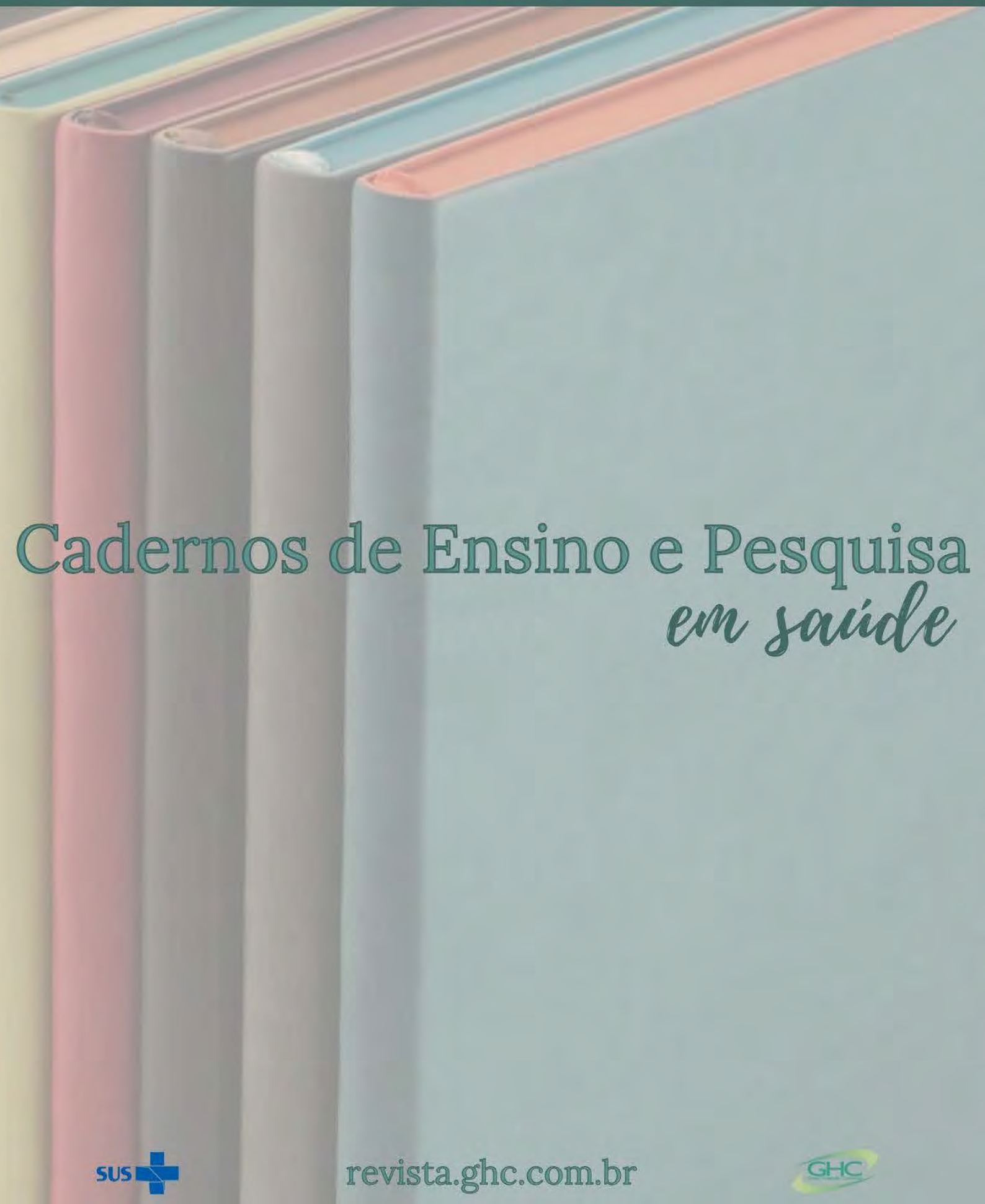


Primeira Edição



# Cadernos de Ensino e Pesquisa *em saúde*



@2021 Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

## **Grupo Hospitalar Conceição**

### **Diretoria**

*Diretor-Presidente:*

Cláudio da Silva Oliveira

*Diretor Administrativo e Financeiro:*

Moises Renato Gonçalves Prevedello

*Diretor Técnico:*

Francisco Antônio Zancan Paz

## **Gerência de Ensino e Pesquisa**

Bruna Donida

## **Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde**

*Equipe Editorial*

Daniel Demétrio Faustino-Silva

Elisandro Rodrigues

Fernando Anschau

Rodrigo de Oliveira Azevedo

*Editora de Criação*

Juliane Meira Winckler

*Bibliotecária*

Luciane Berto Benedetti

**ISSN Eletrônico: 2764-2550**

**DOI: [10.29327/269776.1.1](https://doi.org/10.29327/269776.1.1)**

revista.ghc.com.br

revista@ghc.com.br



## ÍNDICE

### EDITORIAL

|                                                       |         |
|-------------------------------------------------------|---------|
| <b>Nasce o Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde</b> | 01 - 03 |
|-------------------------------------------------------|---------|

Daniel Demétrio Faustino-Silva

Elisandro Rodrigues

Rodrigo de Oliveira Azevedo

|                                                                                                |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Desafíos de la educación y formación en el área de la salud en tiempo de pandemia [esp]</b> | 04 - 07 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|

|                                                                                      |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Desafios da educação e formação na área da saúde em tempos de pandemia [port]</b> | 08 - 11 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|

Maria del Carmen Villanueva-Vilchis

Luis Alberto Gaitán-Cepeda

Maria de los Ángeles Ramírez-Trujillo

### ARTIGOS

|                                                                                                                                                                                  |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) associated with infection by the new SARS-COV-2 virus: a report of cases in a pediatric hospital in southern Brazil</b> | 12 - 27 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|

Cristiane Traiber

Fernanda Umpierre Bueno

Luiz Roberto Braun Filho

Guilherme Unchalo Eckert

Priscila Coelho Amaral

Iloite Scheibel

Marcelo Almeida Azambuja

|                                                                                                          |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Educação Permanente como apoio à detecção e diagnóstico de alterações do desenvolvimento infantil</b> | 28 - 47 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|

Suziane Fernanda Klein

Lisandra Alves Nascimento

Killian Colombo

|                                                                                                    |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Aborto ilegal no contexto da atenção primária à saúde: narrativas de profissionais da saúde</b> | 48 - 71 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|

Helena Biavaschi Grassi

Christiane Silveira Kammsetzer

|                                                                                                             |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Tromboembolismo pulmonar em pacientes hospitalizados com COVID-19: um estudo de coorte retrospectivo</b> | 72 - 86 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|

Raquel Lutkmeier

Isadora Helena Greve

Fernanda Costa dos Santos



Daniela dos Reis Carazai  
Veridiana Baldon  
Rafaela Charão de Almeida  
Andressa Fontoura Garbini  
Fernando Anschau

## **DIÁLOGO COM A SOCIEDADE**

**A Pandemia de Covid-19 e a mudança de paradigma na difusão da educação em saúde: Relato de experiência do projeto Saúde Bucal Itinerante**

87 - 105

Geovana Freitas Colares  
Larissa Emille Pinto e Pinto  
Millena Pacheco Brito  
Maria Sidiane Idelfonso Cardoso  
Esther Castro de Menezes  
Adriana Teixeira Sobrinho  
Adriane Aimée de Oliveira Lima  
Mauro Atílio Andrade de Miranda  
Jeanne Gisele Rodrigues de Lemos  
Renata Kely Abreu da Silva  
Mayara Sabrina Luz Miranda  
Miki Saito-Tomioka  
Fernanda Ferreira de Albuquerque Jassé  
Ana Daniela Silva da Silveira

**Narratividades médicas: como produzir fugas e/ou rasgos na medicalização da infância e na medicalização da adolescência?**

106 - 126

Daniele Noal Gai

**Defenda o SUS! Podcast como ferramenta de comunicação em saúde**

127 - 145

Sandra Riter Machado  
Cristianne Maria Famer Rocha

**Implantação de protocolo de assistência ao parto normal por enfermeiras obstetras em modelo colaborativo: relato de experiência**

146 - 159

Raquel Vieira Schuster  
Agnes Ludwig Neutzling  
Camila Borba da Luz  
Carolina de Castilhos Teixeira Canassa  
Dinara Dornfeld  
Gregório Corrêa Patuzzi  
Simone Konzen Ritter



|                                                                                                                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Participação da gestão de risco assistencial no monitoramento dos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19: relato de experiência</b>                | 160 - 173 |
| Victória Tiyoko Moraes Sakamoto<br>Stephanie Greiner<br>Laura Cristina dos Santos<br>Fernanda de Avila Carvalho Neves                                                |           |
| <b>Ações de educação permanente promovidas durante a pandemia COVID-19 em hospital pediátrico de referência: relato de experiência</b>                               | 174 - 184 |
| Victória Tiyoko Moraes Sakamoto<br>Stephanie Greiner<br>Priscila Coelho Amaral<br>Fernanda de Avila Carvalho Neves<br>Bruna Biondani Wortmann<br>Blessane Lipski     |           |
| <b>Atendimento odontológico de uma paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico: relato de caso clínico</b>                                                              | 185 - 199 |
| Márcia Cançado Figueiredo<br>Emily Alves da Silva<br>Ana Rita Potrich<br>Caroline Martins Brasil<br>Daiana Back Gouvea                                               |           |
| <b>Comunicação entre prestadores e operadoras de saúde: um estudo de caso</b>                                                                                        | 200 - 225 |
| Rosilane Silva<br>Joanah Dal Mas dos Santos<br>Maria Cristina Vieira Cavalcanti<br>Paulo Fossatti                                                                    |           |
| <b>PRODUÇÕES TÉCNICAS</b>                                                                                                                                            |           |
| <b>Guia prático de acesso aos medicamentos do componente especializado elencados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde/Brasil</b> | 226 - 236 |
| Ana Paula Rigo<br>Rosa Maria Levandovski                                                                                                                             |           |
| <b>RESUMOS</b>                                                                                                                                                       |           |
| <b>Análise da parceria público-privada no terceiro setor por meio de recursos oriundos de renúncia fiscal no sistema único de saúde no Brasil</b>                    | 237 - 238 |
| Gabriela Furtado Neves                                                                                                                                               |           |



---

## ENTREVISTAS

**Teleodontología: ¿será una nueva tendencia global después de la pandemia Covid-19? [esp]** 239 - 242

**Teleodontologia: será uma nova tendência mundial pós pandemia da Covid-19? [port]** 243 - 246

Constanza Fernández

Daniel Demétrio Faustino-Silva





## EDITORIAL

DOI: [10.29327/269776.1.1-1](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-1)

### Nasce o Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), localizado em Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, no Brasil, é formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, pela Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar, por 12 unidade do Serviço de Saúde Comunitária, três Centros de Atenção Psicossocial e pela Escola GHC. Vinculado ao Ministério da Saúde, na atualidade, constitui-se a maior rede pública de hospitais do Sul do país, com atendimentos destinados exclusivamente para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, o GHC possui longa e significativa história de ações destinadas ao ensino e à pesquisa. A Comissão de Residência Médica (COREME) da Instituição foi fundada em 1968. Pelos seus 60 Programas, somente desde 2007, passaram mais de 2.200 residentes. A Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) do GHC, cujo início das atividades remonta a 2004, já formou 889 residentes por meio dos seus oito Programas. Atualmente, dentre outras ações de ensino, o GHC dispõe também de uma Escola Técnica, que oferece Cursos Técnicos de Enfermagem e de Nutrição e Dietética; da Faculdade de Ciências da Saúde (FaCS-GHC), que dispõe do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar; e do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS.

Segundo dados do Setor de Pesquisa do GHC, nos últimos cinco anos, pesquisadores cadastraram no sistema institucional para gestão de pesquisas, em média, 332 projetos por ano. Desde o ano 2000, foram publicados mais de 1.240 artigos científicos por autores vinculados ao Grupo. Após 2009, 702 desses artigos foram citados mais de 14 mil vezes.

Apesar da imponentia desses números, que representam apenas pequena parcela da história do GHC com ações de ensino e pesquisa, ainda são insuficientes as oportunidades regulares que a Instituição oferece para pesquisadores, profissionais da saúde, residentes, alunos e outros sujeitos divulgarem os seus saberes e as suas



produções científico-tecnológicas. Neste sentido, o *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde (CaEP)* pretende, hoje, juntar-se ao propósito durante longo tempo cultivado, dentre outros, pela revista técnico-científica *Momentos & Perspectivas em Saúde*.

O *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde* nasce, então, como um periódico eletrônico e interdisciplinar editado pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do GHC. Destina-se às publicações que dialogam com a Saúde Pública e com as Ciências da Saúde, inclusive nas suas interfaces com as Ciências Humanas e Sociais. Nessas áreas, buscando dialogar com a missão, a visão e os princípios da Instituição, valoriza particularmente debates e produções relacionadas com os temas da assistência integral à saúde, da avaliação e produção de tecnologias para o SUS, da docência, do ensino, da pesquisa e do trabalho em saúde.

Ao exceder amplamente as nossas expectativas, este primeiro número do *Cadernos* reúne um total de 16 trabalhos nas seções Editorial, Artigos, Produções Técnicas, Diálogos com a Sociedade, Resumo e Entrevistas. Em conformidade com o contexto nacional e mundial, as produções que se relacionam com a Pandemia da COVID-19 são as mais numerosas, envolvendo sete publicações. No entanto, neste primeiro número do Periódico, a diversidade de temas se destaca. Trabalhos sobre comunicação entre prestadores de serviços e operadoras de saúde, atendimento odontológico, acesso a medicamentos especializados, parto normal, parceria público-privada, comunicação em saúde, aborto ilegal, educação permanente, teleodontologia, cuidado a idosos e medicalização da infância e da adolescência estão aqui contemplados.

O êxito, porém, que atribuímos a este primeiro número do *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde* decorre de múltiplos fatores. Dentre esses, destacamos o trabalho e o apoio que recebemos de grande número de pessoas: da Diretoria e da Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC, as quais, desde 2019, incluíram no Planejamento Estratégico da Instituição a meta de publicação do Periódico; da Gerência de Informática do GHC, que tem proporcionado suporte fundamental para o desenvolvimento do Periódico em formato eletrônico; dos autores, que acreditaram no projeto e nos confiaram as suas produções; dos pareceristas, cuja ação anônima e





voluntária se revela imprescindível para o progresso científico; e, evidentemente, dos demais colegas os quais compõem a Equipe Editorial, que, com dedicação diária para aprender e fazer, estão tornando possível a consecução deste propósito coletivo.

Ao finalizar, registramos a nossa alegria pela publicação deste primeiro número do Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Desejamos que, segundo o seu propósito, o Periódico, para todos aqueles que o lerem, efetivamente se constitua instrumento de qualificação da Saúde Pública, das Ciências da Saúde e das práticas assistenciais e educacionais nas instituições brasileiras. E compartilhamos por aqui também um convite: até 31 de janeiro de 2022, permanecerá aberta a chamada para a submissão de trabalhos destinados ao segundo número do Cadernos.

Boa leitura a todos!

Daniel Demétrio Faustino-Silva

Elisandro Rodrigues

Rodrigo de Oliveira Azevedo



## Desafíos de la educación y formación en el área de la salud en tiempo de Pandemia

DOI: [10.29327/269776.1.1-2](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-2)

Maria del Carmen Villanueva-Vilchis <sup>i</sup>

Luis Alberto Gaitán-Cepeda <sup>ii</sup>

Maria de los Ángeles Ramírez-Trujillo <sup>iii</sup>



Es evidente que la pandemia causada por la infección de SARS-CoV2 ha impactado profundamente a la población mundial. A la fecha existen reportados 245 millones de personas infectadas globalmente con casi 5 millones de personas fallecidas por causas directamente atribuibles a esta enfermedad. Sin embargo, el impacto ha ido más allá que el problema sanitario.

La respuesta gubernamental de los diferentes países fue el confinamiento y distanciamiento físico con limitación de la movilidad de sus habitantes. Estas medidas fueron casi universalmente adoptadas. El aislamiento ante amenazas sanitarias no es nuevo y ha sido repetido en varias ocasiones. Así, en la edad media cerrar las puertas de las ciudades fue la primera señal de que sería aislada la población del interior con respecto a los peligros del exterior, como se hizo con la peste negra. Aunque en este sentido el comportamiento pueda ser considerado atávico, el impacto de la no-socialización y confinamiento de la población en el siglo XXI ha sido enorme abarcando prácticamente todas las esferas de la civilización y el caso de la enseñanza no fue la excepción.

El involucramiento y participación de sistemas computarizados en la enseñanza adquirió fuerza y relevancia desde fines del siglo pasado, evidenciando las bondades de la “enseñanza asistida por computadora”. De tal manera que a principios del siglo XXI ya existía una fuerte corriente hacia el uso e implementación de las tecnologías de la información y la comunicación acuñando el término TIC. En ese momento, las TIC’s ya habían sido incorporadas en todos los niveles de enseñanza incluido el universitario.

En el momento de la toma de decisión de confinar a la población a causa de la COVID-19 y cerrar las universidades, se contempló como una alternativa viable, segura y rentable la utilización de las TIC’s. Se inició una nueva era de educación a distancia. La promoción entre el personal académico de la utilización de plataformas para impartir



cátedra en línea, así como la recomendación de la utilización de aulas virtuales y software educativo parecía, y lo es, una solución, aunque no perfecta pero muy útil, sobre todo a partir de que información epidemiológica, predijo que la pandemia iba a ser de larga duración.

En esos momentos la atención dental o estomatológica, solo fue recomendada para situaciones urgentes, debido a que no se conocían específicamente los mecanismos de transmisión y contagio del SARS-CoV2. La mayoría de los consultorios dentales fueron cerrados o tuvieron fuertes cambios en la protección y en la forma de atención. La enseñanza clínica de la odontología fue no recomendada y las escuelas y facultades fueron cerradas. Con esto, los centros de enseñanza odontológica, incluyendo nuestra institución, se volcaron en la enseñanza en línea.

Aunque la participación del personal académico y de los alumnos ha sido ejemplar, la odontología enfrentó un reto extraordinario: Cómo enseñar todos los aspectos que rodean a la atención clínica odontológica y que para su correcto aprendizaje se requiere forzosamente de entrenamiento práctico. Mucho de la enseñanza clínica en odontología se basa en repeticiones. Como una manera de paliar esta situación, se fomentó e incrementó enormemente la cantidad de horas de videos tutoriales que mostraron cómo hacer procedimientos odontológicos, en plataformas de acceso libre. Empero, los resultados no han sido del todo satisfactorios, y en nuestra opinión no fue superada esta situación. De manera general, se considera que ningún video puede suplir a el aprendizaje clínico personalizado, poniendo de manifiesto, que en materias eminentemente teóricas sí se logra un aprendizaje adecuado a través de clases en línea. Adicionalmente, también se demostró que muchos procedimientos de administración escolar se pueden realizar vía remota ¡grandes logros, sin duda!

Además de los avances surgen algunas interrogantes importantes, en primer lugar ¿Cuánto aprendieron vía remota los alumnos de procedimientos prácticos?; ¿éstos procedimientos son suficientes para incorporarlos una vez resuelto el confinamiento, al sistema escolarizado presencial?; y en segundo lugar ¿cómo regresar a la actividad de enseñanza clínica presencial?; ¿las condiciones son seguras desde el punto de vista epidemiológico? En este momento estas interrogantes no pueden ser dilucidadas, para



poderles dar respuesta se requieren protocolos de investigación diseñados específicamente para ello.

Con el fin de crear un ambiente con niveles de bioseguridad adecuados, prácticamente todas las facultades, incluyendo la nuestra, adecuaron sus protocolos sanitarios incorporando medidas específicas como el control de la posible carga viral en saliva, la contención de aerosoles, incremento en los equipos de protección personal, aforos controlados, entre otros. Más complicado y complejo ha sido el afrontar las otras interrogantes.

Una posible alternativa son ofertar cursos remediales preclínicos intensivos y en nuestra opinión una alternativa que puede transformarse en fundamental para subsanar en lo posible la falta de habilidades clínicas de los alumnos, son los simuladores. La tecnología ha hecho que los simuladores remeden cada vez mejor una situación clínica, por lo que su utilización se hace indispensable al menos en los próximos años escolares. Una posible desventaja de esto será indudablemente el costo de los equipos, que puede marcar una diferencia no deseable entre instituciones con presupuesto para su adquisición de aquellas no lo tienen.

La odontología y su enseñanza en los últimos 40 años ha sido impactada directamente por pandemias que no necesariamente involucran contagios por vía oral/bucal, o lesiones estomatológicas propias o patognomónicas, pero que en su principio nos obligaron a modificar los protocolos de atención clínica dental y en especial nuestros métodos de enseñanza clínica. La pandemia por infección por el virus de inmunodeficiencia humana y posteriormente la pandemia por influenza H1N1 obligaron e influyeron directamente en los protocolos de enseñanza clínica aplicados hasta antes de la pandemia actual. Y al igual que estas emergencias sanitarias obligaron a incrementar los protocolos de bioseguridad y en consecuencia la odontología se hizo más segura, estamos seguros que la solución a los retos establecidos por la pandemia de COVID-19 traerá como consecuencia una mejora en las técnicas de enseñanza, incrementado las opciones de enseñanza teórica de la odontología, impulsará la creación de aplicaciones de enseñanza móvil, forzará a que la tecnología cree mejores



simuladores, y los protocolos de bioseguridad harán que las diferentes especialidades clínicas odontológicas se enseñen en ámbitos clínicos más seguros.

**Maria del Carmen Villanueva-Vilchis<sup>i</sup>**

Escuela Nacional de Estudios Superiores (ENES), Unidad León; Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

**Luis Alberto Gaitán-Cepeda<sup>ii</sup>**

División de Estudios de Posgrado e Investigación, Facultad de Odontología  
Universidad Nacional Autónoma de México.

**Maria de los Ángeles Ramírez-Trujillo<sup>iii</sup>**

Escuela Nacional de Estudios Superiores (ENES), Unidad León; Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

**Editor responsável:** Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 06 de novembro de 2021.

Aceito em 08 de novembro de 2021.

Publicado em 22 de novembro de 2021.

## **Como referenciar este artigo (ABNT):**

VILLANUEVA-VICHIS, Maria del C.; GAITÁN-CEPEDA, Luis Alberto; RAMÍREZ-TRUJILLO, Maria del A. Desafíos de la educación y formación en el área de la salud en tiempo de pandemia. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 04-07, 2021.



## Desafios da educação e formação na área da saúde em tempos de Pandemia

DOI: [10.29327/269776.1.1-2](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-2)

Maria del Carmen Villanueva-Vilchis <sup>i</sup>



Luis Alberto Gaitán-Cepeda <sup>ii</sup>



Maria de los Ángeles Ramírez-Trujillo <sup>iii</sup>



É evidente que a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV2 impactou profundamente a população mundial. Até o momento, foram relatados 245 milhões de pessoas infectadas em todo o mundo, com quase 5 milhões de mortes diretamente atribuídas a esta doença. No entanto, o impacto tem sido para além dos problemas sanitários.

A resposta governamental dos diferentes países foi o confinamento e distanciamento social com limitação da mobilidade de seus habitantes. Essas medidas foram adotadas quase que universalmente. O isolamento em situações de ameaças à saúde não é novo e vem se repetido em várias ocasiões. Assim, na Idade Média, fechar as portas das cidades foi o primeiro sinal de que a população do interior ficaria isolada dos perigos do exterior, como aconteceu com a Peste Negra. Embora neste sentido o comportamento possa ser considerado entre gerações da humanidade, o impacto da não socialização e confinamento da população no século XXI tem sido enorme, abrangendo praticamente todas esferas da civilização, não sendo diferente para o setor da educação.

O envolvimento e participação dos sistemas informatizados no ensino adquiriu força e relevância desde o final do século passado, evidenciando os benefícios do “ensino assistido por computador”. De tal forma que no início do século XXI já existia uma forte tendência para a utilização e implementação das tecnologias de informação e comunicação, surgindo o termo TIC. Naquela época, as TICs já haviam sido incorporadas a todos os níveis de ensino, inclusive à universidade.

No momento da decisão de confinar a população devido a COVID-19 e fechar as universidades, o uso das TICs foi considerado uma alternativa viável, segura e econômica. Uma nova era de educação a distância começou. A difusão entre a comunidade acadêmica da utilização de plataformas de ensino online, bem como a





recomendação de utilização de salas de aula virtuais e de software educativo pareceram, e tem sido, uma solução, embora não perfeita mas muito útil, sobretudo baseado nas previsões epidemiológicas de que a pandemia seria duradoura.

Naquele momento do início da pandemia, o atendimento odontológico era recomendado apenas para situações de urgência, pois os mecanismos de transmissão e contágio do SARS-CoV2 não eram especificamente conhecidos. A maioria dos consultórios odontológicos foi fechada ou teve fortes mudanças na proteção e na forma de atendimento. O ensino clínico de odontologia não foi recomendado e escolas e faculdades foram fechadas. Com isso, os centros de educação odontológica, incluindo a nossa instituição, voltaram-se para o ensino remoto na modalidade online.

Embora a participação de docentes e discentes tenha sido exemplar, a odontologia enfrentou um desafio extraordinário: como ensinar todos os aspectos que envolvem a clínica odontológica e que para o seu adequado aprendizado se faz necessário um treinamento prático. Muito do ensino clínico em odontologia é baseado na repetição e treinamento. Como forma de amenizar essa situação, o número de horas de vídeos tutoriais que mostravam como realizar procedimentos odontológicos em plataformas de acesso aberto foi estimulado e bastante aumentado. No entanto, os resultados não têm sido totalmente satisfatórios e, em nossa opinião, esta situação não foi superada. Em geral, considera-se que nenhum vídeo pode substituir a aprendizagem clínica personalizada, em contraponto às disciplinas eminentemente teóricas onde a aprendizagem adequada é alcançada por meio de aulas online. Além disso, também foi demonstrado que muitos procedimentos de administração escolar podem ser realizados remotamente - grandes conquistas, sem dúvida!

Além dos avanços, algumas questões importantes surgem: primeiro, quanto os alunos aprenderam remotamente sobre os procedimentos práticos?; Esses aprendizados serão suficientes para a retomada das atividades práticas presenciais, uma vez resolvido o confinamento? e em segundo lugar, como retornar à atividade de ensino clínico presencial? As condições são epidemiologicamente seguras? No momento essas questões não podem ser elucidadas, para respondê-las são necessários protocolos de pesquisa elaborados especificamente para isso.



Para criar um ambiente com níveis adequados de biossegurança, praticamente todas as faculdades, inclusive a nossa, adaptaram seus protocolos sanitários incorporando medidas específicas como o controle da possível carga viral na saliva, a contenção de aerossóis, aumento de equipamentos de proteção individual, capacidade controlada, entre outros. Mais complicado e complexo será enfrentar as outras questões ainda desconhecidas.

Uma alternativa possível é oferecer cursos intensivos de recuperação pré-clínica e, na nossa opinião, uma alternativa que pode se tornar fundamental para corrigir ao máximo a falta de habilidade clínica dos alunos, são os simuladores. A tecnologia fez com que os simuladores cada vez melhor imitassem uma situação clínica, tornando seu uso essencial pelo menos nos próximos anos letivos. Uma possível desvantagem disso será, sem dúvida, o custo do equipamento, o que pode fazer uma indesejável diferença entre instituições com orçamento para sua aquisição e aquelas que não o possuem.

A Odontologia e seu ensino nos últimos 40 anos tem sido diretamente impactada por pandemias que não necessariamente envolvem infecções orais/bucais, lesões estomatológicas próprias ou patognomônicas, mas que inicialmente nos obrigaram a modificar os protocolos de atendimento odontológico e clínico, especialmente os métodos de ensino. A pandemia de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e posteriormente a pandemia de influenza H1N1 forçaram e influenciaram diretamente os protocolos de ensino clínico aplicados antes mesmo da pandemia atual. Assim como essas emergências sanitárias obrigaram adaptações aos protocolos de biossegurança e consequentemente a maior segurança da prática odontológica, temos certeza de que a solução dos desafios colocados pela pandemia da COVID-19 resultará no aprimoramento das técnicas de ensino. Ampliadas as opções de ensino teórico da odontologia, vai impulsionar a criação de aplicativos de ensino móvel, vai forçar a tecnologia a criar melhores simuladores e os protocolos de biossegurança vão tornar as diferentes especialidades clínicas odontológicas ensinadas em ambientes clínicos mais seguros.



**Maria del Carmen Villanueva-Vilchis<sup>i</sup>**

Escuela Nacional de Estudios Superiores (ENES), Unidad León; Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

**Luis Alberto Gaitán-Cepeda<sup>ii</sup>**

División de Estudios de Posgrado e Investigación, Facultad de Odontología  
Universidad Nacional Autónoma de México.

**Maria de los Ángeles Ramírez-Trujillo<sup>iii</sup>**

Escuela Nacional de Estudios Superiores (ENES), Unidad León; Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

**Editor responsável:** Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 06 de novembro de 2021.

Aceito em 08 de novembro de 2021.

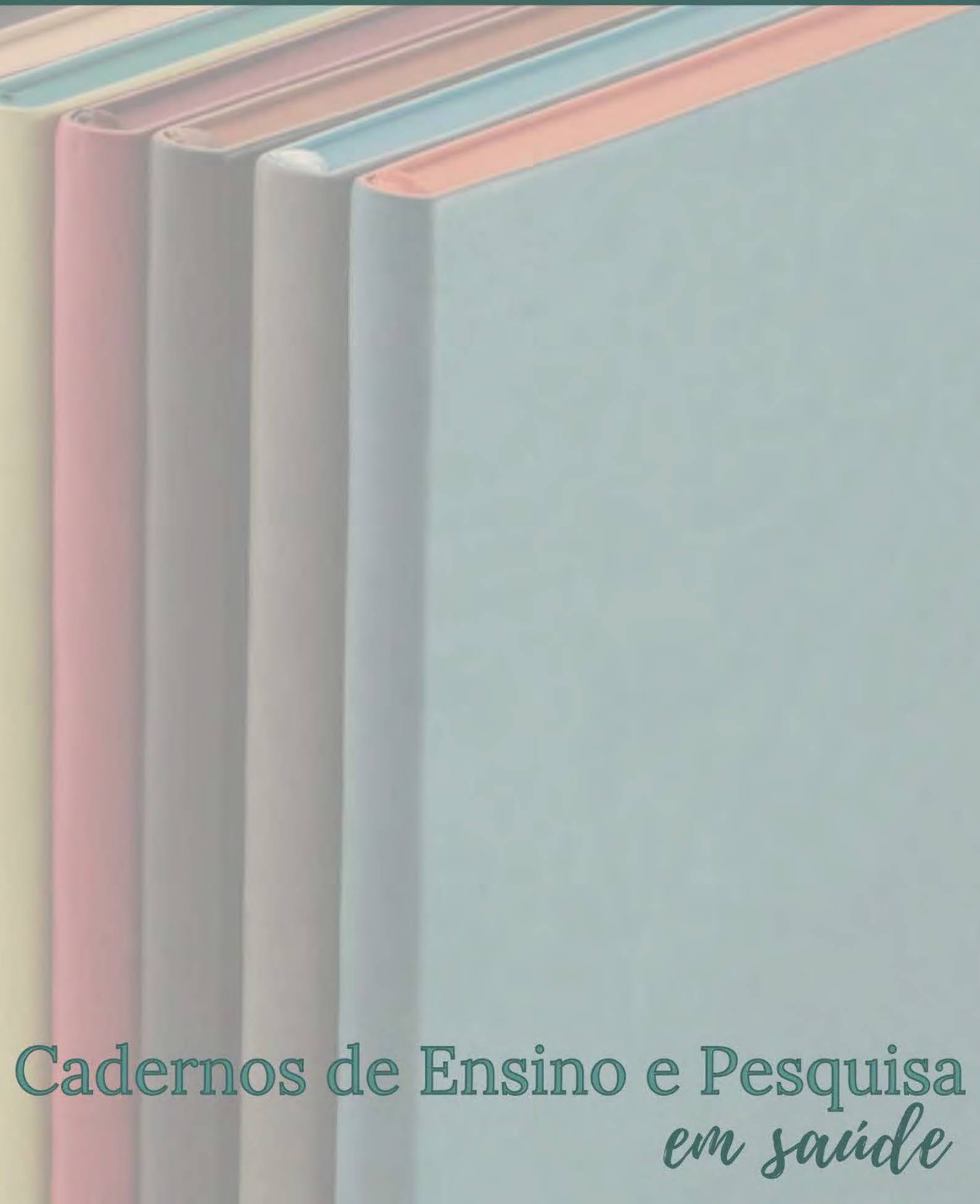
Publicado em 22 de novembro de 2021.

---

## Como referenciar este artigo (ABNT):

VILLANUEVA-VICHIS, Maria del C.; GAITÁN-CEPEDA, Luis Alberto; RAMÍREZ-TRUJILLO, Maria del A. Desafios da educação e formação na área da saúde em tempos de Pandemia. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 08-11, 2021.

Artigos



Cadernos de Ensino e Pesquisa  
*em saúde*



## Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) associated with infection by the new SARS-CoV-2 virus: a report of cases in a pediatric hospital in southern Brazil

DOI: [10.29327/269776.1.1-3](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-3)

Cristiane Traiber<sup>i</sup>   
Fernanda Umpierre Bueno<sup>ii</sup>   
Luiz Roberto Braun Filho<sup>iii</sup>   
Guilherme Unchalo Eckert<sup>iv</sup>   
Priscila Coelho Amaral<sup>v</sup>   
Iloite Scheibel<sup>vi</sup>   
Marcelo Almeida Azambuja<sup>vii</sup> 

### Síndrome multissistêmica inflamatória em crianças (MIS-C) associada à infecção pelo novo vírus SARS-CoV-2 relato de casos de um hospital pediátrico no sul do Brasil

#### RESUMO

**Objetivo:** Descrever as características clínicas, epidemiológicas e a evolução de pacientes pediátricos com diagnóstico de Síndrome multissistêmica inflamatória em crianças (MIS-C) associada ao novo coronavírus, SARS-CoV-2, em um hospital terciário do sul do Brasil. **Métodos:** Relatamos uma série de casos retrospectivos de pacientes com menos de 14 anos de idade admitidos em nosso hospital no período de 10 de março a 31 de dezembro de 2020. O diagnóstico foi realizado de acordo com os critérios do Centro para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os dados foram coletados de prontuário médico eletrônico. **Resultados:** Durante o período do estudo, 9 pacientes pediátricos foram incluídos. A mediana de idade foi de 9 anos (6-11), 78% eram do sexo masculino, 55% tinham comorbidades (3 eram obesos e 2 tinham história de asma leve). Todos os pacientes tinham febre, 89% tinham sintomas gastrointestinais, 67% tinham envolvimento mucocutâneo, 44% tinham alterações cardiovasculares e 33% tinham sintomas respiratórios leves. Seis (67%) foram internados na UTIP. Nenhum paciente necessitou de ventilação mecânica e não houve óbitos. **Conclusões:** MIS-C é uma nova síndrome descrita em crianças e jovens associada a COVID-19 que deve ser lembrada como hipótese diagnóstica em qualquer paciente com febre persistente e sintomas multissistêmicos. Apesar da gravidade, a resposta à terapia parece ser boa, com baixa mortalidade.

**Palavras-chave:** infecções por coronavírus; COVID-19; crianças; cuidados intensivos pediátricos.

#### ABSTRACT

**Objective:** To describe the clinical and epidemiological characteristics and the evolution of pediatric patients with diagnoses of the multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) associated with the new coronavirus, SARS-CoV-2, in a tertiary hospital in southern Brazil. **Methods:** We report a series of retrospective cases of patients younger than 14 years old admitted to our hospital from March 10 to December 31, 2020. The diagnosis was carried out according to the criteria of the United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the World Health Organization (WHO). The data were collected from electronic medical records. **Results:** During the study period, nine pediatric patients were included. The age median was 9 years (6 to 11), with 78% male and 55% having comorbidities (three were obese, and two had a history of mild asthma). All patients had fevers, 89% had gastrointestinal symptoms, 67% had mucocutaneous involvement, 44% had cardiovascular alterations, and 33% had mild respiratory symptoms. Six (67%) were admitted to the PICU. None of the patients needed mechanical ventilation, and there were no deaths. **Conclusions:** The MIS-C is a new syndrome described in children and youths associated with COVID-19 that must be considered a diagnostic hypothesis for any patient with persistent fever and multisystem symptoms. Despite the severity, the response to therapy seems to be good, with low mortality.

**Keywords:** coronavirus infections; COVID-19; children; pediatric intensive care.





## 1. INTRODUCTION

In April 2020, initially in Europe, there was an increase in the description of cases of children with multisystem involvement severe illness, apparently associated to the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection (VERDONI *et al.*, 2020; RIPHAGENS *et al.*, 2020; GRIMAUD *et al.*, 2020). The Royal College of Paediatrics and Child Health, (2020) in the UK published a definition of the so-called pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2 (PIMS-TS) in May 2020. On May 14, the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (2020) described the new illness and named it multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C), and on May 15, 2020, the World Health Organization (WHO) (2020), issued an alert for the new syndrome requesting international collaboration for case reporting.

Although there are differences in definitions, the so-called MIS-C is characterized by fever, elevated inflammatory markers and multisystem organ involvement, associated with the evidence of exposure to or infection with the SARS-CoV-2 virus (FELDSTEIN *et al.*, 2020; GOLDFRED-CATO *et al.*, 2020; KAUSHIK *et al.*, 2020; FERNANDEZ-SARMIENTO *et al.*, 2021; KABEERDOSS *et al.*, 2021). More than 1000 cases have been reported in several countries around the world with different phenotypes (KABEERDOSS *et al.*, 2021; ESPOSITO; PRINCIPI, 2021; DAVIES *et al.*, 2020; NAKRA *et al.*, 2020; TULIE *et al.*, 2020; WEBB *et al.*, 2020; WHITE *et al.*, 2020; TORRES *et al.*, 2020; MAHMOUD *et al.*, 2021). Although the first cases described severely compromised children, based on the diagnostic criteria, the syndrome may include children with milder conditions, such as a febrile inflammatory state. The clinical manifestations described are variable, ranging from Kawasaki-like disease or a severe form of MIS-C associated with cardiac involvement and shock. Cases have also been described where the manifestations of severe COVID and MIS-C overlap (FELDSTEIN *et al.*, 2020; GOLDFRED-CATO *et al.*, 2020; KAUSHIK *et al.*, 2020; FERNANDEZ-SARMIENTO *et al.*, 2021). In most cases, MIS-C appears to be a post-infectious complication, but in some patients the symptoms





described in MIS-C seem to occur during the SARS-CoV-2 infection acute phase (GOLDFRED-CATO *et al.*, 2020; ESPOSITO; PRINCIPI, 2021).

Brazil is one of the countries more affected by the pandemic in the world and we believe that the description of our patients can contribute to the construction of knowledge about this new disease. This retrospective case series describes the clinical and epidemiological characteristics and evolution of pediatric patients under 14 years old in a tertiary care hospital in southern Brazil.

## 2. METHOD

We reported a retrospective descriptive observational study (case series) of pediatric patients diagnosed with MIS-C on admission or during hospitalization at Hospital Criança Conceição, from March 10, 2020 to December 31, 2020. Cases were located through search in diagnostic database. After selection, the electronic medical records were reviewed in detail, the necessary data collected and the standardized protocol completed. Data collection was performed by two physicians who had been previously trained by the main researcher to complete the study protocol. All patients had their records evaluated until hospital discharge.

The included patients ranged in age from 1 month to 14 years and met the definition criteria for MIS-C according to the World Health Organization, (2020) and the Centers for Disease Control and Prevention Alert Network, (2020). The diagnosis of SARS-CoV-2 infection was made by positive SARS-CoV-2 serology (IgG or IgM) or positive real time reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR) result for SARS-CoV-2 on a nasopharyngeal swab. We collected data regarding epidemiological characteristics, clinical presentation, laboratory and imaging tests, treatment, evolution, and outcome.

Hospital Criança Conceição is a training center for doctors, being a reference hospital for the care of highly complex patients. Our hospital is a regional reference in the care of children diagnosed with COVID-19.

The data from electronic medical where recorded them in a Microsoft office Excel 2010 spreadsheet. We presented categorical variables as proportion (%) and



expressed continuous data as median and interquartile range (IQR). This study was approved by the Research Ethics Committee of Hospital Group Conceição, evaluation number 4.421.334.

### 3. RESULTS

During the study period, nine children were hospitalized with MIS-C criteria. Six patients were diagnosed with SARS-CoV-2 infection by serology and one by RT-PCR and serology. We included in the study a 12-year-old girl, who developed an incomplete Kawasaki disease and reported contact with her grandfather (hospitalized in the ICU for COVID-19) 60 days prior to the clinical presentation onset and had negative RT-PCR and serologies. We also included in the analysis an 11-year-old boy, who was admitted with appendicitis suspect and evolved with MIS-C criteria overlapped on Kawasaki disease, with negative RT-PCR and serology and no history of contact with infected patient. Table 1 describes the patients clinical and epidemiological characteristics.

Table 1- Clinical and epidemiological characteristics

|                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Age, years median (IQR)</b>                                        | 9 (6-11)  |
| <b>Age, n (%)</b>                                                     |           |
| 3 - 5 years                                                           | 2 (22%)   |
| 6 - 10 years                                                          | 4 (44%)   |
| 11 - 14 years                                                         | 3 (33%)   |
| <b>Sex, male n (%)</b>                                                | 7 ( 78%)  |
| <b>Ethnicity white n (%)</b>                                          | 9 (100%)  |
| <b>Comorbidities, yes n (%)</b>                                       | 5 (55%)   |
| <b>Specific comorbidity n (%)</b>                                     |           |
| obesity                                                               | 3 (33%)   |
| mild asthma                                                           | 2 (22%)   |
| <b>Known contact with a COVID-19 case yes n (%)</b>                   | 5 (55%)   |
| <b>Duration of symptoms before hospitalization, days median (IQR)</b> | 6 (3-6.5) |
| <b>Symptoms on admission n (%)</b>                                    |           |
| fever                                                                 | 9 (100%)  |
| vomiting                                                              | 8 (89%)   |
| abdominal pain                                                        | 7 (78%)   |
| prostration                                                           | 6 (67%)   |
| conjunctivitis                                                        | 6 (67%)   |
| loss of appetite                                                      | 5 (55%)   |



|                                               |         |
|-----------------------------------------------|---------|
| headache                                      | 4 (44%) |
| skin rash                                     | 4 (44%) |
| diarrhea                                      | 3 (33%) |
| cough                                         | 3 (33%) |
| cutaneous sings inflammation (hands and feet) | 3 (33%) |
| mucous oral changes                           |         |
| myalgia                                       | 2 (22%) |
| odynophagia                                   | 1 (11%) |
| arthralgia                                    | 1 (11%) |
| poor perfusion                                | 1 (11%) |
|                                               | 1 (11%) |

IQR=Interquartile range, n=number of patients

Data source: Produced by the authors.

