-tem-na-ubs>
4. Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças cardiovasculares. [Internet]. [citado em 2018 fev. 20]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-Cardiovasculares&Itemid=839
5. Barroso TA, Marins LB, Alves R, Gonçalves ACS, Barroso SG, Rocha GS. Associação Entre a Obesidade Central e a Incidência de Doenças e Fatores de Risco Cardiovascular. Int. j. cardiovasc. scj. 2017 5 Dec; 30(2): 416-424. doi: <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20170073>
6. Almeida-Filho N, Barreto ML. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 165–174
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. [Internet]. [acesso em 2021 jan. 21]. 2016. Disponível em: <https://sbc-portal.s3.sa-east-1.amazonaws.com/diretrizes/Pocket%20Books/2017/7%C2%AA%20Diretriz%20Brasileira%20de%20Hipertens%C3%A3o%20Arterial.pdf>

8. Sociedade Brasileira De Cardiologia. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. [Internet]. [acesso em 2020 out. 2020]. 2017. Disponível em: <https://sbc-portal.s3.sa-east-1.amazonaws.com/diretrizes/Pocket%20Books/2019/Atualiza%C3%A7%C3%A3o%20da%20Diretriz%20Brasileira%20de%20Dislipidemias%20e%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20da%20Aterosclerose%20%E2%80%93202017.pdf>
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Capítulo IX da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID10) DATASUS/MS. [Internet]. [acesso em 2019 mai. 19]. 2018. Disponível em: <http://www.cardiometro.com.br/calculo.asp>
10. IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.
11. Mendez RDR, Santos MA, Wysocki AD, Ribeiro BA, Stauffer LF, Duarte SJH, et al. Estratificação do risco cardiovascular entre hipertensos : Influência de fatores de risco. Rev. bras. enferm. [Internet] 2018 [Acesso em 2021 jan 11]. 71(4): 2102–2108. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000401985&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
12. Bouabdallaoui N, Messas N, Greenlaw N, Ferrari R, Ford I, Fox K. et al. Impact of smoking on cardiovascular outcomes in patients with stable coronary artery disease. Eur. j. prev. cardiol. [Internet] 2020 [Acesso em 2021 mar 21]. doi: <https://doi.org/10.1177/2047487320918728>
13. Zheng X, Dreyer RP, Hu S, Spatz ES, Masoudi FA, Spertus JA, et al. Age-specific gender differences in early mortality following ST-segment elevation myocardial infarction in China. Heart. 1o de março de 2015;101(5):349–55. [Internet] 2015 [acesso em 2020 dez 01]; 2014 Dec 15; 349-355. Disponível em: <https://heart.bmj.com/content/heartjnl/101/5/349.full.pdf>
14. Thomas CM. Type 2 Diabetes and Heart Failure: Challenges and Solutions. Current Cardiology Reviews. [Internet] 2016 [Acesso em 2020 dez 01]; 12(3), 249–255. Disponível em: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/
15. Kendir C, Akker MVD, Metsemaker RVJ. Cardiovascular disease patients have increased risk for comorbidity: A crosssectional study in the Netherlands, European Journal of General Practice. [Internet] 2018 [Acesso em 2021 mar 13]; 24(1), 45-50. doi: <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1398318>
16. Siu AL. Screening for High Blood Pressure in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine. [Internet] 2015 [Acesso em 2020 dez 13]. 163(10). 2015. doi: <https://doi.org/10.7326/M15-2223>
17. Nascimento RCRM, Álvares J, Junior AAG, Gomes IC, Silveira MR, Ediná AC, Leite SN, Costa KS, Soiero OM, Guibu IA, Karnikowski MGO, Acurcio FA. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev Saude Publica. [Internet] 2017 [Acesso em 2021 dez 21]. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/xMVtMdQ7pdM7zcGSVFBMrdm/?format=pdf&lang=pt>
18. Brunner FJ, Waldeyer C, Ojeda F, Salomma V, Kee F, Sans S, Thorand B. et al. Application of non-HDL cholesterol for population-based cardiovascular risk

stratification: results from the Multinational Cardiovascular Risk Consortium. The Lancet. [Internet] 2019 [Acesso em 2021 fev 10]; 394, 2173–2183. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361932519X>

19. SWAPNIL H. et al. Hypertension Canada's 2020 Evidence Review and Guidelines for the Management of Resistant Hypertension. Canadian Journal of Cardiology. [Internet] 2020 [Acesso em 2020 dez 20]. 36 ed. p. 625 – 634.2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32389336/>

RECEBIDO: 26/08/2021
ACEITO: 26/01/2022

Arteterapia: significado para os profissionais da atenção primária à saúde

Art therapy: meaning for primary health care professionals

Leiliane de Jesus de Martini Lopes Vilar¹, Marcos Hirata Soares², Julia Trevisan Martins³,
Maíra Bonafé Sei⁴, Joseli Aparecida Gomes⁵, Aline Aparecida Oliveira Moreira⁶

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0834-5874>. Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

E-mail: leilianemartini@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1391-9978>. Doutor em Enfermagem Psiquiátrica Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

E-mail: mhirata@uel.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6383-7981>. Doutora em Enfermagem Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

E-mail: jtmartins@uel.br

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0693-5029>. Doutora em Psicologia Clínica Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

E-mail: mairabonafe@uel.br

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2261-1422>. Mestre em Enfermagem Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

E-mail: josicatai@hotmail.com

6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2621-7078>. Doutoranda em Enfermagem Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

E-mail: alineoliveira@yahoo.com.br

CONTATO: Autor correspondente: Aline Aparecida Oliveira Moreira |
Endereço: Rua das Orquídeas, 75. Londrina-PR Telefone: (43) 991774908 E-mail: alineoliveira@yahoo.com.br

RESUMO

Estudo com objetivo de compreender o significado da arteterapia para os profissionais da enfermagem da atenção primária à saúde. Pesquisa qualitativa realizada com sete profissionais de enfermagem de duas Unidades Básicas de Saúde. Desenvolveram-se oficinas de arteterapia por meio de 10 encontros semanais. Após quatro meses, entrevistas individuais e audiogravadas foram realizadas e as falas avaliadas pela técnica de Análise de Conteúdo. Na análise emergiram quatro categorias, as quais mostraram que arteterapia foi uma vivência importante, de satisfação, de aprendizado sobre si mesmo e um pouco mais sobre os colegas, espaço de poder se expressar e ouvir, o que propiciou vivências de bem-estar, de tempo para relaxar e aliviar o estresse da jornada de trabalho. A arteterapia se configurou como uma estratégia que pode ser utilizada com trabalhadores de enfermagem e desvelou-se como um papel terapêutico, propiciando o bem-estar e colaborando para melhoria da qualidade de vida laboral.