Five patients (55%) reported previous contact with an individual with confirmed COVID-19. In four cases the contact was with a family member at home. Only one patient had a history of a viral presentation compatible with SARS-CoV-2 infection two months before the current diagnosis. Although 5 (55%) of the patients had comorbidities (three children were obese and two children had a history of mild asthma), the patients reported no previous hospitalizations and none of them chronically used medications.

Six (67%) of the patients had MIS-C criteria on admission. Another three children had persistent fever and developed new symptoms during hospitalization, presenting MIS-C criteria from the second to the third day of hospitalization (two children developed cutaneous rash and mucocutaneous changes and one presented shock). Of the nine patients included in the study, one child had MIS-C criteria overlapping with Kawasaki disease, three had MIS-C criteria, and five patients had criteria compatible with incomplete Kawasaki, with two patients having a Kobayashi score  $\geq$  5 (KOBAYASHI *et al.*, 2006).

Table 2 describes the laboratory findings on admission and the treatment performed. The total leukocytes number was normal in eight (89%) of the patients and only one had leukocytosis.



Table 2- Laboratory findings and treatment

|                      | Reference ranges | Median (IQR)          | Patient 1        | Patient 2   | Patient 3        | Patient 4            | Patient 5   | Patient 6            | Patient 7        | Patient 8   | Patient 9        |
|----------------------|------------------|-----------------------|------------------|-------------|------------------|----------------------|-------------|----------------------|------------------|-------------|------------------|
| neutrophil /uL       | 2000-8000        | 5000 (4100-8185)      | 12500            | 4000        | 8370             | 4200                 | 4000        | 8000                 | 4500             | 5000        | 5800             |
| lymphocytes /uL      | 1500-4000        | 1450 (910-1850)       | 1630             | 1900        | 1450             | 2100                 | 970         | 1800                 | 1400             | 250         | 850              |
| hemoglobin g/dl      | 13-15            | 10 (9.8-10.9)         | 9.3              | 9.8         | 10               | 9.9                  | 10.9        | 11                   | 10.9             | 10.1        | 10               |
| platelets /uL        | 150,000-400,000  | 175000 (95500-230000) | 118000           | 175000      | 200000           | 45000                | 73000       | 260000               | 179000           | 163000      | 310000           |
| CRP mg/L*            | <5               | 140 (107-173)         | 175              | 96          | 173              | 160                  | 174         | 119                  | 29               | 130         | 140              |
| D-Dimer ng/mL*       | <500             | 2280 (1880-4792)      | 1850             | 2230        | 2000             | 4650                 | 4840        | 2330                 | 16700            | 1200        | 5560             |
| ferritin ng/ml*      | >500             | 461 (330-1370)        | 1370             | 330         | 660              | 460                  | 1970        | 450                  | 181              |             | 714              |
| LDH U/l*             | 240-480          | 532 (485-733)         | 742              | 544         | 706              | 520                  | 488         | 440                  | 960              | 484         | 423              |
| troponin T ng/L*     | <14              | 17 (9.6-46)           | 46               | 15          | 18               |                      | 17          | 95                   | 5.2              | 9.6         |                  |
| sodium mEq/L         | 135-145          | 135 (129-136)         | 129              | 137         | 139              | 130                  | 131         | 135                  | 136              | 136         | 129              |
| triglycerides mg/dl* | <150             | 210 (157-434)         |                  | 210         | 164              |                      | 588         | 280                  | 150              |             |                  |
| fibrinogen mg/dl*    | 200-393          | 378 (336-487)         | 334              | 360         | 598              | 396                  | 500         | 284                  | 344              | 450         | 691              |
| albumin g/dl*        | 3.5-5            | 2.9 (2.6-3.2)         | 2.5              | 3.2         | 3.1              | 2.7                  | 2.8         | 2.6                  | 3.6              | 3.1         |                  |
| AST U/L*             | <37              | 59 (29-107)           | 68               | 33          | 27               | 186                  | 58          | 60                   | 120              | 28          | 59               |
| creatinine mg/dL*    | 0.4-1.1          | 0.54 (0.35-0.6)       | 0.58             | 0.37        | 0.34             | 0.3                  | 0.97        | 0.5                  | 0.6              |             | 0.6              |
| INR*                 | 0.9-1.1          | 1.2 (1.2-1.3)         | 1.2              |             | 1.2              | 1.2                  | 1.1         | 1.2                  | 1.2              | 1.6         | 1.4              |
| SARS-Cov-2 infection |                  |                       | IgG positive PCR | IgG and IgM | IgG positive PCR | IgG and IgM positive | IgG and IgM | IgG and IgM positive | PCR and serology | PCR and IgG | PCR and serology |



| diagnosis              |     |  | negative              | positive<br>PCR<br>negative | negative     | PCR<br>negative       | positive<br>PCR<br>negative | PCR<br>negative | negative<br>(COVI<br>D-19<br>exposure) | and<br>IgM<br>positive | negative     |
|------------------------|-----|--|-----------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------|----------------------------------------|------------------------|--------------|
| antibiotics            |     |  | oxacillin<br>cefepime | ceftriax                    | ceftriax     | ceftriax<br>oxacillin | ceftriax<br>clindamycin     | -               | ceftriax                               | vanco<br>cefepime      | ceftriax     |
| volume<br>expansion    | yes |  |                       |                             |              |                       |                             |                 |                                        | yes                    | yes          |
| vasopressor<br>support |     |  |                       |                             |              |                       |                             |                 |                                        | yes                    |              |
| IVIG                   |     |  | yes                   |                             |              | yes                   | yes                         | yes             | yes                                    | yes                    | yes          |
| corticosteroids        |     |  |                       | yes                         | yes<br>pulse | yes                   | yes<br>pulse                | yes             | yes                                    | yes<br>pulse           | yes<br>pulse |
| aspirin                |     |  | yes                   |                             |              | yes                   | yes                         | yes             | yes                                    | yes                    | yes          |
| anticoagulation        |     |  | yes                   |                             |              |                       | yes                         | yes             | yes                                    | yes                    |              |

IQR= interquartile range, CRP=C-reactive protein, AST=aspartate aminotransferase, LDH=lactate dehydrogenase, INR international normalized ratio, IgG =immunoglobulin G, IgM= immunoglobulin M, PCR= polymerase chain reaction, IVIG=human intravenous immunoglobulin, vanco= vancomycin, ceftriax=ceftriaxone, \* tests required on admission or at the time of MIS-C suspected diagnosis

Data source: Produced by the authors.

Regarding coinfection, 88% of the patients had blood cultures collected and only one child had a positive blood culture for an unidentified gram positive sporulated bacillus. Four patients had urine cultures taken, all with negative results, and two patients had cerebrospinal fluid cultures also negative. Four patients presented respiratory symptoms, and research for respiratory viruses (adenovirus, respiratory syncytial virus, influenza A and B, parainfluenza I, II, and III) were collected by direct immunofluorescence and RT-PCR for influenza, all tests were negative.

Table 3 shows data regarding imaging exams and patients evolution. Six patients (67%) were admitted to the PICU, four for monitoring and two for shock. Four patients (44%) received oxygen therapy. In our case series no patient required mechanical ventilation. Three patients received fluid resuscitation with crystalloids bolus during hospitalization for altered perfusion or hypotension, but only one child required vasoactive drugs (adrenaline). Although four patients (44%) had impaired kidney



function on admission, none required renal replacement therapy. Eight children (89%) received empirical antibiotic therapy. Seven patients (78%) used immunoglobulin, and in 6 cases, corticosteroids were also prescribed.

Table 3 – Findings imaging, treatment, and outcome

|                                                                     |             |
|---------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>chest x-ray/chest computed tomography</b> n (%)                  |             |
| normal                                                              | 3 (33%)     |
| bilateral infiltrate                                                | 1 (11%)     |
| focal consolidation and pleural effusion                            | 1 (11%)     |
| bilateral infiltrate and pleural effusion                           | 2 (22%)     |
| <b>electrocardiogram</b> n (%)                                      |             |
| normal                                                              | 8 (88%)     |
| <b>echocardiography</b> n (%)                                       |             |
| normal                                                              | 6 (67%)     |
| pericardial effusion                                                | 1 (11%)     |
| coronary dilatation, mitral regurgitation, and pericardial effusion | 1 (11%)     |
| <b>abdominal ultrasound</b> n (%)                                   |             |
| adenopathy mesenteric and free fluid                                | 3 (33%)     |
| hepatosplenomegaly                                                  | 1 (11%)     |
| mesenteric adenitis                                                 | 1 (11%)     |
| ileitis and free fluid                                              | 2 (22%)     |
| <b>organ-system involvement</b> n (%)                               |             |
| two systems                                                         | 3 (33%)     |
| three systems                                                       | 3 (33%)     |
| four or more systems                                                | 3 (33%)     |
| <b>PICU admission</b> n (%)                                         | 6 (67%)     |
| <b>PICU length of stay</b> , days median (IQR)                      | 3.5 (2-8)   |
| <b>length of stay</b> , days median (IQR)                           | 10 (5.5-15) |
| <b>mortality</b>                                                    | 0           |

n = number of patients, PICU= Pediatric Intensive Care Unit, IQR=Interquartile range

Data source: Produced by the authors.

No patients received antiviral therapy or biologic agents. Five children (55%) received enoxaparin, four in prophylactic dose and one in treatment dose. No hemorrhagic events have been reported. One child, without comorbidity, presented cephalic vein thrombosis in the proximal third of the forearm and in the distal third of the right arm during hospitalization. All children progressed well, with a median hospital stay of 10 days. No deaths have been reported.

## 4. DISCUSSION

In our case series, almost 80% of the patients were male. Most studies describe a slight predominance of boys affected by the disease (FELDSTEIN *et al.*, 2020; KAUSHIK *et al.*, 2020; FERNANDEZ-SARMENTO *et al.*, 2021; DAVIES *et al.*,





2020). Our median age was 9 years, the median age described in the literature ranges from 8 to 11 years, but there are cases described in infants and in adults (FELDSTEIN *et al.*, 2020; GOLDFRED-CATOS *et al.*, 2020; KAUSHIK *et al.*, 2020; KABEERDOSS *et al.*, 2021; DAVIES *et al.*, 2020). It is thought that this new disease spectrum may affect any age group. Studies describe an apparent predominance of the syndrome in black and hispanic children (FELDSTEIN *et al.*, 2020; GOLDFRED-CATOS *et al.*, 2020; KAUSHIK *et al.*, 2020). However, in our small sample all patients were white. Southern Brazil had strong european colonization, with a more than 80% white population. The extent to which this difference reflects genetic predisposition or socioeconomic issues still needs further investigation (GOLDFRED-CATOS *et al.*, 2020; ESPOSITO; PRINICPI, 2021; DAVIES *et al.*, 2020). Although in our sample 55% of the children had comorbidities, we observed only obesity and mild asthma, and no patients had a history of prior hospitalization. MIS-C seems to affect more previously healthy patients (KAUSHIK *et al.*, 2020; FERNANDEZ-SARMIENTO *et al.*, 2021, DAVIES *et al.*, 2020; NAKRA *et al.*, 2020). Several studies have described obesity as the main comorbidity associated with MIS-C, followed by respiratory diseases such as asthma (GOLDFRED-CATOS *et al.*, 2020; KAUSHIK *et al.*, 2020; FERNANDEZ-SARMIENTO *et al.*, 2021). Interestingly, in our sample, no patients had a history of chronic medication use.

Most children had 6 days (median) of symptoms before hospitalization. Studies have noted 4 to 5 days of symptoms before hospital admission (KAUSHIK *et al.*, 2020; KABEERDOSS *et al.*, 2021). All of our patients had persistent fever, other common symptoms were abdominal pain and vomiting, followed by mucocutaneous symptoms (conjunctivitis and rash). In five patients the abdominal condition was the reason for hospitalization, three of these had suspected appendicitis. There are case series of children with MIS-C unnecessarily submitted to exploratory laparotomy (KABEERDOSS *et al.*, 2021; ESPOSITO; PRINICPI, 2021; WEBB *et al.*, 2020). In our study 4 (44%) of the patients that had cardiovascular changes, two patients had significant troponin increase, with no changes in the echocardiogram, and another two had abnormal echocardiogram (one with pericardial effusion and the other with



coronary dilatation, pericardial effusion, and mitral regurgitation) both with borderline troponin. Only one of these patients required vasoactive drugs due to a shock. Studies have described fever, gastrointestinal, mucocutaneous and cardiovascular symptoms as the most common symptoms (GOLDFRED-CATOS *et al.*, 2020; KAUSHIK *et al.*, 2020; FERNANDEZ-SARMIENTO *et al.*, 2021; ESPOSITO; PRINICPI, 2021). In a meta-analysis (KAUSHIK *et al.*, 2020), (655 patients), 70% of patients had gastrointestinal symptoms, 51% had cardiovascular symptoms, 36% had symptoms described in Kawasaki disease, and most commonly (82.5%) symptoms were compatible with incomplete Kawasaki disease. Although respiratory symptoms are common, the percentage of patients with severe respiratory impairment requiring mechanical ventilation is low (FELDSTEIN *et al.*, 2020; GOLDFRED-CATOS *et al.*, 2020; KAUSHIK *et al.*, 2020). Most intubated children present shock as the cause of intubation (FERNANDEZ-SARMIENTO *et al.*, 2021; DAVIES *et al.*, 2020). Studies have observed that, even in patients without characteristics compatible with Kawasaki disease, there is an increased risk of cardiac disease, both at hospital admission and during hospitalization, and cardiac follow up is recommended in all patients diagnosed with MIS-C (FELDSTEIN *et al.*, 2020; GOLDFRED-CATOS *et al.*, 2020; KABEERDOSS *et al.*, 2021). Between 6 and 24% of patients with MIS-C have developed coronary artery disease, which can occur after the resolution of the syndrome's symptoms (FERNANDEZ-SARMIENTO *et al.*, 2021; KABEERDOSS *et al.*, 2021; ESPOSITO; PRINICPI, 2021).

All patients in our study had laboratory evidence of inflammation (CRP>29 mg/L) at the time of diagnosis. All patients had anemia and elevated D-dimer values (>1200ng/mL). Hypoalbuminemia, lymphopenia, hyponatremia, thrombocytopenia, and increased triglycerides have also been common findings in our study.

Eight (89%) of the patients received antibiotics empirically. The use of empiric antibiotics is indicated until bacterial infection can be ruled out (FERNANDEZ-SARMIENTO *et al.*, 2021; ESPOSITO; PRINICPI, 2021; NAKRA *et al.*, 2020). All of our patients received immunoglobulin and/or corticosteroids, associated with enoxaparin or aspirin. Treatment recommendations suggest IVIG and/or high doses of



corticosteroid as first line of treatment (KAUSHIK *et al.*, 2020; FERNANDEZ-SARMIENTO *et al.*, 2021; KABEERDOSS *et al.*, 2021; ESPOSITO; PRINICPI, 2021; NAKRA *et al.*, 2020). Anakinra, tocilizumab or infliximab could be used in specific cases refractory to treatment with IVIG and methylprednisolone (FERNANDEZ-SARMIENTO *et al.*, 2021; KABEERDOSS *et al.*, 2021; ESPOSITO; PRINICPI, 2021; NAKRA *et al.*, 2020). The use of aspirin is recommended for patients with complete or incomplete Kawasaki disease characteristics (FERNANDEZ-SARMIENTO *et al.*, 2021; ESPOSITO; PRINICPI, 2021; NAKRA *et al.*, 2020). The decision on the use of prophylactic anticoagulation is individualized and based on risk factors and age, and it is recommended for patients with severe left ventricular dysfunction or patients with coronary artery aneurysm (FERNANDEZ-SARMIENTO *et al.*, 2021; ESPOSITO; PRINICPI, 2021). No patients in our study received antiviral therapy or biologic agents. All cases progressed well, and most were discharged from the hospital within 10 days. Only one child remained hospitalized for almost 30 days for adjustment of oral anticoagulation.

Despite the severity of the condition and the fact that many patients require PICU, the median hospital stay for children in the literature is around 7 days and the mortality described in most studies is low, up to 2% (FELDSTEIN *et al.*, 2020; KAUSHIK *et al.*, 2020; (FERNANDEZ-SARMIENTO *et al.*, 2021; KABEERDOSS *et al.*, 2021). A study that described 64 patients North African ethnicity with MIS-C reported a mortality rate of 9%, but in this case series 70% of the children had hypotension and shock (MAHMOUD *et al.*, 2021). This situation is very different from our small sample, because only one of our patients had a shock refractory to volume expansion. As a recent disease, long-term prognostic descriptions are lacking, but studies describe improvement in inflammatory markers and cardiac abnormalities in most patients [9]. Guidelines have recommended follow-up of patients after discharge (FELDSTEIN *et al.*, 2020; KAUSHIK *et al.*, 2020; FERNANDEZ-SARMIENTO *et al.*, 2021; KABEERDOSS *et al.*, 2021; ESPOSITO; PRINICPI, 2021; NAKRA *et al.*, 2020).



## 5. CONCLUSION

MIS-C is a new syndrome that can affect children of any age, with a still unknown pathogenesis. At this time of pandemic, it should be remembered as a diagnostic hypothesis in any child with persistent fever and multisystem symptoms, or in children with symptoms compatible with Kawasaki disease. Some patients may have a severe clinical picture, associated with shock, gastrointestinal and respiratory symptoms. The children described in our study were mainly schoolchildren, boys and with few comorbidities. All had good evolution with supportive treatment and use of corticosteroids and immunoglobulin. As cardiac involvement is common, cardiac evaluation is recommended for all patients and follow-up after discharge.

Further studies are needed to assess treatment options and long-term prognosis.

## 6. REFERENCES

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION ALERT NETWORK (HAN). *Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) associated with coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Atlanta: CDC, 2020. Disponível em: <https://emergency.cdc.gov/han/2020/han00432.asp>. Acesso em: 10 dez. 2020.

DAVIES, P. *et al.* Intensive care admissions of children with paediatric inflammatory syndrome temporally associated with SARS-CoV-2 (PIMS-TS) in the UK: a multicentre observational study. *Lancet Child Adolesc Health*, London, v. 4, p. 669–677, sept. 2020.

ESPOSITO, S.; PRINCIPI, N. Multisystem inflammatory syndrome in children related to SARS-CoV-2. *Paediatric Drugs*, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 119-129, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40272-020-00435-x>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7819738/>. Acesso em: 15 dez. 2020.

FELDSTEIN, L. R. *et al.* Multisystem inflammatory syndrome in U.S. children and adolescents. *N Engl J Med*, Boston, v. 383, p.334-346, jul. 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2021680. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2021680>. Acesso em: 12 dez. 2020.

FERNANDEZ-SARMIENTO, J. *et al.* Paediatric inflammatory syndrome temporally associated with COVID-19 (PIMS-TS): a narrative review and the viewpoint of the Latin American Society of Pediatric Intensive Care (SLACIP) sepsis committee. *BMJ Paediatrics Open*, London, v. 5, n. 1, p. e000894, 2021. DOI: 10.1136/bmjpo-2020-



000894. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7868133/>. Acesso em: 12 dez. 2020.

GOLDFRED-CATO S, *et al.* COVID-19 Associated multisystem inflammatory syndrome in children-United States, march-july 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, Atlanta, v. 69, n. 32, p. 1074-1080, ago. 2020. DOI: 10.15585 / mmwr.mm6932e2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32790663/>. Acesso em: 12 dez. 2020.

GRIMAUD, M. *et al.* Acute myocarditis and multisystem inflammatory emerging disease following SARS-CoV-2 infection in critically ill children. *Ann Intensive Care*, [S. l.], v. 10, p. 69, jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00690-8>. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7266128/pdf/13613\\_2020\\_Article\\_690.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7266128/pdf/13613_2020_Article_690.pdf). Acesso em: 10 dez. 2020.

KABEERDOSS, J. *et al.* Severe COVID-19, multisystem inflammatory syndrome in children, and Kawasaki disease: immunological mechanism, clinical manifestations and management. *Rheumatol Int*, Berlin, v. 41, n. 1, p. 19-32, fev. 2021. DOI: 10.1007/s00296-020-04749-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33219837/>. Acesso em: 12 dez. 2020.

KAUSHIK, A. *et al.* A systematic review of multisystem inflammatory syndrome in children associated with SARS-CoV-2 infection. *Pediatr Infect Dis J*, Baltimore, v. 39, n. 11, p. e340-e346, nov. 2020. DOI: 10.1097/INF.0000000000002888. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32925547/>. Acesso em: 12 dez. 2020.

KOBAYASHI, T. *et al.* Prediction of intravenous immunoglobulin unresponsiveness in patients with Kawasaki disease. *Circulation*, Dallas, v. 113, n. 22, p. 2606-2612, jun. 2006. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.592865. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16735679/>. Acesso em: 5 dez. 2020.

MAHMOUD, S. *et al.* The "Golden Hours" Algorithm For the Management of the Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C). *Glob Pediatr Health*, [S. l.], v. 8, p. 1-9, jan. 2021. DOI: 10.1177/2333794X21990339. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2333794X21990339>. Acesso em: 18 maio 2021.

NAKRA, N. A. *et al.* Multi-system inflammatory syndrome in children (MIS-C) following SARS-CoV-2 infection: review of clinical presentation, hypothetical pathogenesis, and proposed management. *Children (Basel)*, Basel, v. 7, n. 7, p. 69, jul. 2020. DOI: 10.3390/children7070069. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9067/7/7/69>. Acesso em: 15 dez. 2020.

RIPHAGEN, S. *et al.* Hyperinflammatory chock in children during COVID-19 pandemic. *Lancet*, London, v. 395, n. 10237, p.1607-1608, maio 2020. DOI: 10.1016 / S0140-6736 (20) 31094-1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7204765/>. Acesso em: 10 dez. 2020.





ROYAL COLLEGE OF PAEDIATRICS AND CHILD HEALTH. *Guidance: paediatric multisystem inflammatory syndrome temporally associated with COVID-19*. United Kingdom, 2020. Disponível em: <https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/2020-05/COVID-19-Paediatric-multisystem-%20inflammatory%20syndrome-20200501.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.

TORRES, J. P. *et al.* Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C): Report of the clinical and epidemiological characteristics of cases in Santiago de Chile during the SARS-CoV-2 pandemic. *Int J Infect Dis*, Hamilton, v. 100, p. 75-81, nov. 2020. DOI: 10.1016/j.ijid.2020.08.062. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7452906/>. Acesso em: 15 mar. 2021.

TULIE, L. *et al.* Gastrointestinal features in children with COVID-19: an observation of varied presentation in eight children. *Lancet Child Adolesc Health*, London, v. 4, n. 7, p. e19-e20, jul. 2020. DOI: 10.1016/S2352-4642(20)30165-6. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30165-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30165-6/fulltext). Acesso em: 5 dez. 2020.

VERDONI, L. *et al.* An outbreak of several Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. *Lancet*, London, v. 395, n. 10239, p.1771-1778, jun. 2020. DOI: 10.1016 / S0140-6736 (20) 31103-X. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31103-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31103-X/fulltext). Acesso em: 10 dez. 2020.

WEBB, K. *et al.* Multisystem inflammatory syndrome in children in South Africa. *Lancet Child Adolesc Health*, London, v. 4, n. 10, p. e38, oct. 2020. DOI: 10.1016/S2352-4642(20)30272-8. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30272-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30272-8/fulltext). Acesso em: 10 dez. 2020.

WHITE, M. *et al.* Paediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2 (PIMS-TS): the Evelina Experience. *Arch Dis Child*, London, v. 105, n. 11, p. 1025-1027, nov. 2020. DOI: 10.1136/archdischild-2020-319554. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32912866/>. Acesso em: 15 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents with COVID-19*: Scientific Brief. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-and-adolescents-with-covid-19>. Acesso em: 10 dez. 2020.

#### Cristiane Traiber<sup>i</sup>

Mestra em Medicina e Saúde da Criança pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Médica Intensivista Pediátrica do Hospital da Criança Conceição do Grupo Hospitalar Conceição (HCC-GHC), Porto Alegre/ RS.

Contribuição de autoria: Planejamento e concepção da pesquisa, revisão da literatura, análise e interpretação de dados, escrita e revisão do artigo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3872-4798>





Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1302015871069614>  
E-mail: [cristraiber@gmail.com](mailto:cristraiber@gmail.com)

## **Fernanda Umpierre Bueno<sup>ii</sup>**

Mestre em Pediatria e Saúde da Criança pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Médica Intensivista Pediátrica do Hospital da Criança Conceição (HCC-GHC) e do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Porto Alegre/RS.

Contribuição de autoria: Revisão da literatura, interpretação de dados, escrita e revisão do artigo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7372-2424>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7929733531754344>

E-mail: [febueno01@gmail.com](mailto:febueno01@gmail.com)

## **Luiz Roberto Braun Filho<sup>iii</sup>**

Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Médico Intensivista Pediátrico do Hospital da Criança Conceição do Grupo Hospitalar Conceição (HCC-GHC), Porto Alegre/RS.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, análise dos dados e revisão do artigo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2829-1343>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2091843662043673>

E-mail: [braun.luiz@gmail.com](mailto:braun.luiz@gmail.com)

## **Guilherme Unchalo Eckert<sup>iv</sup>**

Mestre em Medicina e Saúde da Criança pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Médico Intensivista Pediátrica do Hospital da Criança Conceição do Grupo Hospitalar Conceição (HCC-GHC) e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre/RS.

Contribuição de autoria: Coleta e análise dos dados, organização e revisão do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3221-2951>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0913460585644153>

E-mail: [guieckert@gmail.com](mailto:guieckert@gmail.com)

## **Priscila Coelho Amaral<sup>v</sup>**

Médica Rotineira do Serviço de Adolescentes do Hospital da Criança Conceição do Grupo Hospitalar Conceição (HCC-GHC), Porto Alegre/RS.

Contribuição de autoria: Coleta dos dados, escrita e revisão do artigo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3693-4254>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7630283861761134>

E-mail: [priscila@ghc.com.br](mailto:priscila@ghc.com.br)

## **Iloite Scheibel<sup>vi</sup>**

Médica Reumatologista Pediátrica no Hospital Criança Criança Conceição do Grupo Hospitalar Conceição (HCC-GHC), Porto Alegre/RS.

Contribuição de autoria: Coleta dos dados e revisão do artigo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3693-4254>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6234966920790131>

E-mail: [iloite@gmail.com](mailto:iloite@gmail.com)

## **Marcelo Almeida Azambuja<sup>vii</sup>**

Médico Residente em Medicina Intensiva Pediátrica do Hospital da Criança Conceição do Grupo Hospitalar Conceição (HCC-GHC), Porto Alegre/RS.

Contribuição de autoria: Coleta e revisão dos dados.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4518-6390>



---

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2974076757321927>  
E-mail: [guma.marcelo@gmail.com](mailto:guma.marcelo@gmail.com)

---

**Editor responsável:** Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 27 de maio de 2021.

Aceito em 26 de julho de 2021.

Publicado em 22 de novembro de 2021.

---

**Como referenciar este artigo (ABNT):**

TRAIBER, Cristiane; BUENO, Fernanda Umpierre; FILHO, Luiz Roberto Braun. *et al.* Síndrome multissistêmica inflamatória em crianças (MIS-C) associada a infecção pelo novo vírus SARS-COV-2 relato de casos de um hospital pediátrico no sul do Brasil. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v.1, n.1, p. 12-27, 2021.



## Educação Permanente como apoio à detecção e diagnóstico de alterações do desenvolvimento infantil

DOI: [10.29327/269776.1.1-4](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-4)

Suziane Fernanda Klein<sup>i</sup>   
Lisandra Alves Nascimento<sup>ii</sup>   
Killian Colombo<sup>iii</sup> 

### RESUMO

A infância é uma fase da vida fundamental à constituição de todo sujeito, sendo a produção do cuidado em saúde e a detecção precoce de alterações essenciais para a promoção de um desenvolvimento infantil de qualidade. Partindo desta premissa, o presente artigo analisou os efeitos de uma ação de Educação Permanente em Saúde (EP) sobre desenvolvimento infantil. Participaram do estudo profissionais atuantes em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do sul do Brasil, através de um delineamento qualitativo de natureza social. Os resultados evidenciaram que a EP realizada proporcionou aos participantes um espaço de diálogo, aprimoramento, reflexão e identificação de fragilidades no que se refere ao cuidado prestado à infância. Também se verificou que na equipe de Saúde da Família estudada as ações de EP ocorriam raramente, o que demonstrou que essa ferramenta deveria ser mais explorada nos serviços de saúde. Constatou-se a necessidade de um olhar e de uma prática profissional mais atentos ao desenvolvimento infantil, visto que o mesmo é o alicerce que sustenta todas as fases seguintes do ciclo vital. Portanto, um cuidado de qualidade na primeira infância é imprescindível.

**Palavras-chave:** educação permanente; desenvolvimento infantil; atenção primária à saúde.

### Permanent education as support to detecting and diagnosing child development alterations

#### ABSTRACT

Childhood is a stage of life fundamental to the constitution of the entire subject, with the production of health care and the early detection of essential alternations being essential for the promotion of quality child development. Stemming from this premise, this article analyzed the effects of a Permanent Health Education (PHE) action on child development. Professionals who work in a Family Health Strategy (FHS) of a municipality in southern Brazil participated in the study through a qualitative design of social nature. The results made evident that the PHE carried out provided the participants with a space of dialogue, improvement, reflection, and identification of fragilities regarding the care provided to childhood. It was also verified that the PHE actions rarely occurred in the studied Family Health team, which demonstrated that this tool should be explored more in health services. We found a need for a professional onlook and practice more attentive to child development, given that it is the foundation that supports all subsequent stages of the vital cycle. Therefore, quality care in early childhood is indispensable.

**Keywords:** permanent education; child development; primary health care.



## 1. INTRODUÇÃO

A infância se caracteriza como uma fase da vida extremamente importante para o desenvolvimento de todo o ser humano. É nessa etapa que a criança se constitui como sujeito, inicia o processo de aquisição de linguagem, dá os primeiros passos, descobre e explora o mundo que a cerca. A infância é composta por aprendizados e desafios, estando sujeita à interferência de inúmeros fatores, sejam eles biológicos, ambientais ou sociais. Assim, pode-se afirmar que o desenvolvimento infantil é diretamente influenciado tanto pelo meio em que a criança vive, quanto pela família em que a mesma está inserida (MARIA-MENGUEL; LINHARES, 2007).

Nessa fase da vida repleta de mudanças, tanto para os pais, quanto para as crianças, podem ser observadas algumas alterações no desenvolvimento infantil. Na literatura, há descrições do que se espera que esteja presente em cada faixa etária do desenvolvimento da criança, ou seja, existem critérios para classificar o desenvolvimento apresentado como normal ou alterado (BRASIL, 2018; KUPFER *et al.*, 2009; OLIVEIRA; FLORES; SOUZA, 2012). As alterações podem estar relacionadas a atrasos no que é previsto para determinada idade, podendo envolver vários aspectos, como por exemplo: os motores (firmar a cabeça, sentar, engatinhar) e os de constituição psíquica da criança (troca de olhar na díade mãe-bebê, presença do *manhês*<sup>1</sup>, balbucios). Nesse contexto, a detecção de alterações no desenvolvimento infantil é fundamental, pois, por meio dela, é possível intervir precocemente, evitando que o sofrimento da família e da criança se prolongue e afete negativamente as fases seguintes do desenvolvimento.

A atenção em saúde visando o desenvolvimento infantil é ofertada aos usuários do Sistema Único de Saúde por diversas estratégias e dispositivos articulados por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo essas:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS [Atenção Primária à Saúde] [...] (MENDES, 2012, p. 49).

<sup>1</sup> De acordo com Pierotti, Levy e Zornig (2010, p. 424-425), o manhês “é um tipo de prosódia especial que a mãe utiliza quando se dirige ao filho”.



Pensando no funcionamento e na organização das RAS, os profissionais que possuem um contato próximo com as famílias, tanto pela questão territorial, quanto pelo vínculo, são os que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF se configura como a estratégia prioritária de atenção à saúde, pois busca expandir, qualificar e consolidar a Atenção Básica (AB), apresentando, assim, um potencial enorme para as ações de promoção e prevenção em saúde (BRASIL, 2017a). O trabalho da AB é norteado por princípios, dentre eles, destaca-se a integralidade, caracterizada como um conjunto de ações e serviços que são utilizados de maneira articulada e contínua, com o objetivo de ofertar um cuidado de acordo com a exigência de cada caso, considerando todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). Starfield (2002) afirma que os profissionais da AB atuam em uma situação privilegiada, pois conseguem acompanhar as famílias longitudinalmente, identificando as que demandam maior atenção. Essa identificação ocorre por meio do acolhimento, das consultas pediátricas, da busca por imunizações e das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da enfermagem, ações que estimulam o estabelecimento do vínculo com as crianças e famílias do território.

Ao analisar essa conjuntura, evidencia-se o potencial que as equipes de ESF têm para acompanhar, detectar e diagnosticar as alterações no desenvolvimento da criança, bem como solicitar o auxílio de outros dispositivos da RAS quando necessário, participando ativamente da continuidade do cuidado.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar os efeitos da Educação Permanente em Saúde voltada à temática do desenvolvimento infantil em uma equipe de ESF de um município da região sul do Brasil. Os objetivos específicos são: investigar o conhecimento dos profissionais de saúde de uma ESF acerca do desenvolvimento infantil e compreender como esta pactua os encaminhamentos de crianças para a atenção especializada.

## 2. O DESENVOLVIMENTO INFANTIL E A ATENÇÃO BÁSICA

Discorrer acerca do desenvolvimento infantil é um desafio, afinal esse tema é o objeto de estudo de um vasto número de trabalhos, possuindo, como consequência,



inúmeras vertentes teóricas que o descrevem de variadas maneiras (RAPPAPORT, 1981; BRASIL. Ministério da Saúde, 2018; KUPFER et al., 2009; MARIA-MENGUEL; LINHARES, 2007). Essas distinções teóricas se devem aos enfoques adotados pelos estudiosos, pois enquanto alguns se voltam aos aspectos biológicos do desenvolvimento, outros se direcionam aos ambientais, sociais e/ou psicológicos. As pesquisas realizadas até o momento proporcionaram avanços significativos no conhecimento e na compreensão acerca da infância e do desenvolvimento infantil. Para ilustrar isso, recorre-se a Rappaport (1981) que descreve que até um período próximo ao século XX, as crianças eram vistas como pequenos adultos. Somente no século XVII, por meio de intervenções da igreja, evidenciou-se as inadequações que essa visão provocava na constituição do caráter e da moral das crianças. A partir desse momento, o interesse pelo estudo do desenvolvimento infantil foi se ampliando e revelando estudiosos até hoje consagrados, como Sigmund Freud e Jean Piaget (RAPPAPORT, 1981).

Com o tempo, as pesquisas acerca dessa temática foram aprimorando-se e, graças a elas, atualmente, tem-se uma visão mais ampla acerca do processo de desenvolvimento. Os estudos realizados, independentemente do enfoque teórico adotado, descrevem o desenvolvimento infantil como um processo extremamente importante na constituição dos indivíduos (RAPPAPORT, 1981; BRASIL, 2018; KUPFER et al., 2009; MARIA-MENGUEL; LINHARES, 2007).

A Organização Pan-Americana da Saúde (2005, p. 12) refere que o desenvolvimento infantil pode ser pensado como “[...] um processo que vai desde a concepção, envolvendo vários aspectos, indo desde o crescimento físico, passando pela maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança”. Após o estabelecimento desses marcos, tem-se um indivíduo apto para responder as suas necessidades, bem como as do meio em que vive. O desenvolvimento também pode ser caracterizado como uma “transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva” (RAPPAPORT, 1981 apud BRASIL. Ministério da Saúde, 2012, p. 121), estando sujeito a interferências de fatores biológicos, relacionais, afetivos, simbólicos, contextuais e ambientais. A interação entre essa diversidade de fatores é demonstrada





“[...] nas vivências e nos comportamentos dos bebês e das crianças, nos modos como agem, reagem e interagem com objetos, pessoas, situações e ambientes” (BRASIL, 2016, p. 21). Com base no exposto, a presente pesquisa fundamentou-se na definição de desenvolvimento infantil como um processo extremamente complexo, que se estabelece por meio da interferência e interação de múltiplos fatores, como os biológicos, ambientais, sociais e culturais, por exemplo.

Devido a todas as interferências que o desenvolvimento infantil é submetido, a manifestação de perturbações é recorrente e desencadeia alterações importantes nesse processo. A configuração clínica desses transtornos varia tanto no tipo quanto na intensidade do quadro, podendo ser de maior ou menor gravidade. A manifestação pode ocorrer de forma isolada ou cumulativa por meio do comprometimento das funções motoras, cognição, interação pessoal-social, linguagem, entre outros (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005).

Pode-se afirmar que um olhar atento e sensível para essas alterações, por meio do acompanhamento e cuidado à saúde da criança ao longo do tempo, caracteriza-se como uma prática fundamental para promover saúde, prevenir agravos e identificar atrasos no desenvolvimento. Esses aspectos evidenciam o papel fundamental da atuação dos profissionais que compõem a ESF, ou seja, médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS, podendo haver também o Agente de Combate a Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017b). O trabalho com o desenvolvimento infantil na AB envolve a promoção, proteção e a detecção precoce de alterações por meio da visão integral da saúde da criança e de ações educativas (BARROS; VÍCTORA, 2008). O acompanhamento adequado das crianças garante a elas o acesso à avaliação, diagnóstico, tratamento e reabilitação o mais cedo possível, fazendo com que se ampliem as chances de um prognóstico favorável (BRASIL, 2016).

Para que a atenção à infância ocorra efetivamente é necessário que os profissionais da saúde estejam preparados, compreendendo os marcadores de um desenvolvimento infantil saudável, orientando adequadamente as famílias e, sobretudo, assumindo uma postura empática, acolhedora e sensível. Pensando nisso, uma estratégia



potente que pode ser adotada para qualificar e compartilhar saberes entre os profissionais da AB é a Educação Permanente em Saúde (EP), que, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a, p. 30) é:

[...] a principal estratégia para qualificar as práticas de cuidado, gestão e participação popular. Deve embasar-se num processo pedagógico que parte do cotidiano do trabalho envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores [...] e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos.

Almeida et al. (2016, p. 7) afirma que a EP busca “induzir mudanças nas diversas maneiras de agir dos profissionais [...]”, configurando-se como uma ação importante para motivar os trabalhadores da saúde através dos desafios presentes no seu cotidiano de serviço. Embasando-se nessas definições, reforça-se a importância da realização dessa pesquisa.

#### 4. METODOLOGIA

Este estudo originou-se de um Trabalho de Conclusão de Residência aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC) sob o número 18306. Sendo desenvolvido em um município, com cerca de 20 mil habitantes, da região sul do Brasil, que possuía, no momento da pesquisa, uma rede de serviços de saúde estruturada por meio de sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) compostas por oito equipes de Saúde da Família (eSF), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB modalidade 1), dois polos do Programa Academia da Saúde, um Hospital de pequeno porte, um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Conselho Tutelar (CT) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza social que, segundo Dyniewicz (2009), corresponde a um método que procura solucionar obstáculos da rotina, encontrando conhecimento novo, compreensão e estimulando intervenções na realidade. Os dados foram coletados durante os encontros de EP por meio da técnica do grupo focal, fundamentada na interação entre participantes e pesquisador diante de determinado tema havendo um objetivo específico. Essa estratégia possibilita dialogar acerca das opiniões, relevâncias e valores dos participantes (DYNIEWICZ, 2009).



A população foi composta por uma equipe de Saúde da Família (eSF), escolhida por meio dos seguintes critérios: ser uma das eSFs do município com a maior população adstrita, sabendo-se que esse número varia de 2.000 a 3.500 pessoas (BRASIL, 2017b); ser uma eSF que trabalha no mesmo espaço físico que os profissionais pediatras; se localizar num território com acesso facilitado (área urbana) para ser viável o deslocamento da pesquisadora e; aceitar o convite para participar dessa pesquisa. As características das oito eSFs existentes foram analisadas e apenas duas preencheram os critérios elencados. A partir disso, efetuou-se o convite e somente uma das equipes aceitou participar do estudo.

A amostra foi constituída com os critérios de inclusão: profissional atuante na eSF participante do estudo; desejo em compor a amostra do estudo manifesto pelo profissional, bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e presença do profissional em ao menos 75% dos encontros. Foram excluídos da amostra os profissionais do NASF-AB; os residentes em Saúde da Família e Comunidade; e os higienizadores. A partir dos critérios citados, a amostra foi composta por nove participantes divididos nas seguintes categorias profissionais: médico, enfermeira, dentista, auxiliar de saúde bucal e ACS. É válido mencionar que nenhum dos profissionais convidados se recusou a participar do estudo. Apesar disso, 3 profissionais não foram incluídos na amostra por não terem atingido 75% de participação nos encontros.

O banco de dados é composto por gravações de áudio e registros do diário de campo que tiveram o intuito de “[...] compreender o objeto de estudo em suas múltiplas dimensões e inter-relações” (ARAÚJO et al., 2013, p. 54). As gravações foram transcritas de acordo com a escrita ortográfica tradicional. Nesse processo, cada participante recebeu uma letra do alfabeto para representá-lo a fim de manter o sigilo de sua identidade. A análise desses dados se deu com base na Análise de Conteúdo de Bardin (1977), técnica que prescreve a realização de três fases: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A partir da organização das unidades de registro, estabeleceram-se três categorias temáticas finais:



Infância e desenvolvimento infantil; Processos de trabalho; e Processo de Educação Permanente.

## *Os encontros de Educação Permanente sobre o desenvolvimento infantil*

A EP ocorreu no início das reuniões da eSF, durante quatro meses, por meio de um encontro mensal com aproximadamente 30 minutos de duração cada. A organização e realização das intervenções ficaram sob a responsabilidade da pesquisadora principal. O objetivo central foi sensibilizar os profissionais da eSF para um olhar mais atento para o desenvolvimento infantil, capacitando-os para detectar e intervir adequadamente ao perceber riscos nessa área. Para isso, buscou-se refletir e elaborar, juntamente com os participantes, estratégias para intervenções e orientações na AB.

Nos encontros discorreu-se sobre os marcos do desenvolvimento infantil do nascimento até os três anos de vida com base nos materiais elaborados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS), principalmente os que compõem a Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2018). Foram utilizados recursos de multimídia para apresentação de vídeos, fotos, casos fictícios e referências bibliográficas. A escolha por esse embasamento teórico ocorreu por se tratar de um material que integra o cotidiano da eSF.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### *Os conhecimentos dos profissionais sobre o desenvolvimento infantil e a infância*

Previamente ao compartilhamento dos conteúdos referentes ao desenvolvimento infantil, efetuou-se a seguinte pergunta: “O que vem na cabeça de vocês ao ouvirem infância? A primeira palavra que vem” com o intuito de investigar o conhecimento dos participantes acerca dessa temática. A partir disso, surgiram falas como:

“Acho que é brincar, rua [...] hoje tu vê[s] uma infância que as crianças [es]tão trancadas dentro de um apartamento. [...]” (participante A)

“Acho que inocência, eles são inocentes ainda. Indefesos” (participante C)

“Uma palavra para quando fala em infância, eu acho que criança. Primeira palavra que vem em mente assim.” (participante D)



A associação da infância ao brincar e à rua, presente na fala do participante A, é muito relevante, pois Teixeira *et al.* (2003) *apud* Brasil (2016) assegura que o brincar e as brincadeiras com o próprio corpo, com o corpo do outro e até mesmo com objetos proporciona o desenvolvimento dos aspectos motores, cognitivos, sociais e emocionais da criança. Brincar é uma atividade importante para o crescimento saudável de qualquer criança, tanto que Lydia Hortelio, no documentário Tarja Branca (2014), enfatiza: “A criança não vive para brincar. Brincar é viver!”. Pode-se pensar que A considerou as brincadeiras e a rua como provedores de um desenvolvimento infantil saudável. Ao observar-se a sequência de sua fala, há uma descrição com certa reprovação: “*hoje tu vê[s] uma infância que as crianças [es]tão trancadas dentro de um apartamento*”. O termo “*trancadas*” instiga a interpretação de que atualmente as crianças podem estar vivendo de forma isolada, fechada e limitadas aos seus respectivos domicílios. Ao considerar Gutfreind (2012, p. 235), descrevendo que a “saúde também é imaginação e capacidade simbólica, e tudo isso vem da qualidade de um encontro” pode-se relacionar o descontentamento de A com a privação do encontro, do contato e da convivência entre os pares. Para finalizar a análise da fala de A, recorre-se a Winnicott (1975, p.70), que afirma “[...] é a brincadeira que é universal e que é própria da saúde: o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais [...]”. A partir desse autor, torna-se viável inferir que para o profissional A, o fato de estar “*trancado dentro de um apartamento*” foi identificado como algo prejudicial para o desenvolvimento infantil, enquanto estar brincando, explorando a rua, a vizinhança, foi considerado como um fator favorável para um desenvolvimento saudável.

No discurso do participante C apareceram as palavras “*inocência*” e “*indefesos*”, já D relacionou infância com “*criança*”. No Dicionário Online de Português (2021), criança é definida como “menino ou menina que está no período da infância, entre o nascimento e a puberdade. [...] quem é ingênuo, inocente.”. Por meio dessa definição, é possível notar complementaridade entre as falas de C e D, que associaram infância com inocência, indefeso e criança. Partindo-se da visão desses participantes, pode-se deduzir que a infância demanda cuidado, proteção e apoio específicos por se tratar de um período composto por crianças inocentes e indefesas. Ressalta-se que esses aspectos





estão previstos no trabalho das equipes de AB, que acompanham o desenvolvimento infantil por meio de sua promoção e proteção, bem como da detecção precoce de alterações (BARROS; VÍCTORA, 2008). Para concluir, nota-se que os dois profissionais, ao falarem de infância, trouxeram aspectos que podem se relacionar diretamente com suas práticas diárias no contexto de eSF.

A partir da explanação dos conteúdos referentes aos marcos do desenvolvimento infantil, reflexões foram suscitadas no grupo. Na sequência, mostram-se as constatações de dois profissionais:

*“[...] a importância que [tem] o ambiente onde a criança é inserida, no desenvolvimento dela, inclusive posterior, no desenvolvimento do adulto também.” (participante B)*

*“... o quanto é importante cada fase, porque depois a criança entra na escola e vai apresentar um monte de problemas e que tu nem imagina[s]... E de repente foi alguma fase que não foi bem estimulada, bem trabalhada... E [é] a criança que sofre depois.” (participante A)*

A fala de B ressalta que o “ambiente onde a criança é inserida” acaba influenciando no desenvolvimento dela. Já A, parece associar os “problemas” detectados apenas no ingresso escolar à “alguma fase que não foi bem estimulada”. De fato, sabe-se que a carga e a qualidade dos estímulos e das relações que a criança tem contato por meio de suas vivências se configuram como um aspecto que afeta significativamente o desenvolvimento infantil (BRASIL, 2016). A reflexão apresentada por A, demarca que o acompanhamento de cada etapa do desenvolvimento da criança é essencial, caso contrário, suas dificuldades serão identificadas tardiamente, apenas quando ela ingressar na escola, agravando a situação e descumprindo a detecção precoce de situações de risco preconizada (BRASIL, 2016). Ainda nas palavras de A: “*[é] a criança que sofre depois*”.

As repercussões do desenvolvimento infantil nas demais etapas da vida, sobretudo no início da trajetória escolar e na fase adulta, é um ponto presente nas declarações de B e A que merece destaque. A partir dessas falas, pode-se inferir que a compreensão do desenvolvimento infantil como o alicerce que sustenta todas as fases seguintes do ciclo vital pode ter sido alcançada pelo grupo. Sabe-se que o processo de desenvolvimento é influenciado por vários fatores, como o meio social em que a criança vive, a organização de sua família, as pessoas que ela tem contato, os profissionais da saúde e da educação que interagem com ela, entre tantos outros que, em conjunto,





forneceirão os significados pertinentes à realidade em que a criança está inserida (BRASIL, 2012). Pode-se notar que houve uma reflexão acerca das consequências geradas por um desenvolvimento infantil que não teve o acompanhamento adequado desde os seus primórdios.

O grupo também pôde concluir que a chegada de um bebê demanda preparo, organização e desejo por parte da família, bem como um olhar atento da eSF no acompanhamento e na identificação de situações de risco. Por meio das declarações apresentadas, pode-se perceber que os participantes conseguiram refletir sobre as suas práticas diárias a partir dos conteúdos compartilhados na EP.

Ante o exposto, conclui-se que no decorrer das intervenções os participantes fizeram um deslocamento das suas experiências pessoais para as suas práticas profissionais diante da infância e, para além disso, conseguiram realizar uma conexão entre a teoria e a prática. Por meio das falas dos participantes, bem como pelas discussões ocorridas, observou-se que o grupo conseguiu identificar fatores de risco para o desenvolvimento infantil. Por fim, demonstrou-se que as intervenções propostas pelo processo de EP possibilitaram a investigação do conhecimento da eSF acerca do desenvolvimento infantil, conforme um dos objetivos específicos desta pesquisa.

### *Processos de trabalho e encaminhamentos na rede de atenção à saúde: fortalezas e fragilidades*

Nas discussões realizadas emergiram reflexões importantes sobre o funcionamento da rede de saúde do município. Brasil (2017c, p. 11) descreve a Rede de Atenção à Saúde como um “arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que [...] buscam garantir a integralidade do cuidado” e “[...] superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde [...] [a fim de] assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência”. Considerando-se esses apontamentos e as informações compartilhadas pelos participantes acerca dos processos de trabalho e encaminhamentos realizados pela eSF, algumas fragilidades e fortalezas foram evidenciadas. O princípio da integralidade contribuiu para a análise das fragilidades relatadas, eis que refere-se à prestação de uma série de serviços pela equipe de saúde para atender às necessidades da população



adscrita, tendo em vista os “[...] campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos” (BRASIL, 2017b). Percebeu-se que a prática desse princípio se configurou como um desafio para os participantes, sobretudo em dois âmbitos: no cuidado prestado pela eSF para o público infantil e nas relações entre os serviços da RAS.

Conforme os registros do diário de campo, o grupo percebeu que não acompanha efetivamente as crianças do território, pois o cuidado destas fica sob responsabilidade dos pediatras, que por sua vez, não participam das reuniões de equipe. A ausência dessa categoria profissional nesse espaço de encontro impacta diretamente no cuidado prestado, pois o mesmo fica fragmentado, originando condutas construídas de forma isolada e dificultando a oferta de uma “atenção contínua e integral” ao público infantil (MENDES, 2012, p. 49). Isso possivelmente demarca uma dificuldade de diálogo entre os profissionais da equipe, o que pode impactar no exercício da integralidade diante do desenvolvimento infantil e resultar em orientações fragmentadas e até mesmo divergentes.

Nos relatos do diário de campo, há a descrição de outra circunstância que afeta a integralidade do cuidado de acordo com os profissionais: a falta de diálogo entre os serviços da RAS do município. A integralidade entre os serviços é necessária para que as demandas dos usuários possam ser analisadas de maneira interdisciplinar e intersetorial, estabelecendo-se objetivos comuns, atitudes cooperativas e interdependentes, produzindo um cuidado integral e humanizado (MENDES, 2012). Enfocando-se no desenvolvimento infantil, o grupo identificou a necessidade de discutir os casos pertencentes à infância, sobretudo os mais graves. Também apontou que para isso ser efetivo é indispensável que toda a rede de serviços do município dialogue e atue conjuntamente. Esse aspecto angustiou os participantes, pois, apesar deles se reconhecerem como implicados nesse processo, não haviam percebido por parte da gestão municipal estímulos e propostas que apoiassem modificações para solucionar as questões identificadas.



Mesmo com as limitações na resolução das questões problematizadas, o fato delas terem sido identificadas e apresentadas pelo grupo pode ser analisado embasando-se em Brasil (2014, p. 11):

A problematização das situações enfrentadas nos coletivos é a principal estratégia para o desenvolvimento da aprendizagem, pois possibilita a oportunidade de transformações efetivas nos processos de trabalho e a construção conjunta da autonomia dos sujeitos e das equipes [...].

Tendo em vista o exposto, em conjunto com o teor das discussões ocorridas, evidencia-se o quanto a EP realizada nesta pesquisa foi válida. Os participantes refletiram e problematizaram as suas práticas diárias, elaborando possíveis soluções para as fragilidades encontradas, o que favoreceu o desenvolvimento da aprendizagem. Destaca-se que esse desejo por mudanças manifestado na fala dos participantes pode ser nutrido pelo desconforto e estranhamento diante da realidade que possui algo em desacordo com as demandas identificadas de forma individual, coletiva ou institucional (CECCIM; FERLA, 2008).

Para finalizar essa categoria, cabe abordar as informações trazidas pelos participantes no que se refere aos encaminhamentos na rede de saúde do município. O grupo informou que ao surgir uma demanda de infância, a eSF discute o caso e analisa as suas possibilidades de intervir, depois disso, se houver necessidade, solicita apoio a outros pontos da rede como o NASF-AB, CAPS, CRAS e CT. Quando há intervenções desses serviços, a eSF busca acompanhar o caso para manter-se atualizada acerca das condutas efetuadas. A fala do participante C, pode ilustrar uma maneira de atuar diante de uma situação que necessita encaminhamento e/ou apoio de outros pontos da rede:

“Importante a gente saber também como profissional [...] para às vezes dar uma chamada, dizer: **ó, eu acho que alguma coisa não está bem aí.** Para ver **qual profissional pode ajudar** também. Porque às vezes os pais não têm esse entendimento” - Participante C

Ao analisar esse enunciado, torna-se viável inferir que ao se detectar algo que “não está bem”, os pais são informados e se verifica “qual profissional pode ajudar”, ou seja, a partir da identificação de alterações no desenvolvimento infantil, reflete-se sobre qual ponto da RAS poderia ser acionado para acolher e prestar o cuidado necessário.

Essa forma de funcionamento segue a coordenação do cuidado preconizada nas diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017a). Sabe-se que a AB



funciona como porta de entrada e centro de comunicação da RAS, assumindo assim um papel fundamental na coordenação do cuidado e na ordenação das ações e serviços disponibilizados na rede. Com isso, é possível dizer que a organização dos encaminhamentos representa uma das fortalezas da eSF, pois é consolidada entre os profissionais e norteadora na legislação vigente.

### *Processo de Educação Permanente: as percepções dos participantes*

O processo de EP realizado buscou uma troca de saberes horizontal, pois para o trabalhador da saúde se reconhecer como agente de mudanças é necessário que ele seja “[...] considerado como sujeito da aprendizagem, ativo e apto a aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser” (BRASIL, 2014, p. 7). É válido dizer que esses aspectos também estão presentes nos quatro pilares da educação descritos pela UNESCO (1996). Por meio da avaliação contínua da proposta de EP praticada nessa pesquisa, notou-se que os profissionais se sentiram convocados e acolhidos para compartilhar seus conhecimentos.

No final de cada encontro foi proporcionado um momento para acolher as percepções do grupo sobre o processo de EP buscando qualificar, reformular e construir coletivamente esse espaço. Os retornos dos participantes foram registrados no diário de campo e nas gravações de áudio. Além disso, no último encontro, solicitou-se que cada participante escrevesse em um papel as suas impressões sobre o processo de intervenções efetuado, sem ser preciso identificar-se. As devolutivas foram reunidas e analisadas, então decidiu-se empregar o método conhecido como nuvem de palavras para apresentá-las.

Nessa técnica, os dados de um texto são exibidos visualmente, proporcionando clareza e uma comunicação efetiva, por ser uma das formas de se aumentar a compreensão de materiais qualitativos (BLETZER, 2015). Para gerar a nuvem de palavras com as impressões dos participantes utilizou-se o recurso *Word Clouds* (Figura 1), suprimindo-se termos como artigos e pronomes. Nessa ferramenta, as palavras são apresentadas em tamanhos que variam conforme a sua frequência, ou seja, palavras



citadas mais vezes ficam em um tamanho maior, enquanto as citadas poucas vezes assumem um tamanho menor (WORDCLOUDS, 2019).

**Figura 1** – Nuvem de palavras com as impressões dos participantes sobre o processo de Educação Permanente.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

As palavras mais citadas nas devolutivas do grupo, em ordem decrescente, foram: aprender, informações, importante, trocas e proveitoso. Diante dos termos mencionados, pode-se inferir que, em alguns quesitos, o processo de EP obteve êxito, afinal os participantes puderam aprender, tiveram contato com informações acerca do desenvolvimento infantil, reconheceram a importância do espaço de formação propiciado, perceberam a potencialidade da troca de saberes durante os encontros e julgaram as intervenções proveitosas. Outro aspecto destacado nas impressões do grupo foi o fortalecimento da atuação baseada na proposta de ESF. Isso se deu por meio das discussões e reflexões acerca do trabalho interdisciplinar realizado pelos participantes. Esse dado corroborou com uma das diretrizes do MS sobre a EP, que prevê o fomento de práticas educacionais em espaços coletivos de trabalho em equipes multiprofissionais (BRASIL, 2014).

Com base nos dados expostos, é possível dizer que a EP executada contribuiu para “ampliar a capacidade de reflexão dos trabalhadores, melhorar a autoestima e a responsabilização [...]” (BRASIL, 2014, p. 8). Porém, devido ao tempo hábil para a execução dessa pesquisa, não foi possível verificar se após a EP houve modificações no olhar e no cuidado prestado pelos profissionais no que se refere ao desenvolvimento infantil, afinal não se observou diretamente as práticas diárias do grupo.





Apesar da limitação descrita, os dados desse trabalho demonstraram expansões significativas em outros pontos, como por exemplo, no pensamento e nas reflexões dos participantes acerca do desenvolvimento infantil. Ao considerar que esse estudo conquistou um espaço e se inseriu na agenda da eSF, fez os participantes se conectarem com as suas experiências profissionais e fortaleceu os vínculos da equipe, se demarcam os resultados mais significativos e enriquecedores oriundos dessa intervenção.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados reforçou quanto o processo de Educação Permanente é potente, pois estimula os profissionais a refletir e problematizar suas práticas diárias. Para além disso, a EP pode suscitar a construção e execução de mudanças nos nós críticos identificados nos serviços, resultando no aprimoramento da atenção prestada pelos profissionais. Entretanto, infelizmente, notou-se que a EP ainda é uma ferramenta pouco explorada na formação dos profissionais do SUS. A percepção dos participantes da eSF estudada contribuiu para esse entendimento, afinal, eles referiram que os espaços para a EP são escassos e não tem ocorrido da forma preconizada pelo MS. Isso evidenciou a necessidade de apoio por parte dos gestores para que a EP possa ocorrer em seus aspectos legitimados, sendo considerada uma metodologia ativa e potente na construção e análise dos processos de trabalho, compreendendo a reinvenção como uma prática intrínseca ao fazer em saúde. Outro aspecto constatado foi que as pesquisas na área da EP precisam ser ampliadas, sobretudo no que se direciona à temática do desenvolvimento infantil. Afirma-se isso, pois essa pesquisa evidenciou que falar sobre o desenvolvimento infantil configura-se como algo de extrema importância, principalmente quando o diálogo é estabelecido entre os profissionais da saúde que atuam diretamente nessa faixa etária.

Por fim, concluiu-se que é por meio de um desenvolvimento infantil saudável que será possível aprimorar a saúde da população como um todo, afinal, para haver adolescentes, adultos e/ou idosos saudáveis, um cuidado de qualidade na primeira infância é fundamental. É nesse contexto que se demarcou a riqueza do estudo





realizado, pois o mesmo abordou um tema que tem grande impacto na constituição de cada sujeito e que, devido a isso, gera repercussões em todo o ciclo vital do ser humano.

## 5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.R. de S. et al. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. *Revista ABENO*, Londrina, v. 16, n. 2, p. 7-15, 2016. Disponível em:

[http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-59542016000200003](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-59542016000200003). Acesso em: 11 jul. 2021.

ARAÚJO, L. F.S. de. et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 15, n. 3, p. 53-61, jul./set. 2013. Disponível em:

<https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/6326/4660>. Acesso em: 11 jul. 2021.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, F. C.; VICTORIA, C. G. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001500012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001500012&script=sci_arttext). Acesso em: 23 set. 2018.

BLETZER, K. V. Visualizing the qualitative: making sense of written comments from an evaluative satisfaction survey. *Journal of educational evaluation for health professions*. v. 12, n. 12, p. 1-8, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4427856/>. Acesso em: 26 fev. de 2020.

BRASIL. *Lei 8080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 18055-18059, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 33, 2012.

\_\_\_\_\_. *Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. *Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. *Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017a*. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em:



[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html#CAPIS-ECI](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#CAPIS-ECI). Acesso em 07 set. 2021.

\_\_\_\_\_. *Portaria Nº 2.436*, de 21 de setembro de 2017b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 07 set. 2021.

\_\_\_\_\_. *Portaria de Consolidação Nº 3*, de 28 de setembro de 2017c. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em: 7 set. 2021.

\_\_\_\_\_. *Caderneta de Saúde da Criança*. Brasília: Ministério da Saúde, 12ª ed., 2018.

CECCIM, R. B. FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I.; LIMA, J. C. F. (org). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 162-168.

Dicionário Online do Português. *Criança*. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/crianca/#:~:text=substantivo%20feminino%20Menino%20ou%20menina,%3B%20quem%20%C3%A9%20ing%C3%AAnuo%2C%20inocente.&text=adjetivo%20Que%20se%20comporta%20infantil,meu%20pai%20%C3%A9%20muito%20crian%C3%A7a>. Acesso em: 10 fev. 2021.

DYNIEWICZ, A. M. *Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes*. 2ª ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2009.

GUTFREIND, C. Promoção, narração, brincadeira e imaginação em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org). *Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 33, 2012.

KUPFER, M. C. M. et. al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology*, v. 6, p. 48-68, 2009. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/journal/v06n01/valor.pdf>. Acesso em 10 fev. 2021.

MARIA-MENGEL, M. R. S.; LINHARES, M. B. M. Risk factors for infant developmental problems. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [S.I.], v. 15, p. 837-842, 2007. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000700019](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000700019). Acesso em: 10 fev. 2021.



MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

OLIVEIRA, L. D.; FLORES, M. R.; SOUZA, A. P. R. Fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil: implicações para a fonoaudiologia. *Revista CEFAC*, v. 13, n. 1, p. 333-342, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v14n2/205-10.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*. Washington, D. C., 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

PIEROTTI, M. M. de S.; LEVY, L.; ZORNIG, S. A. O manhês: costurando laços. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 15, n. 23, p. 420-433, jun. 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282010000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282010000200009). Acesso em: 11 jul. 2021.

RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W. R.; DAVIS, C. *Psicologia do desenvolvimento: teoria do desenvolvimento – conceitos fundamentais*. São Paulo: EPU, 1981, v. 1.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TARJA Branca. Direção de Cacau Rhoden. Brasil: Maria Farinha Filmes, 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=DM6RKlmXJUJ>. Acesso em 13 jan. 2020.

UNESCO. *Educação: um tesouro a descobrir*. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Paris: UNESCO, 1996, 41 p. Disponível em: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590_por). Acesso em: 27 jul. 2021.

WINNICOTT, D. W. *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: IMAGO, 1975.

WORDCLOUDS. *Ferramenta online para gerar nuvem de palavras*. Disponível em: <https://www.wordclouds.com/>. Acesso em: 09 nov. 2019.

**Suziane Fernanda Klein<sup>i</sup>**

Fonoaudióloga. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Atuante na Associação de Pais e Amigos de Excepcionais de Nova Petrópolis.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2758-3758>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8011321390952154>

E-mail: [suzianeklein@gmail.com](mailto:suzianeklein@gmail.com)



## **Lisandra Alves Nascimento**<sup>ii</sup>

Graduada em Pedagogia Multimeios e Informática Educativa. Especialista em Gestão do Capital Humano e em Psicopedagogia Institucional. Mestre em Educação. Técnica em educação no Grupo Hospitalar Conceição no Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência (CAPSi). Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9646-8975>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9109866043867153>

E-mail: [nlisandra@ghc.com.br](mailto:nlisandra@ghc.com.br)

## **Killian Colombo**<sup>iii</sup>

Nutricionista. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Residente no Programa de Gestão em Saúde.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6270-7528>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9125302023321300>

E-mail: [killian\\_264k@hotmail.com](mailto:killian_264k@hotmail.com)

**Editor responsável:** Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 29 de julho de 2021.

Aceito em 24 de setembro de 2021.

Publicado em 22 de novembro de 2021.

### **Como referenciar este artigo (ABNT):**

KLEIN, Suziane Fernanda; NASCIMENTO, Lisandra Alves; COLOMBO, Killian. Educação Permanente como apoio à detecção e diagnóstico de alterações do desenvolvimento infantil. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 28-47, 2021.



## Aborto ilegal no contexto da atenção primária à saúde: narrativas de profissionais da saúde

DOI: [10.29327/269776.1.1-5](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-5)

Helena Biavaschi Grassi<sup>i</sup>  
Christiane Silveira Kammsetzer<sup>ii</sup>



### RESUMO

A atenção primária à saúde (APS) é o principal meio de acesso ao sistema único de saúde brasileiro e, dentre outras demandas, tem um importante papel no cuidado em saúde de mulheres em idade reprodutiva. Esta é uma pesquisa qualitativa exploratória que utilizou entrevistas narrativas para a obtenção dos dados. O objetivo foi conhecer as experiências de profissionais da APS acerca do aborto ilegal. O tema escolhido se justifica pela escassez de estudos que enfoquem tal temática sob essa perspectiva. Foram entrevistadas sete profissionais dos núcleos de enfermagem e medicina, atuantes em unidades de saúde da APS vinculadas ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre. Devido a um contexto de criminalização verificou-se um silenciamento sobre o tema nas formações profissionais que resultam em uma sensação de despreparo e insegurança frente às situações que envolvem o aborto ilegal. Ainda assim, foi possível perceber múltiplas possibilidades de atenção que envolvem um olhar ampliado sobre as situações, pautado nos atributos e características da APS como integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, acessibilidade, trabalho realizado em equipe e cuidado em saúde mental. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do GHC.

**Palavras-chave:** aborto ilegal; aborto inseguro; atenção primária à saúde; profissionais da saúde; entrevistas narrativas.

### Illegal abortion in the context of primary health care: health professional narratives

#### ABSTRACT

Primary health care (PHC) is the main access way to the Brazilian unified health system and, among other demands, has an important role in the health care of women of reproductive age. This is a piece of exploratory qualitative research that used narrative interviews to obtain data. The objective was to get to know the experiences of PHC professionals regarding illegal abortions. The chosen theme is justified by the scarcity of studies focusing on such a theme under this perspective. Seven professionals from the nursing and medicine centers who work in PHC units connected to the Grupo Hospitalar Conceição (GHC) in Porto Alegre, RS, Brazil, were interviewed. Due to a criminalization context, silence on the theme was verified in professional education, resulting in a feeling of unpreparedness and insecurity in situations involving illegal abortions. Nevertheless, it was possible to notice multiple care possibilities that involve a broadened onlook of the situations guided by the attributes and characteristics of PHC such as completeness, longitudinally, care coordination, accessibility, teamwork, and mental health care. This study was approved by the research ethics committee of the GHC.

**Keywords:** illegal abortion; unsafe abortion; primary health care; health professional; narrative interviews.





## 1. INTRODUÇÃO

O aborto ocorre independentemente de ser proibido ou não e é responsável, quando ilegal, por trazer riscos à vida e à integridade física de mulheres que o praticam. É considerado uma questão de saúde pública, visto que é causa de um alto número de internações em hospitais públicos, gerando gastos elevados ao sistema único de saúde brasileiro (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016).

A presente pesquisa emerge de questionamentos advindos de minha inserção no contexto da Atenção Básica<sup>1</sup>, campo de trabalho e estudo durante o período de Residência em Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição - GHC, em Porto Alegre. Tais questionamentos se referem aos impactos gerados em trabalhadores de uma Unidade de Saúde com relação a atendimentos de mulheres que verbalizaram o desejo de interromper a gravidez. Nessas ocasiões me chamou atenção a “movimentação” que tais experiências causaram no grupo de profissionais que assistiram direta ou indiretamente tais pacientes. Estas podem ser situações recorrentes e há escassez de publicações produzidas pelo Estado brasileiro que objetivem orientar condutas nos distintos níveis de atenção à saúde. Em busca realizada por bibliografias, foi encontrado apenas um documento elaborado pelo ministério da saúde (BRASIL, 2011a) que abordou de modo aprofundado tal temática, ainda que claramente orientado a serviços de saúde de nível terciário. Além desse, a Gerência de Saúde Comunitária do GHC em protocolo sobre a saúde da gestante tem publicado um capítulo intitulado Situações Envolvendo Abortamento, que discorre sobre o tema no contexto da APS e demais níveis hierárquicos, porém sem dar grande ênfase a especificidades do aborto ilegal (BRASIL, 2011b).

Esse estudo tem sua justificativa estruturada sob dois aspectos. O primeiro deles se refere aos índices de morbidade e mortalidade ligados a práticas inseguras de abortamento presentes em países em desenvolvimento e contextos de criminalização, como no Brasil. Um exemplo disso são as taxas de morte em decorrência de aborto inseguro são de 30/100 000 para a América Latina e Caribe em contraponto a 0,7/100

<sup>1</sup> Utilizaremos como equivalentes os termos “Atenção Primária à Saúde” e “Atenção Básica” ao longo deste estudo.





000 para um contexto de abortamento seguro, como no exemplo dos Estados Unidos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2013). No Brasil, o abortamento configura-se como uma das principais causas de morte materna (BRASIL, 2011a) e a curetagem pós-aborto foi a principal causa de internação hospitalar de 1995 a 2007 (YU, 2010). Já no contexto de realização do presente estudo, o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC), são estimados 420 casos de aborto inseguro ao ano. Tal estimativa foi apresentada no documento Atenção à Saúde da Gestante em APS (BRASIL, 2011b), a partir de metodologia utilizada pelo Instituto Allan Guttmacher. Os dados utilizados para o cálculo referem-se ao ano de 2009.

O segundo aspecto se relaciona a uma quase ausência de estudos e diretrizes que explorem o tema do abortamento inseguro em sua interface com a APS. Porém, a atenção primária à saúde, por sua inserção nos territórios e por ser considerada a principal porta de entrada à saúde, deve ter profissionais que estejam preparados a lidar com situações que envolvam o aborto ilegal, visto que essa pode ser uma dentre as demandas de atenção cotidiana. Nesse sentido a pesquisa contribui sobre a questão ampliando tal entendimento nesse contexto.

## 2. O ABORTO ILEGAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Há uma vasta quantidade de literatura publicada em português tratando da questão do aborto, o que revela grande interesse pelo tema ainda controverso no Brasil. O assunto é permeado por distintas visões e embates acalorados envolvendo religiões, política, questões morais, movimento feminista e desigualdades sociais.

A problemática relacionada ao aborto em países latino-americanos o define, salvo algumas exceções, como prática ilegal. Como consta no artigo 128, I e II do Código Penal, no Brasil o aborto é crime exceto em casos de estupro, risco de morte feminina e se constatada anencefalia no feto (ADPF 54). Há países que preveem o aborto como crime independente da circunstância, é o que ocorre em El Salvador, Nicarágua. Já no Uruguai desde 2012 o aborto é legalizado até o terceiro mês gestacional sob qualquer circunstância e na Cidade do México, diferentemente do resto desse país, a interrupção da gravidez também deixou de ser criminalizada (GONZAGA;



ARAS, 2015). De forma geral vê-se semelhanças no que concerne aos direitos sexuais e reprodutivos femininos no continente latino americano. Entende-se que a principal força que trabalha no sentido de barrar qualquer avanço e ou retroceder sobre a legislação tocante ao aborto está instituída no campo do conservadorismo religioso atuante internamente a esses Estados (RUIBAL, 2015).

O tema do aborto é uma questão de saúde pública porque representa desastrosas consequências para a saúde das mulheres nesses países. É importante demarcar que tais consequências são sentidas de maneira mais intensa por mulheres em situação de vulnerabilidade social, que apresentam situação financeira limitada e têm menos anos de estudo. Essas mulheres têm certa dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tendo portanto maior dificuldade na obtenção de métodos contraceptivos (Brasil, 2009). Sabe-se que em países que estabelecem o aborto como parte do direito reprodutivo feminino as taxas de mortalidade e outros agravos não letais às mulheres são bastante insignificantes quando comparadas a contextos ilegais. Isso por serem feitos por profissionais qualificados e em condições seguras (BRASIL, 2011a; OMS, 2013).

Dados apontam que no ano de 2013 a estimativa do número de abortos induzidos variava de 687.347 a 865.160 (MONTEIRO; ADESSE; DREZETT, 2015). Um número elevado de casos aliado a condições de precariedade em que muitas vezes são realizados os procedimentos abortivos, levam o aborto a ser uma das principais causas de morte de gestantes no País (BRASIL, 2011a). A Pesquisa Nacional do Aborto de 2016 - PNA, revelou que quase 1 a cada 5 mulheres, ao atingir os 40 anos já realizou ao menos um aborto na vida (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016). A faixa de idade apontada como a que mais frequentemente são realizados abortos é a que engloba os 20 a 29 anos, ou seja, mulheres que estão ainda se estabelecendo como adultas, provavelmente trabalhadoras e/ou estudantes (BRASIL, 2009).

É importante ressaltar que além de consequências físicas, o abortamento em um cenário de criminalização judicial e moral traz também danos subjetivos para as mulheres. Por essas razões há recomendações internacionais no sentido de garantia aos direitos sexuais e reprodutivos que devem ser pensadas e postas em prática pelos Estados (BRASIL, 2011a).



Uma das formas de se garantir tais direitos se dá através de uma atenção em saúde humanizada, pautada por preceitos éticos em contraponto a experiências culpabilizadoras e negligentes, marcadas por valores religiosos e morais (BRASIL, 2011a) enquanto dispositivos de um país supostamente laico. Pode-se entender os discursos religiosos que se opõe ao aborto como peças de uma engrenagem patriarcal que trazem consequências dramáticas às vítimas de abortos clandestinos. Assim colocam o peso de obrigatoriedade do papel materno, trazendo fortes restrições de se romper com a tríade mulher/mãe/esposa (GONZAGA; ARAS, 2015)

A atenção primária em saúde - APS – é definida como “uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população” (MATTA; MOROSINI, 2009). Assim como os demais níveis de atenção, a APS responsabiliza-se pela atenção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, pautando-se pela lógica do trabalho em equipe.

A Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria nº 2.488/2011 e reformulada através da Portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2017), descreve fundamentos e diretrizes que caracterizam esse nível de atenção no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Assim, a PNAB propõe uma organização a partir de extensões territoriais predeterminadas, buscando planejar e executar ações que levem em conta os condicionantes e determinantes de saúde da população vinculada ao território. Outro importante ponto diz respeito à participação social e a consequente ampliação de autonomia dos usuários para que esses contribuam nos processos de organização e qualificação dos serviços que acessam. O último fundamento destacado diz respeito a mecanismos que possibilitem o acesso universal aos serviços, sendo o acolhimento uma das estratégias encontradas de receber e ouvir todas as pessoas que busquem esses espaços.

A PNAB pauta que dentre as possibilidades de serviços de atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família, ESF, seja a modalidade com maior potencial de atuar consonante aos princípios da APS. Isso por seu potencial resolutivo e causador de impactos nos processos de saúde e doença de populações, tendo ainda uma melhor



relação custo-benefício se comparado a outros serviços de saúde. As equipes de saúde da família são equipes multiprofissionais compostas por ao menos um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) auxiliar\ técnico(a) de enfermagem e um(a) agente comunitário(a) de saúde (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica é o principal meio de acesso ao Sistema Único de Saúde brasileiro e, dentre outras demandas, tem um importante papel na educação em saúde e atendimento a mulheres em idade reprodutiva. Por estar pautado, dentre outros, em pressupostos como territorialização e vínculo da população com as equipes de referência (BRASIL, 2017), estando portanto geográfica e subjetivamente mais próximo das famílias, configura-se como uma ferramenta importante no sentido de atender distintas situações ligadas à sexualidade e à reprodução de femininas.

Visando a garantia às mulheres de seus direitos sexuais e reprodutivos, a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento foi criada pelo Ministério da Saúde em 2005 e atualizada em 2011 (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011a). O documento foi elaborado no sentido de apoiar e direcionar profissionais e estabelecimentos de saúde a acolher e atender mulheres em situação de abortamento. Tal direcionamento visa ao respeito às necessidades, direito à saúde integral e à vida feminina. O documento não está voltado prioritariamente aos serviços da Atenção Básica, visto que aborda predominantemente o manejo dos processos de abortamento feminino, de responsabilidade de setores especializados. Ainda assim, traz aspectos relevantes quanto à humanização da atenção, ética profissional, prevenção de gestações indesejadas e abortos inseguros, parceria com a comunidade, entre outros temas que se relacionam às possibilidades de cuidado relacionadas à AB.

As buscas realizadas nas fontes de pesquisa bibliográficas indicam uma falta de estudos com enfoque na intersecção do aborto e a Atenção Básica. Em pesquisa que objetivou conhecer as representações de enfermeiras da atenção básica a respeito do cuidado em saúde em situações de aborto inseguro, os resultados apontam para um posicionamento profissional ambivalente entre apoiar, manter-se contrário ou abster-se em relação à decisão de abortar. Tal postura resulta, por fim, em um abandono das



pacientes, no sentido de que não há muito a ofertar em um contexto de ilegalidade (MORTARI; MARTINI; VARGAS, 2012).

Apesar da escassez, a Gerência de Saúde Comunitária do GHC tem publicado dados referentes ao contexto onde será realizada a presente pesquisa (BRASIL, 2011b). Não foram encontrados dados revelando o quanto interrupções de gestação não espontâneas são comuns nesse contexto, porém em 2009 a hospitalização por abortamento representou metade das internações de gestantes por outros motivos que não o parto. De qualquer forma, o aborto, como afirmam Rebouças e Dutra (2011), é uma das tantas possibilidades de desfecho de uma gestação a despeito de sua ilegalidade. Assim os profissionais das unidades de saúde da atenção básica também vivenciam em seu cotidiano de trabalho situações que envolvam a temática do aborto.

O presente trabalho não se restringiu a investigar junto a profissionais somente situações em que tenham se efetuado rupturas nas gestações, mas qualquer circunstância em que as pacientes tenham manifestado algum desejo explícito de interromper a gestação, ou quando se tenha atendido mulheres em processo de abortamento provocado, também em casos em que se constatou adoecimento decorrente de tentativas de abortar, ou ainda situações em que pacientes lhes tenham revelado aborto feito no passado. Todos os casos investigados, no entanto, se propõem a tratar de casos de aborto ilegal, não sendo portanto englobadas ocorrências que envolvam abortos espontâneos e interrupções da gravidez sob respaldo legal.

Como mencionado, esse estudo se propõe a conhecer o cotidiano de profissionais que atuam em unidades de atenção básica acerca da temática do aborto ilegal. Podemos caracterizar o aborto ilegal como qualquer gestação não prevista na legislação brasileira como passível de ser interrompida (BRASIL, 1940; ADPF 54). A partir disso, a OMS (2013) utiliza o termo aborto inseguro como aquele realizado por indivíduos sem as habilidades necessárias e/ou em ambiente abaixo dos padrões médicos exigidos. Em relação à gravidez indesejada, essa não necessariamente terá seu desfecho em um aborto. Há distintos motivos para que uma gravidez seja entendida como indesejada.



### 3. METODOLOGIA

#### *Entrevistas Narrativas – formas de narrar, formas de trabalhar*

A definição do objeto dessa pesquisa como o de conhecer as experiências dos profissionais da APS no que tange ao aborto ilegal suscitou questionamentos a respeito de como seria feito para que fossem acessadas tais experiências. A partir desse interesse por compreender como essas situações eram sentidas e vivenciadas em profundidade foi que essa pesquisa, caracterizada como qualitativa exploratória, encontrou nas entrevistas narrativas uma possibilidade de método de coleta de dados interessante aos seus objetivos.

Campos e Furtado (2008) expõem que as narrativas têm sido utilizadas no campo da saúde coletiva operando como novas formas de avaliar e estudar práticas dentro do SUS. Os autores apontam também para o fato de que as abordagens metodológicas tradicionais não têm dado conta no que concerne a certos dilemas e entraves das novas formas de atuar na saúde. As entrevistas narrativas são formas não estruturadas de se entrevistar. Visam à profundidade, que as histórias de vida daqueles que narram se misturem com o contexto pesquisado, porque de fato o que se pretende é conhecer situações a partir de seus olhares, de algo que eles viveram e que o pesquisador não. Se o que se deseja é a reconstrução de acontecimentos por parte dos narradores, a influência daquele que entrevista deve ser limitada (MUYLAERT et al., 2014). Assim, dentre distintas abordagens metodológicas, optou-se nesse estudo por seguir o modelo de Entrevistas Narrativas (EN) proposto por Schutze e descrito por Jovchelovitch e Bauer (2002).

O cenário da pesquisa foi o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre. O SSC é composto por 12 unidades de saúde, em que trabalham equipes ampliadas de saúde, podendo contar com profissionais dos núcleos de terapia ocupacional, farmácia, psicologia, nutrição e serviço social, além da equipe mínima prevista na PNAB. É também campo dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e Residência em Medicina de Família.





O acesso às profissionais entrevistadas<sup>2</sup> foi por meio de divulgação da pesquisa em reunião de coordenadoras do serviço de saúde comunitária do GHC, também foram enviados convites aos e-mails institucionais de todas as unidades de saúde que compõe a gerência de saúde comunitária do GHC, além de contatarmos algumas profissionais pessoalmente. As entrevistas foram direcionadas às profissionais dos núcleos de enfermagem e medicina, o que se justifica por serem essas as profissionais que realizam as consultas de saúde da mulher, como as de acompanhamento pré-natal, de planejamento familiar, bem como de exame preventivo de câncer de colo de uterino (Papanicolau). Todas aquelas que manifestaram interesse em participar da pesquisa foram entrevistadas. Foram realizadas sete entrevistas, gravadas em áudio, com tempo médio de duração de 30 minutos. Nessas se pediu às participantes que narrassem cenas de seus cotidianos de trabalho em que o aborto ilegal estivesse presente.

A análise dos dados foi baseada na proposta apresentada por Schutze (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002). Assim, após transcritas as entrevistas, foi feita a divisão do material em parte indexada (mais objetiva, ligado a fatos concretos) e não-indexada (mais subjetiva, que se refere a valores e juízos). Passou-se então pela procura do entendimento das trajetórias individuais e após comparações das trajetórias no sentido de compreender uma trajetória mais coletiva.

Ressaltamos os cuidados éticos presentes nesse estudo que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (parecer: 1.912.581). Antes de iniciada, cada entrevista contou com a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido -TCLE, além ter sido oferecida a possibilidade de validação das entrevistas às participantes após a transcrição dos áudios. Como meio de resguardar o sigilo, na escrita desse artigo o nome das profissionais foi modificado, escolhendo-se nomeá-las como diferentes espécies de árvores brasileiras. O local específico de trabalho não foi mencionado.

<sup>2</sup> Por serem majoritariamente mulheres as trabalhadoras da Atenção Básica, optamos por nos referir às profissionais entrevistadas no gênero feminino.



## 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As participantes do estudo atuavam como trabalhadoras na APS há um tempo superior a 7 anos, à exceção de uma que se caracterizava por um tempo menor. As histórias relatadas tinham como palco os atuais locais de trabalho, mas também experiências anteriores, inclusive em outros municípios, mantida a especificidade de um trabalho na atenção básica.

Normalmente as profissionais acreditavam não ter se deparado com muitas histórias que envolvessem o tema do aborto, apesar de atenderem muitas mulheres. Esse fato era normalmente identificado como resultante de o aborto ser crime e que portanto não seria algo fácil para uma mulher dividir isso em um serviço de saúde. Também relacionavam isso a acreditarem que o espaço da APS não seria o mais procurado para que se pedisse algum tipo de auxílio, visto que as usuárias são comumente conhecidas pelas equipes de saúdes, além de ser sabido que esse nível de atenção não é resolutivo para situações complexas do ponto de vista clínico emergencial. A respeito disso, algumas trabalhadoras se mobilizavam bastante com os casos por entender que se haviam chegado até elas, não deveria estar sendo fácil para as mulheres romperem as barreiras do medo do julgamento moral e da possibilidade de prisão.

As histórias narradas se referem a distintas situações surgidas durante os atendimentos, desde o trabalho com mulheres que expressavam dúvidas sobre seguir com suas gestações, passando por pedidos de ajuda para abortar, complicações de abortos feitos recentemente, também tentativas de interrupção que falharam e ainda se desdobravam em gestações ou maternidades vividas de maneira mais ansiosas. As formas de narrar e os estilos de atendimento de cada enfermeira e médica, ainda que mantivessem uma linha comum de cuidado atravessado pelos princípios da APS, também explicitaram diferentes características de cada profissional, permitindo à entrevistadora descobrir as multiplicidades de possibilidades de atendimento prestado. Dentre todos os conteúdos presentes nas trajetórias narradas priorizamos para expor nesse artigo aqueles que mais se destacaram levando em consideração uma trajetória mais coletiva das profissionais e os objetivos do estudo.



## *Insegurança e Invisibilidade*

O fato de no Brasil o aborto estar inserido em um cenário de criminalização judicial e moral faz com que este seja considerado um tema tabu, posto à margem de discussões em espaços formais, tratado como se não existisse. Podemos entender como resultado desse macro cenário de negação o desenvolvimento de narrativas marcadas por um despreparo dos profissionais para atuar diante de situações para as quais não dispõe de um aprendizado para atender.