DESCRITORES: Saúde mental. Atenção primária à saúde. Enfermagem. Terapêutica.

ABSTRACT

Study with the objective of understanding the meaning of art therapy for nursing professionals in primary health care. Qualitative research carried out with seven nursing professionals from two Basic Health Units. Art therapy workshops were developed through 10 weekly meetings. After four months, individual and audio-recorded interviews were carried out and the speeches were evaluated using the Content Analysis technique. In the analysis, four categories emerged, which showed that art therapy was an important experience, of satisfaction, of learning about oneself and a little more about colleagues, a space to be able to express and listen, which provided experiences of well-being, of time to relax and relieve the stress of the workday. Art therapy was configured as a strategy that can be used with nursing workers and revealed itself as a therapeutic role, providing well-being and helping to improve the quality of working life.

DESCRIPTORS: Mental health. Primary health care. Nursing. Therapeutics.

INTRODUÇÃO

Os profissionais de enfermagem na maioria das vezes, estão expostos a ambientes laborais de risco para o surgimento de problemas de natureza mental, devido à fatores como as relações interpessoais conflituosas, a sobrecarga laboral, os recursos humanos e materiais insuficientes, o lidar com a dor e a morte constantemente, a falta de reconhecimento pelo trabalho, dentre outros. Tais fatores levam a problemas na saúde mental¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que há crescimento dos problemas mentais, sendo a depressão considerada como a primeira causa de incapacidade em nível mundial. A depressão é uma doença considerada pela OMS como o “mal do século”, a qual vem acompanhada de baixa autoestima, tristeza, medo, perturbação mental, pessimismo, entre outros sinais². Na realidade brasileira também é alta a prevalência da depressão na população em geral, bem como entre profissionais de saúde, o que é percebido pelo elevado índice de suicídio¹.

O estresse ocupacional se apresenta como uma das principais causas que tem levado os trabalhadores ao adoecimento, se configurando em um grave problema de saúde pública devido aos riscos que provoca no bem-estar e na qualidade de vida laboral e particular, bem como na vida social dos trabalhadores³. Desta forma, é preciso implementar ações que promovam o bem-estar dos trabalhadores, tanto para garantir a qualidade do atendimento prestado ao cliente quanto a própria saúde dos mesmos.

Dentre as estratégias que podem ser utilizadas para promover a saúde física e mental e por consequência a qualidade de vida no trabalho (QVT) têm-se a arteterapia, ou seja, a participação dos profissionais de saúde em atividades artísticas⁴⁻⁵. Assim, programas de arteterapia, surgem como uma proposta para enfrentar ao desafio mundial em saúde mental proposto pela OMS que é o cuidado à saúde mental da população².

Autores⁶ colocam que programas que incluam a arteterapia para o atendimento de profissionais da área da saúde possam contribuir para diminuir as doenças e agravos relacionados à saúde mental, bem como impactar positivamente na saúde e bem-estar desses trabalhadores, ou seja, podem impactar na QVT e no bem-estar. Assim, é de fundamental importância pesquisas sobre a temática da QVT de

profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), visto que, que são incipientes os estudos sobre a temática da arteterapia e QVT com profissionais da APS.

Diante das considerações anteriores, faz-se o seguinte questionamento: qual o significado que os profissionais de enfermagem da atenção primária têm sobre a sua participação em oficinas de arteterapia? Para responder esse questionamento traçou-se com como objetivo compreender o significado da arteterapia para os profissionais da enfermagem da atenção primária à saúde.

MÉTODO

Estudo descritivo, qualitativo, realizado com profissionais de enfermagem de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de uma cidade do interior do Estado do Paraná. Esta cidade conta com uma população estimada, para o ano de 2020, de 55.131 habitantes e uma extensão territorial de 297.742 km².

A rede de serviços públicos de saúde deste município é composta de 12 estabelecimentos, na qual nove deles são de serviços destinados à APS, como a Estratégia de Saúde da Família. Os demais serviços são uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e dois hospitais gerais de pequeno porte, sendo um filantrópico e um privado, nos quais é prestado atendimento de urgência/emergência, ambulatorial e internação hospitalar.

Para presente o estudo a seleção dos profissionais ocorreu por conveniência e estabeleceu-se como critério de inclusão estar no trabalho há no mínimo seis meses e não estar de férias ou licença de qualquer natureza e como critério de exclusão a falta em dois encontros. Após aplicar os critérios de inclusão e por voluntariedade configuraram como potenciais participantes, 12 trabalhadores, mas, no decorrer do desenvolvimento das oficinas houve falta de cinco pesquisados por duas vezes, sendo excluídos. Assim, o estudo totalizou sete participantes (quatro enfermeiros, um técnico de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem).

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu em duas fases. A primeira abarcou o processo arteterapêutico e a segunda, as entrevistas com os participantes. As oficinas foram desenvolvidas de janeiro a março de 2020, por meio de dez encontros semanais, com 1 hora e 30 minutos de duração aproximadamente, na própria instituição e durante a jornada de trabalho. As oficinas foram conduzidas pela

pesquisadora principal, sendo que antes e após cada oficina o orientador/coordenador da pesquisa e especialista em arteterapia realizava suas orientações.

Na sequência apresenta-se, resumidamente, a proposta de cada oficina arteterapêutica:

A oficina 1 teve por função fortalecer o vínculo para que fosse possível alcançar os objetivos esperados nesta pesquisa, o qual visa o protagonismo e a autonomia dos profissionais de enfermagem participantes do grupo e ainda propõe promover a reflexão sobre temas que estejam fixados no cotidiano laboral.

Realizou-se leitura de texto que estimulava a apresentação pessoal por meio de dramatizações individuais, em duplas e em grupos. Essas atividades estimularam o toque, avaliando o tocar no sentido de fazer e receber. Os participantes foram convidados a serem livres, sentir os momentos de liberdade, de reflexão física, um monólogo e uma introversão. Os exercícios são capazes de desenvolver nos participantes a extroversão e sua reflexão.

A oficina 2 com o tema de autoconhecimento teve como princípio norteador a visualização criativa da Torre extraída de um livro⁷, para fortalecer o seu reconhecimento e processo de transformação pessoal por meio de desenho, com o emprego da meditação guiada.

A oficina 3 com o objetivo de autoconhecimento e de estimular o relacionamento interpessoal, com fortalecimento de vínculo e a importância do trabalho em equipe, teve como incentivo o Conto dos Sete Novelos para o incremento da criatividade e expressão por meio da confecção do Olho de Deus, trabalho manual desenvolvido com lãs e palitos de churrasco⁸.