A insegurança de não saber como agir foi um fator estressor para algumas das profissionais entrevistadas, principalmente nas primeiras experiências em que se viram diante de atendimentos que envolviam o aborto. Trajetórias como as da enfermeira Albízia: “aquele choque assim, aí agora o que eu faço, me senti desamparada ... com receio de cometer algo que não fosse o mais adequado” e da enfermeira Paineira: “Eu tenho certeza que não fui preparada para uma situação dessas. Como se essas situações inexistissem, mas elas existem e eu não me recordo em momento algum durante a graduação ter sido falado alguma coisa nesse sentido” evidenciam o vazio que atravessou as formações profissionais no que se refere à possibilidade de existência de mulheres que abortam ou mesmo consideram interromper uma gestação. Essa lacuna é estendida a uma percepção de silenciamento sobre o tema também nas unidades de saúde, onde os atendimentos não foram discutidos com a totalidade das equipes, resguardando-se o compartilhamento a colegas em quem se tivesse confiança.

É interessante refletir sobre como as formações na área da saúde, marcadas por um treinamento intenso no que concerne a um atendimento clínico, caracterizando-se por uma forma protocolar de exercer práticas de atenção à saúde e que priorizam um rigor clínico voltado ao corpo dos sujeitos e ações fragmentadas características de um modelo biomédico de saúde (FERTONANI et al., 2015) acaba não preparando os profissionais para lidarem com entraves de uma prática que extrapola protocolos clínicos. Filho (2004) entende que o trabalho no campo da saúde está atravessado pela incerteza advinda da indeterminação das demandas e por isso exige especificidades que contrastam com uma lógica linear. O Movimento da Reforma Sanitária, a partir da década de 80, marca a perspectiva de um cuidado em saúde que incluía além da



dimensão biológica, a histórica, sociológica e tecnológica (FILHO, 2004). No trecho a seguir tal problemática ganha contornos reais.

... a gente vem da faculdade querendo fazer um pré-natal e aí a gente se depara com uma demanda de mulheres que se surpreendem negativamente com a gravidez. Coisa que na faculdade a gente não discute, a gente já recebe uma mulher grávida e o nosso papel está pré-estabelecido, vamos fazer o pré-natal. Então acho que os primeiros momentos... é se dar conta, porque as pessoas começam a trazer... a ideia de que não é exatamente isso o que elas estão procurando. Então um dos primeiros impactos é a gente se dar conta de que o atendimento não é exatamente o único pré-estabelecido como a gente aprendeu. (Médica Guaraiuva)

Certamente por trás dessas lacunas há também o contexto de ilegalidade (não) orientando a atenção a situações que envolvam o abortamento. O impacto causado nas profissionais ao se depararem com atendimentos em que o tema do aborto se faz presente as leva a entrar em contato com dúvidas sobre como agir que podem ser fonte de sofrimento e insegurança, já que não há uma conduta objetiva a ser seguida. O Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem (2017) prevê no art. 73 a proibição de se “provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, exceto nos casos permitidos pela legislação vigente.”. O art. 15 do Código de Ética Médica (2018) da mesma forma veda o descumprimento da legislação vigente a respeito do abortamento. Apesar de incertezas sobre a condução dos atendimentos as profissionais sabiam que realizar aborto é crime e, portanto, o que é feito e pensado relativo ao atendimento envolve o medo de serem punidas. Assim se vê:

Acho que o profissional que atende também fica preocupado com a questão de que todos os profissionais de saúde têm código de ética né... dentro das proibições tem um artigo que fala né é proibido incentivar ou ajudar ou participar de abortos de maneira ilegal. Então eu acho que isso acaba tendo algum peso na hora da consulta e na forma como tu vai conduzir. (Enfermeira Ingá)

Nesse sentido as narrativas trazem um desconforto quanto a não liberdade para uma atuação flexível e voltada à demanda de algumas de suas pacientes, as levando a trabalhar principalmente na perspectiva de um atendimento que, ainda que favoreça a autonomia para a tomada de decisão pelas pacientes, irá estar inevitavelmente mais direcionado ao seguimento das gestações, inclusive pela falta de possibilidades de se abortar de forma segura.



Os modos como a ilegalidade delinea a atenção de mulheres que hesitam em seguir com suas gestações transforma o conjunto dessas situações em silêncio. Não pode aparecer, as profissionais não podem expor as pacientes e não se tem uma ideia clara do quanto isso ocorre com os seus colegas e de como estes intervêm. Esse silenciamento é trazido pela enfermeira Ingá: “O que eu acho é que a gente não discute né, se a gente não leva nem esse tema para nossa equipe” e pela enfermeira Albízia: “é um assunto que ainda é muito na clandestinidade, ... a gente fala de canto com alguém, ...eu não tenho ideia do volume de atendimentos relacionados a esse tema surjam aqui nesse serviço de saúde”.

Podemos refletir a respeito do silenciamento percebido em relação ao tema do aborto nas unidades de saúde como decorrente da ilegalidade a que a prática está submetida. Aprofundando ainda mais, ele marca uma posição de invisibilidade a que as mulheres estão submetidas quanto à decisão sobre seus corpos. A ilegalidade atuaria de maneira a formalizar como o tema deve supostamente ser tratado: silêncio. Como referido por Gonzaga e Aras (2015) em relação aos discursos religiosos opostos ao aborto se configurarem como peças de uma engrenagem patriarcal, o discurso da lei sobre aborto serviria à manutenção da impossibilidade de escolha feminina a respeito de seu desejo de ser mãe se e quando lhe convier.

A partir das narrativas das médicas e enfermeiras entrevistadas identificou-se algumas vezes mais, outras menos claramente uma posição que buscou respeitar as histórias vividas por suas pacientes, entendendo que o aborto deveria ser assegurado como direito. Isso, ainda que com todas as contradições e dificuldades experienciadas, pode ter lhes possibilitado certa autonomia para lidar com essas situações complexas, ao menos através de uma escuta empática dessas mulheres.

### *Atenção Primária em Saúde – Possibilidades e Potencialidades*

A despeito das inevitáveis lacunas e dos entraves existentes na atenção a situações que envolvam o aborto, que entendemos como decorrentes da realidade de nosso contexto de criminalização jurídica e moral, as trajetórias narradas pelas participantes da pesquisa contêm aspectos que se caracterizam por uma criatividade e



qualidade da atenção prestada. Procuramos aqui expor algumas cenas dessas narrativas que nos mostram possibilidades e potencialidades de uma prática pautada em princípios fortemente marcados por uma perspectiva de trabalho que é própria do nível de atenção primário em saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017).

Como vimos, o fato de não ser permitido praticar aborto não impede que ele siga acontecendo (REBOUÇAS; DUTRA, 2011) e que os serviços de saúde encontrem tal problemática como uma de suas demandas de atenção. Longe do que é praticado em emergências hospitalares ou mesmo em clínicas clandestinas, serão expostas algumas ideias dos modos como a APS pode contribuir nesses atendimentos, ainda que muito aquém da forma como poderia, caso o aborto fosse uma escolha das mulheres e um direito assegurado pelo SUS. Ao longo das entrevistas apareceram práticas de atendimento que visam a um cuidado continuado, uma aposta no vínculo, no trabalho em equipe, na coordenação do cuidado, em uma atenção das pacientes de uma forma não reducionista, além de práticas de cuidado em saúde mental.

Um aspecto marcante das histórias narradas foi o modo de cuidado pautado na integralidade presente nos atendimentos das pacientes. São descritos como atributos da APS a integralidade, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e o primeiro contato. A integralidade descreve uma atenção ampliada à maior parte das condições de adoecimento, tendo um olhar integral sobre os indivíduos a partir de um entendimento biopsicossocial (STARFIELD, 2002).

A integralidade da atenção pode ser percebida na multiplicidade de formas de cuidar envolvida nos atendimentos, e pode se referir a um cuidado processual. Assim esse processo de cuidado envolveu uma possibilidade de se acompanhar a decisão a ser tomada pela mulher, procurando-se estabelecer naqueles encontros um espaço de reflexão para que se pudesse escolher de forma mais consciente sobre o desfecho das gestações:

...uma paciente que estava muito precisando ser ouvida... a paciente acabou desistindo, mas ela pode escolher com mais clareza, não naquele momento de eu vou sair daqui e vou fazer, porque ela não tinha pensado muito a respeito, porque ela ficou numa situação muito sem chão assim... o que mais me marcou nessa história é que ela escolheu.... Acompanhei o pré-natal dela depois, agora acompanho o bebê... foi toda uma amarração, a gente via ela toda a semana, fez uma ecografia para poder ter certeza do período gestacional e aí isso nos deu uma tranquilidade de saber que caso ela optasse





por fazer ainda tinha tempo para pensar, que conversasse com pessoas, mais alguém pelo menos além dessa amiga. (Enfermeira Albízia)

Nesse trecho podemos identificar aspectos de um cuidado que olha para a subjetividade da mulher ao propor a escuta de suas opiniões e sentimentos sobre essa gestação indesejada, permitindo um espaço protegido para a tomada de decisão. Alinhado à escuta do mundo interno da paciente, vemos o acompanhamento do desenvolvimento gestacional através da solicitação de exames, algo importante nessa situação de incerteza e que marca uma atenção voltada também à sua dimensão física. A busca por inserir a rede de apoio da paciente para auxiliá-la a enfrentar esse momento pode ser relacionada a uma forma de trazer mais segurança e tornar o processo decisório amarrado ao seu contexto social.

A longitudinalidade na atenção à saúde tem um papel fundamental ao evitar a perda de referências, ao possibilitar a continuidade da relação clínica e a construção de vínculo, além de permitir o acompanhamento dos efeitos das intervenções em saúde e da história de vida dos usuários (BRASIL, 2017). Podemos ver no vínculo construído entre as profissionais e a paciente no relato da enfermeira Albízia, acima, e a potência deste na continuidade do acompanhamento em saúde dessa usuária ao longo de sua vida. O atributo da longitudinalidade está contemplado em outras narrativas como evidencia a médica a seguir:

... uma ideia de que a criança podia nascer doente... uma coisa assim de envolver essa criança num super cuidado, de esquecer de si mesma, de se sentir culpada, achar que o que a criança tinha, podia ser asma, uma bronquiolite, achar que era em função da tentativa (de aborto). E eu só descobri essas tentativas bem depois assim, depois da criança nascer... Isso apareceu por uma gestação mais ansiosa assim, de pessoas mais ansiosas, temerosas, querendo mais exames, depois querendo mais respostas em relação aos filhos e com muito medo de que o filho não fosse perfeito... (Médica Taiúva)

Aqui encontramos novamente o olhar da profissional voltado à subjetividade da paciente de forma ainda mais aprofundada. Essa possibilidade de a médica ter uma compreensão ampliada dos comportamentos e sintomas ansiosos da mulher atendida pressupõe, além de uma habilidade desenvolvida, a existência de um vínculo que é em muito característico de um acompanhamento mais longo. Dessa forma as histórias podem ir ganhando contornos na medida em que se vai conhecendo as mulheres



atendidas e a maneira como suas histórias pregressas de aborto seguem muitas vezes se desdobrando no presente. A ilegalidade e a moralidade que orientam os modos de ser mulher em nossa sociedade, negando o poder de escolha sobre destinos reprodutivos, atuam de forma a intensificar questões como a culpa de romper com papéis femininos pré-estabelecidos. Nesse sentido destacou-se as potencialidades do cuidado em saúde mental realizado pela profissional da atenção básica como se vê em seu relato:

...foi um momento muito difícil para ela, que ela estava muito insegura, que ela não desejava aquele filho, agora tudo o que ela queria, ela olha para ele e ama muito e se sente muito culpada, mas no momento da gestação era um momento que ela não queria mais assim, por tudo o que ela vivia com esse marido e por ter que dar conta desses filhos sozinha. Mas o que eu senti em relação a ela, muito uma coisa de tirar a culpa assim..., primeiro convencer que essa criança era saudável e segundo que era compreensível que ela tivesse sentido tudo aquilo naquele momento né. (Médica Taiúva)

Intervenções em saúde mental devem propor novos jeitos de mudar e qualificar modos de vida, produzindo saúde e não se restringindo à cura de doenças. Um cuidado ampliado que considere as múltiplas dimensões do sujeito, bem como seus desejos, valores e escolhas têm na Atenção Básica um campo fértil. Nesse nível as intervenções são construídas no “cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários”, possibilitando suporte emocional aos usuários (BRASIL, 2013, p.23).

A acessibilidade é um ponto importante no estabelecimento de uma relação de cuidado, pois aproxima e traz confiança para a usuária que necessita de atendimento. Ao pensarmos na busca por atendimento de saúde pós abortamento um acesso facilitado além de imprescindível por questões clínicas também se faz necessário pela insegurança subjetiva a qual a mulher está exposta. Na trajetória a seguir podemos identificar o funcionamento da unidade de saúde como porta de entrada, tendo a paciente buscado o serviço e sido acolhida sem necessitar agendamento de consulta.

...ela veio na unidade querendo conversar com a enfermeira, era uma demanda imediata, não pediu agendamento, daí ela passou comigo, estava com sangramento... acho que foi um pedido de ajuda porque uma questão clínica estava preocupando ela...fiz contato com a emergência pra ela se sentir mais segura... tentei fazer uma aproximação, o meu medo foi também que ela não fosse lá...o contato por telefone com a paciente na frente dizendo pra ela fazer contato com aquele profissional pra ela se sentir mais acolhida né.... ofereci outros atendimentos no sentido de poder acompanhar ela mais um tempo.... mais no sentido de também se trabalhar a questão do planejamento familiar né. (Enfermeira Ingá)



O atributo da APS primeiro contato, é descrito como a porta de entrada da saúde. Toda vez que um serviço é identificado como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade de saúde este será uma porta de entrada. O conceito compreende ainda a acessibilidade que se relaciona à capacidade de se obter cuidados em saúde rapidamente quando necessário (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No relato da enfermeira Ingá vemos presente a coordenação do cuidado, outro atributo da APS. A avaliação de a paciente acessar o hospital foi necessária no momento em que o atendimento na unidade da atenção básica foi entendido como não resolutivo para a situação do sangramento. Assim, a coordenação entre níveis assistenciais compreende uma articulação entre serviços e práticas de saúde de maneira a alcançar objetivos comuns, nesse caso uma ação curativa sobre o sangramento uterino resultante de um procedimento abortivo. Deve ainda responder de forma integrada a necessidades através de diferentes pontos da rede de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Nesse caso vemos uma costura sendo feita entre a profissional do hospital e a paciente e também entre essa e a enfermeira Ingá que combina o retorno à atenção básica com o objetivo de dar seguimento ao acompanhamento e com foco no planejamento reprodutivo.

Por fim pudemos perceber nos discursos narrados a ocorrência de ações compartilhadas entre as equipes. Isso se fez presente de forma direta, através de atendimentos prestados às mulheres de forma conjunta ou intercalada, mas também indiretamente, por meio de discussões com vistas a planejar e qualificar ações e saberes entre núcleos ou mesmo entre colegas de um mesmo núcleo profissional.

Como já mencionado, a escolha de quais profissionais acionar para dividir as experiências vinculadas ao aborto leva em consideração principalmente o respeito à autonomia das mulheres para lidar com questões reprodutivas, o não julgamento ou envolvimento de opiniões pessoais acerca do tema, isso que não é uma característica presente na totalidade das equipes de saúde. Sabemos que realizar trabalho interdisciplinar e em equipe de forma a integrar diferentes técnicas e formações configura-se como uma das atribuições previstas para os trabalhadores da Atenção Básica (BRASIL, 2017). Assim houve menção a potencialidades no uso dessa



atribuição durante a maior parte dos casos atendidos, não foram mencionados entraves ou disputas durante os atendimentos, mas em algumas situações as profissionais não se utilizaram desse recurso afirmando não achar necessário ou não haver outro profissional disponível.

A partir do exposto acima podemos perceber nas falas da enfermeira Albízia e da médica Antônia a preocupação com a escolha do profissional para acompanhá-las na atenção às mulheres:

não é para qualquer profissional médico que eu vou pedir ajuda, né porque eu sei que a gente acaba envolvendo questões pessoais, se eu concordo ou não com isso, julgamentos.... a primeira coisa que me ocorreu é com quem que eu vou falar. E aí eu tive muita sorte nessa ocasião... conversei com uma colega médica e a gente conseguiu conversar um pouquinho e retornar e fazer uma consulta conjunta com essa paciente e o desfecho foi o melhor possível. (Enfermeira Albízia)

Nesse caso a enfermeira traz o cuidado para não expor a paciente atendida a julgamentos, mostrando um senso de responsabilidade frente à complexidade de um atendimento em que o aborto esteja presente. Também fica claro o empenho em oferecer um acolhimento qualificado ao se planejar a intervenção com a colega anteriormente à entrada no caso. A médica Antônia também traz a importância de uma atitude reflexiva na atenção a essas situações, revelando as suas impressões sobre as assimetrias a que estão expostas as equipes de saúde:

... situações complexas eu discuto, eu vou atrás eu quero, gosto de expor e me expor e conseguir ouvir a opinião de diversas áreas. Como esse já não é um tema discutido com todo mundo eu acho que o critério não é muito a multidisciplinariedade, mas quem eu sei que vai ouvir o que eu tenho a dizer, vai depender disso. (Médica Guaraiuva)

A enfermeira Paineira traz a importância das trocas entre a equipe multiprofissional como possibilidade de qualificação da atenção prestada através incorporação de outros saberes e atitude disposta à aprendizagem em serviço. Tal perspectiva se alinha a uma prática interdisciplinar, visto que propõe troca e aprendizado a partir da relação com outros núcleos (COSTA, 2007), prática que é atribuição comum a todos os profissionais da APS (BRASIL, 2017).

... a relação multiprofissional,... essa troca que existe entre áreas diferentes, seja da psicologia, seja do serviço social, sejam outras áreas tem essa troca de se sentar e conversar... Então nessa troca de como eu vou falar, de como eu posso apoiar, de como eu posso sugerir a ela um tempo para pensar, para ver



se realmente é isso que ela deseja fazer, não fazer algo no impulso ...  
(Enfermeira Paineira)

O apoio entre colegas de equipe para o enfrentamento de situações complexas como o aborto também aparece nas trajetórias das profissionais entrevistadas. Esse apoio se relaciona à tomada de decisão das condutas em equipe como forma diminuir inseguranças, qualificar o atendimento e dividir responsabilidades e angústias com outros profissionais da equipe. Assim temos:

Acho que a gente estava muito preocupada assim em poder dar uma segurança para ela, em poder apoiar e ao mesmo tempo a gente estava sentindo a necessidade de se sentir apoiada enquanto equipe.... sei que posso discutir com o médico da equipe, com a psicóloga, com a assistente social, com quem está aí e eu sei que a decisão sempre vai ser compartilhada com outros profissionais. (Enfermeira Ingá)

A partir desses relatos pudemos perceber o quanto atuações compartilhadas por um conjunto de profissionais podem ter o potencial de qualificação de situações mesmo quando complexas como costumam ser os casos que envolvem o aborto. Isso, no entanto irá depender do nível de interação entre as equipes de saúde para que possam encontrar espaços de diálogo e apoio entre si.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa procurou refletir sobre o contexto brasileiro em que proibições legais e morais juntamente com uma formação em saúde marcada por ações protocolares e fragmentadas, típicas de um modelo biomédico, demonstram ser as principais dificuldades no atendimento de situações complexas como as que envolvem o aborto. O silenciamento encontrado sobre o tema nas formações e serviços da saúde é decorrente da ilegalidade a que a prática está submetida e é também reflexo de uma posição de invisibilidade a que as mulheres estão submetidas quanto à decisão sobre seus corpos.

A impossibilidade legal de que as mulheres e profissionais da saúde efetuem abortos é em um primeiro momento entendido como uma impossibilidade de atender pacientes que de alguma maneira expressem uma contrariedade ao fato de assumirem uma gestação. No entanto, durante as narrativas das profissionais foi possível perceber múltiplas possibilidades de atenção que envolvem um olhar ampliado sobre as





situações, pautado nos atributos e características da APS como integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, acessibilidade, trabalho realizado em equipe e cuidado em saúde mental. Nesse sentido a pesquisa procurou tecer algumas considerações a respeito de possibilidades e potencialidades vinculadas ao acolhimento de situações relacionadas ao aborto ilegal em serviços da Atenção Básica.

## 6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 26 Jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto.pdf>. Acesso em: 26 Jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da gestante em APS. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011b. Disponível em: <https://ensinoepesquisa.ghc.com.br/images/Publicacao/atencaosaudedagestanteemaps.pdf>. Acesso em: 26 Jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf). Acesso em: 26 Jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 29 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. / Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento\\_norma\\_tecnica\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf). Acesso em : 26 Jul. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em:





[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 29 Jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf). Acesso em: 29 jul. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Anencefalia. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54 ajuizada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde Voto da Min. Carmem Lúcia. Plenário. Relator: Min. Marco Aurélio Mello. Brasília-DF, j.11/04/2012. Informativo do STF n. 661. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo661.htm#ADPF%20e%20interrup%C3%A7%C3%A3o%20de%20gravidez%20de%20feto%20anenc%C3%A9falo%20-%202026>. Acesso em: 29 Jul. 2021.

CAMPOS, R. T. O.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista de Saúde Pública*, [online], v. 42, n. 6, p. 1090-1096, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000600016&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000600016&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 29 jul. 2021.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [online], v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 29 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: Resolução nº 564 do Conselho Federal de Enfermagem, de 6 de novembro de 2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em : [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em 29 Jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: Resolução nº 2.217 do Conselho Federal de Medicina, de 27 de setembro de 2018. Brasília: Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 29 Jul. 2021.

COSTA, R. P. (2007). Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental, Barbacena*, v. 5, n.8, p. 107-124, 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272007000100008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100008&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 29 jul. 2021. DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, [online], v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n2/653-660/>. Acesso em: 26 Jul. 2021.



FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, [online], v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601869&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601869&script=sci_abstract). Acesso em: 26 Jul. 2021.

FILHO, A. A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [online], v.8, n.15, p. 375-380, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832004000200019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200019). Acesso em: 29 jul. 2021.

GONZAGA, P. R. B.; ARAS, L. B. de. Mulheres Latino-Americanas e a Luta por Direitos Reprodutivos: o panorama da conjuntura política e legal do aborto nos países da América Latina. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, [online], v. 9, n. 2, p. 51-58, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/16040/14329>. Acesso em: 26 Jul. 2021.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 90-113.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. (2009). Atenção Primária à Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em 29 jul. 2021.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, [online], v. 25, n.2, p. 193-204, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400002). Acesso em 29 jul. 2021.

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L.; DREZETT, J. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. *Reprodução & Climatério*, v.30, n. 1, p. 11-18, 2015. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1413208715000254?token=410E94E11632B9D2A2EACD0A692E50F70A7A686BA32CE275128D773652D393847D50E2B1FE7FC6A62E4532B52D3503C0&originRegion=us-east-1&originCreation=20210730204427>. Acesso em 29 Jul. 2021.

MORTARI, C. L. H.; MARTINI, J. G.; VARGAS, M. A. Representações de enfermeiras sobre o cuidado com mulheres em situação de aborto inseguro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [online], v. 46, n. 4, p. 914-921, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000400019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400019). Acesso em 29 jul. 2021.



MUYLAERT, C. J., *et al.* Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [online], v. 48, n. 2, p. 184-189, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000800184&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000800184&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em 29 jul. 2021.

OLIVEIRA, MARIA AMÉLIA DE CAMPOS, & PEREIRA, IARA CRISTINA. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. esp, p. 158-164, 2013. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 29 Jul. 2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde*. (2a ed.). Genebra: OMS. 2013. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf). Acesso em: 29 Jul. 2021.

REBOUÇAS, M. S. S.; DUTRA, E. M. do S. (2011). Não Nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto. *Psicologia em Estudo*, v.16, n.3, p. 419-428, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722011000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000300009). Acesso em: 29 Jul. 2021.

RUIBAL, A. M. Feminismo frente a fundamentalismos religiosos: mobilização e contramobilização em torno dos direitos reprodutivos na América Latina. *Revista Brasileira de Ciência Política*, n. 14, p. 111-138, 2014. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-33522014000200111&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-33522014000200111&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 29 Jul. 2021.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco Brasil. Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805?posInSet=1&queryId=beacf009-9904-491e-9135-3309d929ba38>. Acesso em: 29 Jul. 2021.

YU, P. C. *Registro nacional de operações não cardíacas: aspectos clínicos, cirúrgicos, epidemiológicos e econômicos*. 2010 (Tese de doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-31082010-184101/publico/PaiChingYu.pdf>. Acesso em 26 Jul. 2021.

## Helena Biavaschi Grassi<sup>i</sup>

Psicóloga, especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo programa de Residência Multiprofissional do Grupo Hospitalar Conceição. Atua na clínica psicanalítica. Integrante do Projeto GraDivia.

Contribuição de autoria: Autora principal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4221-7761>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4826532643381133>

E-mail: [helenagrassi@gmail.com](mailto:helenagrassi@gmail.com)



---

**Christiane Silveira Kammsetzer<sup>ii</sup>**

Psicóloga do Grupo Hospitalar Conceição. Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), realizou Especialização pelo "Programa de Residência Integrada em Saúde, Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Coletiva: Atenção Básica" (ESP- RS).

Contribuição de autoria: Coautora, orientadora da pesquisa.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8047-4502>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1703675496150309>

E-mail: [christianekami@gmail.com](mailto:christianekami@gmail.com)

**Editor responsável:** Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 31 de julho de 2021.

Aceito em 14 de outubro de 2021.

Publicado em 22 de novembro de 2021.

---

**Como referenciar este artigo (ABNT):**

GRASSI, Helena Biavaschi; KAMMSETZER, Christiane Silveira. Aborto ilegal no contexto da atenção primária à saúde: narrativas de profissionais da saúde. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 48-71, 2021.



## Tromboembolismo pulmonar em pacientes hospitalizados com COVID-19: um estudo de coorte retrospectivo

DOI: [10.29327/269776.1.1-6](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-6)

Raquel Lutkmeier<sup>i</sup>   
Isadora Helena Greve<sup>ii</sup>   
Fernanda Costa dos Santos<sup>iii</sup>   
Daniela dos Reis Carazai<sup>iv</sup>   
Veridiana Baldon<sup>v</sup>   
Rafaela Charão de Almeida<sup>vi</sup>   
Andressa Fontoura Garbini<sup>vii</sup>   
Fernando Anschau<sup>viii</sup> 

### RESUMO

**Introdução:** A COVID-19 está associada a um estado pró-trombótico, que pode se traduzir em complicações clínicas, como o tromboembolismo pulmonar (TEP). O objetivo deste estudo é investigar potenciais fatores de risco para TEP. **Método:** Estudo de coorte retrospectivo com 565 pacientes admitidos em um hospital público. Coleta de dados realizada através de prontuários eletrônicos de pacientes internados entre 01/03/2020 a 18/08/2020. Foi realizada análise descritiva, teste qui-quadrado e regressão de Poisson. **Resultados:** Dos 565 pacientes, 7,1% (40) desenvolveram TEP, destes 52,5% (21) eram do sexo masculino, 72,5% (29) tinham >60 anos, 81,6% (31) apresentaram d-dímeros elevados na admissão hospitalar e 52,5% (21) tinham 2 ou mais comorbidades prévias. Faziam uso prévio de estatina 15% (6), 100% (40) dos pacientes utilizaram anticoagulação profilática e 97,5% (39) anticoagulação terapêutica durante a internação. A admissão em UTI ocorreu em 67,5% (27) e a taxa de mortalidade foi de 35% (14). Como fator de risco independente para TEP identificamos d-dímeros > 1000 ng/ml na admissão (RR 2,0 [IC 1,0 - 3,9]). **Conclusão:** Observou-se que o TEP está associado às admissões em UTI e a mortalidade hospitalar. d-dímeros > 1000 ng/ml na admissão é fator de risco independente para TEP. **Palavras-chave:** tromboembolismo pulmonar; COVID-19; perfil epidemiológico.

### Pulmonary embolism in COVID-19 hospitalized patients: a retrospective cohort study

#### ABSTRACT

**Introduction:** There's an association between COVID-19 and a prothrombotic state, resulting in clinical complications, such as the pulmonary embolism (PE), so the objective is to investigate the potential PE risk factors. **Methods:** Retrospective cohort study with 565 patients of a COVID-19 treatment reference public hospital. Data collected from medical records of the admitted patients between 01/03/2020 and 18/08/2020. We used a descriptive analyse, qui-quadrado test and Poisson regression. **Results:** Of 565 patients, 7,1% (40) developed EP, 52,5% (21) were men and 72,5% (29) had >60 years. 81,6% (31) reported high d-dimer on admission and 52,5% (21) had 2 or more comorbidities. 15% (6) previously used statins, 100% (40) used prophylactic anticoagulation and 97,5% (39) used therapeutic anticoagulation during the hospitalization. The ICU admission occurred at 67,5% (27) and the rate of mortality was 35% (14). Identified d-dimer >1000ng/ml in admission as independent risk factor for PE (RR 2,0 [IC 1,0 - 3,9]). **Conclusion:** In our study, PE is associated with ICU admissions and hospital mortality. Admission d-dimer >1000ng/ml it is an independent risk factor for PE.

**Keywords:** pulmonary embolism; COVID-19; health profile.





## 1. INTRODUÇÃO

O vírus Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, conhecido como SARS-CoV-2, responsável pela pandemia de Coronavírus Disease 2019 (COVID-19) foi descoberto em dezembro de 2019, em Wuhan, na China (WIERSINGA *et al.*, 2020). É o terceiro coronavírus a ultrapassar a barreira entre espécies e infectar humanos. Corresponde a uma nova doença respiratória infecciosa capaz de causar dano pulmonar importante nos pacientes acometidos (VIEIRA; EMERY; ANDRIOLO, 2020). Através de uma ativação da resposta imune de forma excessiva e desregulada no hospedeiro (WIERSINGA *et al.*, 2020).

Os grupos de risco são idosos e pessoas com condições médicas graves, como: diabetes melito, doenças cardiovasculares ou doenças respiratórias crônicas (BASTOS; CAJUEIRO, 2020).

Pacientes hospitalizados com COVID-19 apresentam risco aumentado de tromboembolismo venoso (WEINBERG *et al.*, 2021). O vírus induz muitas citocinas e quimiocinas imunomoduladoras que auxiliam na coagulação intravascular e criam um ambiente pró-trombótico junto com embolia pulmonar e trombocitopenia (BEURA *et al.*, 2021). A presença de vasculite e estado pró-trombótico pode levar ao aumento da frequência de embolia pulmonar que agrava a hipoxemia, aumentando o shunt nestes pacientes que já estão altamente hipoxêmicos (LIU *et al.*, 2020).

Procedimentos de triagem adequados e estratégias antitrombóticas para controlar o tromboembolismo venoso (TEV) em pacientes com COVID-19 podem auxiliar na prevenção de complicações incapacitantes e fatais (DI MINNO, 2020).

O presente estudo objetiva descrever o perfil clínico, identificar os desfechos e associar possíveis fatores ao desenvolvimento do TEP em pacientes com COVID-19. A pesquisa justifica-se pela necessidade de identificar características clínicas de pacientes infectados por COVID-19 que desenvolveram TEP, a fim de reconhecer precocemente possíveis riscos para estes indivíduos e permitir a atuação precoce da equipe de saúde.





## 2. METODOLOGIA

Estudo de coorte retrospectivo com 565 pacientes adultos com diagnóstico confirmado de COVID-19, admitidos no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), hospital público terciário de grande porte e alta complexidade, pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), vinculado ao Ministério da Saúde. Este estudo foi realizado em conjunto com o projeto de pesquisa Registro hospitalar multicêntrico Nacional de pacientes com COVID-19 da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

A coleta de dados ocorreu através da análise de prontuário eletrônico, durante os meses de julho a dezembro de 2020. Os dados coletados foram inseridos na plataforma eletrônica online Research Electronic Data Capture (REDCap).

Os participantes da pesquisa foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: pacientes com diagnóstico confirmado de COVID-19 a partir do RT-PCR ou IgM em teste sorológico (sorologia convencional ou teste rápido), admitidos na instituição entre o período de 01/03/2020 a 18/08/2020, com tromboembolismo pulmonar (TEP) confirmado durante a internação. Trata-se de uma amostragem consecutiva. Foram excluídos do estudo os pacientes onde o diagnóstico para COVID-19 tenha sido realizado por outro método, gestantes e os pacientes que se infectaram com COVID-19 durante a internação por outro motivo.

Além da proporção dos pacientes que desenvolveram TEP durante a internação hospitalar, analisamos as seguintes variáveis: idade, sexo, comorbidades, uso prévio de estatinas, d-dímero e contagem de plaquetas na admissão, uso de medicações anticoagulantes durante a internação, taxa de admissão na unidade de terapia intensiva (UTI) e mortalidade intra-hospitalar.

Análises descritivas foram utilizadas para apresentar todas as variáveis. O teste qui-quadrado de Pearson foi aplicado aos dados categóricos para avaliar a probabilidade de que qualquer diferença observada aconteça ao acaso. Variáveis com distribuição normal foram descritas usando a média. A investigação das variáveis da admissão hospitalar como potenciais fatores de risco para o desenvolvimento de TEP foi realizada através do modelo de regressão de Poisson robusto para a estimativa do risco relativo e



intervalo de confiança (IC) de 95%. Valores de *p* de 0,05 ou menos foram considerados estatisticamente significativos. Todas as análises foram realizadas com o software SPSS Statistics, versão 20.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer de nº 4.108.686.

### 3. RESULTADOS

Dos 565 pacientes do estudo, 7,1% (40) desenvolveram TEP durante a internação hospitalar. Destes, 52,5% (21) eram do sexo masculino, 47,5% (19) do sexo feminino e a média de idade foi de 58,3 anos com desvio padrão de 14.

Dos pacientes que desenvolveram TEP, nos exames laboratoriais da admissão, 81,6% (31) apresentaram d-dímero acima de 500 ng/ml, 65,8% (25) acima de 1000 ng/ml e 57,9% (22) acima de 2000 ng/ml. Apenas dois pacientes não tiveram solicitação de d-dímero na admissão hospitalar. A contagem de plaquetas foi normal na maioria dos pacientes 89,2% (33) (valor de referência: 140.000/uL à 400.000/uL).

Quanto à presença de comorbidades, 7 (17,5%) pacientes não possuíam condições de saúde conhecidas, 12 (30,0%) pacientes apresentavam 1 comorbidade e 21 (52,5%) duas ou mais comorbidades prévias à internação. As doenças mais frequentes nos pacientes foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 57,5% (23), diabetes melito (DM) em 32,5% (13) e obesidade (índice de massa corporal [IMC] acima de 30kg/m<sup>2</sup>) em 25% (10) dos pacientes. Os dados referente ao perfil dos pacientes podem ser mais bem observados na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil demográfico e clínico dos pacientes com COVID-19 admitidos no HNSC de 01 de março a 18 de agosto de 2020.

| Variável     | Com TEP N (%) / N=40 | Sem TEP N (%) / N= 525 | <i>p value</i> |
|--------------|----------------------|------------------------|----------------|
| <b>Idade</b> |                      |                        | <b>0,004</b>   |
| < 60 anos    | 17 (42,5)            | 286 (54,5)             |                |
| 60-69 anos   | 18 (45,0)            | 117 (22,3)             |                |
| ≥ 70 anos    | 11 (27,5)            | 122 (23,2)             |                |



|                                            |           |            |                  |
|--------------------------------------------|-----------|------------|------------------|
| <b>Sexo</b>                                |           |            | 0,956            |
| Masculino                                  | 21 (52,5) | 278 (53,0) |                  |
| Feminino                                   | 19 (47,5) | 247 (47,0) |                  |
| <b>Comorbidades mais frequentes</b>        |           |            |                  |
| Hipertensão arterial sistêmica             | 23 (57,5) | 242 (46,1) | 0,164            |
| Diabetes Melito                            | 13 (32,5) | 150 (28,6) | 0,597            |
| Obesidade                                  | 10 (25,0) | 80 (15,2)  | 0,104            |
| <b>Número de comorbidades</b>              |           |            | 0,121            |
| Nenhuma                                    | 7 (17,5)  | 168 (32,0) |                  |
| 1                                          | 12 (30,0) | 152 (29,0) |                  |
| 2 ou mais                                  | 21 (52,5) | 205 (39,0) |                  |
| <b>Resultados laboratoriais</b>            |           |            |                  |
| D-dímero                                   |           |            |                  |
| >500 ng/ml                                 | 30 (75,0) | 375 (78,3) | 0,634            |
| ≥ 1000 ng/ml                               | 25 (65,8) | 229 (47,8) | <b>0,033</b>     |
| ≥ 2000 ng/ml                               | 22(57,9)  | 115 (24,0) | <b>&lt;0,001</b> |
| Plaquetas                                  |           |            | 0,248            |
| < 140000/uL                                | 1 (2,7)   | 56 (1,4)   |                  |
| 140000 - 400000/uL                         | 33 (89,2) | 403 (82,2) |                  |
| > 400000/uL                                | 3 (8,1)   | 31 (6,3)   |                  |
| <b>Anticoagulação durante a internação</b> |           |            |                  |
| Profilática                                | 40 (100)  | 504 (96)   | 0,197            |
| Terapêutica                                | 39 (97,5) | 63 (12,0)  | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Medicações prévias à internação</b>     |           |            |                  |
| Estatinas                                  | 6 (15,0)  | 65 (12,4)  | 0,630            |
| <b>Desfecho</b>                            |           |            |                  |
| Admissão em UTI                            | 27 (67,5) | 181 (34,5) | <b>&lt;0,001</b> |



|             |           |            |              |
|-------------|-----------|------------|--------------|
| Mortalidade | 14 (35,0) | 111 (21,1) | <b>0,042</b> |
|-------------|-----------|------------|--------------|

<sup>1</sup> TEP - tromboembolismo pulmonar; <sup>2</sup> UTI - unidade de terapia intensiva. (Produzido pelas autoras, 2021).

Referente ao uso de estatinas, 15% (6) usavam a medicação prévia à internação. Durante a internação, todos os pacientes acometidos por TEP fizeram uso de anticoagulantes profiláticos e 97,5% (39) fizeram uso de anticoagulante terapêutico, destes, apenas 2,5% (01) não fez uso de anticoagulação devido a estágio avançado de neoplasia e decisão por cuidados paliativos. Quando estratificamos o uso dos anticoagulantes durante a internação hospitalar, 65% (26) dos pacientes utilizaram heparina não fracionada de forma profilática e 25% (10) de forma terapêutica. A heparina de baixo peso molecular, foi utilizada em 35% (14) dos pacientes em dose profilática e em 65% (26) em dose terapêutica. Rivaroxabana foi à escolha de anticoagulação terapêutica para 7,5% (03) dos pacientes.

A admissão em UTI foi observada em 67,5% (27) dos pacientes com TEP e a mortalidade foi de 35% (14) na população analisada.

Em nosso estudo, conforme regressão de Poisson, a presença de d-dímeros acima de 1000 ng/ml na admissão hospitalar (RR 2,00 [IC 1,03 - 3,90]) está independentemente associada com maior risco de TEP após o ajuste para idade e número de comorbidades prévias. Em relação aos desfechos, admissão em UTI e mortalidade dos pacientes diagnosticados com COVID associado ao TEP, ambos se mostraram significativos, tendo valor de  $p < 0,001$  e 0,042 respectivamente. Os fatores de risco que se mostraram associados ao TEP nos pacientes COVID-19 podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2 - Fatores de risco associados ao TEP em pacientes com COVID-19 admitidos no HNSC de 01 de março a 18 de agosto de 2020.

| Variável                        | Risco Relativo    | p value      |
|---------------------------------|-------------------|--------------|
| <b>Idade</b>                    |                   |              |
| 60-69 anos                      | 2,01 (0,98; 4,12) | <b>0,056</b> |
| <b>Resultados laboratoriais</b> |                   |              |
| D-dímero                        |                   |              |



$\geq 1000$  ng/ml

2,01 (1,03; 3,90)

**0,039**

<sup>1</sup> TEP - tromboembolismo pulmonar. (Produzido pelas autoras, 2021).

## 4. DISCUSSÃO

Este estudo apresenta as características clínicas e desfechos dos pacientes infectados por COVID-19 que desenvolveram TEP em um hospital público em Porto Alegre. O TEP se mostrou incidente em 7,1% dos pacientes, principalmente com mais de 60 anos, D-dímero acima de 1000 ng/ml teve associação com o desenvolvimento de TEP e 52,5% dos pacientes apresentavam duas ou mais condições de saúde previamente à internação, se destacando a HAS em 57,5%, a taxa de mortalidade foi elevada.

A taxa de mortalidade observada foi de 35%. Miró *et al.* (2021), em robusto estudo desenvolvido na Espanha, com 368 pacientes com COVID-19 diagnosticados com TEP, relataram uma taxa de mortalidade de 16%. Esta diferença expressiva nas taxas de mortalidade entre os estudos pode estar relacionada ao número de pacientes e serviços envolvidos, no entanto, pode-se considerar que o estudo de Miró *et al.* (2021) foi realizado em unidades de emergência com pacientes diagnosticados com TEP na admissão, e, nosso estudo avaliou pacientes na admissão e desfecho clínico, podendo ter o diagnóstico de TEP tardiamente. Bem como, nossa pesquisa foi desenvolvida em um único hospital público, diferente de Miró *et al.* (2021) que, dos 62 serviços de seu estudo, 20% eram públicos. Marcolino *et al.* (2021) aborda uma maior mortalidade em instituições públicas e mistas, em comparação às privadas. Além disso, o tromboembolismo está associado à COVID-19, e contribui para o aumento da morbimortalidade de pacientes internados (Revzin *et al.*, 2020).

Da população pesquisada de 565 pacientes, 7,1% (40) desenvolveram TEP durante a internação hospitalar. Lu *et al.* (2020) em seu estudo, relatam que a incidência de TEP em pacientes hospitalizados variou de 2% a 35%, e na metanálise realizada pelos autores, TEP ocorreu em 238 de 1.793 pacientes hospitalizados, revelando uma taxa de incidência de 15%. A revisão sistemática de Gallastegui *et al.* (2021), incluiu cinquenta e sete estudos e corrobora com o nosso, tendo 7,1% (população de 1.306) de



incidência de TEP entre todos os pacientes com COVID-19 hospitalizados, os autores concluem que as incidências de TEP entre estes pacientes são muito mais baixas do que foi postulado anteriormente com base em relatórios de estudos menores e geralmente tendenciosos. Em concordância, Miró *et al.* (2021) traz a baixa incidência de TEP nos pacientes COVID-19, entretanto relata que houve um aumento de cerca de 9 vezes dos eventos tromboembólicos pulmonar em decorrência ao COVID-19 considerando as incidências anuais.

A média de idade da nossa população foi de 58,3 anos, no estudo de Liu *et al.* (2021) a média de idade foi de 64,5 anos e no de Roncon *et al.* (2020) 60,4 anos. Eram do sexo masculino 52,5% dos pacientes, semelhante ao estudo de Miró *et al.* (2021) que foi de 58,4%.

Dentre as comorbidades, HAS e DM foram as mais frequentes no nosso estudo, acometendo 57,5% e 32,5% dos pacientes, respectivamente. O estudo de Miró *et al.* (2021), que descreveu características dos pacientes com COVID-19 e TEP, também encontrou HAS como a comorbidade mais comum (49,2%), mas DM ficou em terceira posição com 17,9% dos pacientes. Estas comorbidades são comuns aos pacientes com COVID-19 com ou sem TEP, no entanto, Marcolino *et al.* (2021) traz a presença destas comorbidades como um fator que eleva a mortalidade dos pacientes e em seu estudo sobre características clínicas de pacientes com COVID-19, obteve as mesmas comorbidades e em taxas semelhantes, mesmo apresentando uma amostra maior, assim como, descreveu que o número médio de comorbidades em hospitais públicos foi de duas, sendo maior que a dos hospitais privados e em consonância com nosso estudo onde 52,5% dos pacientes apresentou duas comorbidades ou mais.

O uso de estatinas prévio à internação hospitalar foi presente em 15% dos pacientes deste estudo, no entanto não se mostrou associada ao desenvolvimento de TEP. Giannis *et al.* (2021) avalia o acometimento de eventos tromboembólicos, incluindo TEP e trombose venosa profunda (TVP), associados ao COVID-19 e em sua amostra observou o uso de estatinas prévio em 21,2% (31/146). Ademais, refere haver associação ao uso de estatinas e a redução de eventos tromboembólicos, assim como na mortalidade. Gu *et al.* (2021) relata que as estatinas têm efeitos pleiotrópicos nas células





endoteliais, além de seus efeitos hipolipemiantes, e estão sendo ativamente investigadas para o tratamento de pacientes com COVID-19.

Em nosso estudo, os pacientes que desenvolveram TEP apresentaram nos exames laboratoriais da admissão elevação dos d-dímeros acima de 1000 ng/ml e este dado é fator de risco independente para TEP. Em sua metanálise, Suh *et al.* (2021) encontrou 11 estudos que forneceram dados sobre os níveis de d-dímero e a presença de TEP (população de 567 pacientes), demonstrando que os níveis de d-dímero foram maiores em pacientes com TEP, assim como em nossa análise. Os autores relatam que os níveis de d-dímero tendem a ser elevados mesmo em pacientes com COVID-19 sem TEP e que os pontos de corte do d-dímero para rastreamento de TEP devem ser uma preocupação no cuidado de pacientes com COVID-19. Ademais, a metanálise sugere que os pontos de corte convencionais em diretrizes preexistentes (500 e 1000 ng/mL) podem ser aplicáveis à população COVID-19 para triagem de TEP e que serve como base para exames de angiotomografia pulmonares subsequentes.

Correlações entre o aumento da mortalidade e a presença de níveis elevados de biomarcadores de dano endotelial e plaquetário e disfunção em pacientes com COVID-19, e laudos de autópsia demonstrando mudanças na morfologia endotelial e extensa trombose, confirmaram a importância crucial da endotelopatia e trombocitopatia na COVID-19 (Gu *et al.*, 2021). Contudo, em nosso estudo a contagem de plaquetas não mostrou associação com o desenvolvimento de TEP nos pacientes.

Todos os pacientes que desenvolveram TEP incluídos no nosso estudo receberam anticoagulação profilática e 97,5% a terapêutica. A metanálise de Liu *et al.* (2021) diz que os pacientes que receberam apenas profilaxia com dose padrão tiveram uma maior incidência de tromboembolismo venoso (TEV) em comparação com pacientes que receberam anticoagulação intermediária ou completa. No entanto, no estudo de Lopes *et al.* (2021) concluiu que pacientes hospitalizados com COVID-19 que apresentaram d-dímeros elevados, com anticoagulação terapêutica seguido por 30 dias, não apresentaram melhora clínica de desfechos e aumentou sangramentos em comparação com a anticoagulação profilática intra-hospitalar. Segundo as diretrizes de tratamento da doença coronavírus 2019 (COVID-19) do National Institutes of Health,



atualmente, não há dados suficientes para recomendar a favor ou contra o uso de trombolíticos ou mais do que a dose profilática de anticoagulação para profilaxia de TEP em pacientes com COVID-19 hospitalizados fora de um ensaio clínico, independente do estado de seus marcadores de coagulação.

Segundo Gu *et al.* (2021), pacientes com COVID-19 e fatores de risco cardiovascular como diabetes melito, obesidade e idade avançada apresentam alta incidência de tromboembolismo venoso, trombose arterial e microangiopatia trombótica. Na revisão sistemática de Li *et al.* (2021), foram fatores independentes para TEP idade avançada, câncer, intervalo mais longo do início dos sintomas até a admissão, fibrinogênio mais baixo e d-dímero mais alto na admissão, e incremento de d-dímero (DI)  $\geq 1,5$  vezes, destes, DI  $\geq 1,5$  vezes teve a associação mais significativa. No nosso estudo evidenciou-se como fator de risco independente para TEP d-dímeros  $> 1000$  ng/ml na admissão.

Os pontos fortes deste estudo são o número de pacientes e o período de internação que contemplou os primeiros seis meses da pandemia na capital do estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram obtidos por meio de revisão do prontuário eletrônico e foram submetidos a auditorias periódicas. Algumas limitações desta pesquisa são a possibilidade da incidência de TEP ter sido subdiagnosticada, devido à ausência de pesquisa diagnóstica sistemática ou suspeita da equipe, pois fatores graves sobrepostos podem dificultar a suspeição, também o fato de que o transporte para a tomografia de tórax só pode ser realizada em pacientes com uma condição clínica estável. Da mesma forma, não podemos avaliar se uma anticoagulação profilática adequada foi administrada de forma consistente, além disso, a duração da hospitalização pode representar outra fonte potencial de viés, uma vez que está estritamente relacionada à imobilização. Deve-se considerar que o tipo de amostragem não foi probabilístico.

Apesar do esforço das equipes de saúde e dos pesquisadores, a COVID-19 ainda apresenta altas taxas de morbimortalidade, e até o presente momento, permanece sem cura. Estudos que evidenciem fatores de risco associados a complicações da doença e a mortalidade são essenciais para identificação precoce de pacientes com risco para



desfechos desfavoráveis, bem como estudos com ênfase em estratégias terapêuticas seguras e eficazes.

O presente estudo permitiu explorar essa grave doença, conhecer o perfil clínico, desfechos e potenciais fatores de risco para TEP dos pacientes portadores de COVID-19 em um hospital público de referência na região sul do Brasil.

## 5. CONCLUSÃO

No nosso estudo evidenciou-se como fator de risco independente para TEP d-  
dímeros > 1000 ng/ml na admissão hospitalar, devendo-se suspeitar de TEP na presença de níveis elevados de d-dímero ou na rápida deterioração respiratória. A idade acima de 60 anos apresentou-se como fator de risco dependente para TEP. Além disso, identificou-se uma maior taxa de admissão em UTI e mortalidade intra-hospitalar em pacientes com diagnóstico de TEP durante a internação por COVID-19. Evidencia-se, portanto uma importante implicação na monitorização das funções de coagulação no atendimento de pacientes hospitalizados com COVID-19. Sugerimos mais estudos que quantifiquem a variável tempo e duração entre início de terapia de anticoagulação profilática ou terapêutica e a variável tempo entre admissão e TEP.

## 6. REFERÊNCIAS

BASTOS, Saulo B; CAJUEIRO, Daniel O. Modeling and forecasting the early evolution of the Covid-19 pandemic in Brazil. *Scientific Reports* 10:19457, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-76257-1>. Available in: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-76257-1.pdf>. Access in: 29 out 2020.

BEURA, Samir K; *et al.* Phytochemicals as Potential Therapeutics for SARS-CoV-2-Induced Cardiovascular Complications: Thrombosis and Platelet Perspective. *Front Pharmacol*, v.12, 2021. DOI: 10.3389/fphar.2021.65827313. Available in: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2021.658273/full>. Access in: 29 out 2020.

DI MINNO, Alessandro; *et al.* COVID-19 and Venous Thromboembolism: A Meta-analysis of Literature Studies. *Semin Thromb Hemost*, Vol. 46 No. 7, 2020. DOI: 10.1055/s-0040-1715456. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7645842/pdf/10-1055-s-0040-1715456.pdf>. Access in: 29 out 2020.



GALLASTEGUI, Nicolas; *et al.* Pulmonary Embolism Does Not Have an Unusually High Incidence Among Hospitalized COVID19 Patients. *Clin Appl Thromb Hemost*, Volume 27: 1-9, 2021. DOI: 10.1177/1076029621996471. Available in: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1076029621996471>. Access in: 29 out 2020.

GIANNIS, Dimitrius; *et al.* Incidence of Venous Thromboembolism and Mortality in Patients with Initial Presentation of COVID-19. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11239-021-02413-7>. Available in: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7932762/pdf/11239\\_2021\\_Article\\_2413.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7932762/pdf/11239_2021_Article_2413.pdf). Access in: 29 out 2020.

GU, Sean X; *et al.* Thrombocytopeny and endotheliopathy: crucial contributors to COVID-19 thromboinflammation. *Nat Rev Cardiol*, volume 18, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41569-020-00469-1>. Available in: <https://www.nature.com/articles/s41569-020-00469-1.pdf>. Access in: 29 out 2020.

LI, Jun-Ying; *et al.* Clinical characteristics and risk factors for symptomatic venous thromboembolism in hospitalized COVID-19 patients: A multicenter retrospective study. *J Thromb Haemost*, 19:1038–1048, 2021. DOI: 10.1111/jth.15261. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8014692/pdf/JTH-19-1038.pdf>. Access in: 29 out 2020.

LIU, Yandong; *et al.* Incidence, prognosis, and laboratory indicators of venous thromboembolism in hospitalized patients with coronavirus disease 2019: a systematic review and meta-analysis. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*, 9(5): 1099–1111, 2021. DOI: 10.1016/j.jvsv.2021.01.012. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33529719/>. Access in: 30 out 2020.

LIU, Peter P; *et al.* The Science Underlying COVID-19: Implications for the Cardiovascular System. *Circulation*. Epub, 142:68–78, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047549>. Available in: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047549>. Access in: 29 out 2020.

LU, Ying-Feng; *et al.* A meta-analysis of the incidence of venous thromboembolic events and impact of anticoagulation on mortality in patients with COVID-19. *Int J Infect Dis*, 100, 34–41, 2020. DOI: 10.1016/j.ijid.2020.08.023. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32798659/>. Access in: 29 out 2020.

LOPES, Renato D; *et al.* Therapeutic versus prophylactic anticoagulation for patients admitted to hospital with COVID-19 and elevated D-dimer concentration (ACTION): an open-label, multicentre, randomised, controlled trial. *LANCET*, Vol 397, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01203-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01203-4). Available in: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2901203-4>. Access in: 29 out 2020.



MARCOLINO, Milena S; *et al.* Clinical characteristics and outcomes of patients hospitalized with COVID-19 in Brazil: Results from the Brazilian COVID-19 registry. *International Journal of Infectious Diseases*, 107 (300-310), 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.01.019>. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7801187/pdf/main.pdf>. Access in: 29 out 2020.

MIRÓ, Oscar; *et al.* Pulmonary embolism in patients with COVID-19: incidence, risk factors, clinical characteristics, and outcome. *European Heart Journal*, 00, 1–16, 2021. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab314. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344714/pdf/ehab314.pdf>. Access in: 29 out 2020.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. *Diretrizes de tratamento da doença coronavírus 2019 (COVID-19)*. 2021. Disponível em: [www.covid19treatmentguidelines.nih.gov](http://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov). Acesso em 08/06/2021.

REVZIN, Margarita V; *et al.* Multisystem Imaging Manifestations of COVID-19, Part 1: Viral Pathogenesis and Pulmonary and Vascular System Complications. *Radiological Society of North America*, 40 : 1574–1599, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1148/rg.2020200149>. Available in: <https://pubs.rsna.org/doi/pdf/10.1148/rg.2020200149>. Access in: 29 out 2020.

RONCON, Loris; *et al.* Incidence of acute pulmonary embolism in COVID-19 patients: Systematic review and meta-analysis. *Eur J Intern Med*, V.82, 29-37, 2020. DOI: 10.1016/j.ejim.2020.09.006. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0953620520303496?via%3Dihub>. Access in: 29 out 2020.

SUH, Young Joo; *et al.* Pulmonary Embolism and Deep Vein Thrombosis in COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Radiology*, V.298, 2, 2021. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020203557>. Available in: <https://pubs.rsna.org/doi/pdf/10.1148/radiol.2020203557>. Access in: 29 out 2020.

VIEIRA, Luisane Maria Falci, EMERY, Eduardo, ANDRIOLO, Adagmar. COVID-19 – Laboratory Diagnosis for Clinicians. *Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo*, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/411/513>. Acesso em: 29 out 2020.

WEINBERG I; *et al.* Systematic testing for venous thromboembolism in hospitalized patients with COVID-19 and raised D-dimer levels. *Thrombosis Update*, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tru.2020.100029>. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666572720300298>. Access in: 29 out 2020.





WIERSINGA, W.J.; *et al.* Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA*, 324(8):782-793, 2020. DOI: doi:10.1001/jama.2020.12839. Available in: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768391>. Access in: 29 out 2020

## **Raquel Lutkmeier<sup>i</sup>**

Enfermeira assistencial em UTI do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), especialista em cardiologia pelo ICFUC.

Contribuição de autoria: Pesquisa bibliográfica, revisão em prontuário eletrônico e preenchimento do banco de dados.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9519-261X>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8017433058492965>

E-mail: [raquellutk83@gmail.com](mailto:raquellutk83@gmail.com)

## **Isadora Helena Greve<sup>ii</sup>**

Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2019) e atual Residente do Programa de Atenção ao Paciente Crítico da Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (2020 - 2021).

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados, organização do texto, revisão em prontuário eletrônico e preenchimento do banco de dados.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0072-0246>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4097489729551446>

E-mail: [isadora.hgreve@gmail.com](mailto:isadora.hgreve@gmail.com)

## **Fernanda Costa dos Santos<sup>iii</sup>**

Enfermeira especialista em terapia intensiva e emergência.

Contribuição de autoria: Identificação dos casos elegíveis, revisão de prontuário eletrônico e preenchimento do banco de dados.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0026-2978>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1361756908134549>

E-mail: [fcdsantos86@gmail.com](mailto:fcdsantos86@gmail.com)

## **Daniela dos Reis Carazai<sup>iv</sup>**

Residente em atenção ao Paciente Crítico do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Enfermeira pela UFCSPA.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados, organização do texto, revisão em prontuário eletrônico e preenchimento do banco de dados.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7856-4154>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1545614797211997>

E-mail: [dani.carazai7@gmail.com](mailto:dani.carazai7@gmail.com)

## **Veridiana Baldon<sup>v</sup>**

Enfermeira assistencial em UTI do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), especialista em gestão de emergências em saúde pública.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados, organização do texto, revisão em prontuário eletrônico e preenchimento do banco de dados.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9372-5785>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6412860419069936>

E-mail: [veridbaldon@hotmail.com](mailto:veridbaldon@hotmail.com)





## Rafaela Charão de Almeida<sup>vi</sup>

Enfermeira assistencial em UTI do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), especialista em terapia intensiva, urgência e trauma.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados, organização do texto, revisão em prontuário eletrônico e preenchimento do banco de dados.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5003-2284>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0803421871094377>

E-mail: [rafacharao@gmail.com](mailto:rafacharao@gmail.com)

## Andressa Fontoura Garbini<sup>vii</sup>

Enfermeira assistencial em UTI do Grupo Hospitalar Conceição (GHC); Enfermeira especialista/perita em enfermagem forense pela Unyleya.

Contribuição de autoria: Identificação dos casos elegíveis, revisão de prontuário eletrônico e preenchimento do banco de dados.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3467-2150>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7020910619424384>

E-mail: [andrygarbini@hotmail.com](mailto:andrygarbini@hotmail.com)

## Fernando Anschau<sup>viii</sup>

Coordenador do Setor de Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GHC); coordenador do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) do GHC e membro do Comitê Gestor da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) do Ministério da Saúde; membro da comissão científica do Congresso REBRATS/Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (REDE TSA); coordenador brasileiro da pesquisa em Covid-19 com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS)/ Organização Mundial da Saúde (OMS), Plataforma Clínica Global sobre a Covid-19 para caracterização clínica e manejo de pacientes hospitalizados com suspeita e confirmação de Covid-19; professor do Mestrado de Avaliação e Produção de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2657-5406>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8322302300775776>

E-mail: [afernando@ghc.com.br](mailto:afernando@ghc.com.br)

**Editor responsável:** Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 16 de agosto de 2021.

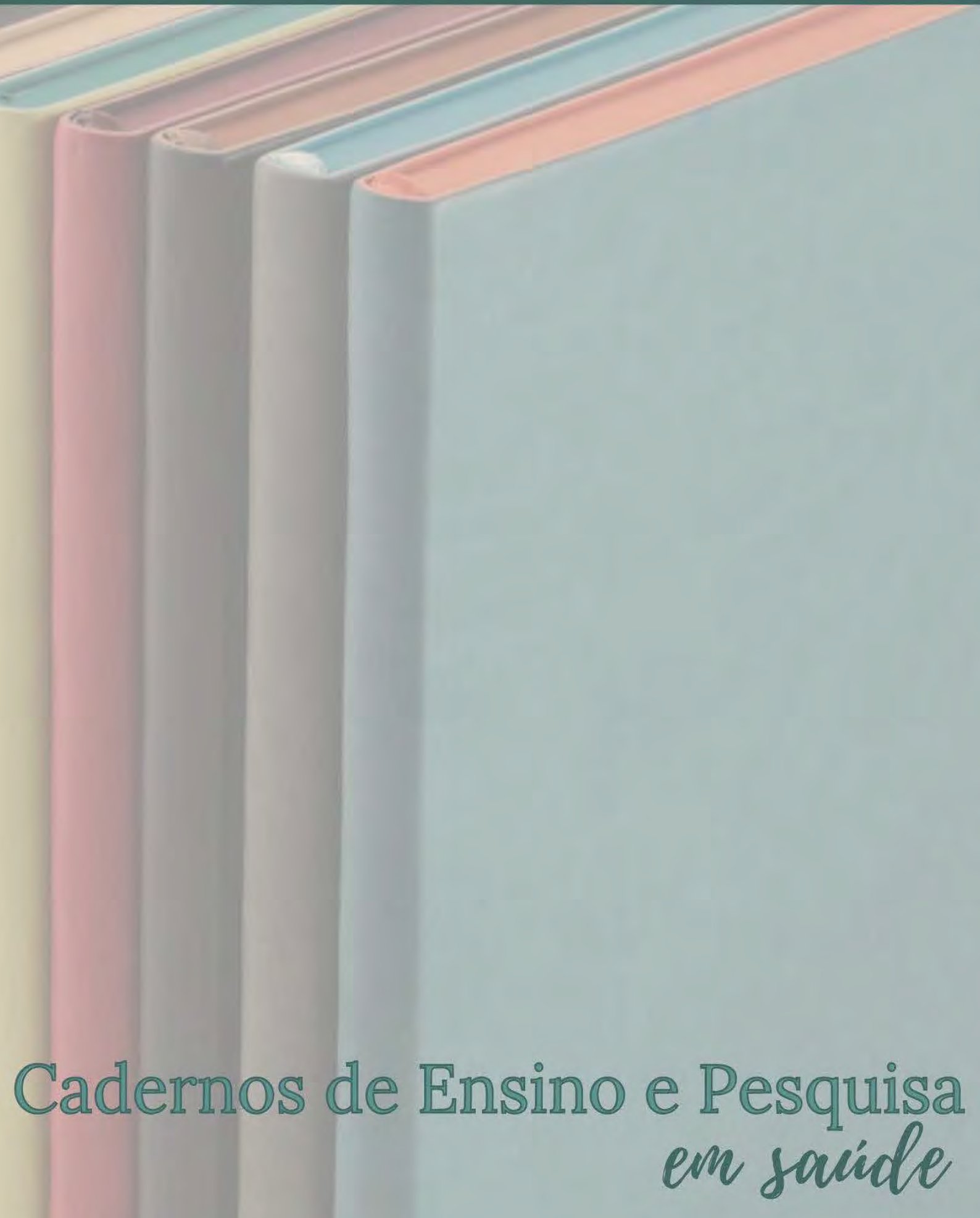
Aceito em 27 de outubro de 2021.

Publicado em 22 de novembro de 2021.

## Como referenciar este artigo (ABNT):

LUTKMEIER, Raquel; GREVE, Isadora Helena; SANTOS, Fernanda Costa dos; *et al.* Tromboembolismo pulmonar em pacientes hospitalizados com covid-19: um estudo de coorte retrospectivo. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 72-86, 2021.

Diálogo com a sociedade



Cadernos de Ensino e Pesquisa  
*em saúde*



## A Pandemia de COVID-19 e a mudança de paradigma na difusão da educação em saúde: Relato de experiência do projeto Saúde Bucal Itinerante

DOI: [10.29327/269776.1.1-7](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-7)

Geovana Freitas Colares<sup>i</sup>   
Larissa Emille Pinto e Pinto<sup>ii</sup>   
Millena Pacheco Brito<sup>iii</sup>   
Maria Sidiane Idelfonso Cardoso<sup>iv</sup>   
Esther Castro de Menezes<sup>v</sup>   
Adriana Teixeira Sobrinho<sup>vi</sup>   
Adriane Aimée de Oliveira Lima<sup>vii</sup>   
Mauro Atílio Andrade de Miranda<sup>viii</sup>   
Jeanne Gisele Rodrigues de Lemos<sup>ix</sup>   
Renata Kely Abreu da Silva<sup>x</sup>   
Mayara Sabrina Luz Miranda<sup>xi</sup>   
Miki Saito-Tomioka<sup>xii</sup>   
Fernanda Ferreira de Albuquerque Jassé<sup>xiii</sup>   
Ana Daniela Silva da Silveira<sup>xiv</sup> 

### RESUMO

O presente trabalho visa relatar as experiências das atividades de extensão do projeto “Saúde Bucal Itinerante” (SABI) e as mudanças implementadas nas estratégias de trabalho diante da pandemia de COVID-19. As atividades do projeto SABI compreendiam ações de educação e promoção de saúde em comunidades na região metropolitana de Belém-PA. Devido à pandemia, o perfil virtual do projeto criado em uma rede social (@saudebucalitinante) passou a ser mais intensamente utilizado, visando dar continuidade às ações educativas por meio de ilustrações e textos em mídia digital. A mudança de padrão de abordagem para difusão da educação em saúde permitiu que os acadêmicos do projeto SABI desempenhassem suas atividades educacionais e sociais, sendo capazes de alcançar pessoas de diversas localidades e idades, mesmo diante da necessidade de distanciamento social, impactando positivamente todos os envolvidos. Desta forma, após esta experiência, mesmo com a volta das atividades presenciais para as comunidades locais, pretende-se manter ativo o formato virtual de educação em saúde, por sua ampla capacidade de difusão de informações.

**Palavras-chave:** mídias sociais; webcast; comunicação; acesso à informação; promoção em saúde.

### The COVID-19 pandemic and the paradigm change in the diffusion of health education: An experience report of the Itinerant Oral Health Project

#### ABSTRACT

This work aims to report the experiences of the extension activities of the "Itinerant Oral Health" (IOH) project and the changes implemented in the work strategies in the face of the COVID-19 pandemic. The activities of the IOH project comprised education and health promotion actions in communities in the metropolitan area of Belém, PA, Brazil. Due to the pandemic, the virtual profile of the project created on a social network (@saudebucalitinante) started to be more intensely used, aiming to give continuity to the educational actions through illustrations and texts on digital media. The change in the approach pattern for diffusing health education allowed the scholars of the IOH project to perform their educational and social actions, reaching people from various localities and ages, even in the face of the need for social distancing, positively impacting all those involved. Hence, after this experience, even with the return of in-person activities for the local communities, we intend to keep the virtual health education format active due to its broad information diffusion capacity.

**Keywords:** social media; webcast; communication; access to information; health promotion.



## 1. INTRODUÇÃO

A universidade é o ambiente onde o conhecimento científico é compartilhado e produzido, baseando-se no tripé ensino, pesquisa e extensão de maneira indissociável e interdependente. É neste contexto que a universidade proporciona a formação de profissionais com embasamento científico adquirido do ensino, preocupados com os problemas sociais e capazes de levar informação para a comunidade, assim como de produzir ciência em favor da sociedade (MOITA; ANDRADE, 2009).

As iniciativas que viabilizam a extensão universitária almejam colaborar para uma melhoria na qualidade de vida das comunidades assistidas, a partir do compartilhamento do conhecimento que permeia a pesquisa e o ensino realizados no ambiente acadêmico. Adicionalmente, estas atividades também oportunizam aos acadêmicos a interação com as comunidades e uma experiência diferente daquela vivenciada nos ambientes intramuros, resultando na descoberta de novos conhecimentos e no desenvolvimento de uma pluralidade, a qual é fundamental para a construção do cidadão, bem como para o aperfeiçoamento do ensino (MOURA et al., 2012).

Particularmente com relação ao curso de odontologia, espera-se a formação do cirurgião-dentista como "educador em saúde bucal", capaz de desenvolver ações direcionadas à melhoria da saúde bucal dos indivíduos assistidos e à incorporação de novos hábitos de higiene, gerando atitudes saudáveis e comportamentos que refletirão em melhores níveis de saúde e, portanto, maior qualidade de vida (ARROYO; ROCHA, 2010; SILVA, 2011). Neste sentido, o projeto de extensão Saúde Bucal Itinerante (SABI) foi desenvolvido na faculdade de odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPA) com o objetivo de promover ações presenciais de educação em saúde bucal em populações atendidas nas unidades de assistência e ensino de Belém-PA e sua região metropolitana, e permitir aos discentes do curso de odontologia uma vivência prática da atenção à saúde em um cenário diferente daquele vivenciado no interior da faculdade.

A educação em saúde envolve ações para, com a participação de diferentes categorias da saúde, além de propiciar a atuação interprofissional. Por educação em saúde, entende-se como um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à orientação acerca de práticas saudáveis e responsabilidade em saúde



pela população (BRASIL, 2006). Neste sentido, as ações do Projeto SABI tem como parte do seu escopo um conjunto de práticas que almejam contribuir para aumentar a autonomia das pessoas no cuidado da sua saúde, bem como fortalecer o debate para uma atenção em saúde de acordo com suas necessidades.

Assim como houve a necessidade de mudança e adaptações das metodologias didáticas em todos os níveis da educação formal diante da pandemia de COVID-19, as abordagens de educação em saúde do projeto SABI também precisaram ser reestruturadas diante da necessidade do distanciamento social. Neste contexto, as atividades de educação em saúde que eram realizadas de forma presencial em comunidades locais tiveram que ser suspensas e passou-se a intensificar a utilização do perfil na rede social (@saudebucalitinerante) para a divulgação de assuntos educativos para o público que já acompanhava o projeto, assim como para novos seguidores do perfil.

Diante da pandemia da COVID-19, que atingiu o Brasil no início do ano 2020, as estratégias utilizadas para alcançar os objetivos de promover ações de educação em saúde bucal precisaram ser readaptadas para garantir que o projeto SABI permanecesse ativo, assegurando a continuidade das ações.

Neste contexto, nunca antes imaginado de necessidade de distanciamento social, a internet e a tecnologia de informação e comunicação (TICs) tornaram-se grandes aliadas de discentes e docentes nas universidades para a manutenção das ações de ensino, pesquisa e extensão, permitindo outras formas de aprender e divulgar o conhecimento adquirido, de maneira interativa, ampla e democrática (SILVA; TAVARES; TAVARES, 2019). Nesse sentido, os integrantes do projeto SABI buscaram se capacitar no uso destas ferramentas e elaboraram um novo paradigma, baseado na utilização das redes sociais como meio de promoção de saúde bucal, tornando-as o principal campo de compartilhamento de informações sobre os mais diversos assuntos no contexto da saúde.

Segundo o Dicionário brasileiro da língua portuguesa Michaelis, paradigma significa “algo que serve de exemplo ou modelo; padrão”. O uso das redes sociais para educação em saúde é, portanto, um novo modelo, uma estratégia forte e importante





presente meio de comunicação, pois utiliza formas interativas e tem um grande alcance de público, pois as TICs estão presentes em todas as áreas da vida humana; não sendo mais possível ignorar as mídias sociais quando se pensa em educação (FRANÇA, 2019).

Desta forma, este artigo tem por objetivo relatar as experiências do projeto de extensão SABI antes da pandemia e as modificações de abordagem formuladas diante da necessidade de distanciamento social e suspensão das atividades presenciais, passando para a maior utilização das TICs, realizando suas tarefas de educação em saúde bucal para além dos muros da universidade.

## 2. RELATO DE EXPERIÊNCIA

### *Experiência pré-pandemia: ações presenciais por meio de parcerias*

A ênfase em educação e cuidados básicos de saúde bucal vem sendo fortalecida desde 2004, quando foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”. Ao visar à promoção de saúde, deve-se levar em consideração os âmbitos individual e coletivo, uma vez que a transformação da sociedade depende primeiramente da mudança de hábitos no nível individual (AZEVEDO; SILVA; MAGALHÃES REIS, 2019).

Criado em agosto de 2019, o projeto SABI foi idealizado com o intuito de realizar oficinas de treinamento e capacitação dos acadêmicos voluntários, possibilitando o desenvolvimento de um perfil profissional educador em saúde bucal, com o objetivo de desenvolver atividades de educação e promoção de saúde na cidade de Belém-PA e região metropolitana. Por meio de parcerias e em atuações itinerantes, o projeto foi planejado para alcançar crianças, adolescentes, jovens e adultos assistidos por unidades de assistência infantil, Organizações Não Governamentais (ONGs) e projetos sociais.

Uma vez firmada cada uma das parcerias e definidos data e local, realizava-se o planejamento das ações, com o levantamento do quantitativo de pessoas que seriam atendidas, bem como a média de idades. Com estes dados, os voluntários e professores colaboradores reuniam-se semanalmente para definir as estratégias de trabalho e como



se daria cada atividade. Após isso, o grupo desenvolvia ciclos de oficinas, sempre de acordo com a temática a ser abordada, para produzir os materiais (fantoques, jogos, palestras etc.) que seriam utilizados nas ações.

Nos dias e locais de cada ação educativa, os voluntários iniciavam um roteiro de atividades, começando com o acolhimento e a apresentação do grupo e dos objetivos do trabalho que seria efetuado. Em seguida, eram realizadas as atividades de educação em saúde, com palestras e/ou jogos educativos. As palestras contavam sempre com uma linguagem acessível e incluíam temas como a higiene, a cárie dentária e a importância de adquirir hábitos saudáveis, além de outros conteúdos que surgiam, de acordo com as necessidades do grupo e da demanda.

Ainda no que diz respeito às ações de educação em saúde, eram exploradas dramatizações, desenhos e pinturas, música, “faz de conta”, meios audiovisuais e atividades ludo-pedagógicas como figuras de encaixe, dominó, quebra-cabeça e jogo da memória. Todos os materiais e estratégias eram planejados e desenvolvidos pelos próprios acadêmicos voluntários do projeto.

Figura 1- Oficinas para confecção de materiais de educação em saúde: jogo educativo (a); macromodelo odontológico produzido com material reciclado a partir de garrafas PET (b); letreiro de identificação do projeto (c); Brasil, 2019.



Fonte: Imagens dos autores.



Após cada atividade de educação em saúde, os pacientes eram examinados, orientados e supervisionados quanto à higienização bucal, com evidenciação de biofilme e aplicação tópica de flúor, quando necessário.

Figura 2 - Ações sociais realizadas presencialmente em parceria com o projeto Luz na Amazônia (Universidade Federal do Pará) na comunidade ribeirinha Santa Maria / PA: realização de exames clínicos ao ar livre (a e b); realização de exame clínico em escola (c); Brasil, 2019.



Fonte: Imagens dos autores.

Adicionalmente, a depender da necessidade e do interesse de cada paciente, este recebia ainda orientações individuais e o encaminhamento à faculdade de odontologia da UFPA ou ao serviço de saúde mais próximo. Ao final de cada ação do projeto, professores e voluntários se reuniam para discutir os métodos aplicados e os resultados obtidos de forma a compreender como se deu o processo e trabalhar as dificuldades observadas, visando oferecer um melhor atendimento.

Os pacientes triados durante as ações eram acompanhados pela equipe do projeto; a ficha de cadastro dos pacientes era repassada a um dos voluntários e este era responsável por manter contato e dirimir possíveis dúvidas até a resolução do caso. Nas situações em que os pacientes eram encaminhados às clínicas da faculdade de odontologia da UFPA, os voluntários também acompanhavam o atendimento clínico e faziam as devidas orientações. Através desta estratégia de trabalho, procurou-se



desenvolver no aluno a compreensão de acolhimento, vínculo e resolutividade do atendimento odontológico. Além disso, aprofundar ainda mais a compreensão das diferentes realidades sociais encontradas.

O projeto SABI, ao atuar em comunidades ribeirinhas e em conjunto com instituições e organizações sociais, criou estratégias para proporcionar maior acesso à educação em saúde bucal, apesar das situações de vulnerabilidade, auxiliando na transformação do estilo de vida dos indivíduos. Por vulnerabilidade social entende-se a falta ou incapacidade do acesso a serviços básicos de saneamento, educação e saúde pela ausência de recursos que possibilitem tal acesso, gerando exclusão (SILVA; COSTA; NASCIMENTO, 2019). Neste sentido, o atendimento humanizado e o acolhimento são diretrizes das ações do projeto, aproximando os voluntários das pessoas a serem orientadas e atendidas. Tal vínculo permite que as reais necessidades de cada comunidade sejam ouvidas e, assim, as estratégias de promoção de saúde bucal possam ser mais eficazes.

As ações do projeto, além de assistir as comunidades, possibilitam a formação de profissionais mais humanizados e sensíveis às necessidades da população, conhecedores da integralidade dos determinantes da saúde e da doença e capazes de educar em saúde bucal. A criação de diferentes estratégias de acordo com o público-alvo permite experiências valiosas para os acadêmicos, treinando-os para os diferentes cenários que possam se deparar na vida profissional. A capacitação em atendimento humanizado forma profissionais mais reflexivos, críticos e responsáveis com seus pacientes.

Até fevereiro de 2020, o projeto SABI já havia realizado sete ações presenciais para educação e promoção de saúde bucal. As parcerias firmadas pelo projeto incluíram uma ONG que atende crianças e adolescentes em vulnerabilidade social; a Sociedade Bíblica do Brasil e o Projeto Luz na Amazônia, com o atendimento à comunidade ribeirinha de Santa Maria, às margens do Rio Guamá; e o Theatro da Paz, com atendimento ao grupo de cantores de ópera. Cerca de 110 pessoas foram assistidas pelas ações do projeto; 13 pessoas receberam atendimento nas clínicas da faculdade de



odontologia da UFPA e outras 41 pessoas foram incluídas no sistema de cadastro do serviço de Assistência Social da faculdade para serem encaminhadas ao atendimento.

### *Um obstáculo para as atividades presenciais: a pandemia de COVID-19*

Em sua idealização, foi definido que o projeto desenvolveria atividades sempre em parceria com outras instituições ou organizações, de modo a somar forças na tarefa de levar informação e assistência à saúde, com o objetivo de proporcionar o melhor atendimento à população e uma vivência singular para os acadêmicos. Contudo, a partir de março de 2020, o projeto precisou receber uma nova roupagem.

Devido à pandemia mundial de COVID-19, a realização das ações presenciais foi suspensa, bem como as reuniões e treinamentos presenciais. O projeto SABI precisou adotar uma nova estratégia para continuar com suas atividades de educação e promoção de saúde bucal, bem como para a realização de encontros com os voluntários, coordenadora, professores colaboradores e bolsista. Assim, passou-se a utilizar ferramentas de trabalho remoto para as reuniões, que continuaram semanais, e para as ações de educação em saúde, que precisaram ser suspensas.

Diante desta necessidade de adaptação, o perfil do projeto no Instagram® (@saudebucalitinerante), passou a ser utilizado com maior frequência. O uso do perfil na rede social visou à continuidade da promoção em saúde bucal por meio de ilustrações e pequenos textos com instruções para a prática de hábitos saudáveis (ambos criados pelos próprios voluntários do projeto) de fácil entendimento para o público em geral. As publicações das imagens passaram a ser postadas duas vezes por semana.



Figura 3 – Publicações do projeto SABI em seu perfil no Instagram (@saudebucalitinerante), sobre: proteção na pandemia (a); mau hálito (b); escova de dente (c); cárie dentária (d); Brasil, 2020.



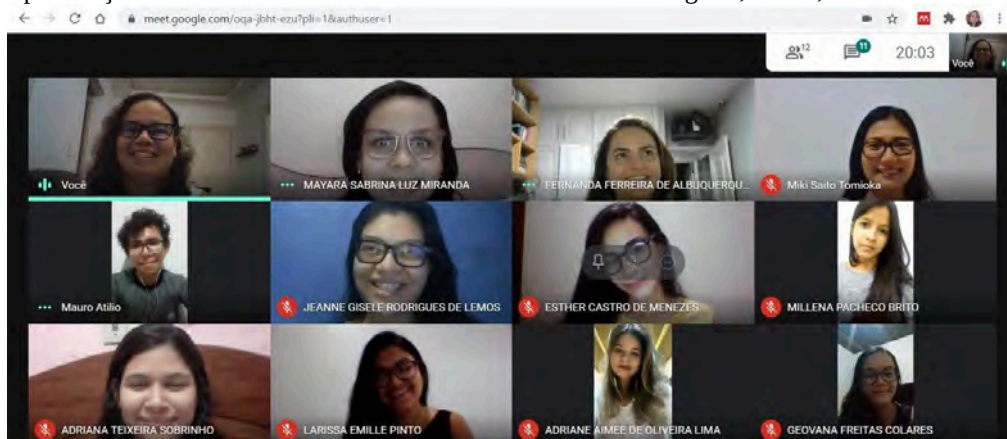
Fonte: Imagens dos autores.

## *Experiências durante a pandemia de COVID-19: difusão da educação em saúde bucal por meio de mídias digitais*

O advento de tecnologias da comunicação e a disseminação de aparelhos que facilitaram o acesso à internet em diferentes locais, como tablets e smartphones, criaram um cenário no qual um maior número de pessoas tem acesso facilitado a informações por meio de portais de notícias e de mídias sociais. Assim, o uso da tecnologia tem sido considerado como aliado na propagação de informações acerca da educação em saúde oral (BERNARDES *et al.*, 2019). Neste sentido, diante do obstáculo da pandemia de COVID-19 para a realização das atividades presenciais do projeto SABI, estabeleceu-se a necessidade de mudar a estratégia do projeto para a difusão da educação em saúde bucal.

O processo de adequação modificou também a forma de condução das atividades: seguindo o fluxo imposto pelo distanciamento social, novos formatos tiveram que ser adotados, como a realização de reuniões por videoconferência, nas quais eram definidos os temas gerais, os conteúdos abordados e as equipes responsáveis pelas publicações.

Figura 4 – Reunião online com a participação de professoras e voluntários do projeto para a escolha de temas das publicações e discussão dos resultados das atividades no Instagram; Brasil, 2020.



Fonte: Imagens dos autores.

Cada equipe seguia com uma pesquisa em base de dados para a escrita de um roteiro, e então, em nova reunião na semana seguinte, cada equipe apresentava esse roteiro e, após aprovação do grupo, este era usado para a criação do material gráfico, de autoria dos próprios voluntários do projeto.

Na conta do Instagram® foram postados 5 vídeos produzidos e gravados pelos voluntários; nos primeiros 3 meses de pandemia, foram realizadas 22 postagens com assuntos relevantes da odontologia. Os principais temas abordados foram: “Cuidados durante a quarentena”, “Curiosidades da odontologia” e “Saiba mais sobre as escovas de dentes”. Todas as publicações buscavam sanar dúvidas das pessoas alcançadas pelo Instagram®, bem como curiosidades sobre odontologia e ainda levar informações importantes de cuidados bucais, principalmente em período de pandemia.

As publicações do projeto alcançaram mais de 6.000 usuários do Instagram® e, após a implementação das postagens semanais, houve um aumento de mais de 50% no número de seguidores. Comentários como “informações valiosíssimas”, “que legal conhecer a história da escova”, ou ainda “não sabia que o tamanho das cerdas tinha que ser igual” exemplificam o alcance das publicações e demonstram como está sendo possível realizar educação em saúde bucal, mesmo que de forma remota.

É notório o excepcional potencial das redes sociais. No Brasil, a pesquisa TIC Domicílios 2019, realizada pelo Centro Regional para o Desenvolvimento de Estudos sobre a Sociedade da Informação (Cetic.br), aponta que 134 milhões de pessoas



acessam a internet, sendo que 76% delas utilizam redes sociais (CETIC.BR, 2020). Desta forma, pode-se compreender a ampliação do público atingido pelas ações educativas virtuais experimentada após a readequação do projeto SABI, que foi 50 vezes maior. Os vastos recursos de informação disponíveis atualmente têm se mostrado capazes de remover barreiras entre alunos/professores e sociedade, desconsiderando os obstáculos potenciais formados por diferentes origens geográficas ou níveis de renda (BURKHOLDER; BELLOWS; KING, 2018).

Para os acadêmicos, a utilização desse meio de comunicação implicou no desenvolvimento da capacidade de transmitir informações baseadas em evidências científicas de forma sucinta e com linguagem simplificada para a população em geral, além do engajamento com a informação e aprendizado ativo ao produzir posts, e criação de senso crítico ao ter capacidade de autoavaliação, bem como de avaliar o trabalho em grupo (RANI *et al.*, 2020).

Ao agir como mediadores da transmissão de informações, as publicações no Instagram do projeto SABI permitiram que o alcance das informações de saúde bucal obtivesse maior abrangência populacional. Tal alcance favoreceu a comunicação entre profissionais e comunidade, facilitando a interação entre eles, eliminando barreiras físicas e temporais ao permitir o diálogo com resolução de dúvidas sobre os temas abordados e com a sugestão de novos temas, evidenciando as necessidades das populações alcançadas (SAADEH; SAADEH; LA TORRE, 2020). Percebeu-se que a utilização das redes sociais pode ser um método eficaz para a manutenção das atividades do projeto e, apesar de não substituir as ações presenciais, tem se mostrado uma ferramenta importante para o compartilhamento de informações.

### *A mudança de paradigma da difusão da educação em saúde bucal*

A eficiência da atenção em saúde bucal consiste no desenvolvimento de medidas que favoreçam a transmissão de educação em saúde de forma a incorporar práticas saudáveis no dia a dia dos indivíduos e a promover melhora na qualidade de vida. Sob essas bases, os alunos do projeto SABI atuavam levando conhecimentos e estimulando atitudes que visavam melhorar a saúde do indivíduo e da comunidade, tornando cada



indivíduo responsável pela sua própria saúde (AZEVEDO; SILVA; MAGALHÃES REIS, 2019). Essa vivência trouxe a oportunidade de desenvolver atividades de maneira criativa e dinâmica, valorizando o contato interpessoal e a troca de experiências em diferentes realidades sociais.