Para promover o empoderamento e autoconfiança, na oficina 4, foi realizada a construção da mandala dos quatro elementos. Cada participante executou de forma isoladamente suas atividades. Nesta oficina foram identificadas diversas características de linguagens com o uso de materiais expressivos tais como: pensamento, sentimento, intuição e sensação juntamente com os aspectos simbólicos relacionados aos quatro elementos da natureza: Fogo, Água, Terra e Ar⁹.

Na oficina 5 foi tratado sobre a temática do empoderamento. Assim, foi lido o Mito da Deusa Atena, representante das características arquetípicas relacionadas principalmente ao pensamento estratégico e racional¹⁰.

Para a atividade da oficina 6, que teve como finalidade a comunicação e a expressão, foi lido o Mito da Deusa Ártemis¹⁰. Para desenvolvimento desta oficina, foi solicitado a todos os participantes a criação de uma capa protetora.

A oficina 7 também teve como objetivo a comunicação e a expressão. Foi utilizado o conto da Deusa Perséfone que relaciona a sensação/intuição, é a deusa das ervas, flores, frutos e perfumes, mostrando em sua história que também era luz para os que viviam nas trevas¹⁰. Cada participante desenvolveu um desenho para se expressar.

A oficina 8 teve por finalidade favorecer o processo de transformação e superação pessoal (autoestima). Isso foi desenvolvido por meio da parábola chinesa do vaso de cerâmica rachado, usando a resiliência como promoção da reflexão, que trabalha a positividade e lida de maneira assertiva com os aspectos negativos¹¹.

Na oficina 9, a meta era despertar a autoestima. Realizou-se a leitura do Mito de Afrodite e procedeu-se à realização de uma atividade expressiva intitulada de moldura de espelho.

Por fim a oficina 10, na qual foi realizado o encerramento das atividades. Neste dia foram entregues os trabalhos produzidos, sendo solicitado que todos olhassem para suas produções e refletissem sobre as mesmas.

A segunda etapa da pesquisa se deu quatro meses após o término do processo arteterapêutico e constituiu-se de entrevista qualitativa semiestruturada, individual, previamente agendada e realizada no próprio local laboral e teve a seguinte questão norteadora: “**fale-me sobre o que significou para você participar das oficinas de arteterapia**”.

As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 25 minutos duração e foram audiogravadas com a anuência dos pesquisados, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após entrevistas foram transcritas na íntegra.

A análise de dados provenientes das falas se deu por meio da avaliação do conteúdo segundo os preceitos de Bardin¹² que se configura essencialmente em avaliar o material coletado na pesquisa, para melhor entendimento de seus resultados, reunindo elementos em características comuns, bem como, o maior número de informações existentes. A Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise

das comunicações que tem como finalidade superar as incertezas e aprimorar a leitura dos dados coletados. Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, propondo obter por procedimento, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que busquem a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens¹².

Realizou-se a pré-análise, por meio da a leitura flutuante, organização do material de acordo com o objetivo. Na sequência foi realizada a exploração do material, que se configurou no momento de codificação dos dados e, por fim, procede-se o tratamento dos resultados¹².

O estudo foi realizado respeitando os preceitos legais de pesquisa em cumprimento a Resolução 466/2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL), com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 19612519.6.0000.5231, e Parecer nº 3.775.414. Para preservar o anonimato dos participantes as falas foram identificadas com a E seguida pela numeração 1, 2, 3 e assim por diante.

RESULTADOS

Das falas dos pesquisados depreendeu-se que participar das oficinas de arteterapia foi uma vivência importante, de satisfação, de aprendizado sobre si mesmo e um pouco mais sobre os colegas, espaço para poder se expressar e ouvir, o que propiciou vivências de bem-estar. Ainda, foi revelado que os mesmos puderam ressignificar suas vivências ao interagir com as histórias narradas, passando a reconhecer a importância de atividades alternativas tais como: atividades manuais, tempo para relaxar e aliviar a carga e o estresse da jornada de trabalho.

Tais constatações estão descritas em quatro categorias apresentadas na sequência:

CATEGORIA 1: Uma experiência de conhecimento de si e dos colegas

As falas dos participantes revelam que as oficinas de arteterapia foi momento em que se pode a partir das atividades propostas aprender novas estratégias para se reconhecer, bem como, compreender os seus pares com maior profundidade. É o que mostra os depoimentos:

Cada oficina, cada trabalho, foi como um tratamento, uma evolução, uma forma de me identificar, de tentar melhorar, de me entender e entender as pessoas ao meu lado de trabalho. A partir dos mitos eu percebi que eu sempre busquei a perfeição, agradar sempre a todos e com as reflexões dos colegas no grupo e vi que não tem quem é perfeito, cada um com sua personalidade, me ajudou muito a ver onde estou errando e onde posso melhorar. (E1)

Aprendi a olhar dentro de mim e também para o campo de trabalho, aprendi com as pessoas que estavam ao meu redor também. Acredito que as oficinas foram valiosas, trouxe novos conhecimentos, pude perceber que devemos lidar com as diferenças e fazer com que elas se tornem aspectos positivos mesmo que as vezes tenham "cara" de negativo. (E4)

CATEGORIA 2: Uma experiência de satisfação e de pausa para relaxar

Pode-se se perceber nas falas dos profissionais de saúde que participaram do estudo que as oficinas foram importantes e se configurou em uma experiência de satisfação, de prazer e de relaxamento das atividades laborais.

Achei muito diferente, um momento de muita satisfação, esse tipo de oficina deveria ter para todos os profissionais no trabalho. Um momento de muito de muito prazer e de alegria. (E6)

Foram dias maravilhosos, de muita satisfação um escape de saída de toda sobrecarga com dias difíceis de respirar, gostei bastante das artes manuais, principalmente me surpreendi fazendo o trabalho de acordo com os mitos, eu achava que seria superdifícil de fazer e não foi assim, eu consegui ir além das minhas limitações, consegui ter ideias do que faria com a tarefa dada e consegui concretizar. (E7)

CATEGORIA 3: Uma experiência terapêutica

Também foi revelado que a arteterapia se configurou como uma experiência terapêutica:

Então durante esse tempo em que estivemos juntos, foi muito bom para mim, era onde eu descarregava as energias ruins, onde desabafava, falava dos meus anseios, medos complexos, insatisfação, mas, também teve muitos momentos bons de risos, comilanças, reunir com esse grupo foi para mim uma experiência incrível, não via a hora de chegar na terapia. Cada arte que fazia era um desafio pois tenho dificuldade em passar o que estou sentindo, nem sempre consigo pôr no papel, desenhar para mim é difícil. Foi uma terapia mesmo. (E2)