Devido à pandemia de COVID-19, as estratégias presenciais rotineiramente implementadas pelo projeto SABI tiveram que ser suspensas e, diante deste novo cenário novas estratégias precisaram ser planejadas e implementadas, conforme previamente relatado. A utilização desse novo formato se mostrou desafiadora para a equipe, na medida em que algumas barreiras tiveram que ser superadas, como a conexão de internet, compatibilidade de horários e toda a carga emocional trazida pela situação inédita vivenciada pela pandemia. Nesse processo, a equipe compartilhou novas ferramentas, aplicativos e programas a fim de facilitar a dinâmica de trabalho.

O processo de adaptação traz o mote de um novo fazer em extensão universitária, bem como o novo fazer em educação em saúde. O processo de readequação virtual do projeto desencadeou mudanças de paradigmas, tendo seus reflexos perceptíveis na ampliação do alcance das informações em saúde, bem como no desenvolvimento de novas habilidades e competências digitais para os discentes e docentes presentes nesse cenário de modificação. A mudança de paradigma se dá a partir do momento em que o modelo tido como padrão das atividades de educação em saúde, com álbuns seriados, macromodelos e escovação supervisionada, necessitou ser reinventado, agora dentro de um contexto digital.

Constatou-se, deste modo, que tal estratégia permitiu o exercício da cidadania de uma forma diferenciada, pois provocou uma interação social antes não experimentada, salientando-se um notório reconhecimento do projeto pelo público alvo tecnológico, desbravando-se possibilidades de expandir o SABI para outras plataformas midiáticas.

Por intermédio dessa experiência, identificou-se, também, que o surgimento desse novo formato de ensino-aprendizado despertou nos voluntários a criticidade e o compromisso ético-científico com as evidências das informações a serem divulgadas, buscando referências pertinentes e de teor corroborado, que viessem a estimular e suprir os interesses da comunidade virtual. A utilização das mídias sociais não só





proporcionou uma mudança no processo de troca de conhecimentos sobre saúde, mas viabilizou ao grupo a vivência de experiências interdisciplinares exclusivas na construção do fazer educação em saúde bucal.

Entretanto, é válido refletir que, apesar de o método presencial tradicional de fornecer informações sobre saúde ter limitada acessibilidade para um público mais amplo, ele ainda se faz importante por levar a educação em saúde a públicos que ainda tem acesso restrito à tecnologia, como as comunidades ribeirinhas visitadas no projeto de extensão. Durante as atividades presenciais, o perfil do projeto na mídia digital foi divulgado e, desta forma, espera-se que, pelo menos alguns desses sujeitos das comunidades locais, tenham tido o acesso aos conteúdos publicados no perfil do SABI no período de distanciamento social devido à COVID-19.

Mesmo em novo cenário, a rotina de planejamento, execução e avaliação foi mantida e a colaboração dentro do grupo ganhou força, mostrando que a distância física não impediu o comprometimento com o projeto.

FIGURA 5 – Fluxograma comparativo de metodologia utilizada no projeto SABI para promover educação em saúde, no formato presencial e online; Brasil 2020.



Fonte: Imagens dos autores.

As reuniões à distância têm demandado mais tempo de planejamento e criatividade para novas formas de ensinar e aprender, mas acima de tudo têm permitido





alçar novos voos, em outras realidades e situações que, na época de concepção do projeto, nunca tinham sido sequer imaginadas. Desta forma, as ações do SABI seguem unidas a outros projetos e organizações de modo a levar atenção em saúde bucal aos mais diferentes públicos. Espera-se, daqui para frente, ampliar a cobertura das ações, estabelecendo novas parcerias e incluindo novos voluntários acadêmicos, não só de odontologia, mas de outros cursos da área da saúde à luz de uma educação integral e multidisciplinar e, por que não, presencial e remota.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as atividades do projeto, desde o planejamento até a execução e avaliação, procuraram desenvolver no aluno de graduação características de educador e de colaborador. Mais do que isso, as reuniões semanais do projeto SABI trouxeram o acadêmico para o papel de gestor das ações, o qual deveria participar de todos os processos, incluindo a criação de material, a organização da agenda e o trabalho em equipe.

De acordo com relatos proferidos nas reuniões de grupo, participar do projeto de extensão foi de fundamental importância na formação acadêmica e profissional dos voluntários e professores. As atividades extensionistas deram a oportunidade de conhecer mais de perto um pouco dos determinantes sociais do público alvo e as desigualdades em saúde. Nessa perspectiva, o projeto contribuiu de forma ímpar na aquisição de uma maior desenvoltura na elaboração de estratégias para trabalhar com os mais variados grupos de pessoas e nas mais distintas situações, trazendo um atendimento mais humanizado.

Observou-se nos acadêmicos voluntários, mesmo por meio remoto, um grande comprometimento em manter os bons resultados alcançados pelo projeto. As reuniões de grupo foram frequentemente apontadas como momentos recreativos de afetividades e companheirismo. Com a suspensão das aulas e demais atividades acadêmicas presenciais, a manutenção das ações de extensão universitária culminou então em um momento de solubilidade de dificuldades, de problemas e até mesmo de ansiedade, que se tornaram corriqueiros neste período de distanciamento social.



Em conclusão, é fundamental enfatizar o poder de reinvenção diante das circunstâncias adversas enfrentadas durante a pandemia. Apesar das dificuldades, a opção de interromper as atividades de educação do projeto não foi considerada. Nesse sentido, a utilização da tecnologia, por meio dos aplicativos de reuniões e mídia social, proporcionou a continuidade das ações do projeto em um “novo formato”. No pós-pandemia, pretende-se manter o projeto SABÍ nos dois formatos experimentados, tornando-o mais robusto, atingindo plenamente os objetivos da extensão universitária, que são levar os conhecimentos adquiridos para o extramuros e propiciar ao acadêmico as mais distintas experiências. Pretende-se ainda, no pós-pandemia, realizar pesquisa nos campos de atividades presenciais que permita dimensionar o alcance daquelas comunidades às informações disponibilizadas virtualmente.

## 5. REFERÊNCIAS

- ARROYO, D. M. P.; ROCHA, M. S. P. D. M. L. Da. Meta-avaliação de uma extensão universitária: Estudo de caso. *Avaliação* (Campinas), Sorocaba, v. 15, n. 2, p. 131-157, July 2010. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-24782009000200006&lng=pt&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782009000200006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 14 ago. 2020.
- AZEVÊDO, A. V. dos S.; SILVA, M. A. da; MAGALHÃES REIS, T. C. Promoção da saúde no contexto das redes sociais significativas. *Nova Perspectiva Sistêmica*, v. 28, n. 63, p. 55-66, maio 2019. Disponível em: <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/482>. Acesso em: 13 ago. 2020.
- BERNARDES, V. P. et al. Facebook® como Ferramenta Pedagógica em Saúde Coletiva: Integrando Formação Médica e Educação em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 1 supl. 1, p. 652-661, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde*. Brasília: MS; 2006.
- BURKHOLDER, T. W.; BELLOWS, J. W.; KING, R. A. Free open access medical education (foam) in emergency medicine: The global distribution of users in 2016. *Western Journal of Emergency Medicine*, v. 19, n. 3, p. 600-605, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5942031/>. Acesso em: 14 ago. 2020.
- CETIC.BR. *TIC domicílios 2019*. [S. l.: s. n.]. Disponível em: [https://cetic.br/media/analises/tic\\_domicilios\\_2019\\_coletiva\\_imprensa.pdf](https://cetic.br/media/analises/tic_domicilios_2019_coletiva_imprensa.pdf).



FRANÇA T, RABELLO ET, MAGNAGO C. As mídias e as plataformas digitais no campo da educação permanente em saúde: debates e propostas. *Saúde em Debate*. 43(1):106-15, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43nspe1/0103-1104-sdeb43-spe01-0106.pdf>. Acesso em 07 de agosto de 2021.

GAIDARGI-GARUTTI, A. M. M. Ensino superior: a dialogicidade e o uso das mídias na universidade. *Rev. Expressão Católica*, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 104-111, jun. 2021.

MELO, A. S. L; SANTOS, A. A. dos; BRAGA, A. G. da S.; SILVA, C. P da. *Interseção de saberes em mídias sociais para educação em saúde na pandemia de covid-19*. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/staes/article/view/8232>. Acesso em: 11 jun. 2021.

MOITA, F. M. G. da S. C.; ANDRADE, F. C. B. de. Ensino-pesquisa-extensão: Um exercício de indissociabilidade na pós-graduação. *Rev. Bras. Educ.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 269-280, ago. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141324782009000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141324782009000200006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 13 ago. 2020.

MOURA, L. de F. A. de D. et al. Impacto de um projeto de extensão universitária na formação profissional de egressos de uma universidade pública. *Rev. odontol. UNESP*, Araraquara, v. 41, n. 5, p. 348-352, out. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-25772012000500009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772012000500009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 13 ago. 2020.

RANI, H. et al. Preparing dental students to use social media as a platform to promote oral health. *J Dent Educ.*, n. July, p. 1-2, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jdd.12349>. Acesso em: 14 ago. 2020.

SAADEH, R. A.; SAADEH, N. A.; LA TORRE, M. A. de. Determining the usage of social media for medical information by the medical and dental students in northern Jordan. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, v. 15, n. 2, p. 110-115, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1658361220300305>. Acesso em: 13 ago. 2020.

SANTOS, A. C. C. dos; FERREIRA, E. J; SANTOS, L. dos; SOUZA, O. S. Q et al. Relato de experiência no contexto da educação em saúde o cuidado materno-infantil. *Rev. Enferm. UFPE*, Recife, v. 9, (Supl. 5), p. 8474-78, jun., 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.6466-55061-3-SM.0905supl201518>. Acesso em: 14 ago. 2020.

SILVA, A. F. *O enfoque da Promoção da Saúde nos projetos de Extensão Universitária na área da Saúde*. 2011. [s. l.], 2011

SILVA, A. J. N. DA; COSTA, R. R. DA; NASCIMENTO, A. M. R. As implicações dos contextos de vulnerabilidade social no desenvolvimento infantojuvenil: da família à assistência social. *Pesqui. prá. psicossociais*, São João del-Rei, v. 14, n. 2, p. 1-17, jun. 2019. Disponível em:



[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082019000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082019000200007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 13 ago. 2020.

SILVA, L. B da.; TAVARES, C. M. de M.; TAVARES, M. D. M. Tecnologia digital de informação e comunicação como agente otimizador na relação ensino-aprendizagem na saúde. *Revista Pró-UniverSUS*, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 108–111, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i2.2068>. Acesso em: 14 ago. 2020.

## **Geovana Freitas Colares<sup>i</sup>**

Graduanda em odontologia pela Universidade Federal do Pará.

Contribuição de autoria: Participou da escrita e edição do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4236-8383>.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6514641976709285>

E-mail: [geocolares.gc@gmail.com](mailto:geocolares.gc@gmail.com)

## **Larissa Emille Pinto e Pinto<sup>ii</sup>**

Graduanda em odontologia pela Universidade Federal do Pará.

Contribuição de autoria: Participou da escrita e edição do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1112-2890>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1107081420342672>

E-mail: [larissapinto@ics.ufpa.br](mailto:larissapinto@ics.ufpa.br)

## **Millena Pacheco Brito<sup>iii</sup>**

Graduanda em odontologia pela Universidade Federal do Pará.

Contribuição de autoria: Participou da escrita e edição do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4603-097X>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1667705124115116>

E-mail: [millena.brito@ics.ufpa.br](mailto:millena.brito@ics.ufpa.br)

## **Maria Sidiane Idelfonso Cardoso<sup>iv</sup>**

Graduanda em odontologia pela Universidade Federal do Pará.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9181-1145>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4050532655247705>

E-mail: [maria.idelfonso.cardoso@ics.ufpa.br](mailto:maria.idelfonso.cardoso@ics.ufpa.br)

## **Esther Castro de Menezes<sup>v</sup>**

Graduanda em odontologia pela Universidade Federal do Pará.

Contribuição de autoria: Participou da escrita e edição do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8935-3659>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8024208619404653>

E-mail: [esther.menezes@ics.ufpa.br](mailto:esther.menezes@ics.ufpa.br)

## **Adriana Teixeira Sobrinho<sup>vi</sup>**

Graduanda em odontologia pela Universidade Federal do Pará.

Contribuição de autoria: Participou da escrita e edição do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2329-7241>



Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3022575450159934>  
E-mail: [adriana.sobrinho@ics.ufpa.br](mailto:adriana.sobrinho@ics.ufpa.br)

**Adriane Aimée de Oliveira Lima<sup>vii</sup>**

Graduanda em odontologia pela Universidade Federal do Pará  
Contribuição de autoria: Participou da escrita e edição do texto.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6254-1994>  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4452879071544457>  
E-mail: [adriane.lima@ics.ufpa.br](mailto:adriane.lima@ics.ufpa.br)

**Mauro Atílio Andrade de Miranda<sup>viii</sup>**

Graduando em odontologia pela Universidade Federal do Pará  
Contribuição de autoria: Participou da escrita e edição do texto.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8704-9242>  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1542342236889447>  
E-mail: [mauro.miranda@ics.ufpa.br](mailto:mauro.miranda@ics.ufpa.br)

**Jeanne Gisele Rodrigues de Lemos<sup>ix</sup>**

Graduanda em odontologia pela Universidade Federal do Pará.  
Contribuição de autoria: Participou da escrita e edição do texto.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6691-3764>  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2391221924644191>  
E-mail: [jeanne.lemos@ics.ufpa.br](mailto:jeanne.lemos@ics.ufpa.br)

**Renata Kely Abreu da Silva<sup>x</sup>**

Graduanda em odontologia pela Universidade Federal do Pará.  
Contribuição de autoria: Participou da escrita e edição do texto.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7901-0230>  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5748052551193838>  
E-mail: [renatakellyabreu0@gmail.com](mailto:renatakellyabreu0@gmail.com)

**Mayara Sabrina Luz Miranda<sup>xi</sup>**

Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Pará. Professora no Centro Universitário FIBRA.  
Contribuição de autoria: Participou da revisão e edição do texto.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4749-1698>  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2723261181723326>  
E-mail: [may-miranda@hotmail.com](mailto:may-miranda@hotmail.com)

**Miki Saito-Tomioka<sup>xii</sup>**

Doutora em Clínica odontológica, com ênfase em Periodontia pela Universidade Estadual de Campinas. Professora da Universidade Federal do Pará.  
Contribuição de autoria: Participou da revisão e edição do texto.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2698-6301>  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1142789286512415>  
E-mail: [miki@ufpa.br](mailto:miki@ufpa.br)





**Fernanda Ferreira de Albuquerque Jassé<sup>xiii</sup>**

Doutora em Ciências Odontológicas, área de concentração Dentística Restauradora pela Universidade Estadual Paulista. Professora da Universidade Federal do Pará.

Contribuição de autoria: Participou da revisão e edição do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2293-2859>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3123353837261832>

E-mail: [ffajasse@ufpa.br](mailto:ffajasse@ufpa.br)

**Ana Daniela Silva da Silveira<sup>xvi</sup>**

Doutora em Dentística Restauradora pela Universidade de São Paulo. Professora Adjunta III da Universidade Federal do Pará.

Contribuição de autoria: Participou da revisão e edição do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7314-769>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2723261181723326>

E-mail: [anadanielass@gmail.com](mailto:anadanielass@gmail.com)

**Editor responsável:** Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 28 de maio de 2021.

Aceito em 24 de setembro de 2021.

Publicado em 22 de novembro de 2021.

**Como referenciar este artigo (ABNT):**

SILVEIRA, Ana Daniela Silva da; COLARES, Geovana Freitas; PINTO, Larissa Emille Pinto e. *et. al.* A Pandemia de COVID-19 e a mudança de paradigma na difusão da educação em saúde: Relato de experiência do projeto Saúde Bucal Itinerante. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 87-105, 2021.



## Narrativas médicas: como produzir fugas e/ou rasgos na medicalização da infância e na medicalização da adolescência?

DOI: [10.29327/269776.1.1-8](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-8)

Daniele Noal Gai<sup>i</sup>



### RESUMO

Neste artigo as narrativas médicas e biomédicas, que produzem a medicalização da infância e da adolescência, são problematizadas a partir do campo da educação. Nos perguntamos sobre como produzir fugas e/ou rasgos na medicalização da infância e da adolescência. Esquadrinhamos narrativas, para fins de análise, encaramos as narrativas, o ato, o enunciado, o dito, os diagnósticos, os relatos, o que se produz na escola e na saúde, na contemporaneidade. Tais argumentos e demonstrações não resguardam os trabalhadores da educação, tampouco os trabalhadores da saúde, justamente por investir no diálogo como possibilidade para desconstrução de diagnósticos, de atitudes e de processos excludentes. As narrativas que confrontam a medicalização são colocadas em destaque, como possibilidades para o cuidado de crianças a criança e adolescentes a adolescer. Narrar é repensar o cuidado coletivamente. Narrar, se em espaços seguros, como composição e como saúde [educação especial, saúde mental].

**Palavras-chave:** narrativas; medicalização; infância; adolescência; educação especial; saúde mental.

### Medical narrativity: how to produce escapes and/or tears in the medicalization of childhood and adolescence?

#### ABSTRACT

In this article, the medical and biomedical narrativity that produce the medicalization of childhood and adolescence are problematized from the field of education. We ask about how to produce escapes and/or tears in the medicalization of childhood and adolescence. We scrutinize narratives for analysis purposes; we face the narrativity, the act, the wording, the said, the diagnoses, the reports, what is produced in school and in health in contemporaneity. Such arguments and demonstrations do not safeguard education workers, nor health workers, precisely because they invest in dialogue as a possibility for deconstructing diagnoses, attitudes, and excluding processes. The narratives that confront medicalization are placed in prominence as possibilities for the care of children being children and adolescents being adolescents. To narrate is to rethink care collectively. To narrate, if in safe spaces, as composition and as health [special education, mental health].

**Keywords:** narratives; medicalization; childhood; adolescence; special education; mental health.



## 1. NARRAR, NARRADOR, NARRATIVAS, NARRATIVIDADES: O DIA A DIA COMPLEXO DA ESCOLA E AS DIFICULDADES DESTA ROTINA ENCAPSULADORA NA CONTEMPORANEIDADE

O dom do bom escritor é o de, pelo seu estilo, dar ao pensamento o espetáculo oferecido por um corpo treinado com inteligência e eficácia. Nunca diz mais do que aquilo que pensou. Assim, a sua escrita aproveita não ele próprio, mas tão somente aquilo que quer dizer. (BENJAMIN, 2013, p. 123).

Aos moldes de narrador de Walter Benjamin (2011; 2013a; 2013b; 2014) este texto fabula e modela suas vestes. Ao escrever sobre narrativas, optamos também por utilizá-las com rigor, para tratar do problema em questão, para tramar alinhamentos entre narrativas, para narrar possibilidades conforme escrevemos, para criar com as complexidades das narrativas, para nos encontrarmos com narrativas vivas e para narrar uma educação e uma saúde a partir das narrativas dos seus trabalhadores. Com a companhia dos escritos de Benjamin também apostamos, sem a sorte de vencermos ou encerrarmos positivamente o processo, numa escrita que diga aquilo que pode dizer, com tudo o que pensamos em meio à pesquisa, em meio à vida de pesquisadoras, com o processo de escrita que acontece no processo de pesquisa, junto a tantos encontros e participações.

Uma escrita narrativa, que narra, que traz narrativas e afirma a narração como possibilidade para a vida e o trabalho em educação e em saúde na contemporaneidade. Ao passo demorado das experimentações das ferramentas de escrita, das ferramentas do narrador e da narradora, dos registros, dos encontros, das confabulações, das realizações, é que teremos conosco a tartaruga Benjaminiana. Para a qual flanaremos. Com a qual flanaremos. Para a qual dedicaremos a demora de uma pesquisa, paradoxalmente, da emergência, da fuga do/da: capacitismo, diagnóstico, mediocridade, arrogância, preconceito, racismo, exclusão, isolamento, vida despedaçada, vida retirada, vida sem futuros, vida esfacelada, vida aprisionada, quase nada de vida, da vida enclausurada, da vida enlutada, da morte pelo fascismo.

O próprio Benjamin havia proposto outros títulos posteriormente, sendo que o título inicial ilustra bem o caráter provisório e processual de uma coleção de fragmentos “em obras”. As Passagens, na verdade, não eram nada mais e nada menos que um imenso fichário com citações, anotações e comentários sobre a Paris do século XIX, um fichário “em obras”, dividido e subdividido em arquivos temáticos, também provisórios, e interligados através de



palavras chave, que desempenhavam ao mesmo tempo o papel de links, como diríamos hoje, estabelecendo ligações transversais entre os diversos arquivos. Um imenso fichário amplamente linkado, uma obra de passagens múltiplas entre os diversos arquivos, uma rede com seus nós temáticos e suas ligações resistentes, permitindo ao mesmo tempo entradas várias, tinha tudo para se transformar em um grande portal chamado “Paris do século XIX”. Mas, uma vez que fichários não se publicam e a Internet não existia, Benjamin era obrigado a transformar os seus arquivos em textos que se prestassem às formas de publicação da época. [...] Transformando a coesão aberta e múltipla da rede na coesão fechada e unidimensional do texto linear, Benjamin havia resistido ao fluxo fácil das mediações lógicas e sintáticas. Aplicando cortes e saltando de assunto em assunto sem aparente motivo, ele insistiu em preservar o caráter fragmentário do seu fichário e da decorrente liberdade do leitor de se movimentar “aos pulos”. Mas, se o “estilo cinematográfico” era admitido e até apreciado no âmbito da literatura, sua passagem para a esfera pública da vida intelectual era barrada pelas convenções acadêmicas. Parece ser mais uma ironia dessa história o fato de que o mesmo Adorno, que, nos anos trinta, foi o responsável pela recusa do ensaio sobre Baudelaire, passe a fazer a apologia da escrita benjaminiana duas décadas mais tarde, em textos antológicos como “O ensaio como forma” e “Parataxe”, evidenciando as qualidades de um estilo “paratático”, que se limita à sintaxe aparentemente simplista das orações justapostas e coordenadas – sem as mediações anteriormente cobradas. (OTTE, 2019, p. 04).

Este artigo experimenta o método do narrador, e acompanha as narratividades do cotidiano para produzir pesquisa em educação e em saúde e um pensamento em pesquisa que seja impelido por outras narratividades. O processo de conhecer se associa à experiência necessária à produção do conhecimento. Afirma um processo de aquisição do conhecimento associado à experiência, em que saber-fazer articula-se ao saber narrativo. A produção e a transmissão do conhecimento se associavam às experiências das pessoas. Assim acontecia com o artesão, que configurava o homem experiente, aquele que conhecia todo o processo de produção material e, por via da transmissão do seu saber, narrava e construía a sua cultura. Os restos de madeiras. Os cascos de tartarugas. As lãs de ovelhas. As rochas. As pedras preciosas. As pedras do rio. As escamas de peixes. As peles de bichos. O urucum. A folha de bananeira. A palha de milho. O grão de arroz. O fósforo. Os tijolos. Os restos de construções prediais. As latinhas de cerveja. As revistas a serem recortadas. As lantejoulas. As colas e as folhas grandes. Pedagogia da sucata. Pedagogia da gambiarra. Pedagogia do que tem dentro do cantinho de guardados. Pedagogia do exercício das mãos, do corpo, do desejo. Pedagogia do que podemos inventar juntos. A Pedagogia das prosas e dos versos. Pedagogia das histórias partilhadas nas rodas de conversas (GAI, 2015).



Na educação faz-se, como artesão, o dia a dia da escola, nas diferentes vias e complexos cruzamentos, produz-se aprendizagens, acolhimentos, encontros e sustenta-se uma ética, a ética da comunidade em composição na diferença (neste texto é o que defendemos, como ética). No campo da educação os professores e as professoras têm conhecimento sobre o desenvolvimento humano, sobre as possibilidades e potências da infância e da adolescência, que se associam às suas experiências pedagógicas e diversas atuações em espaços escolares. O fazer docente é um fazer artesão, da artesanaria, do processo: estudar, ler, escrever, planejar, preparar, construir uma didática e uma ética, para mobilizar aprendizagens. Para saber sobre o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes os professores as observam. São esses profissionais que encaram as salas de aulas compostas por 20 a 40 estudantes, observam com cuidado, com rigor e muita seriedade a multiplicidade, o caos, a turbulência, os gritos, os risos, o humor, a medo, a insegurança, a fragilidade, a boniteza, a sensibilidade, a gentileza, a dor, a deficiência, a marca da dificuldade de aprendizagem, a aprendizagem...

Neste artigo as narratividades médicas e biomédicas são problematizadas e, em certa medida, questionadas do ponto de vista do campo da educação, a partir das narrativas de professores e de professoras, que confrontam o dia a dia complexo da escola e as dificuldades desta rotina e aparência encapsuladora na contemporaneidade. As dificuldades de conversação, de narração, de diálogo e de construção de enunciados coletivos (GUATTARI, 1985) são expressadas ao analisarmos pontos comuns do campo da educação e da saúde. A educação especial e a saúde mental, como campos de atenção e cuidado dos corpos da diferença, das pessoas com deficiência, das pessoas em sofrimentos psicossociais graves, entram em conexão para produzir uma educação e uma saúde potencialmente livres, amplamente integradas, generosas ao que tange a complexidade da vida na contemporaneidade -- ou não, ou o destruidor e excludente contrário.

O caráter especial das máquinas esquizofrênicas vem do fato de elas colocarem em jogo elementos completamente díspares, estranhos uns dos outros. São máquinas-agregados. E, no entanto, elas funcionam. Justamente, porém, sua função é fazer com que algo ou alguém fuja. Nem mesmo se pode dizer que a máquina esquizofrênica é feita de peças e de elementos vindos de diferentes máquinas preexistentes. No limite, o esquizofrênico faz uma máquina funcional com elementos últimos, que nada mais têm a ver com o seu contexto e que vão entrar em entrelace: como se a distinção real, a





disparidade entre as diferentes peças deviesse uma razão para colocá-las juntas, fazê-las funcionar juntas, conforme aquilo que os químicos chamam de ligações não localizáveis. (DELEUZE, 2016, p. 23).

Deleuze, nesse excerto e em diferentes pontos de sua obra, ao didaticamente narrar seus objetos, problemas e conceitos, narra nomeando d'outro modo, de forma esquizo, pela esquizoanálise, pela necessidade de entrar em outra relação com o vivo, com o vivido, com as coisas da vida, que acontecem pelos múltiplos agenciamentos. Uma pessoa que existe na máquina esquizofrênica age, vive, pensa, fala com o que pulsa, o que reserva, o que se atravessa, o que lhe atravessa, o que inventa, o que cria... É diferente dizer, como nas narratividades médicas e biomédicas, que aquele homem é louco, é esquizofrênico, por ter perturbações, déficits, desorganização, dependência, ser agressivo, ser incapaz... Contudo, a saúde, como área do conhecimento, do cuidado da diferença, vem dedicando-se a encontrar-se com tal pessoa. E no caso da educação, da escola? A escola não sabe outros linguajares. A escola não reconhece linguajadores e linguajadoras. A escola não sabe os linguajares daquelas pessoas com deficiência, ainda que deixem-as conviver ou figurar nos espaços escolares. A escola repudia a linguagem da loucura por ser escutação, vozes, estilo, fluxo, variação, sem formas... Ao reconhecer essa pessoa, por repulsa, um não saber, um não compreender, um não acolher, a encaminha, não produz com, não faz linhas ou redes.

Nesse sentido, são inúmeros os encaminhamentos de crianças muito pequenas aos serviços de saúde mental, com queixas sobre suas repetições, desatenção, birras, mal comportamento e agressividade. A terapia medicamentosa, em geral, reduz impulsos, acalma, diminui a ansiedade, desacelera. Isso tudo narrando com as palavras comumente ditas por familiares e por professores, quando em contato com crianças medicadas com fármacos. E a infância se medicaliza assim, frente a tantos observadores. E no caso dos adolescentes, recorrentes são as exclusões devido às condutas, pelas atitudes, por serem aqueles que exercitam o ser sendo autônomo, e, que, paradoxalmente, com responsabilidades pouco possíveis de exercitar ou se comprometer, pois lhe garantem limitada autonomia ou nenhuma autonomia na adolescência. Adolescentes marcados por transtornos, que são encaminhados aos serviços de saúde mental por sofrimentos psicossociais, alguns levados aos programas



sócio-educativos por suas transgressões e conflitos com a lei. E a adolescência se medicaliza e se interdita assim, na frente de observadores passivos.

As escolas e os serviços de saúde tem se questionado sobre a medicalização da infância e a medicalização da adolescência? A educação especial e a saúde mental, como campos que dialogam e produzem Redes de cuidado e acolhimento, enfrentam a ampliação da medicalização farmacológica das crianças e adolescentes que são usuárias e usuários destes serviços. Ambos campos se entrecruzam quando analisamos a complexidade de suas ações, porém, é necessário esforços para que se aproximem e produzam outras possibilidades para a infância e a adolescência de pessoas com deficiência e de pessoas que necessitam de cuidados continuados e assistidos em saúde mental.

Como produzir fugas e/ou rasgos na medicalização da infância e medicalização da adolescência? A educação especial, modalidade de ensino escolar, é o campo que se dedica historicamente à escolarização de pessoas com deficiência. O campo da saúde mental é mobilizador de políticas públicas e do serviço de atenção e cuidado em liberdade de pessoas em sofrimento grave e transtornos psicossociais. Campos que se confrontam com o enclausuramento da diferença, e que entre seus esforços está a desencapsulação, a potencialização de aprendizagens, saúde e vida. Campos que, por suas competências, exercem o ensino, o cuidado e o acolhimento inclusivos, numa busca por fugas para crianças e adolescentes, acompanhados por profissionais que afirmam estes princípios em sua ética profissional.

O que pode uma escola e uma saúde em redes de composição, em rede de conexões e em redes de cooperações na contemporaneidade? A postura ética da problematização serve-nos para pensar, e com a criação de narrativas e narratividades outras, criar possibilidades para as emergências do cuidado singular, integrativo e inclusivo. Procuramos nos filiar a um pensamento filosófico em saúde e educação que problematiza e, ao mesmo tempo, afirma a escola como espaço para encontros diversos e aprendizagens múltiplas por parte dos corpos infantis ou a adolescer na diferença. Qualquer prescrição relacionada à escola, aos escolares, à aprendizagem, desconfiemos. Porém, tomamos a escola na contemporaneidade, em sua complexidade, para arranjar



algumas inferências e indicações, a partir de algumas experiências cartográficas (ROLNIK, 2011; 2018 ) neste campo que relaciona a saúde e a educação.

O que pode uma escola que se opõe à medicalização da aprendizagem? O que pode uma escola contemporânea que promove diálogo e sustenta Redes de cuidado educacionais e de saúde? O que sabemos é que a medicalização da aprendizagem transformou os corpos da diferença em massas uniformes despotencializadas da capacidade de invenção, da capacidade de resolução de problemas e da capacidade de construção de afetos. E essa massa uniforme despotencializa-se com a medicalização, e esta é uma afirmação que parte de constatações e pesquisas importantes. É cruel, e um movimento de pensamento e problematização são urgentes, pois todos e todas se tornaram uma só coisa. A criança individualizada em suas singularidades, na contemporaneidade e nas sociedades capitalistas ocidentais, se confunde com qualquer coisa objetificada.

A crise não é apenas econômica, social e política, mas também é, e acima de tudo, uma crise do modelo subjetivo neoliberal, encarnado pelo “capital humano”. O projeto de substituir o assalariado fordista pelo empreendedor de si, transformando o indivíduo em empresa individual, que gera suas capacidades como recursos econômicos a serem capitalizados, sucumbiu na crise dos subprimes. [...] Obrigam o empreendedor de si a se lançar na concorrência de todos contra todos. (LAZZARATO, 2017, p.14).

A precocidade do adestramento das crianças implica uma mudança de método. Este tende a recorrer, cada vez menos, a sistemas de coerção materiais - pode-se dispensar a palmatória, o castigo - e, cada vez mais, a técnica de impregnação audiovisuais que fazem o trabalho com suavidade, e em muito maior profundidade. [...] O essencial, hoje, já não é a aprendizagem humana de uma língua materna. A fala é inteiramente programada pela linguagem, especialmente a audiovisual. (GUATTARI, 1985, p. 53).

As políticas de educação para todos e qualquer um (BRASIL, 2021b; 2021c), nacionais e internacionais, advindas de movimentos sociais, de ações dos trabalhadores de instituições escolares, dos trabalhadores da saúde e universidades, a partir dos anos 1970 na Europa, e nos anos 1990 na América Latina, não foram suficientes para agir na escola contemporânea inclusiva. Outras tecnologias, capitalistas e de produção, se infiltraram (e permanecem) entre os princípios inclusivos, e passaram, sutilmente e cruelmente, a selecionar, classificar, dar importâncias para as semelhanças, dar destaque às habilidades e competências, destacar os melhores e medicalizar os corpos da diferença.



Uma pesquisa de 2003, publicada no *Psychiatric Services*, revelou que o ritmo em que antidepressivos são prescritos para as crianças americanas quase dobrou em cinco anos; o aumento mais considerável - 66% - foi entre crianças em idade pré-escolar. [...] O aumento nas prescrições médicas para crianças ocorreu apesar do fato de os antidepressivos nunca terem sido aprovados para menores de dezoito anos - com exceção do Prozac, que foi oficialmente liberado como tratamento infantil em 2001, depois que o aumento na prescrição dessas receitas começou. (LOUV, 2016, p. 71).

É provável que uma criança hoje saiba falar sobre a floresta amazônica, mas não sobre a última vez que explorou alguma mata sozinho ou deitou em um campo ouvindo o vento e observando as nuvens. [...] Os sistemas educacionais bem-intencionados, a mídia, os especialistas, os pais estão efetivamente deixando as crianças com medo de chegar perto de matas e campos. No ambiente de “patentear ou perecer” do ensino superior, disciplinas mais práticas, como a zoologia, vêm sendo substituídas pela microbiologia e pela engenharia genética, mais teóricas e lucrativas. (LOUV, 2016, p. 24).

A escola na contemporaneidade quer idealizadamente a uniformidade e homogeneidade para silenciar a potência da multiplicidade e da diferença? E mais perguntas podem ser parte desta reflexão: afinal, quem produz a escola? Como a escola é produzida atualmente? A escola é feita de quê, com quem e para quem? Quem age na escola para que ela se torne essa máquina de produzir falsos, iguais e ideais corpos escolares? Essas questões podem ser pensadas a partir das perspectivas observadas desde o ângulo da educação e desde a vista da saúde. Inicialmente, sem distanciá-las e sem confrontá-las, listamos tais perspectivas com a intenção de pontuar cada vista que olha de cada um dos pontos.

Seja como for, o homem da crença verá sempre alguma outra coisa além do que vê, quando se encontra face com uma tumba. Uma grande construção fantasmática e consoladora faz abrir seu olhar, como se abriria a cauda de um pavão, para liberar o leque de um mundo estético (sublime ou temível) e também temporal (de esperança ou de temor). O que é visto, aqui, sempre se prevê; e o que se prevê sempre está associado a um fim dos tempos: um dia – um dia em que a noção de dia, como a de noite, terá caducado – seremos salvos do encerramento desesperador que o volume dos túmulos sugere. (...) O homem da crença prefere esvaziar os túmulos de suas carnes putrescentes, desesperadamente informes, para enchê-los de imagens corporais sublimes, depuradas, feitas para confortar e informar – ou seja, fixar – nossas memórias, nossos temores e nossos desejos. (DIDI-HUBERMAN, 1998, p. 48).

É preciso continuar a debater-se e, contra Kant, insistir, forçar a parede, nela encontrar a falha. É preciso tentar romper essa zona refletora na qual especular e especulativo concorrem para inventar o objeto do saber como a simples imagem do discurso que o pronuncia e que o julga. [...] quem rompe nem que seja só um trecho da parece já assume um risco de morte para o



sujeito do saber. Ou seja, arriscar-se ao não-saber. Mas esse risco só seria suicida para quem fizesse do saber toda a sua vida. (DIDI-HUBERMAN, 2013, p. 186).

Como fazer rasgaduras nas ideias fixas que são excludentes e preconceituosas? Como rasgar para tornar-se outras tantas coisas, montar-se em composição, como um corpo em composição? Rasgar-se, modelando, colando, respingando água, tintas, amassando, moldando, refazendo as matérias em composição? Rasgar-se como na produção de papel machê, que se faz enquanto papéis são picados, rasgados, amassados, molhados, transformados. O papel machê se torna o que é após rasgos, descansos, modelagens, montagens, paragens... Rasgar-se numa tentativa de tornar-se outras tantas coisas.

## **2. ESQUADRINHAMOS NARRATIVAS, PARA FINS DE ANÁLISE E UM/UMA ENTRE ARTESANIA DA DIFERENÇA**

Fernand Deligny (2015) e os modos de existir aracnianos são tomados neste texto para reivindicar e construir uma artesanania da diferença em pesquisa em educação. O autor do conceito Aracniano, é quem dispara a construção propositiva e provocativa do conceito Artesanias da Diferença e outros conceitos filosóficos produzidos nesta pesquisa, sobre o qual esta pesquisa se debruça. O educador aracniano dissertava em suas múltiplas anotações, cartografias e filmografias, sobre a criança e o adolescente com autismo e as suas habilidades, a capacidade de produzir redes, teias, miragens, paisagens, presenças: modos de existir aracnianos. Além de crianças e jovens com autismo, os jovens considerados delinquentes, com problemas com a justiça e que cumpriam medidas socioeducativas, Deligny (2018) junto dos seus colaboradores e cooperadores de estudos e trabalho, acompanhavam, trocavam experiências e acolhiam de um modo muito próprio e radicalmente inclusivo.

Com o entrecruzamento das artes integradas, da educação social e da educação especial, sob a nossa percepção e estudos, o autor francês, que viveu um período de sua vida no sul rural da França, recluso com aracnianos, construiu uma arena inclusiva para pessoas com deficiência, com autismo ou consideradas loucas. Desde Deligny ao Foucault, numa artesanania do pensamento, construindo uma sustentação filosófica da diferença, afirmamos um modo de existir na contemporaneidade autoafirmado na





potência de diferir e criar teias, redes, presenças e paisagens vivas. Problematicando e colocando um fim radical aos preconceitos, às normalizações, ao capacitismo, que na contemporaneidade, seguem atravessadas por fascismo e racismo.

Deligny (2015; 2018; 2020) dispara um método, que podemos dizer, para efeitos de pesquisa, ser um método de dissertação através de traços-redes em pesquisa, como também um método de ação e construção de diálogos arcnianos em educação. E isso notamos ao estudar o autor, e que ainda precisamos avançar na busca de seus escritos, registros, achados, filmes, memórias... Os estudos realizados na França com pessoas com autismo e com adolescentes institucionalizados, fundam uma metodologia de estudos e observação, e esta constrói e sustenta a prática educadora e potencializadora de modos de existir outros. Deligny e seus colegas, não especialistas em educação, tampouco em educação social, educação especial ou em artes, propuseram-nos realizar a anotação em mapas, a embrenharmo-nos na cartografia dos dias, e na construção de cotidianos com crianças e outras pessoas arcnianas. Os registros davam-se em mapas, em ziguezagues e caminhos traçados e percorridos em um dia comum de uma vida comum, e tal mapa traça, faz torção, vem, põe força vital (Bergson, 2006) em outros modos de existir (Deligny, 2015). A sua influência chega à cartografia de Deleuze e Guattari (2008).

Fazemos uma construção arcniana, cartográfica, artesaniada de narrativas, as encontramos no cenário que aproxima a universidade da comunidade, sobretudo a educação especial e a saúde mental. Fizemos rasgaduras no que víamos, no que vemos, pensando com Didi-Huberman (2013), pois a opção não pode ser por dobraduras nas representações. Impressões alinhadas a preconceitos são coladas em corpos e, invariavelmente, são combinações falsamente criadas, erros de diagnósticos, apressados diagnósticos, para dizer ou limitar corpos a serem ou se tornarem esfacelados. Tais impressões não nos servem, não servem ao trabalho, ao encontro, às artes integradas, à arte do pensamento, à arte da diferença, à saúde e à educação.

[Uma primeira aproximação para renunciar ao esquematismo da história da arte: a rasgadura. Abrir a imagem, abrir a lógica]. Abrir? Portanto romper alguma coisa. Pelo menos fazer uma incisão, rasgar. Do que se trata exatamente? De debater-se nas malhas que todo o conhecimento impõe e de buscar dar ao gesto mesmo desse debate – gesto em seu fundo doloroso, sem fim – uma espécie de valor intempestivo, ou melhor, incisivo. Que pelo



menos a simples indagação tenha adquirido, em algum momento, esse valor incisivo e crítico: tal seria o primeiro anseio. (DIDI-HUBERMAN, 2013, p. 185).

A Pesquisa Entre Artesanias da Diferença (2019-2023), com este recorte, dessa ação com rasgadura, foi realizada com vinte e dois colaboradores, dentre eles dezessete professores e cinco gestores de escolas da rede de ensino pública de Porto Alegre/RS, especialmente educadores que atuam com estudantes com ou sem deficiência que são usuários de saúde mental e com estudantes com deficiência que frequentam atendimento educacional especializado. A Pesquisa Intervenção encontra-se em realização e sua conclusão prevê a produção de narrativas a ponto de tornarem-se reflexão e análise no sentido potencial da diferença. Os resultados publicizados e artesanizados influenciarão diretamente ações no campo da educação especial e da saúde mental, que podem atuar como redes de acolhimento, atenção e inclusão à deficiência e à loucura.