No começo achei meio estranho fazer esse trabalho por ser assim tantas coisas de assunto pessoal e no caso falar da minha vida pessoal eu não gosto muito, no começo mesmo eu fui com medo, incertezas, no primeiro

dia mesmo fiquei bem assombrado, mas, ao longo dos trabalhos eu fui me abrindo e quando consegui ir me abrindo falando um pouco das minhas angústias, tristezas e no final eu saio como um ganho e que independente das minhas dificuldades eu sei que vou conseguir fazer as coisas. Foi uma terapia bem gostosa. (E5)

CATEGORIA 4: Uma experiência para ouvir e falar

Os encontros foram momentos nos quais os trabalhadores de enfermagem consideraram como uma oportunidade de comunicação, em que puderam falar e ouvir. É o que revela os depoimentos:

Foi muito bom a gente pode falar e ouvir uma experiência que vou levar para a minha vida toda. Aprendi a ouvir com atenção o que pessoas falam e como se expressam por meio de desenhos, representações e cores. (E6)

As oficinas me fizeram a aprender a falar o que sinto, mas principalmente a ouvir os colegas, a partilhar nossos problemas e nossas vitórias. (E3)

DISCUSSÃO

Os resultados indicaram que ao participar do processo arteterapêutico os profissionais de enfermagem notaram a possibilidade de interagir com os colegas de maneira diferente do dia a dia, isto é, perceberam as oficinas como uma estratégia para se reconhecer e compreender os seus pares com maior profundidade. Estudos indicam que existem melhora e estreitamento das relações no ambiente de trabalho após engajamento da equipe de saúde em atividades artísticas⁴⁻⁵.

O autoconhecimento é fundamental, pois pode provocar um efeito positivo provando a autoestima, que é a apreciação pessoal e a aceitação de si mesmo. A autoestima pode interferir no autoconceito e ter autoestima positiva traz benefícios para a relação interpessoal, pois ser seguro e confiante, capaz de reconhecer suas qualidades e defeitos, não se considerar superior ou inferior a outra pessoa é uma maneira de avaliar-se de forma crítica e construtiva, tornando a pessoa mais compreensiva no que diz respeito às diferenças e individualidades do grupo¹³.

Os encontros arteterapêuticos foram tidos como momentos de satisfação e uma pausa para relaxar. Estudo com profissionais da saúde mostrou que o envolvimento em atividades artísticas tem um impacto positivo na saúde e bem-estar dos trabalhadores⁶. Estudo constatou efeitos positivos como a redução do estresse,

melhora do humor, aumento do desempenho no trabalho, diminuição do *burnout* e aumento da sensação de bem-estar^{4,14}.

Com relação a arteterapia como sendo uma possibilidade terapêutica. Estudo realizado em países nórdicos reconhecem que a inclusão das artes e cultura é uma estratégia para promoção de saúde¹⁵. A participação em oficinas de arteterapia pode contribuir para minimizar o estresse e o sofrimento psíquico do profissional de saúde¹⁶.

A arteterapia também foi uma alternativa eficaz, terapêutica e viável para melhorar a condição e promover o bem-estar de profissional que atua em um ambulatório de saúde, constituindo-se numa forma preventiva de cuidado, especialmente se forem desenvolvidas no local de trabalho, podendo ser implementada em curto período de tempo e com baixo custo financeiro, utilizando-se materiais simples e facilmente disponíveis⁶.

No que concerne a uma possibilidade de falar e ser ouvido. Autores afirmam que ao se estabelecer uma possibilidade de interação, de ouvir e ser ouvido como uma prática entre os trabalhadores, se configura em melhoria da qualidade dos serviços de saúde, bem como promove a saúde mental dos mesmos, visto que, ocorre uma maior satisfação no labor e ajuda mútua, fortalecendo os integrantes da equipe¹⁷.

Destaca-se que os profissionais de saúde estão acostumados a interagir com problemas e sofrimentos de várias ordens, assim, ao ter oportunidade de falar sobre sua participação em um processo de arte terapia, revelou que os profissionais identificaram-na como uma forma de obter saúde mental, pois apresentou-se como um momento saudável e prazeroso, permeado por momentos de descontração e leveza no ambiente de trabalho¹⁸.

Salienta-se que os gestores em conjunto com os trabalhadores precisam buscar estratégias para lidar com os desafios pertinentes à sua área de trabalho¹⁹. Assim, é importante que sejam disponibilizadas práticas terapêuticas que garantam o apoio psicológico ao profissional e, por sua vez, favoreça sua saúde mental e maximize a QVT²⁰.

Embora o estudo tenha atingido o objetivo proposto teve limitação por ter sido realizado apenas com profissionais de enfermagem de UBS de uma cidade, o que impede a generalização dos resultados. Assim, sugere-se o desenvolvimento de

outras pesquisas sobre a temática da arteterapia com profissionais de enfermagem em outros cenários laborais.

CONCLUSÃO

A arteterapia se configurou como uma estratégia que pode ser utilizada com trabalhadores de enfermagem. Pode-se afirmar diante das interpretações e das reflexões dos significados da arteterapia para os participantes que teve papel terapêutico, pois, despertou o conhecimento de si mesmo e dos colegas, propiciou momentos de satisfação e de descontração, ou seja, de relaxar, ainda foi estímulo para o aprender ouvir e falar. Assim, é uma prática de intervenção a ser implementada no trabalho dos profissionais de enfermagem, como uma forma de promover a saúde, em especial a mental.

Assim sendo, a arteterapia se apresentou como um processo que possibilitou que os participantes tenham uma melhora no bem-estar e, por sua vez, uma melhor QVT e também uma melhor assistência aos pacientes, familiares e comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Miranda FAN, Mendes FRP. Nos cenários da urgência e emergência: ideação suicida dos profissionais de enfermagem. Rev Rene [Internet]. 2018 [acesso em 2021 mai 30]; 19:e3382. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2018193382>
2. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos conversar”. Organização Mundial da Saúde, 2017 [acesso em 2021 mai 30]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-campanha-vamos-conversar&Itemid=839
3. Petarli GB, Zandonade E, Salaroli LB, Bissoli NS. Estresse ocupacional e fatores associados em trabalhadores bancários, Vitória–ES, Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2015[acesso em 2021 mai 25]; 20:3925-3934. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.01522015>
4. Jensen A, Bonde LO. The use of arts interventions for mental health and wellbeing in health settings. Perspect public health. 2018 [acesso em 2021 jun 01], 138(4):209-214. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1757913918772602>

5. Stickley T, Wright N, Slade M. The art of recovery: outcomes from participatory arts activities for people using mental health services. *J. ment. health.* 2018 [acesso em 2021 jun 20]; 27(4):367-373. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09638237.2018.1437609>
6. Depret OR, Maia EBS, Borba RIHD, Ribeiro CA. Saúde e bem-estar: a arteterapia para profissionais de saúde atuantes em cenários de cuidado ambulatorial. *Esc. Anna Nery.* 2020 [acesso em 2021 mar 13]; 24(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0177>
7. Gebrim P. *A menina, a águia e a torre.* Kindle; 2018.
8. Medearis AS. *Os Sete Novelos: um conto de Kwanzaa.* São Paulo: Cosac Naify; 2005.
9. Leopold AM. O elemento “fogo” na arteterapia, experiência de uma sessão em oficina com idosos. *Ver. Arteterapia da Associação de Arteterapia do Estado de São Paulo.* 2012; 3 (1):19-29. [acesso em 2021 mar 13]. Disponível em: https://www.aatesp.com.br/resources/files/downloads/revista_v3_n1.pdf
10. Woolger JB, Woolger RJ. *A deusa interior: um guia sobre os eternos mitos femininos que moldam nossas vidas.* Cultrix; 2016.
11. Carvalho B, Kwietniak D. On homeomorphisms with the two-sided limit shadowing property. *J. Math. Anal. Appl.* 2014 [acesso em jun 10]; 420(1):801-813. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmaa.2014.06.011>
12. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa, Portugal; Edições 70; 2016.
13. Elias ADDS, Tavares CMDM, Muniz MP. A interseção entre ser enfermeiro e ser terapeuta em saúde mental. *Rev. bras. enferm.* 2020 [acesso em 2021 jun 29]; 73. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0134>
14. Wilson C, Bungay H, Munn-Giddings C, Boyce M. Healthcare professionals' perceptions of the value and impact of the arts in healthcare settings: A critical review of the literature. *Int. j. nurs. stud.* 2016 [acesso em 2021 mai 30]; 56: 90-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.11.003>
15. Jensen A, Stickley T, Torrissen W, Stigmar K. Arts on prescription in Scandinavia: a review of current practice and future possibilities. *Perspect public health.* 2017 [acesso em 2021 jun 02]; 137(5): 268-274. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1757913916676853>
16. Schwalbert LS, Gelain D. Arteterapia: do estresse à transcendência. *Rev Científica de Arteterapia Cores da Vida.* 2016 [acesso em 2021 mar 29]; 20 (20): 1-45. Disponível em: <http://acatarterapia.blogspot.com/2013/07/revista-cientifica-de-arteterapia-cores.html>
17. Lapão LV, Arcêncio RA, Popolin MP, Rodrigues LBB. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na

região de Lisboa, Portugal. Cienc. Saúde Colet. 2017 [acesso em 2021 jun 01]; 22: 713-724. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33532016>

18. Martin L, Oepen R, Bauer K, Nottensteiner A, Mergheim K, Gruber H et al. Creative arts interventions for stress management and prevention—a systematic review. *Behav. sci.* 2018 [acesso em 2021 jul 02]; 8(2): 28. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/bs8020028>
19. Rodrigues CCFM, Santos VEP. The body speaks: physical and psychological aspects of stress in nursing professionals. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*. 2016 [acesso em 2021 jul 02]; 8(1): 3587-3596. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3587-3596>
20. Avelino DC, Silva PMC, Costa LDFP, Azevedo EB, Saraiva AM, Filha MDOF. Trabalho de enfermagem no centro de atenção psicossocial: estresse e estratégias de coping. *Rev. Enferm. UFSM*. 2014 [acesso em 2021 jun 15]; 4(4): 718-726. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769214163>

RECEBIDO: 29/09/2021

ACEITO: 26/01/2022

Programa de telessaúde de enfrentamento ao coronavírus no Paraná: relato de experiência de enfermeiras na orientação de bolsistas multiprofissionais

Telehealth program for coping with the coronavirus in Paraná: experience report of nurses in the guidance of multiprofessional scholarship holders

Ana Paula Garbuio Cavalheiro¹, Ana Luzia Rodrigues², Carla Luiza da Silva³

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0978-5217>. Enfermeira. Mestre em Ciências Sociais Aplicadas. Professora Colaboradora do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

E-mail: anapaulagarbuio@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5876-8763>. Enfermeira. Doutora em Tecnologia em Saúde. Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

E-mail: anlrodrigues@uepg.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2600-8954>. Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

E-mail: clsilva21@hotmail.com

CONTATO: Autor correspondente: Ana Paula Garbuio Cavalheiro | Endereço: Rua Gonçalves Magalhães, 43, Oficinas, Ponta Grossa, PR Telefone: (42) 99972-2066 E-mail: anapaulagarbuio@gmail.com

RESUMO

Relatar a experiência da atuação de três enfermeiras na orientação de onze acadêmicos bolsistas multiprofissionais em um programa de telessaúde de enfrentamento a COVID-19 no estado do Paraná. A interação se deu totalmente de forma online e ocorreu no período de março a maio de 2020.

Os resultados evidenciaram que a telessaúde é uma estratégia inovadora em saúde que contribuiu para a evitabilidade de deslocamento de usuários à procura direta dos serviços de saúde durante a pandemia. Na ótica das orientadoras, os acadêmicos apresentaram fragilidades para o telemonitoramento da COVID-19 e a educação permanente em saúde. A experiência teve a intenção de partilhar a inovação no atendimento multiprofissional da telessaúde no enfrentamento do novo coronavírus e se apresenta como uma inovadora ferramenta tecnológica frente às diversas áreas da saúde.

DESCRITORES: Enfermagem. COVID-19. Telemonitoramento. Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

To report the experience of nurses' work in guiding scholarship holders in a telehealth program for coping with COVID-19 in the state of Paraná. Experience report of three nurses on the online guidance of twelve multidisciplinary academics in a telehealth program to cope with COVID-19 in the state of Paraná from March to May 2020. Telehealth is presented as an innovative strategy in health that brings positive results in terms of the avoidability of displacement of users looking directly for health services. In the view of the advisors, the students had weaknesses in the COVID-19 telemonitoring and continuing education in health was essential for the improvement of the work process. The experience was intended to share the innovation in multi-professional telehealth care in dealing with the new coronavirus and presents itself as an innovative technological tool in the various areas of health.