Abaixo sistematizamos quadro, para fins de estudos e análise, acerca das narrativas em rasgadura, sobre a docência, a infância e a adolescência:

Tabela 1.

| <i>Como narram Professoras/es e sua Docência</i> | <i>Como narram Estudantes a Adolescência</i> | <i>Como narram Estudantes e suas Infâncias</i> |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| "sempre cansada/o"                               | "preguiçosas/os"                             | "sem atenção"                                  |
| "desatualizada/o"                                | "imbecis"                                    | "agitada/o"                                    |
| "mal amada/o"                                    | "suicidas"                                   | "agressiva/o"                                  |
| "depressiva/o"                                   | "mal educadas/os"                            | "distraída/o"                                  |
| "louca/o"                                        | "viciada/o"                                  | "atrasada/o"                                   |
| "feminista"                                      | "depressiva/o"                               | "deficiente mental"                            |
| "comunista"                                      | "maconheira/o"                               | "depressiva/o"                                 |
| "apática/o"                                      | "hiperativa/o"                               | "hiperativa/o"                                 |
| "autista"                                        | "autista"                                    | "autista"                                      |
| "atípico"                                        | "atípico"                                    | "atípico"                                      |

Tabela 1: Quadro elaborado no âmbito do Projeto Entre Artesanias da Diferença (2019-2023)

As narrativas produzidas na escola e, sobretudo, fora dela, narram a docência, narram os estudantes e narram a escola. Tal quadro ilustra parte do processo de encontro



para artesanizar, aproxima o leitor do que pode uma artesanaria do pensamento e das artesanias da diferença, e este é apenas um recorte dentre tantos interesses da Pesquisa Entre Artesanias. Não podemos negar o poder de destruição de tais enunciados, pensamentos, xingamentos, classificações, avaliações, diagnósticos, prognósticos... “Em todo luto, há uma profunda inclinação para a ausência de linguagem, o que é infinitamente mais do que uma incapacidade ou uma aversão a comunicar. Assim, aquilo que é triste sente-se conhecido de parte a parte pelo incognoscível”. (BENJAMIN, 2011, p. 71). Como rasgar-se e narrar-se de outras e tantas e potenciais maneiras? Como rasgar as narratividades médicas e biomédicas que listamos na tabela acima e nas próximas que apresentaremos neste texto? Rasgar as narratividades médicas e biomédicas para talvez fugir das listas reconhecidas e reproduzidas historicamente, que diagnosticam, que prescrevem, que marcam a diferença (FOUCAULT, 2014): idiota, idiotia, imbecil, débeis mentais, débeis físicos, excepcional, retardado, incapaz...

### **3. NARRATIVIDADES MÉDICAS E BIOMÉDICAS QUE SE ESPALHAM PELA EDUCAÇÃO E PELA DOCÊNCIA: PERSPECTIVAS NARRADAS E OBSERVADAS**

A educação produz queixas e busca diagnósticos não pedagógicos para construir e sedimentar rótulos determinantes sobre as infâncias e sobre as adolescências que não cabem na escola. O que podemos chamar de medicalização da infância, e medicalização da adolescência, uma vez que a prescrição médica e farmacológica tem sido priorizada nestes casos. Nos casos em que as crianças e os adolescentes, com suas infâncias e suas adolescências singulares, cabem na escola, as estratégias de ensino não se pautam em avaliações não pedagógicas. Ambos contraditórios compõem a escola na contemporaneidade. Ambos contraditórios podem nos auxiliar a pensar em perspectivas e possibilidades a partir do diálogo entrecruzado da educação e saúde.

Retratos de escolas públicas e privadas em que os escolares são medicalizados, tanto professores quanto estudantes, tornam-se maioria nos nossos cenários de pesquisa em educação e saúde, como nas pesquisas com este escopo no campo da educação especial, além de habitar o nosso cotidiano docente na universidade. A medicalização da docência nos serve como matéria de pensamento e a problematizamos justamente por



testemunharmos relatos de colegas e estudantes, fazermos escutas em escolas e experimentarmos os sofrimentos gerados no trabalho docente precarizado. Não podemos ser negligentes com os professores e sua relação ética com a docência, eles nunca desistem do ato e compromisso de ensinar, ainda que façam queixas e se mediquem e automediquem para “dar conta”.

Abaixo sistematizamos em um quadro, para fins de estudos e análise, a perspectiva da educação sobre aqueles e aquelas escolares a ser medicalizada a aprendizagem:

Tabela 2.

| <i>O não aprender</i>                                                          | <i>As privações sociais</i>            | <i>Problemas no comportamento</i>             | <i>Dificuldades de atenção</i>                  |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| “Não aprendem”                                                                 | “Falta concentração, não se concentra” | “É hiperativo (a)”                            | “Não presta atenção em nada”                    |
| “Não aprendem matemática”                                                      | “Falta apoio e educação familiar”      | “Não se comporta”                             | “Não fica atento às explicações”                |
| “Não aprende as letras, nunca irá se alfabetizar”                              | “Falta a mãe”                          | “Afronta o professor”                         | “Tem atenção oscilante”                         |
| “Não constrói relações entre as aprendizagens escolares e a realidade da vida” | “Falta o pai”                          | “Desrespeita colegas”                         | “Sem atenção”                                   |
| “Não tem expectativas da família em relação à sua aprendizagem”                | “Falta o material escolar”             | “É indisciplinado”                            | “Não presta atenção no que o professor explica” |
| “Tem medo de aprender”                                                         | “Falta o alimento”                     | “Não para na sua classe ou cadeira”           | “Desatento (a)”                                 |
| “Não valoriza a aprendizagem”                                                  | “Falta a saúde”                        | “Faz muitas perguntas, é questionador demais” | “Tem déficit de atenção”                        |

Tabela 2. Quadro elaborado no âmbito do Projeto Entre Artesanias da Diferença (2019-2023)

Trata-se de uma perspectiva que olha e encapsula? Este esquadramento de narrativas denota as experiências docentes nas escolas? Tais narratividades são comuns, circulam comumente? Narrativas sobre pessoas com deficiência, com transtornos de aprendizagem e sofrimentos psicossociais são necessariamente excludentes? Fala-se do



outro em processo de escolarização, narra-se a criança e o adolescente, dessa forma, como enquadrados acima, por um desejo de ajuda, de auxílio, pela busca de diagnóstico?

São enunciados contundentes e que colocam os estudantes em um lugar, sob um rótulo que os direciona para fora de um território inclusivo, os impulsiona para fora da escola. Podemos afirmar que estes pontos de vista estão na escola, na educação, e produzem avaliações da criança ou do adolescente a se medicar com fármacos, a ser medicalizada a aprendizagem, a receber diagnóstico e avaliação clínica e fazer uso de terapia medicamentosa. São comuns os encaminhamentos para avaliação médica, psiquiátrica e psicológica dos estudantes que apresentam características que não cabem na escola (ou numa turma ou numa disciplina ou numa avaliação ou no ponto de vista de um professor). Podemos dizer também que os encaminhamentos para psicologia ou psicopedagogia geram outras consultas e a medicalização configura-se no único desfecho possível para alguns casos. E isso pode ser problematizado ao passo que seja repensado o uso de fármacos em detrimento do uso dos espaços de escuta e diálogo. As características dos estudantes demonstradas no quadro acima são citadas de forma recorrente, ditas inclusive em tom pejorativo por alguns professores (neste texto não fazemos generalizações) da escola na contemporaneidade: “não aprendem”; “não se comportam”; “tem déficit de atenção”; “tem hiperatividade”. Algumas dessas marcas estão nos pareceres escolares e também nos pareceres clínicos.

Abaixo sistematizamos outro quadro, para fins de estudos e análise, com a perspectiva da educação que produz avaliações da criança ou do adolescente a se prescrever fármacos, se medicalizar e se institucionalizar, desde que fora da escola:

Tabela 3.

| <i><b>Incapacidade</b></i>                  | <i><b>Tem uma deficiência</b></i> | <i><b>Tem um transtorno de comportamento grave</b></i> |
|---------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <i>“Incapaz cognitivamente”</i>             | <i>“Falta visão”</i>              | <i>“Louco”</i>                                         |
| <i>“Incapaz de aprender”</i>                | <i>“Falta cognição”</i>           | <i>“Psicótico”</i>                                     |
| <i>“Incapaz de avançar em seus estudos”</i> | <i>“Falta audição”</i>            | <i>“Tem doença mental”</i>                             |





|                                         |                                                  |                                |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------|
|                                         |                                                  |                                |
| “Incapaz de concluir a escolarização”   | “Faltam habilidades motoras”                     | “Autista grave”                |
| “Incapacidade de ter uma vida autônoma” | “Falta o domínio da língua brasileira de sinais” | “Tem deficiência mental grave” |
| “Incapaz de pensar”                     | “Falta o uso do braille”                         | “Andarilho das ruas”           |
| “Incapacidade de se comunicar”          | “Falta a oralidade”                              | “Depressivo (a)”               |

Tabela 3: Quadro elaborado no âmbito do Projeto Entre Artesanias da Diferença (2019-2023)

Os modos de aprender e a escolarização da pessoa com deficiência ou da pessoa com transtornos quaisquer são interpretados e simplificados à uma falta, consideradas condições graves, uma constituição atípica, uma inabilidade que compromete todo o estudante, transformando-o naquela massa uniforme e de uma coisa só. É muito difícil encarar os quadros demonstrativos acima sistematizados. Ler os enunciados de forma problematizadora e analítica exige nos confrontarmos com outras (e novas) possibilidades tanto para a escola na contemporaneidade quanto para o acolhimento da multiplicidade e da diferença nos processos de escolarização, assim como no SUS e nas Redes de saúde.

#### 4. NARRAR, NARRADOR, NARRATIVAS, NARRATIVIDADES: O DIA A DIA COMPLEXO NA SAÚDE E NA EDUCAÇÃO E ALGUMAS PERSPECTIVAS

Observamos importantes construções nas políticas de saúde nacionais, que sistematizam e direcionam atentamente e singularmente a assistência e o cuidado em saúde, da criança e do adolescente em processo de desenvolvimento e escolarização (BRASIL, 2020a; 2020b; 2020c). Tais direitos fundamentais à saúde estão presentes desde a gestação e o acompanhamento pré-natal das mães ou das famílias das gestantes; a amamentação acompanhada e incentivada pelos trabalhadores das equipes de saúde da família; assim como a vacinação; os cuidados e estímulos necessários na primeira infância... A adolescência se beneficia de um cuidado integral em saúde, priorizado em equipes multiprofissionais e nas unidades básicas de saúde. Todas essas potências compõem o Sistema Único de Saúde (SUS).



O SUS afirma em seus princípios a relação das Redes de ensino e saúde como fundamentais na atenção integral à infância e à adolescência. Observamos, porém, com movimentos cartográficos de pesquisa, que entrecruzam educação e saúde, que necessitamos de debates permanentes entre as áreas, entre os espaços, entre os trabalhadores da educação e da saúde. Quanto mais o SUS se aproximar da Rede de ensino, menores os equívocos, menores os desencontros nos diagnósticos, resultando na diminuição de perdas ou agravamentos de sintomas, no processo de escolarização, pelo aumento da medicalização. A distância entre as áreas e os espaços ocupados pela educação e pela saúde resultam também no aumento das prescrições de fármacos errados, de práticas não medicamentosas medicalizadas, de prescrições inconsistentes e equivocadas, da prescrição que ignora a complexidade daquela infância ou daquela adolescência.

Ampliar e complexificar os debates em torno das crianças e dos adolescentes em processo de escolarização favorecerá na compreensão de que são: seres singulares, com processos de aprender e descobrir conteúdos a partir de seus modos únicos, singulares, com realidades e contextos socioeconômicos singulares, com disposição e acolhimento familiar singulares, habituados com práticas de cuidado singulares...

Uma tomada de consciência por parte de alguns trabalhadores da saúde é perceptível e elogiável. Contudo, nos perguntamos sobre profissionais e suas perspectivas em saúde que prescrevem remédios limitadores dos corpos, especialmente, fármacos limitadores da infância e da adolescência. Prescrevem sem acompanhar as conquistas ou não, as perdas ou não, os ganhos ou não, as pioras ou não, os agravamentos ou não, as mudanças na saúde ou não. Prescrevem sem acompanhar posteriormente à constituição de diagnóstico, a saúde não é revisitada ou reavaliada com mínima frequência.

Cartografamos, em nossos movimentos de pesquisa, aqueles terapeutas que prescrevem práticas educacionais e inclusivas descontextualizadas ou equivocadas. Outros especialistas, da área da saúde, prescrevem práticas educacionais aos professores. E como pode um trabalhador da saúde prescrever práticas pedagógicas desconhecendo-as? E quando prescreve práticas pedagógicas comportamentalistas? Ou



afirmam pejorativamente que: “os professores é que não sabem como criar processos de aprendizagem”.

As perspectivas demonstradas neste texto não fazem concessões à exclusão das multiplicidades e da diferença. Encaramos o ato, o enunciado, o dito, os diagnósticos, os relatos, o que se produz na escola na contemporaneidade. Tais argumentos e demonstrações não resguardam os trabalhadores da educação tampouco os trabalhadores da saúde, justamente por investir no diálogo como possibilidade para desconstrução de atitudes e processos excludentes.

Uma vez que a medicalização advém do ato de prescrever uma saúde, nos preocupemos e sejamos críticos às prescrições que simplificam e uniformizam. As indicações terapêuticas, medicamentosas ou não, também podem capturar e subtrair a saúde. As prescrições medicamentosas são capturadoras, capturam a multiplicidade, a diferença. Tal captura despotencializa, pois normaliza os corpos da infância e da adolescência em processo de escolarização. Nos perguntemos, atentos: para quê se presta a captura?

A normalidade, a produtividade, a competitividade e a rivalidade, são capitalistas, e não podem caber na escola na contemporaneidade. Uma outra escola pode e pede para ser atualizada, pois temos uma ética docente e uma ética em saúde que inclui a diferença. Coloquemos em destaque esses trabalhadores que fazem os serviços, que constroem os espaços, excluindo as sutilezas daqueles que ditam práticas de captura e práticas encapsuladoras. Desencapsular a escola, do ponto de vista hegemônico e normalizador do saber médico, é uma aposta ética, uma construção que pode ser estética e política também. Uma política de Rede, e da amizade, para compor e não obedecer preceitos éticos excludentes?

A amizade é sempre de um para um; é certo que no final se acabe constituindo uma rede, mas esta nunca é abrangente e se opõe radicalmente à dissolução num todo fusional. A amizade é uma máquina de guerra contra as comunidades de obediência. Ela se alimenta de discussões, concessões, compartilhamentos no que diz respeito a fazermos, através da declaração comum e mútua de nossos pensamentos, uma comunhão de nossas vontades. A partir do momento em que falamos, cessamos de adorar beatamente. (GROS, 2018, p.62).



Para tanto, é importante sustentar a multiplicidade de intenções de aprender, de desejos de aprender: e a postura ética do aprender! Ajuizar sem julgar as formas de aprender e existir com os corpos da infância e da adolescência como eles são, como podem ser. Singularidade não é normalidade, pois são complexidades vivas, são as complexas manifestações individuais e coletivas de uma criança e de um adolescente ou "quaisquer uns". Agir através e com máquinas desejantes e micropolíticas (GUATTARI, 1985).

A medicalização e a escola serão temas de inúmeros estudos e ponderações adiante, especialmente com os desafios da pandemia da Covid-19 (Coronavírus). Neste caso, refutamos a medicalização da aprendizagem para assumir outros modos de cuidar e ensinar, a partir de processos e projetos pedagógicos, e de uma docência, que compreendem os múltiplos e singulares modos de aprender. Os professores atuam em escolas e lecionam em turmas diversas, compostas por estudantes com diferentes modos de existir e aprender, o que dificulta uma atenção e um apoio específico ou individual. Os professores são profissionais que se confrontam diariamente com a escola e os escolares, sobretudo, com a aprendizagem e seus desafios em um tempo de muita precariedade e cortes nos orçamentos. Eles são os principais atores na mediação e potencialização da aprendizagem, são importantes na aproximação e inclusão dos estudantes, e nunca na medicalização dos estudantes e na aprendizagem dos mesmos.

A narração, a conversação e a escutação servem ao propósito da solidariedade e da generosidade, sim, servem para garantirmos espaços para estarmos juntos, existindo, sendo ainda profissionais. Nossa pesquisa tem se voltado para a pesquisa com a educação especial e a saúde mental, sendo dessas áreas esses profissionais narradores, que nos convocam à conversação, porém: como acolher o que se mostra como é, e, ao mesmo tempo, acolher uma potência por vir. Narrar pensar, é repensar, e no caso do cuidado em educação e em saúde, é importante narrar coletivamente os processos coletivos. Narrar, se em espaços seguros, como composição e como saúde. Uma vez mais pesquisar!

Pensar em teia faz pensar em tela. Onde está o quadro antes de ser feito? Muitos pintores, e dos mais gloriosos, chegaram a dizer que o quadro está na tela e que, quando se pinta, o difícil é conseguir livrá-lo do branco aparente da tela sem danificá-lo, sem esquecer nada e sem acrescentar nada. Mas essas



palavras são tomadas como um paradoxo, quase como um chiste. Qualquer um sabe muito bem onde se encontra o projeto do quadro: na cabeça, na alma ou no coração do pintor. Comete-se um grande erro ao não ouvir os que sabem do que estão falando. Foi essa mesma pergunta que eu fiz a propósito da teia da aranha: onde está, e sob que forma, antes de ser tecida? Teia e tela têm um artesanato, e é fácil demais suspeitar que cada aranha encerra em seu foro interior o projeto de pôr-se à obra na primeira ocasião. (DELIGNY, 2015, p. 23).

Uma escola pública e um serviço de saúde públicos, na contemporaneidade e em composição, podem ser mais inventivos, inclusivos e flexíveis, e menos burocráticos e normalizadores, tantos quantos forem os olhares (investimentos e tentativas) de atualizá-la. Algumas sugestões, ou prescrições: ser presença, ser afeto, partilhar encontros alegres e potencializadores de aprendizagens e descobertas. Dar espaço e evasão para o inesperado dos encontros, para o inusitado do estudo, para a alegria da descoberta e da pesquisa, para a formação de coletivos e estruturação de projetos coletivos... Encontros alteritários com a multiplicidade, e diferenças - não semelhamtizar o outro (Deligny, 2015), podem produzir uma dobra na medicalização da aprendizagem. Ainda assim, segue se perguntando: como produzir fugas e/ou rasgos na medicalização da infância e na medicalização da adolescência? Por mais: relacionar, relacionar-se, ações relacionais, cuidados relacional inclusivo, linguajar, linguajares, línguas, comunicação, comunicar-se, conversa, diálogo, interação, interlocução, intertextualidade, errância, ziguezagues, braços, sinais, gestos... Do impensável, do indizível, dos silêncios, dos espaçamentos entre sons, dos que demoram, dos que param, dos que nem tem deficiência tampouco existem na loucura, e são marcados violentamente pela métrica dos compêndios que listam classificações, narratividades médicas e biomédicas.

## 5. REFERÊNCIAS

BENJAMIN, Walter. *Escritos sobre mito e linguagem*. Tradução Susana Kampff. São Paulo: Duas Cidades; Ed. 34, 2011.

BENJAMIN, Walter. *Rua de mão única: infância berlinense, 1900*. Belo Horizonte: Autêntica, 2013a.

BENJAMIN, Walter. *Imagens de pensamento: sobre haxixe e outras drogas*. Tradução João Barreto. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013b.





BENJAMIN, Walter. *A obra de arte na época de sua reprodutividade técnica*. Tradução Francisco de Ambrosio Pinheiro Machado. Porto Alegre: Zouk, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso em: 01 fev. 2020a.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Mental*. Disponível em: <http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília. 2015. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html). Acesso em: 01 fev. 2020c.

BRASIL. *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeduc ESPECIAL.pdf>. Acesso em: março, 2021b.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de Julho de 2015. *Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)*. Brasília: Presidência da República, 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em: março, 2021c.

DELEUZE, Gilles. *Dois regimes de loucos: textos e entrevistas (1975-1995)*. São Paulo: Editora 34, 2016.

DELIGNY. Fernand. *O aracniano e outros textos*. São Paulo: n-1 edições, 2015.

DELIGNY. Fernand. *Vagabundos eficazes*. São Paulo: n-1 edições, 2018.

DELIGNY. Fernand. *Sementes de crápulas: conselhos aos educadores que gostariam de cultivá-las*. São Paulo: n-1 edições, 2020.

DIDI-HUBERMAN, Georges. *O que vemos, o que nos olha*. São Paulo: Ed. 34, 1998.

DIDI-HUBERMAN, Georges. *Diante da imagem: questão colocada aos fins de uma história da arte*. São Paulo: Ed. 34, 2013.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2014.

GAI, Daniele Noal. *Entre Artesanias da Diferença (encontros com os modos de existir, narrar e aprender com a deficiência e a loucura)*. Projeto de Pesquisa. Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2019-2023.



GAI, Daniele Noal. *Ética do Brincar*. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/131034>.

GUATTARI, Félix. *Revolução molecular: pulsões moleculares: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

GROS, Frédéric. *Desobedecer*. São Paulo: Ubu Editora, 2018.

LAZZARATO, Maurizio. *O governo do homem endividado*. São Paulo: n-1 edições, 2017.

LOUV, Richard. *A última criança na natureza: resgatando nossas crianças do transtorno do déficit de natureza*. São Paulo: Aquariana, 2016.

OTTE, Georg. *Trabalho das passagens, de Walter Benjamin*. Disponível em: [http://revistaviso.com.br/pdf/Viso\\_3\\_RenatoKirchner.pdf](http://revistaviso.com.br/pdf/Viso_3_RenatoKirchner.pdf). Acesso em outubro de 2019.

ROLNIK, Suely. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina; Editora da Ufrgs, 2011.

ROLNIK, Suely. *Esferas da insurreição: notas para uma vida não cafetinada*. São Paulo: n-1 edições, 2018.

## Daniele Noal Gai<sup>i</sup>

Graduada em Educação Especial com Especialização em Educação Especial (UFSM), é Mestre em Educação (UFSM e UFRGS) e Doutora em Educação (UFRGS). No momento atua na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como Professora Adjunta da Faculdade de Educação (FACED).

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8027-687X>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3728974369628512>

E-mail: [daninoal@gmail.com](mailto:daninoal@gmail.com)

**Editor responsável:** Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 28 de junho de 2021.

Aceito em 03 de agosto de 2021.

Publicado em 22 de novembro de 2021.

## Como referenciar este artigo (ABNT):

GAI, Daniele Noal. Narratividades médicas: como produzir fugas e/ou rasgos na medicalização da infância e na medicalização da adolescência? *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 106-126, 2021.



## Defenda o SUS! Podcast como ferramenta de comunicação em saúde

DOI: [10.29327/269776.1.1-9](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-9)

Sandra Riter Machado <sup>i</sup>  
Cristianne Maria Famer Rocha <sup>ii</sup>



### RESUMO

Os *podcasts* são uma inovação relativamente recente tendo se mostrado como uma ferramenta de comunicação bastante interessante. Semelhantes a programas de rádio, diferenciam-se por ficarem hospedados em plataformas às quais o ouvinte pode ter acesso a qualquer momento. Podem ser realizados por um indivíduo ou um grupo, mais ou menos fixo, podendo utilizar-se de diferentes estratégias de interação e abordando temas variados. Desenvolvimento: O objetivo do artigo é descrever a experiência de criação do *podcast Defenda o SUS!*, no âmbito do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A partir da solicitação de um trabalho de uma disciplina do Curso, em formato de *podcast*, foi pensado como seria interessante, diante da campanha de desinformação vigente no país e das estratégias de fragilização e destruição do Sistema Único de Saúde (SUS), criar-se um programa que pudesse abordar temas desconhecidos pela população em geral e que tivessem um formato agradável e amigável, que pudesse ser ouvido na realização de outras atividades. O *podcast* tem um formato que não ultrapassa uma hora de duração, tendo temas e estratégias variados, com informações sobre saúde a populações específicas por meio de entrevistas com pessoas que contam suas experiências de formação e atuação no campo da Saúde Coletiva. Resultados: O projeto é recente, mas já foi possível perceber que é uma estratégia que facilita o desenvolvimento de diversas competências de Comunicação em Saúde. Conclusão: A materialidade dá-se no exercício de escrita e de síntese na sua criação; assim representando uma inovação no campo da Comunicação em Saúde, para a construção de um produto barato e acessível a uma parcela da população que não tem outros meios para ampliar seus conhecimentos sobre saúde e informações fidedignas sobre variados temas.

**Palavras-chave:** saúde coletiva; comunicação em saúde; podcast.

### Defenda o SUS! Podcast como herramienta de comunicación en salud

#### RESUMEN

Los *podcasts* son una innovación relativamente reciente mostrándose como una herramienta de comunicación muy interesante. Semejantes a programas de radio, se diferencian por estar hospedados en plataformas a las cuales el oyente puede tener acceso en cualquier momento. Pueden ser realizados por un individuo o un grupo, más o menos fijo, pudiendo utilizarse de diferentes estrategias de interacción y abordando temas variados. Desarrollo: El objetivo del artículo es describir la experiencia de creación del *podcast Defenda o SUS!*, en el ámbito del Curso de Licenciatura en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS). A partir de la solicitud de un trabajo de una disciplina del Curso, en formato de *podcast*, fue pensado lo interesante de, ante la campaña de desinformación vigente en Brasil y de las estrategias de fragilización y destrucción del Sistema Único de Salud (SUS), crear un programa que pudiese abordar temas desconocidos por la población en general y que tuviesen un formato agradable y amigable, que pudiese ser oído mientras se realizan otras actividades. El *podcast* tiene un formato que no supera una hora de duración, teniendo temas y estrategias variados, con informaciones sobre salud a público específico por medio de entrevistas con personas que cuentan su experiencia de formación y actuación en el campo de la Salud Colectiva. Resultados: El proyecto es reciente, pero ya fue posible percibir que es una estrategia que facilita el desarrollo de diversas competencias de Comunicación en Salud. Conclusión: La materialidad se da en el ejercicio de escritura y de síntesis en su creación; representando así una innovación en el campo de la Comunicación en Salud, para la construcción de un producto barato y accesible para una parte de la población que no tiene otros medios para ampliar sus conocimientos sobre salud e informaciones fidedignas sobre varios temas.

**Palabras clave:** salud colectiva; comunicación en salud; podcast.



## 1. INTRODUÇÃO

(...) um bom comunicador não se constrói a partir da obediência a um único caminho fixo, dogmático e ‘verdadeiramente revolucionário’; mas sim a partir do uso de suas próprias dores, amores, traumas, desejos e dificuldades como fontes constantes de inspiração para a construção da forma e do conteúdo que alguém pretende trazer ao público. (Lucas Machado, comunicador marxista e integrante do Tese Onze, grifo no original)

O presente artigo tem como tema central o *podcast Defenda o SUS!* como uma estratégia de Comunicação, Promoção e Educação da Saúde e como objetivo relatar a experiência de criar, produzir e divulgar este *podcast*.

A partir da solicitação de realização de uma atividade acadêmica na Unidade de Produção Pedagógica Saúde, Sociedade e Humanidades IV do curso de graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, foi criado um *podcast* voltado para temática relativa à saúde, tendo como enfoque principal a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da demonstração da importância que este tem sobre a vida da população.

Com a pandemia do SARS-Cov 2, a partir de fevereiro de 2020, no Brasil, diante da magnitude dos impactos causados sobre a saúde da população mundial e, especialmente, sobre a população brasileira, sentiu-se a necessidade de seguir realizando-se o *podcast* com outras temáticas, daí nasceu a ideia do *Defenda o SUS!*. Identificou-se, no início, a importância de abordar as temáticas de forma a levar até o público informações que antes eram mais restritas aos meios acadêmicos e científicos e com os quais a maioria das pessoas não têm familiaridade, tais como as formas de contágio, o uso de máscaras, a disponibilização de vacinas, entre outros temas.

Diante das chamadas *fake news* ou *wrong news*<sup>1</sup>, principalmente em relação à Covid-19, faz-se necessário buscar-se informações em fontes seguras, de forma a combater a desinformação.

Nesse sentido, o *podcast Defenda o SUS!* pode ser uma importante ferramenta para o debate e a troca de informações e de conhecimentos acerca de saúde, ciências e

<sup>1</sup> *Fake news* são notícias falsas que consistem na disseminação de informações falsas ou boatos nos diversos meios de comunicação, principalmente em sites e em redes sociais, com o propósito de enganar ou ludibriar, e que tem grande efeito sobre a opinião pública. A internet potencializou esse uso por ser um meio no qual as informações ganham uma circulação mais veloz. Já as *wrong news* são notícias erradas, no sentido de serem informações que podem ter algum fundo de verdade e são tiradas de seu contexto, por atribuição de fatos a pessoas, etc. Podem ser intencionais ou não, quando checadas, essas informações em geral são corrigidas pelo veículo que as distribuiu.



políticas públicas, sem pretender, contudo, ser uma fonte detentora de verdades, mas principalmente um mecanismo para o incentivo à busca de conhecimentos e ao desenvolvimento de pensamento crítico, podendo ser utilizado na Comunicação, na Promoção e na Educação em Saúde.

## *Desafios para a consolidação da Comunicação no Sistema Único de Saúde*

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), há mais de 30 anos, muitos desafios têm sido encontrados pelos diversos atores envolvidos, o que dificulta sua consolidação e fortalecimento.

Mesmo com muitos avanços conquistados com políticas públicas voltadas ao Sistema, os desafios antigos permanecem e acabam somando-se a outros. Políticas econômicas de cortes e de retrocessos, principalmente no que tange ao financiamento deste, enfraquecem políticas já existentes e inviabilizam a criação e ampliação de outras.

Recentemente, a Emenda Constitucional (EC) nº 95 de 15 de dezembro de 2016, conhecida como Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos, alterou a Constituição brasileira de 1988 para instituir o Novo Regime Fiscal. Na prática, a EC 95/2016, congela os gastos públicos por 20 anos, provocando o agravamento do subfinanciamento da saúde, da educação e da proteção social. Em 2019, por exemplo, em relação ao SUS, a perda propiciada pela Emenda foi de R\$ 20 bilhões, segundo informação do Conselho Nacional de Saúde. Não obstante isso, no final de 2019, tivemos o início da pandemia da Covid-19, que levou à morte, até o momento, mais de 584 mil pessoas (dados de setembro de 2021) e ao colapso do Sistema, com falta de leitos, profissionais e insumos, além de um imenso número de pessoas com sequelas da doença, entre outros problemas ligados à mudança de rotina, perda de emprego e renda, e agravamento de problemas já existentes como a fome.

Em meio a tudo isso, “campanhas” difamatórias foram disseminadas, por meio de reportagens veiculadas nas mais variadas mídias, que enfatizaram e enfatizam os problemas do SUS, retratando-o de forma negativa, trazendo sempre o uso do discurso biomédico, que aborda as doenças, a falta de medicamentos, a dificuldade de acesso,





comparando-o de forma simplificada e superficial aos serviços privados de saúde, como se estes não fizessem parte de um mesmo Sistema, o qual faz a regulação da oferta e da qualidade dos serviços, além de não informar que serviços privados recebem recursos públicos na prestação destes.

Acrescenta-se, ainda, que segundo levantamento da *Revista Piauí*, o valor que o SUS cobrou dos planos de saúde foi de 5,7 bilhões de reais entre 2001 e 2019. Desse total, 4 bilhões foram pagos ou estão parcelados. Já 1,7 bilhão não foi pago – foi inscrito na dívida ativa da União ou suspenso judicialmente, por atendimentos realizados a usuários com planos de saúde, principalmente pela realização de tratamento para o câncer de mama. Essas informações, em geral, não circulam nos meios tradicionais de comunicação.

Com todas as dificuldades encontradas, o nosso sistema de saúde foi capaz de evitar um caos ainda maior na vigência da pandemia da Covid-19. No Rio Grande do Sul, por exemplo, o número de leitos SUS para tratamento da doença é de 3.415, enquanto os leitos privados são 884 (dados de 25 de julho de 2021), demonstrando a capacidade que os serviços públicos têm de atender à população - comparando-se ao atendimento privado - já que 71,5% dela depende dos serviços públicos (IBGE, 2019).

A percepção quanto ao SUS parece ter mudado um pouco, pois durante a vigência da doença, tem sido veiculadas reportagens que o apontam como um sistema eficaz que mesmo em meio à crise sanitária, foi capaz de absorver em grande parte seu impacto, e, mais adiante como único sistema a distribuir, de forma gratuita, as vacinas, com grande repercussão nas mídias tradicionais, além do apoio da classe artística e influenciadores nas redes sociais em detrimento da falta de uma campanha massiva pelo Ministério da Saúde.

Diante disso, verifica-se, ainda, o fato de o campo da Comunicação em Saúde não ter uma política nacional voltada de forma específica para o tema e para a inexistência de diretrizes do SUS, no sentido de fazer a divulgação de suas realizações. O setor de comunicação é visto, ainda, com uma ferramenta generalista, que é utilizada para a organização de processos de trabalho e de modificação de comportamentos que objetivam hábitos mais saudáveis, por meio, majoritariamente, de campanhas com



textos escritos. Isso posto, Teixeira e Cyrino (2013) alertam que é importante utilizar-se da comunicação como um meio de publicizar as ideias, concepções, ações e serviços, de forma a trazer transparência ao SUS. Nesse movimento, busca-se o diálogo e o debate público, trazendo aos usuários e trabalhadores protagonismo para que alcancem as mudanças desejadas.

Além disso, faz-se necessária uma maior participação dos agentes atuantes do setor saúde na criação e divulgação de informações acerca dos temas nos mais diferentes meios, da forma mais qualificada possível.

Atualmente, com o aumento do acesso e do uso de tecnologias de informação e comunicação, temos vivenciado diversas alterações na forma como produzimos e consumimos produtos de mídia. A internet, antes apenas consumida, hoje possibilita criação e compartilhamento de conteúdo nas mais diferentes mídias, constituindo-se como um novo espaço de troca e interação humana, o que Lévy (1999) chama de “ciberespaço”.

Segundo Lévy (1999, p.94), o ciberespaço constitui-se como “o espaço aberto pela interconexão mundial dos computadores e das memórias dos computadores” que propicia o acesso à distância e a transferência de arquivos, utilizando-se de diversas ferramentas para a troca de mensagens, como o correio eletrônico, as conferências eletrônicas na qual se inserem os dispositivos de ensino em grupo, entre outros. Em relação ao ensino, os dispositivos são projetados para promover a discussão coletiva, a divisão de conhecimentos, as trocas de saberes, o acesso on-line a tutores, assim como o acesso a dados, hiperdocumentos e simulações, constituindo espaços de interatividade.

Mais adiante, Jenkins (2009) descreveu também as primeiras mudanças tecnológicas, industriais, culturais e sociais, ocorridas desde os anos 2000, que provocaram o que se chama de “cultura de convergência”, na qual é crescente a substituição das mídias tradicionais por novas, incluindo a profusão de plataformas tecnológicas que propiciam a produção de conteúdos e seu compartilhamento que levam a uma interação midiática intensa com a migração de públicos para experiências inovadoras de entretenimento.



Essas mudanças foram e são tão constantes e intensas, que não somos mais meros consumidores (passivos), pois a interatividade propiciada pelas mais variadas mídias tornou as pessoas agentes que participam, interagem, criticam, produzem e difundem o que recebem. Dessa forma, por meio das conexões disponíveis, pode-se, mesmo com poucos recursos tecnológicos, escolher-se, compartilhar-se e criar-se conteúdos de mídias das mais diferentes formas, as constituindo como integrantes de comunidades cada vez mais ampla e de redes, nas quais circulam conteúdos que extrapolam limites geográficos (JENKINS, GREEN e FORD, 2014).

Embora esse ciberespaço pareça democrático em essência, temos acompanhado a grande concentração de dados em número pequeno de plataformas e empresas digitais, em sua maioria, privadas e concentradas em uma mesma região de um único país. Essa concentração fragiliza e ameaça os processos democráticos.

Recentemente, com o surgimento da pandemia da Covid-19, temos convivido com diversas informações que antes eram mais restritas aos meios acadêmicos e científicos, com termos bastante específicos com os quais a maioria das pessoas não tinha contato. Por exemplo: quantas vezes perguntamos qual foi a indústria farmacêutica que produziu a vacina que tomamos na Unidade Básica de Saúde? Sobre sua eficácia? Não que essas informações não sejam importantes ou que não tenham relevância. Contudo, o que seria mais importante diante de tantas perdas e de colapso do SUS e para enfrentar a maior pandemia de nosso século? A resposta é um conjunto de ações, nas quais está incluída a vacinação em massa, por exemplo. Não cabe, portanto, fazer às vezes de um *sommelier* de vacina<sup>2</sup>. Cabe à população tomar uma decisão que, embora pareça individual, é coletiva.

Além dos problemas recorrentes e da pandemia, ainda estamos nos defrontando diariamente com as *fake news* e com as *wrong news*, com os movimentos antivacina, com o negacionismo propagado por entes políticos e a desinformação, isso tudo ao

<sup>2</sup> *Sommelier* de vacina: Tradicionalmente, o *sommelier* é o profissional especializado em bebidas alcoólicas, como vinhos, por exemplo. Recentemente a expressão começou a ser usada na Internet para identificar pessoas que passaram a se recusar a receber determinadas vacinas, dependendo da empresa farmacêutica fabricante. O ato de buscar e escolher determinadas “marcas” levou algumas prefeituras pelo Brasil a aprovarem leis que colocam no final da fila da imunização contra a Covid19, pessoas que se recusem ou insistam na escolha de imunizantes.



mesmo tempo em que tentamos nos proteger e sobreviver diante do caos sanitário. Essas informações entram em conflito com informações que são idôneas, e, infelizmente, causam uma série de problemas e agravamento da situação sanitária. As pessoas ficam confusas e desconfiadas, pois muitas das informações que recebem contrariam recomendações preconizadas por órgãos como a Organização Mundial da Saúde (OMS), como distanciamento social, uso de máscaras, higiene e imunização, colocando-as em risco de adoecimento e, no limite, morte pela Covid-19.

Ainda que o quadro atual - de crises sanitária, econômica e política - nos desmotive, faz-se necessário partir-se da indignação para uma ação mais efetiva, ocupando e reocupando espaços disponíveis e possíveis, nos quais a comunicação enquanto campo em disputa, se insere, para promover mudanças. Para o alcance dessas transformações, precisa-se, necessariamente, utilizar-se de todas as estratégias e ferramentas disponíveis, no campo da Informação, da Comunicação e da Educação, em articulação com o campo Saúde, de forma a não só levar informações sobre as realizações do SUS, como também ampliarmos as nossas possibilidades de interação com o maior número possível de pessoas em todos os níveis. O *podcast Defenda o SUS!* pretende, portanto, ser uma dessas ferramentas e estratégias.

### *Por que um podcast?*

Segundo BUCCIONI (2020), a origem do nome *podcast* vem da junção do prefixo *pod* que faz referência à palavra *iPod*, equipamento da empresa *Apple* utilizado para a escuta de arquivos de áudio no formato MP3, com a palavra *broadcasting* que é a transmissão pública e massiva de informação, surgindo assim o termo *Podcasting* no ano de 2004. O *podcast* é semelhante a um programa de rádio, contudo se diferencia por ficar hospedado em plataformas (ou agregadores) às quais o ouvinte pode ter acesso a qualquer momento, escutando até mesmo quando está realizando outras atividades, podendo seguir os canais pelos quais tem interesse, recebendo avisos de atualização quando são postados novos episódios, como também deixando-os salvos para ouvir novamente, utilizando-se de computadores, *smartphones* e outros tocadores portáteis.



Com um crescimento cada vez maior, os *podcasts* têm se mostrado como uma ferramenta/estratégia de comunicação bastante interessante e potente. Nesse ano, a Associação Brasileira de *Podcasters* (ABPod) divulgou uma pesquisa sobre o perfil de *podcasts* e os bastidores da produção (ABPod, 2020). Segundo essa pesquisa, a estimativa é que o Brasil tenha 34,6 milhões de ouvintes de *podcast*, praticamente 8% da população. O aumento na produção de conteúdo por meio dessa mídia foi observado no Brasil, desde o início de 2020. Mídias tradicionais de rádio e televisão também têm feito uso dessa ferramenta, assim como mídias independentes.

Os *podcasts* podem ser produzidos por um indivíduo ou um grupo específico, mais ou menos fixo, que pode trazer diferentes pessoas para entrevistas e “rodas de conversa”, também sobre os mais variados temas. Têm diferentes tempos de duração, podendo ser ouvidos trechos em diferentes momentos do dia. Contudo, para o projeto do *Defenda o SUS!* foi pensado um formato que não ultrapasse uma hora de duração, intercalando entrevistas com episódios mais curtos sobre outros temas no qual há a participação de uma só pessoa.

Dentro do universo da chamada “podoesfera”, o leque de temas é bastante variado: política, notícias, saúde, bem-estar, literatura, etc. A pesquisa apontou que os temas Cultura Pop e Política cresceram 13,1% em relação à pesquisa anterior, tendo o tema feminismo em números absolutos quase 700 respostas. Na figura abaixo, podem ser observados os temas mais acessados:



Figura 1: Tabela sobre interesses e preferências

| Valores                        | 2018  |        | 2018  |       |       |        |
|--------------------------------|-------|--------|-------|-------|-------|--------|
|                                | Ord.  | %      | Ord.  | %     |       |        |
| RESPOSTAS TOTAIS:              | 16713 | 100,0% | 22963 |       | -6250 | 100,0% |
| Ajudada                        | 1264  | 7,6%   | 1021  | 4,4%  | 243   | 3,7%   |
| Automotiva                     | 361   | 2,2%   | 390   | 1,7%  | -29   | 0,5%   |
| Carnes                         | 2977  | 17,8%  | 4056  | 17,8% | -1118 | 0,0%   |
| Ciência                        | 8734  | 52,3%  | 9924  | 43,2% | -1190 | 9,7%   |
| Cultura Pop                    | 10840 | 64,9%  | 11891 | 51,7% | -1051 | 13,7%  |
| Economia / Educação financeira | 3652  | 21,3%  | 4422  | 19,2% | -870  | 2,0%   |
| Educação infantil              | 368   | 1,8%   | 481   | 2,1%  | -173  | -0,2%  |
| Feminismo                      | 3114  | 18,6%  | 2445  | 10,6% | 669   | 8,0%   |
| Filosofia                      | 3359  | 20,1%  | 4003  | 17,4% | -644  | 2,7%   |
| Games                          | 5973  | 35,7%  | 8614  | 37,5% | -2641 | -1,7%  |
| Gastronomia                    | 959   | 5,7%   | 3243  | 14,1% | -2284 | -6,4%  |
| História                       | 7961  | 47,8%  | 9968  | 43,4% | -2007 | -4,3%  |
| HQs                            | 4124  | 24,7%  | 5928  | 25,8% | -1804 | -1,1%  |
| Humor e comédia                | 8878  | 53,1%  | 12320 | 53,6% | -3442 | -0,5%  |
| Investimentos                  | 1778  | 10,6%  | 2339  | 14,5% | -1561 | -3,9%  |
| Línguas e idioma               | 3080  | 18,0%  | 4002  | 19,6% | -1602 | -1,0%  |
| Livros                         | 3865  | 23,1%  | 4556  | 19,8% | -691  | 3,3%   |
| Luta e consciência negra       | 1387  | 8,3%   | 1367  | 5,9%  | 20    | 2,4%   |
| Maternidade / Paternidade      | 834   | 5,0%   | 901   | 3,9%  | -67   | 1,1%   |
| Medicina                       | 714   | 4,3%   | 852   | 3,7%  | -138  | 0,6%   |
| Moda e Beleza                  | 642   | 3,8%   | 345   | 1,5%  | 297   | 2,3%   |
| Música                         | 3159  | 18,9%  | 4475  | 19,5% | -1316 | -0,6%  |
| Notícias                       | 5354  | 32,0%  | 6796  | 29,6% | -1442 | 2,5%   |
| Nutrição                       | 389   | 1,8%   | 760   | 3,3%  | -451  | -1,5%  |
| Política                       | 7120  | 42,6%  | 7942  | 34,6% | -814  | 0,3%   |
| Psicologia                     | 2349  | 14,1%  | 3050  | 13,3% | -701  | 0,8%   |
| Sexualidade                    | 2431  | 14,5%  | 2265  | 9,9%  | 166   | -4,7%  |
| Tecnologia                     | 6090  | 36,4%  | 9699  | 42,2% | -3609 | -5,7%  |
| TV & filmes                    | 7090  | 42,4%  | 12224 | 53,2% | -5131 | -16,7% |
| Viagens e destinos             | 2217  | 13,3%  | 2606  | 11,3% | -391  | 1,9%   |

Fonte: ABPod (2019)

## O uso do podcast no campo da saúde

Qualquer pessoa que tenha acesso a um computador com microfone, programas de gravação e internet tem a capacidade de produzir conteúdos para serem difundidos por meio de *podcasts*. Este tipo de mídia tem sido empregado em diferentes contextos educacionais, principalmente no nível superior e no ensino de línguas estrangeiras.