DESCRIPTORS: Nursing. COVID-19. Telemonitoring. Patient Assistance Team.

INTRODUÇÃO

Diante da difusão epidemiológica mundial da infecção pelo novo coronavírus (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 – SARS-CoV-2*)¹, causador da *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, doença que pode evoluir para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e óbito¹, têm-se como protagonistas na linha de frente do cuidado os profissionais de saúde, que se colocam em risco para a contenção da pandemia, se adaptando a novas rotinas para prestar cuidado especializado pautado em evidências científicas.

Uma das principais medidas para o controle da transmissibilidade do vírus é o isolamento social, condição que atingiu inúmeros setores da vida humana e que gerou necessidade de inovação nos processos de trabalho das equipes de saúde, outrora raros ou inexistentes². Diante disso, a telessaúde se configura como possibilidade fundamental para o atendimento pré-clínico, suporte assistencial, consultas, monitoramento e diagnóstico, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)³.

A telessaúde abrange uma gama ampla de serviços prestados aos usuários de saúde por meio das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), cuja finalidade é a expansão e a melhoria da rede de serviços de saúde, sobretudo da Atenção Primária à Saúde (APS). Tem como formas de atuação a teleconsultoria, teliagnóstico, telemonitoramento, telerregulação e teleducação⁴.

Os primeiros registros do uso da Telessaúde no Brasil datam o ano de 1.994, quando a Rede Sarah desenvolveu programa de videoconferência para troca de informações entre a sua rede de hospitais⁵. No ano seguinte, a Telecardio, começou a oferecer eletrocardiogramas a distância os quais eram enviados via fax para o Instituto do Coração (Incor) para posteriores diagnósticos. Na sequência, em 1997 foi instituída a primeira disciplina dedicada ao estudo da telemedicina na Universidade de São Paulo (USP)⁵.

Estas experiências, mesmo que insipientes, motivaram o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2007 para o desenvolvimento de um projeto piloto de Telessaúde de apoio à APS que envolveu nove Núcleos de Telessaúde localizados em universidades nos estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul⁶. O projeto teve como meta beneficiar 10 milhões de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e seus objetivos eram: melhorar a qualidade do atendimento na APS, melhorar a resolubilidade na APS;

reduzir custos e tempo de deslocamento de usuários; fixar profissionais de saúde em locais de difícil acesso; melhorar a agilidade no atendimento prestado⁶.

Em 2011, a Portaria nº 2.546/MS instituiu o Programa Telessaúde Brasil Redes, que é reconhecido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), como referência mundial em teletecnologia para promover e ampliar o acesso aos cuidados em saúde, especialmente às populações que vivem em áreas remotas³.

A primeira experiência da telessaúde no Paraná, ocorreu no hospital Santa Cruz com o projeto de telepatologia e teleducação⁵, porém foi com o advento da pandemia COVID-19, no ano de 2020 que esta modalidade de atendimento teve apogeu. Nessa perspectiva, o governo do estado, por meio da Superintendência Geral de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (SETI) e Secretaria de Estado da Saúde (SESA), com a Fundação Araucária (FA), órgão de fomento de pesquisas do estado, iniciou o desenvolvimento da telessaúde (Plataforma Victória Paraná). Tal iniciativa se configurou como um projeto de extensão de prevenção e combate ao novo coronavírus em todo o estado, que envolveu sete universidades estaduais e uma universidade federal.

Esta iniciativa culminou na execução de atividades de telessaúde, entre elas, a telemedicina e a telepsicologia. Neste primeiro momento, não foi possível a execução da telenfermagem, porém sabe-se que frente às necessidades da pandemia e de adaptações nos processos de trabalho da enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 26 de março do mesmo ano, autorizou e normatizou a teleconsulta de enfermagem por intermédio da Resolução nº 634, como uma forma de combater a pandemia, permitindo a interação e consulta do enfermeiro a distância, auxiliando os serviços de saúde⁷.

Nesta perspectiva, três enfermeiras, docentes de uma instituição de ensino superior pública do Paraná, iniciaram trabalho de orientação online junto a doze alunos bolsistas dos cursos de medicina e enfermagem. As orientações tinham como objetivo aprimorar a prática dos bolsistas nos processos de monitoramento, telediagnóstico e teleducação frente aos sinais e sintomas da COVID-19.

A utilização dessa plataforma de telessaúde vem ao encontro das necessidades vivenciadas no momento, evitando, assim, a movimentação dos usuários e aglomerações em hospitais e Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo sua implementação um desafio no novo modo de triagem e estratificação de risco.

Nesse sentido, trata-se de um projeto inovador, pautado na utilização de tecnologia leve-dura, que exigiu modificações das práticas e do processo de trabalho dos profissionais e alunos envolvidos.

Diante do exposto, o objetivo deste artigo é relatar a experiência da atuação de enfermeiras na orientação de bolsistas num programa de telessaúde no enfrentamento ao COVID-19 no estado do Paraná.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, sobre a atuação de três enfermeiras docentes na orientação de doze bolsistas de um programa de telessaúde de enfrentamento ao novo coronavírus no estado do Paraná, de março a maio de 2020. O projeto recebeu fomento da FA, para que todas as regionais de saúde tivessem atuação de diversos profissionais e estudantes para auxiliar no combate à pandemia.

A atuação das enfermeiras iniciou-se após adequações de inscrição e investidura no cargo. Concomitantemente ao ingresso das orientadoras, os bolsistas foram inseridos no projeto. De início, a coordenação do projeto extensionista promoveu seis reuniões remotas para orientação sobre a telessaúde, treinamento nas ferramentas tecnológicas da plataforma e adequações dos atendimentos remotos. A atuação das docentes está vinculada à 1ª Regional de Saúde do Estado, que desenvolve atividades de monitoramento e orientação junto aos bolsistas da plataforma do estado. Destaca-se que a plataforma estava disponível de domingo a domingo, das 8h às 23h, por meio de escala de trabalho. A complexidade das demandas dos usuários exigiu uniformidade das orientações repassadas, bem como encaminhamentos multidisciplinares.

A primeira aproximação virtual entre orientadoras e bolsistas aconteceu no dia 25 de março de 2020, momento em que foi identificado que os bolsistas eram estudantes da área da saúde de todo o estado. Nove deles eram mulheres e três, homens, com idade variando de 20 a 49 anos, cursando Saúde Coletiva, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia; 11 estavam no quarto ano e um, no quinto ano dos respectivos cursos.

No mesmo encontro, as orientadoras perceberam a necessidade de um instrumento que norteasse o raciocínio clínico e auxiliasse na identificação de sinais e sintomas sugestivos da COVID-19, evitando assim erros na condução clínica. A

identificação desses achados pelos bolsistas era fundamental para dar sequência ao atendimento virtual, que envolvia: (i) encaminhamento para consulta médica, quando houver suspeita de infecção pelo novo coronavírus; (ii) orientações gerais, quando o usuário não apresentar sinais sugestivos da infecção; (iii) encaminhamento para telepsicologia, quando se observar sinais de angústia, medo ou ansiedade.

Com base nessa percepção, as orientadoras elaboraram manual de atendimento do bolsista na Plataforma Victória Paraná, fundamentado nas diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19¹. O documento foi validado pela diretoria geral e área técnica da SESA no dia 13 de abril e, em 16 de abril, foi utilizado como instrumento de ensino-aprendizagem junto aos bolsistas de todo o estado.

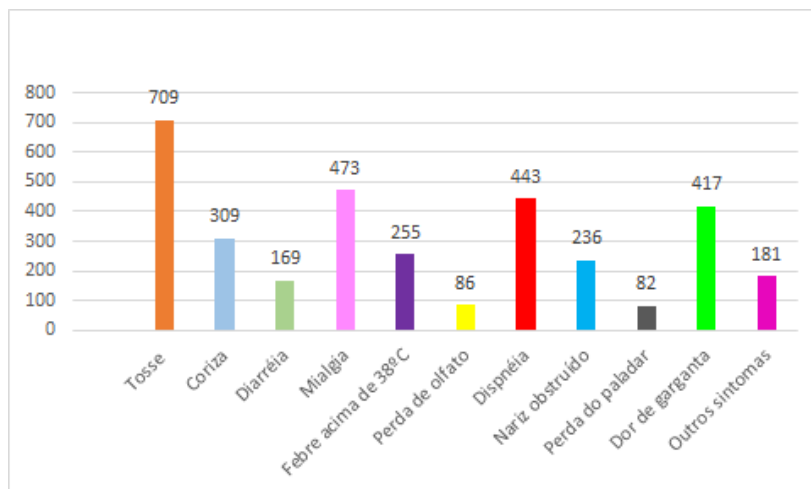
Esta pesquisa encontra-se aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, sob número CAAE: 32121120.3.0000. 5225 e Parecer: 4.087.832.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As atividades exercidas pelos bolsistas que compõem o projeto expressaram resultados positivos no que tange à evitabilidade de deslocamento de usuários à procura de serviços de saúde, bem como da sua lotação. De forma geral, o projeto atendeu, virtualmente ou pelo telefone, até o dia 25 de maio de 2020, 4.329 usuários de Curitiba, 506 de São Paulo, 292 de Londrina, 241 de Maringá, 180 de Ponta Grossa, 171 de Cascavel, 145 de Foz do Iguaçu, 145 de São José dos Pinhais, 130 do Rio de Janeiro e 993 de regiões não identificadas pelo usuário, totalizando 7.132 teleatendimentos no período⁸.

Os principais sinais e sintomas referidos pelos usuários, estratificados por todos os bolsistas do projeto, estão indicados no Gráfico 1, que apresenta um recorte do período de atuação.

Gráfico 1. Sinais e sintomas evidenciados pelos usuários da telessaúde do estado do Paraná, no período de 13 de abril a 25 de maio de 2020. Ponta Grossa, Paraná, Brasil, 2020.



Fonte: as autoras (2020).

Percebe-se que os principais sinais e sintomas elencados pelos usuários foram: tosse, mialgia, dispneia, dor de garganta, coriza e febre acima de 38 °C, a maioria dos quais condiz com sintomas típicos da COVID-19, citados por diversas fontes da literatura⁹⁻¹¹. No entanto, os bolsistas necessitam estratificar o risco clínico-epidemiológico, diferenciando os sinais da COVID-19 das demais doenças, para então encaminhar ao médico via plataforma virtual.

Especificamente, o grupo de bolsistas sob orientação das enfermeiras da pesquisa em tela contribuiu com o projeto ao atender virtualmente 160 usuários. Esses atendimentos foram minuciosamente acompanhados pelas orientadoras, que auxiliaram os bolsistas na manutenção do foco no instrumento validado e na condução do atendimento, possibilitando a diminuição da ansiedade e fomentando a interação e participação de todos nos atendimentos.

Ao longo das orientações as professoras constataram fragilidades e potencialidades nas ações dos bolsistas da telessaúde, as quais estão descritas a partir das categorias empíricas apresentadas a seguir:

Categoria 1. Fragilidades para telemonitoramento da COVID-19

A percepção de ansiedade no atendimento dos bolsistas foi clara, principalmente nas primeiras semanas. Notou-se que os atendimentos eram rápidos e sem seguimento do manual; pela inexperiência de estratificação de risco por parte

do aluno, foi necessária a intervenção das orientadoras. Esse entendimento possibilitou o direcionamento das atividades, que auxiliou na mudança de atitude e melhora da comunicação entre os envolvidos (usuário, bolsista e orientadoras), oportunizando ao bolsista a percepção de seu apoio na resolução participativa dos problemas e tomada de decisão, reduzindo, assim, a ansiedade inicial do atendimento¹².

Ressalta-se que, apesar de o atendimento ser remoto, o atual momento de pandemia no Brasil resultou na diminuição de interação entre as pessoas. Diante disso, os bolsistas podem se sentir despreparados para realizar a nova atividade, influenciados por fatores como diferentes níveis de pressão psicológica, irritabilidade e desespero¹³. Nesse aspecto, a percepção das orientadoras resultou na necessidade de EPS, discutida a seguir.

Categoria 2. Educação Permanente em Saúde (EPS) para o aprimoramento da telessaúde

A EPS do SUS se configura como proposta de aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, com o objetivo de transformar as práticas profissionais¹⁴. Em geral, ela se desenvolve na articulação entre ensino, serviço e comunidade, com foco na promoção de iniciativas qualificadas para defrontar a complexidade inerente ao SUS, levando em consideração necessidades e dificuldades do segmento¹⁴.

Fundamentadas nessa recomendação, as orientadoras perceberam a ansiedade e atendimento sem seguimento do manual e questionaram os bolsistas sobre a leitura, decodificação e aplicação prática do conhecimento e se o manual os teria auxiliado no raciocínio clínico para estratificação dos casos suspeitos de infecção pelo novo coronavírus entre os usuários atendidos na plataforma de telessaúde. Como resultado, 100% dos bolsistas responderam que as orientações e o manual os ajudaram na execução das atividades propostas, mas sentiam dificuldades na sequência ideal do atendimento, precisando de capacitação. Assim, as orientadoras entenderam haver a necessidade de EPS.

Um estudo aponta que a EPS exige treinamento para o desenvolvimento profissional, auxiliando os atendimentos em saúde, evitando, assim, falhas no processo de trabalho¹⁵. Está ligada, portanto, a ações de educação continuada para o desenvolvimento de habilidades específicas, programáticas e centralizadas na

atuação de atividades padronizadas e atuais¹⁶, sendo fundamental a reflexão sobre o dia a dia, sobre o serviço exercido, para fortalecer o processo de trabalho, de modo a transformar a prática diária¹⁵.

O uso da tecnologia neste momento pandêmico auxiliou na prestação de serviço à comunidade, oportunizando a realização da telessaúde, a orientação, a compreensão, a redução dos anseios, medos, angústias, diminuindo assim as barreiras impostas pela pandemia. Este processo de trabalho online difundiu esta nova forma de auxiliar a população no cuidado, bem como desenvolveu competências e habilidades dos acadêmicos envolvidos no projeto.

Nesta perspectiva a EPS, na atividade de atendimento na telessaúde, teve por finalidade a reflexão e intervenção no processo de trabalho desenvolvido, com vistas a transformar esse cenário e melhorar o atendimento ao usuário da plataforma, evitando erros e diminuindo a ansiedade dos bolsistas na execução do trabalho.

Após a capacitação, percebeu-se que o atendimento dos bolsistas melhorou, o que mostra que a EPS auxiliou na definição das condutas dos atendimentos que vieram em sequência, diminuindo assim erros na condução clínica dos acadêmicos e encaminhamento correto aos profissionais atuantes na plataforma de telessaúde do Estado do Paraná.

CONCLUSÃO

Este artigo relata a experiência das três enfermeiras docentes, com a intenção de partilhar a inovadora forma de atuação do enfermeiro neste momento de enfrentamento do novo coronavírus. Sabe-se que os desafios da atuação remota e da orientação de bolsistas nesse formato são grandes, portanto, o apoio institucional dos órgãos do governo envolvidos (SETI e SESA) e da FA foi fundamental para a execução das atividades.

Todas as intervenções realizadas oportunizaram o comprometimento social do projeto, EPS e autonomia dos bolsistas nos atendimentos, resultando em melhoria do atendimento ao usuário. O projeto contribuiu para a orientação, comunicação e realização de consultas (médicas e psicológicas) ao indivíduo durante a Pandemia do Novo Coronavírus, auxiliando assim no distanciamento social.

Nesse cenário de atuação, a articulação entre usuários, bolsistas e orientadoras levou a um atendimento seguro, de qualidade e que promovesse maior

visibilidade do serviço. Neste sentido, a atuação neste projeto oportunizou aos acadêmicos o desenvolvimento de habilidades que poderiam não ter contato durante a vida acadêmica, bem como o desenvolvimento do raciocínio clínico frente a suspeita e diagnóstico de COVID19, podendo auxiliar na formação acadêmica e ser um diferencial para a vida profissional.

Por ser um estudo vinculado principalmente à atenção primária em saúde, em conjunto com a pandemia vivida, sabe-se que existem limitações, incluindo o pouco tempo de atuação da plataforma. Assim, enfatiza-se a necessidade de engajamento de todos os setores envolvidos na atividade, para que se tenha uma estratégia efetiva de enfrentamento, contribuindo para a otimização da ferramenta tecnológica empregada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado em 2020 dez 10]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>
2. World Health Organization (WHO). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 3 March 2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado em 2020 dez 07]. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---3-march-2020>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2020 mar. 23 [citado em 2020 dez 07]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>
4. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Saúde Digital. Saúde Digital e Telessaúde [Internet]. [citado em 2020 dez 07]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital>
5. Morsch J.A. Como funciona a telessaúde no Brasil, sua legislação e benefícios [Internet]. 2020 [citado em 2020 dez 07]. Disponível em: <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/telessaude-brasil>

6. Universidade Estadual de Londrina (UEL). Núcleo de telemedicina e telessaúde do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Telessaúde Brasil Redes [Internet]. [citado em 2020 dez 08]. Disponível em: <http://www.uel.br/hu/ntt/pages/telessaude-brasil-redes.php>
7. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução n. 634 de 26 de março de 2020. Autoriza e normatiza, “ad referendum” do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2020 mar. 27 [citado em 2020 dez 07]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Resolu%C3%A7%C3%A3o-Cofen-n%C2%BA-634-2020.pdf>
8. Paraná. Secretaria do Estado da Saúde. Telemedicina Paraná. Secretaria de Saúde. Curitiba, 2020. Disponível em <https://www.saude.pr.gov.br/Galeria-de-Imagens/Governo-do-Parana-implanta-telemedicina-para-atendimentos-da-Covid-19> Acesso em: nov. 21.
9. Zhai P, Yanbing D, Xia W, Junke L, Yanjun Z, Yiming L. The epidemiology, diagnosis and treatment of COVID-19. *Int. J. Antimicrob. Agents.* [Internet]. 2020 [acesso em 2020 dez 07]; 55(5):105955. doi: [10.1016/j.ijantimicag.2020.105955](https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105955)
10. Wei-jie G, Zheng-yi N, Yu H, Wen-hua L, Chun-quan O, Jian-xing H, *et al.* Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N. Engl. J. Med.* [Internet]. 2020. [acesso em 2020 dez 07]; 382:1708-1720. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2002032>
11. Department of Health and Human Services United States. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Symptoms of Coronavirus [Internet]. Washington, 2020. [citado em 2020 dez 15]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>
12. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra CI. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Sao Paulo Med. J.* [Internet]. 2016 [acesso em 2020 dez 15]; 134(1):92. doi: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.20161341T1>
13. Ornell F, Halpern SC, Kessler FHP, Narvaez JCM. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad. Saúde Pública (Online).* 2020 [acesso em 2020 dez 15]; 36(4):e00063520. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063520>
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado em 2020 dez 10]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf

15. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Permanent Health Education in primary care: an integrative review of literature. *Saúde Debate* [Internet]. 2019 [acesso em 2020 dez 15]; 43(120):223-239. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>
16. Silva LAA, Pinno C, Schmidt SMS, Noal HC, Gomes IEM, Signor E. A educação permanente no processo de trabalho de enfermagem. *Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min.* [Internet]. [acesso em 2020 dez 15]; 6(3):2349-2361. doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v6i3.1027>

RECEBIDO: 17/02/2021
ACEITO: 15/12/2021