Nesse sentido, foram diversas as estratégias para o ensino em todos os seus níveis, com a criação e compra de plataformas digitais por governos, escolas e universidades (ensino, pesquisa e extensão). Para atingir os mais variados públicos, são utilizadas, de forma simultânea, diversas mídias para a distribuição dos conteúdos e sua divulgação. No caso do *podcast Defenda o SUS!* os episódios são distribuídos em



diversas plataformas, sendo o *Spotify* a mais utilizada pelo público, e as redes sociais *Instagram* e *WhatsApp* são as ferramentas utilizadas para a sua divulgação.

Como indicado na seção anterior, houve um incremento da audiência de *podcasts* no Brasil, o que demonstra uma abertura de espaço para a difusão da ciência, principalmente em relação ao tema da Saúde.

Portanto, diante desse potencial para a dinamizar o fluxo de dados e de informações propiciado por esse formato de mídia, ele foi escolhido porque pode contribuir em ações de Comunicação, Promoção e Educação da Saúde e se mostra como uma importante ferramenta, o que colabora para a produção de conhecimento em redes, além de ampliar o leque de canais já existentes e, como consequência indireta, que o acesso a serviços de saúde seja facilitado. Programas de áudio em outros materiais audiovisuais, como DVDs e vídeos *on-line*, necessitam ser acessados em locais específicos, como também demandam uma atenção maior de seus ouvintes. O *podcast* tem uma vantagem bastante importante, pois pode ser ouvido em casa, no trabalho, no transporte e durante atividades físicas.

Dentre as características de mídias inseridas no campo Saúde, estão a troca de experiências pela possibilidade de debate entre profissionais não só da área, como também entre outros atores sociais, por meio de parcerias que vão envolver comunidades de determinados espaços territoriais. Um exemplo é o episódio número 6 (ver quadro 1) sobre o uso de máscaras, que circulou entre comunidades quilombolas da cidade de Porto Alegre e compôs as ações de prevenção ao novo coronavírus.

## 2. OBJETIVO GERAL

Descrever a experiência de criação, produção e divulgação do *podcast Defenda o SUS!*

## 3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para o artigo é o Relato de Experiência, que se constitui em um texto que descreve de forma precisa uma dada experiência que possa contribuir de forma relevante para uma determinada área de atuação. Trata-se de uma reflexão sucinta, a partir de uma organização estruturada pelo próprio autor, no qual possa



analisar aspectos que considere significativos para a compreensão da experiência que será relatada, indicando os aspectos positivos e as dificuldades identificadas na organização e no desenvolvimento da experiência acadêmica, os resultados e outros elementos que julgar pertinentes. O relato de experiência, de forma geral, deverá conter informações sobre o trabalho realizado, tais como aquelas relativas ao planejamento, execução e resultados alcançados, fazendo a relação entre teoria e prática, conhecimentos desenvolvidos e aplicados.

## 4. RESULTADOS

O projeto para a criação do *Defenda o SUS!*, como indicado antes, surgiu a partir de um trabalho acadêmico, em que se optou por realizar uma entrevista sobre Comunicação no campo da Saúde, que foi disponibilizada em formato de *podcast*, constituindo-se no primeiro episódio de uma sequência de outros, que abordam os mais diferentes temas, conforme o quadro 1:

**Quadro 1:** Episódios do *podcast Defenda o SUS!*

| Nº Episódio                                      | Data       | Duração | Tema                                       | Convidado                                  | Repercussão<br>(nº de acessos) | Link do episódio                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------|------------|---------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 001 - Comunicação em Saúde                       | 18/10/2020 | 48 min  | Comunicação em Saúde                       | Dr. Prof. Roger Flores Ceccon (UFSC)       | 95                             | <a href="https://open.spotify.com/episode/461uibUyrDSNm0tzgpb4?si=98e6c4be28574096">https://open.spotify.com/episode/461uibUyrDSNm0tzgpb4?si=98e6c4be28574096</a>     |
| 002 - Carta de Ottawa (1986)                     | 18/10/2020 | 5 min   | Conferências Mundiais de Saúde             | Não                                        | 71                             | <a href="https://open.spotify.com/episode/4XgwmJ22OVMlJnKRR56XTw?si=03dfacfa031e48db">https://open.spotify.com/episode/4XgwmJ22OVMlJnKRR56XTw?si=03dfacfa031e48db</a> |
| 003 - Publicidade e Infância                     | 26/10/2020 | 38 min  | Publicidade infantil em tempos de YouTube  | Drª Profª Maria Clara Monteiro (UFRGS)     | 53                             | <a href="https://open.spotify.com/episode/1T1TQNoLSK1RtSy5cTKF1V?si=4ec74ed0c6a24291">https://open.spotify.com/episode/1T1TQNoLSK1RtSy5cTKF1V?si=4ec74ed0c6a24291</a> |
| 004 - Feminicídio e violência contra as mulheres | 12/11/2020 | 59 min  | Feminicídio e violência contra as mulheres | Drª Prof.ª Stela Nazareth Meneghel (UFRGS) | 44                             | <a href="https://open.spotify.com/episode/2dA7K38FFp0RHeQAV5HtdT?si=7703773d9a594bba">https://open.spotify.com/episode/2dA7K38FFp0RHeQAV5HtdT?si=7703773d9a594bba</a> |
| 005 - Temos vacina, e agora?                     | 09/02/2021 | 8 min   | Vacinação contra o novo coronavírus        | Não                                        | 35                             | <a href="https://open.spotify.com/episode/76R8VEpGqV2Apzu8xE9ar2?si=9a5d82df94b24422">https://open.spotify.com/episode/76R8VEpGqV2Apzu8xE9ar2?si=9a5d82df94b24422</a> |
| 006 - Com que máscara                            | 25/03/2021 | 15 min  | Uso de máscaras para                       | Não                                        | 35                             | <a href="https://open.spotify.com/episode/7DlrMbp383td6acII3B2XB?si=7138">https://open.spotify.com/episode/7DlrMbp383td6acII3B2XB?si=7138</a>                         |



|                         |            |        |                                         |                                                             |    |                                                                                                                                                                       |
|-------------------------|------------|--------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| eu vou?                 |            |        | a prevenção ao novo coronavírus         |                                                             |    | <a href="#">5339dd544703</a>                                                                                                                                          |
| 007 - E o kit covid?    | 15/04/2021 | 44 min | Tratamento precoce contra o coronavírus | Dr. Prof. André Demambre Bacchi (UFR)                       | 28 | <a href="https://open.spotify.com/episode/6Iey5vtOskBTt5nnML19o1?si=73d70ef1804c4584">https://open.spotify.com/episode/6Iey5vtOskBTt5nnML19o1?si=73d70ef1804c4584</a> |
| 008 - Farmacovigilância | 05/05/2021 | 58 min | Medicamentos e vacinas                  | Prof.ª Drª Roberta Dorneles Ferreira da Costa Silva (UFRGS) | 28 | <a href="https://open.spotify.com/episode/6Qd1Xd8XY5NyEXVatvWd61?si=69028577a3624d65">https://open.spotify.com/episode/6Qd1Xd8XY5NyEXVatvWd61?si=69028577a3624d65</a> |

Fonte: dados da autora (2021)

Os episódios estão hospedados nas seguintes plataformas/agregadores: *Spotify*, *Anchor FM*, *Google Podcasts*, *Breaker*, *PocketCasts*, *RadioPublic* e *Deezer*. Os agregadores estão disponíveis tanto por acesso pela *web* quanto por meio de aplicativos.

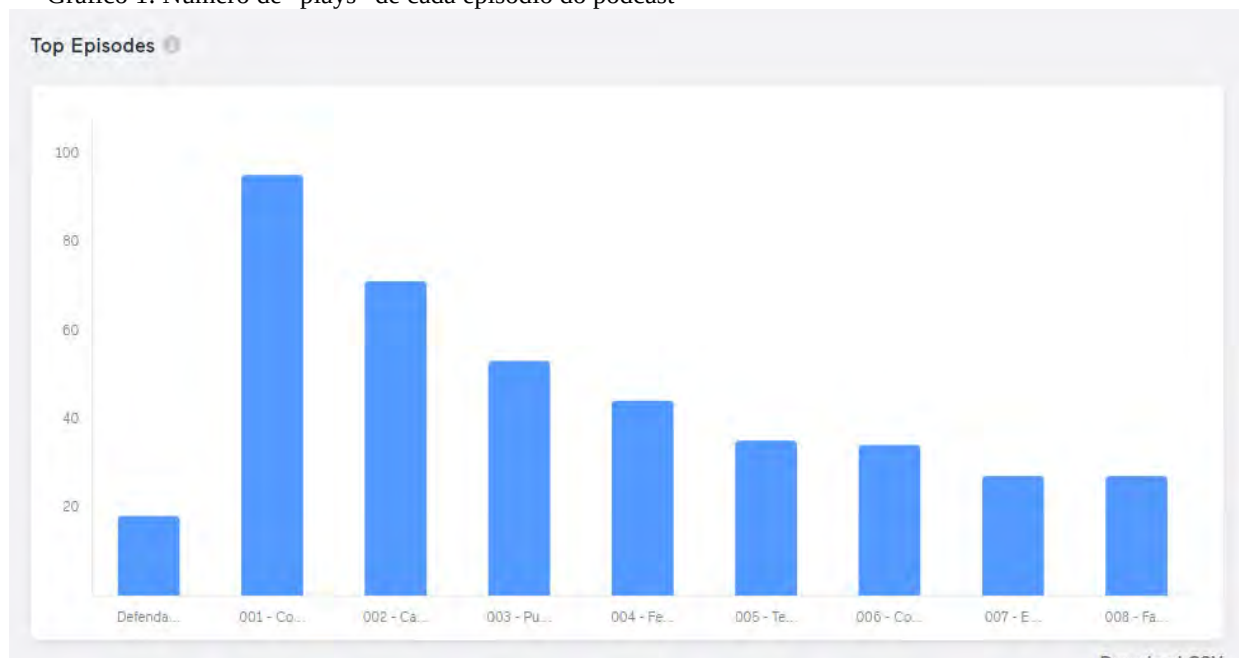
O processo de criação de cada episódio passa pelas seguintes fases:

- Definição do tema;
- Pesquisa de áudio para a introdução do episódio (*download* e edição no aplicativo *Audacity*);
- Definição da participação ou não de um entrevistado;
- Pesquisa bibliográfica sobre o tema;
- Pesquisa e edição da capa do episódio (feita no *Google Apresentações*);
- Revisão do roteiro de perguntas;
- Organização e combinação de datas para a gravação;
- Gravação do episódio pela plataforma *Google Meet* (conta disponibilizada pela UFRGS que possibilita essa gravação);
- Download da gravação e edição no aplicativo *Audacity*;
- Montagem e nova edição no aplicativo *Anchor*;
- Finalização, descrição do episódio e distribuição pelo aplicativo *Anchor* aos agregadores de *streaming*;
- Divulgação nas redes sociais *Instagram* e *WhatsApp*;
- Acompanhamento da repercussão de cada episódio e reforço da divulgação.

Até o momento, o *podcast* foi acessado 407 vezes (dados de 6 de setembro de 2021), distribuído conforme gráfico 1:



Gráfico 1: Número de “plays” de cada episódio do podcast



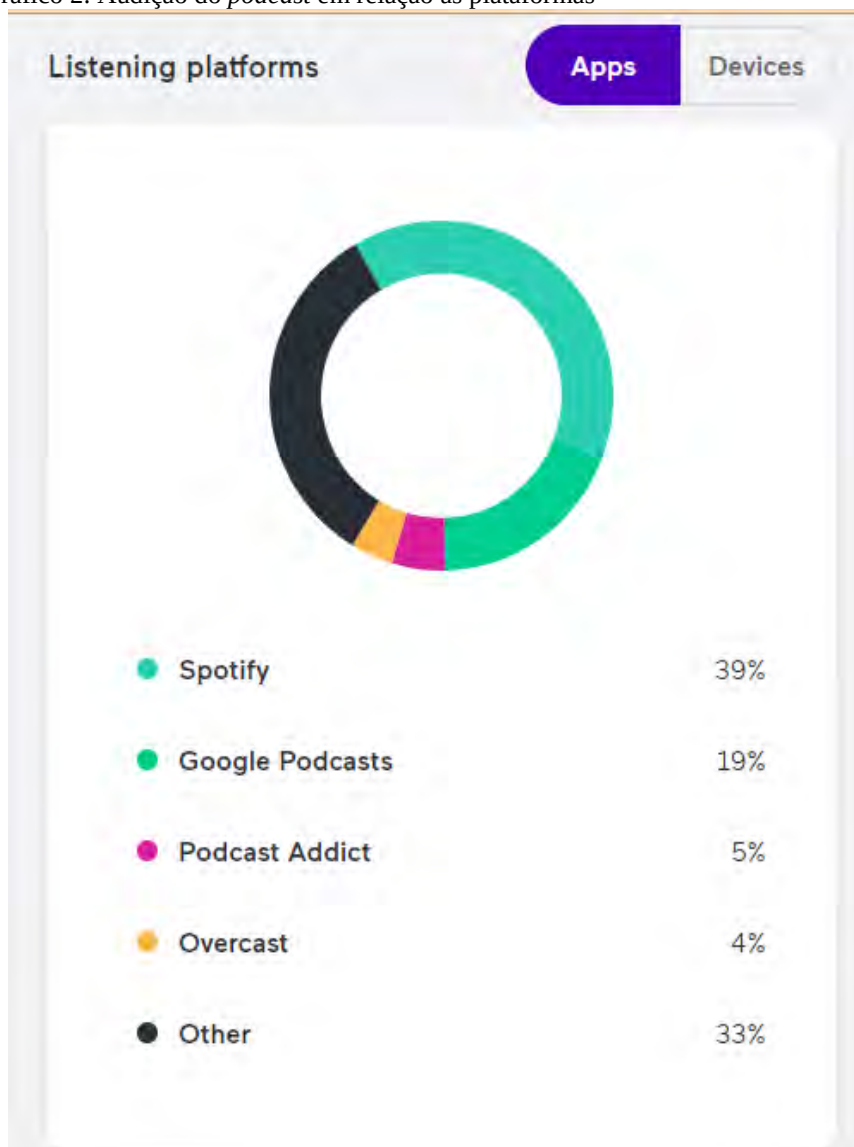
Fonte: Anchor FM (2021)

Quanto às plataformas (ou agregadores), o *podcast* foi escutado conforme gráfico abaixo:





Gráfico 2: Audição do *podcast* em relação às plataformas



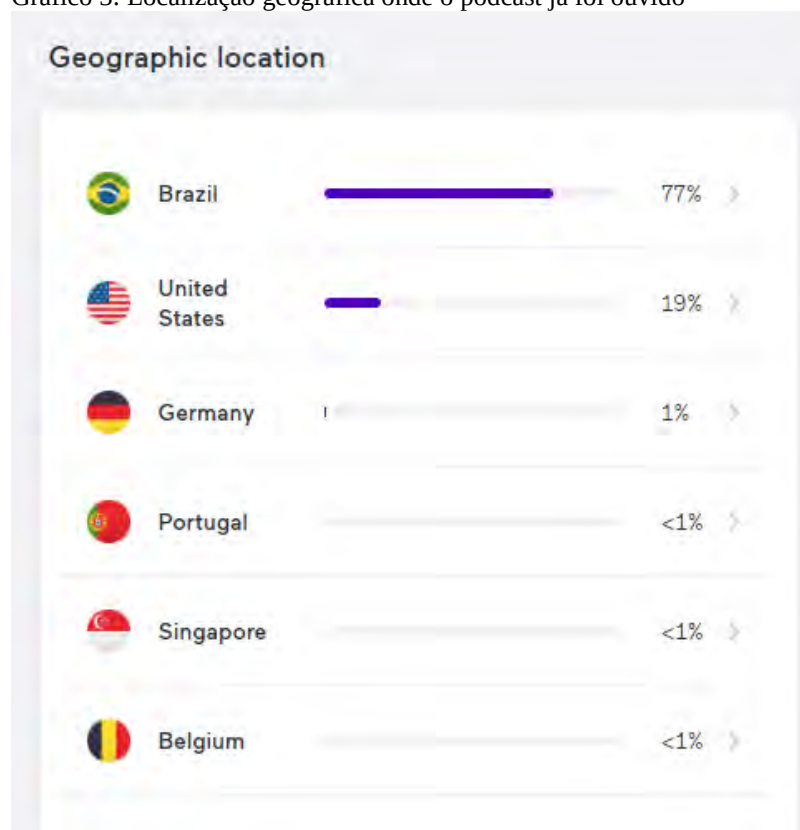
Fonte: Anchor FM (2021)

O gráfico abaixo mostra o local onde o *podcast* foi ouvido, segundo informações de IP<sup>3</sup> colhidas pelo aplicativo Anchor FM.

<sup>3</sup> IP (Internet Protocol): Segundo a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Lei do Marco Civil da Internet), é o código atribuído a um terminal de uma rede para permitir sua identificação, definido segundo padrões internacionais. É um número exclusivo, como um CPF, por exemplo, identificando computadores e outros dispositivos de acesso à Internet. Por meio dele, alguns dados de acesso são utilizados pelas mais diferentes plataformas, que coletam dados de localização, entre outros.



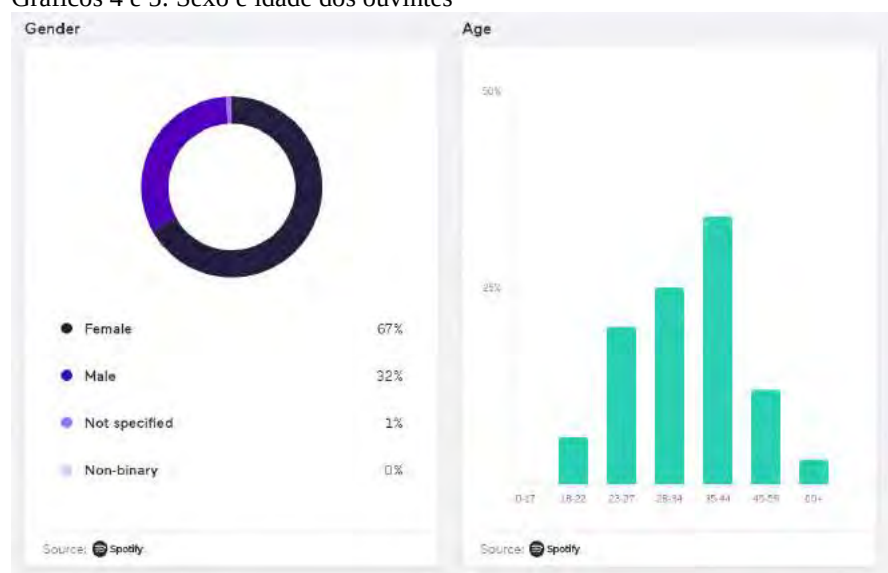
Gráfico 3: Localização geográfica onde o podcast já foi ouvido



Fonte: Anchor FM (2021)

Já os gráficos abaixo mostram informações de acesso quanto ao sexo e à idade dos ouvintes:

Gráficos 4 e 5: Sexo e idade dos ouvintes



Fonte: Spotify (2021)



## Desafios e dificuldades

São diversas as dificuldades encontradas para a realização dos episódios, principalmente as de caráter tecnológico, como por exemplo a falta de equipamentos mais adequados e de qualidade. Uma ideia inicial para dirimir esse problema foi a criação de uma campanha de financiamento coletivo pelo site *Apoia-se* (<https://apoia.se/defendaosuspodcast>) pela qual foi possível a compra de um microfone de melhor qualidade. Um problema ainda persistente é que o computador utilizado tem algumas limitações por ser de um modelo mais antigo. Os aplicativos e programas utilizados são gratuitos.

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul possui estúdio de gravação de áudios e *podcasts*, que se chama Rede Multivídeos e que surgiu a partir da identificação de uma grande demanda da Educação a Distância, vinculada aos cursos de graduação, de pós-graduação, de extensão, na modalidade a distância, como também de cursos presenciais com ações a distância. Gravações podem acontecer nos estúdios da Rede, que disponibilizam equipamentos específicos como câmeras, isolamento acústico, iluminação e projeções. Os estúdios parceiros da Rede Multivídeos possuem especificidades de infraestrutura e recursos, podendo atender diferentes demandas para produção de vídeos ou áudios. As gravações em estúdio são ideais para videoaulas ou entrevistas. As gravações de áudios também podem ser realizadas como recurso acadêmico. Essa seria uma importante alternativa na produção do *podcast Defenda o SUS!*, mas ficou inviabilizada devido à pandemia da Covid-19.

A criação e manutenção deste projeto é um grande desafio, é uma produção independente sem nenhum incentivo financeiro, com uma equipe pequena.

## 5. CONCLUSÃO

Enquanto um projeto de Promoção, Comunicação e Educação em Saúde, o *podcast Defenda o SUS!* possibilitou o contato com diversas ferramentas tecnológicas, assim como a ampliação de conhecimentos sobre os mais variados temas, possibilitando novas interfaces do processo ensino-aprendizagem em nível de graduação. O exercício da escrita, o planejamento e a síntese para a produção dos episódios, a leitura de artigos



científicos e o contato com pesquisadores e professores da área da saúde, possibilita que, a cada novo episódio, se aprimorem essas novas habilidades e permita vislumbrar um campo de atuação para a autora desse artigo, assim como para os futuros sanitaristas em formação.

Além disso, é preciso considerar que este é um campo em disputa e que tem uma grande potencialidade. Com as restrições a atividades presenciais devido à pandemia, houve um aumento significativo do acesso a plataformas digitais, com o acesso à internet também num crescente, muito embora devemos lembrar que o acesso ainda é precário a uma parcela grande da população que sofre os efeitos das desigualdades e iniquidades presentes na sociedade brasileira.

Por fim, a materialidade dá-se no exercício de escrita e de síntese na sua criação; assim representando uma inovação no campo da Comunicação em Saúde, para a construção de um produto barato e acessível a uma parcela da população que não tem outros meios para ampliar seus conhecimentos sobre saúde e seus mais variados temas, uma vez que a disponibilidade dos conteúdos e informações científicas dá-se de forma gratuita. Dessa forma, a universidade pública cumpre seu papel de compromisso social para com a sociedade, não estando, portanto, restrita ao meio acadêmico.

## 6. REFERÊNCIAS

ABPOD, Associação Brasileira de Podcasters. *PodPesquisa 2019*. Disponível em: <https://abpod.org/wp-content/uploads/2020/12/Podpesquisa-2019-Resultados.pdf>.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. *Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016*. 28 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016#:~:text=Desde%20que%20a%20Emenda%20Constitucional,tem%20diminu%C3%ADdo%20cada%20vez%20mais>.

BRASIL. *Lei 12.965 de 23 de Abril de 2014*. Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil. Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/112965.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112965.htm). Acesso em: 31 jul. 2021.



BUCCIONI, Tulio. *Podcast: você sabe o que é e qual a sua história?* Disponível em: <https://www.agenciajovem.org/wp/podcast-sabe-o-que-e-e-qual-o-seu-cenario/>. Acesso em: 15 out. 2020.

DANTAS-QUEIROZ, MARCOS V., WENTZEL, LIA C.P. and QUEIROZ, LUCIANO L. Science communication podcasting in Brazil: the potential and challenges depicted by two podcasts. *Anais da Academia Brasileira de Ciências* [online], v. 90, n. 2, p. 1891-1901, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0001-3765201820170431>.

JENKINS, Henry. *Cultura da Convergência*. 2 ed. São Paulo: Aleph, 2009.

JENKINS, Henry; GREEN, Joshua; FORD, Sam. *Cultura da Conexão: Criando valor e significado por meio da mídia propagável*. São Paulo: Aleph, 2014.

LÉVY, Pierre. *Cibercultura*. São Paulo: 34, 1999.

ROSSI, Amanda; BUONO, Renata. Planos de Saúde em Dívida com o SUS. *Revista Piauí*, São Paulo, 27 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/planos-de-saude-em-divida-com-o-sus/>.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues; CYRINO, Antônio Pinthon. As ciências sociais, a comunicação e a saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, p.151-172, 2003.

---

#### **Sandra Riter Machado<sup>i</sup>**

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Auxiliar Administrativo no Grupo Hospitalar Conceição

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4563-5803>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4700791596283168>

E-mail: [sandra.riter@ufrgs.br](mailto:sandra.riter@ufrgs.br)

#### **Cristianne Maria Famer Rocha<sup>ii</sup>**

Doutora e Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEDU/UFRGS). Professora Associada II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3281-2911>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6227320473881539>

E-mail: [cristianne.rocha@ufrgs.br](mailto:cristianne.rocha@ufrgs.br)

**Editor responsável:** Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 31 de julho de 2021.





---

Aceito em 24 de setembro de 2021.

Publicado em 22 de novembro de 2021.

---

**Como referenciar este artigo (ABNT):**

MACHADO, Sandra Riter; ROCHA, Cristianne Maria Famer. Defenda o SUS! Podcast como ferramenta de comunicação em saúde. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 127-145, 2021.



## Implantação de protocolo de assistência ao parto normal por enfermeiras obstetras em modelo colaborativo: relato de experiência

DOI: [10.29327/269776.1.1-10](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-10)

Raquel Vieira Schuster<sup>i</sup>

Agnes Ludwig Neutzling<sup>ii</sup>

Camila Borba da Luz<sup>iii</sup>

Carolina de Castilhos Teixeira Canassa<sup>iv</sup>

Dinara Dornfeld<sup>v</sup>

Gregório Corrêa Patuzzi<sup>vi</sup>

Simone Konzen Ritter<sup>vii</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** descrever a implantação de um protocolo para assistência ao parto normal por enfermeiras obstetras no modelo colaborativo em um hospital público de grande porte de Porto Alegre/RS. **Método:** estudo descritivo, do tipo relato de experiência, baseado na implantação de um protocolo para assistência ao parto normal por enfermeira obstetra em um hospital público. Observou-se os aspectos éticos em pesquisa, preservando o nome da instituição e dos participantes da experiência. **Descrição da experiência:** o protocolo assistencial foi criado em três etapas. Primeiro, organizou-se o fluxo de atendimento ao trabalho de parto e parto. Definiu-se que as parturientes em fase ativa do trabalho de parto, e com ausência de fatores de risco para o parto, serão distribuídas para assistência da equipe obstétrica de acordo com a proporção 1:1 (medicina:enfermagem obstétrica). Após, definiu-se os critérios que indicam fator de risco da gestante para o parto, a fim de delimitar os casos em que a assistência ao parto não deverá ser conduzida pela enfermeira obstetra. Ao final, validou-se o conteúdo do protocolo com a equipe multiprofissional do centro obstétrico da instituição. **Discussão:** o modelo colaborativo de assistência é uma recomendação das Boas Práticas do Parto e Nascimento e a implantação do protocolo reforça a visão integrativa e interdisciplinar do parto, assim como o protagonismo da mulher. **Conclusão:** sistematizar a distribuição da equipe obstétrica na assistência ao parto normal de risco habitual foi uma estratégia para garantir a atuação da enfermeira obstetra de acordo com uma realidade local. A implementação de protocolos assistenciais semelhantes em outras instituições pode contribuir para a qualificação do trabalho interdisciplinar e consolidar a atuação da enfermeira obstetra na assistência ao parto, proporcionando resultados benéficos para mulheres e recém-nascidos.

**Palavras-chave:** parto normal; protocolos clínicos; parto humanizado; enfermagem obstétrica.

### Implementation of a protocol for vaginal delivery assistance by obstetric nurses in the collaborative model: an experience report

#### ABSTRACT

**Objective:** To describe the implementation of a protocol for vaginal delivery assistance by obstetric nurses in the collaborative model in a large public hospital in Porto Alegre/RS, Brazil. **Method:** This is a descriptive study of the experience report type based on the implementation of a protocol for vaginal delivery assistance by obstetric nurses in a public hospital. The research ethics aspects were observed, preserving the names of the institution and the participants in the experience. **Description of the experience:** The assistance protocol was created in three steps. First, the labor and delivery care flow was organized. It was defined that the parturients in the active phase of labor and with no risk factors for delivery will be distributed for the assistance of the obstetric team according to the 1:1 proportion (obstetric medicine:nursing). After, the criteria that indicate the risk factors of the pregnant women for delivery were defined to delimit the cases in which delivery assistance shall not be conducted by obstetric nurses. In the end, the protocol content was validated with the multidisciplinary team of the obstetric center of the institution. **Discussion:** The collaborative assistance model is a recommendation of the Best Practices in Delivery and Birth, and the implementation of the protocol reinforces the integrative and



interdisciplinary view of delivery, as well as the protagonism of women. Conclusion: Systematizing the distribution of the obstetric team in usual-risk vaginal delivery assistance was a strategy to guarantee the activity of obstetric nurses according to local reality. The implementation of similar assistance protocols in other institutions may contribute to the qualification of interdisciplinary work and consolidate the activity of obstetric nurses in delivery assistance, providing beneficial results for women and newborns.

**Keywords:** vaginal delivery; clinical protocols; humanized delivery; obstetric nursing.

## 1. INTRODUÇÃO

No contexto da assistência obstétrica, o modelo colaborativo consiste na incorporação da profissional Enfermeira Obstetra (EO)<sup>1</sup> à equipe de saúde durante a assistência ao trabalho de parto e parto (BRASIL, 2014). Em nível mundial, as discussões referentes ao modelo de assistência obstétrica têm como base a perspectiva da Prática Baseada em Evidências, expressa pelas recomendações das “Boas Práticas do Parto e Nascimento”. Tais recomendações são preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e ratificadas em nível nacional pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A inserção da EO nas equipes hospitalares de assistência obstétrica é uma das recomendações para a qualificação da assistência ao parto. Entende-se que a atuação desta profissional reduz o emprego de intervenções desnecessárias durante a cena do parto, promove o estímulo ao processo fisiológico da parturição, e ainda, proporciona uma maior satisfação das mulheres durante a experiência do parto (SANDALL *et al.*, 2016; RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2020).

Os dados do inquérito “Nascer no Brasil”, que acompanhou 23.984 mulheres das cinco regiões do país, demonstraram que apenas 5% das parturientes não tiveram intervenções assistenciais durante o seu trabalho de parto e parto, embora o parto seja considerado um evento fisiológico e que, na maioria das situações, não necessitaria de interferências (LEAL *et al.*, 2014). Dessa forma, corrobora-se o fato de que a assistência obstétrica no Brasil é fortemente intervencionista.

Frente a esse contexto assistencial predominante no país, o modelo colaborativo de assistência ao parto com atuação das enfermeiras obstetras mostra-se como um caminho para a atenção às mulheres, com respeito à fisiologia do parto e ao

<sup>1</sup> Optou-se por utilizar o termo enfermeira obstetra no feminino, visto que as mulheres representam o maior número na categoria profissional.



protagonismo da parturiente (RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2020). Assim, o modelo colaborativo tem sua importância reconhecida, já que proporciona assistência qualificada e menos intervencionista, além de melhores desfechos maternos e neonatais, demonstrando ter potencial para modificar o cenário brasileiro (FREIRE *et al.*, 2017; RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2020). Nesse intuito, o objetivo deste artigo é descrever a implantação de um protocolo para assistência ao parto normal por enfermeiras obstetras no modelo colaborativo em um hospital público de grande porte de Porto Alegre/RS.

## 2. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O cenário deste relato de experiência é um hospital público de grande porte localizado no município de Porto Alegre/RS, que presta 100% dos seus atendimentos através do Sistema Único de Saúde (SUS). O desenvolvimento do protocolo assistencial ao parto normal de risco habitual foi realizado pelas EO em parceria com médicos obstetras, lotados no centro obstétrico da instituição. O protocolo foi desenvolvido em 3 etapas: organização do fluxo de atendimentos, definição dos critérios de fatores de risco para o parto e validação do protocolo.

O presente relato de experiência observou os aspectos éticos em pesquisa, preservando o nome da instituição e dos participantes da experiência. Além disso, foi obtida a anuência da instituição hospitalar para o uso dos documentos, protocolos e indicadores institucionais.

### *Desenvolvimento da assistência ao parto na instituição*

A inserção da EO na assistência ao parto vaginal na instituição iniciou de forma incipiente de 2010 até 2013. Nesse período, essa atuação ocorria, principalmente, durante os estágios práticos do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica de uma universidade privada. A partir de 2013, a presença da EO na assistência direta ao parto foi instituída formalmente com base nas Diretrizes da política pública da Rede Cegonha. Nesse mesmo ano, o colegiado de gestão da maternidade pactuou como meta da equipe que 5% dos partos vaginais seriam assistidos pelas EO. Após esse marco



institucional, houve crescimento significativo no percentual de partos vaginais assistidos por enfermeiras obstetras, atingindo a taxa de 35% nos anos de 2018 e 2019.

Essa transição no modelo de assistência ao parto, ocorreu de forma lenta e gradual, sendo influenciada por diversos fatores que contribuíram para a consolidação da assistência ao parto em modelo colaborativo. Dentre esses, destacamos: 1) a instituição tornou-se campo prático de estágio para diversos cursos de formação de EO; 2) as coordenações de enfermagem e médica (obstetrícia e pediatria) uniram esforços na busca da melhoria dos indicadores de boas práticas no parto e nascimento mediante a inserção da EO na assistência ao processo de parturição; 3) as enfermeiras obstetras do serviço realizaram cursos de aprimoramento profissional ofertados pelo Ministério da Saúde; 4) a coordenação de Enfermagem da maternidade definiu a especialização em Enfermagem Obstétrica como requisito para a seleção de enfermeiras do centro obstétrico; 5) o número de enfermeiras obstetras que compõem a equipe do centro obstétrico duplicou, passando de duas para quatro enfermeiras por turno, por conta da assistência ao parto em modelo colaborativo e da implantação do Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico. Além dos aspectos enumerados, a consolidação desse novo modelo também é marcada pelo constante aprimoramento de conhecimentos e habilidades das enfermeiras obstetras e pelo empenho destas profissionais em garantir a autonomia no exercício de sua profissão (MACIEL; DORNFELD, 2019).

Os indicadores de boas práticas no parto e nascimento referentes ao ano de 2019<sup>2</sup> mostraram que a instituição atendeu em média 300 nascimentos por mês. Verificou-se que 60,2% dos nascimentos ocorreram por parto vaginal, dos quais 95,1% das parturientes tiveram um acompanhante de sua escolha, 71,6% utilizaram tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica, 71% receberam dieta durante o trabalho de parto, 85,5% assumiram posição não-litotômica para parir, e 23,4% tiveram dispositivo intrauterino (DIU) de cobre inserido no pós-parto imediato. Além disso, 92% dos bebês que nasceram por via vaginal tiveram clampeamento oportuno do cordão umbilical, 90% fizeram uma hora ou mais de contato pele a pele com suas mães, e 86,2% foram amamentados na primeira hora de vida.

<sup>2</sup> Os dados referentes aos indicadores assistenciais foram obtidos a partir do sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente da instituição em estudo.





Os indicadores demonstram, ainda, que houve laceração perineal em 49,6% dos partos vaginais classificados em: grau I (58,6%); grau II (39,8%); grau III (1,3%); e grau IV (0,1%). Quanto às práticas que requerem indicação criteriosa, a ocitocina sintética foi utilizada em 40,8% dos trabalhos de partos, enquanto 2,2% dos partos vaginais necessitou do uso de fórceps, 24,5% de amniotomia, 19,5% de analgesia de parto, e 9,4% de episiotomia.

## *Descrição do Protocolo Assistencial*

Para o período de 2020/2021, a meta definida pelo colegiado de gestão da maternidade é de que, no mínimo, 35% dos partos vaginais sejam assistidos por EO no modelo colaborativo de assistência. Através das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, o Ministério da Saúde recomenda aos gestores das instituições de saúde brasileiras que proporcionem condições para a implementação do modelo colaborativo (BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos, comissão nacional de incorporação de tecnologias no sistema único de saúde, 2016). Assim, para sistematizar a assistência ao trabalho de parto e parto, bem como o trabalho da equipe, criou-se o protocolo assistencial em três etapas que serão descritas a seguir.

A primeira etapa consistiu em organizar o fluxo de parturientes e do atendimento ao trabalho de parto e parto. Definiu-se que todas as parturientes que estiverem em fase ativa do trabalho de parto e com ausência de fatores de risco para o parto, serão distribuídas para assistência da equipe obstétrica de acordo com a proporção 1:1 (Quadro 1). Essa divisão de 1:1 foi definida a fim de oportunizar a consolidação da assistência prestada pelas EO no parto, além de favorecer o aprendizado de residentes que estão em formação neste hospital-escola.

Quadro 1 - Distribuição da assistência às parturientes por equipe

| Parturientes | Equipe                |
|--------------|-----------------------|
| 1ª           | Medicina              |
| 2ª           | Enfermagem Obstétrica |
| 3ª           | Medicina              |
| 4ª           | Enfermagem Obstétrica |
| 5ª           | Medicina              |



Fonte: elaborado pelos autores.

Nesse contexto, a enfermagem obstétrica realiza acompanhamento das parturientes com risco habitual para o parto, conforme será apresentado ao longo do texto. Nesta etapa, também elencou-se eventualidades que podem gerar alterações no fluxo de parturientes e na equipe responsável pela assistência ao trabalho de parto e parto: se uma parturiente acompanhada pela EO apresentar distócia e/ou situação de urgência, sua assistência será transferida para a equipe médica, e a próxima gestante a atingir a fase ativa terá a assistência direcionada à EO; se uma parturiente com risco habitual para o parto desejar a assistência pela EO, será encaminhada a esta profissional, independentemente da ordem de distribuição inicial, porém a próxima parturiente a atingir a fase ativa do trabalho de parto será direcionada à equipe médica. Essa situação foi descrita com a finalidade de garantir a autonomia das parturientes quanto à sua decisão de ter acompanhamento do parto realizado diretamente por EO.

A segunda etapa da construção do protocolo envolveu a definição dos critérios que indicam fator de risco da gestante para o parto. De acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, a assistência ao parto e ao nascimento de baixo risco pode ser realizada por EO ou obstetritz (BRASIL, 2016). Diante disso, nesta etapa, incluiu-se no protocolo assistencial uma lista de condições clínicas que resultam em fator de risco para o parto (Quadro 2).

Quadro 2: Condições clínicas da gestante indicando fatores de risco para o parto.

| DISTÚRBIOS              | CONDIÇÃO CLÍNICA                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cardiovasculares</b> | - Cardiopatia confirmada<br>- Hipertensão prévia em uso de tratamento medicamentoso                                                                                                                                              |
| <b>Respiratórios</b>    | - Fibrose Cística                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Hematológicos</b>    | - Hemoglobinopatias (ex.: anemia falciforme)<br>- História de doença tromboembólica<br>- Distúrbios plaquetários ou contagem de plaquetas < 100.000/mL<br>- Doença de Von Willebrand<br>- Distúrbio hemorrágico materno ou fetal |



|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          | - Anticorpos atípicos que carregam risco de doença hemolítica do recém-nascido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Endócrinos</b>        | - Diabetes tipo 1 ou 2<br>- Hipertireoidismo/Hipotireoidismo sem adesão ao tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Infecciosos</b>       | - Hepatite B/C com testes de função hepática anormais<br>- Toxoplasmose (doença ativa)<br>- Varicela/Rubéola/Herpes genital atual na mãe ou feto<br>- Tuberculose (doença ativa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Imunológicos</b>      | - Lúpus eritematoso sistêmico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Renais</b>            | - Função renal anormal<br>- Nefropatia necessitando supervisão de especialista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Neurológicos</b>      | - Epilepsia<br>- Miastenia Gravis<br>- Acidente vascular cerebral prévio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Gastrointestinais</b> | - Hepatopatia com testes de função hepática anormais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Ginecológicos</b>     | - Miomectomia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>da Gravidez Atual</b> | - IG < 37 semanas ou > 42 semanas<br>- Gestação múltipla<br>- Placenta prévia<br>- Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia<br>- Hipertensão gestacional em uso de medicamentos<br>- Descolamento prematuro de placenta<br>- Anemia (hemoglobina < 8,5 g/dL no início do trabalho de parto)<br>- Diabetes gestacional em uso de tratamento medicamentoso<br>- Feto pequeno para a idade gestacional (< percentil 5 ou velocidade de crescimento reduzida ao ultrassom)<br>- Frequência cardíaca fetal anormal/Alteração fetal em ultrassom Doppler<br>- Oligodrômio/polidrômio ao ultrassom |

Fonte: Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos, comissão nacional de incorporação de tecnologias no sistema único de saúde, 2016) - adaptado.

Portanto, pactuou-se que, para que o parto seja classificado como de risco habitual e possa ser assistido pela EO, a parturiente não pode apresentar tais condições clínicas. Destaca-se que, apesar das parturientes que apresentam fatores de risco para o



parto terem seu trabalho de parto e parto assistidos pela equipe médica, a equipe de enfermeiras obstetras também participa desta assistência através do emprego das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica. No entanto, definiu-se que em casos específicos (ex.: período expulsivo iminente sem profissional médico presente no ambiente) a EO terá respaldo para assistência ao parto de gestantes com algum fator de risco para o parto.

A última etapa consistiu em validar o conteúdo do protocolo com a equipe multiprofissional que exerce suas atividades no centro obstétrico da instituição. A validação ocorreu em reunião específica, onde estavam presentes mais de 70% dos médicos e enfermeiras obstetras integrantes da equipe assistencial do centro obstétrico. Além disso, também estavam presentes representantes da gestão, enfermeiras e médicos da maternidade. Nesta etapa final, realizou-se a apresentação do novo protocolo assistencial para os profissionais presentes na reunião, e após houve um momento destinado para contribuições, sugestões de adequações e questionamentos. Ao final desta etapa, o protocolo foi considerado validado pela equipe e teve sua implementação concretizada como novo modelo assistencial a ser praticado no centro obstétrico da instituição.

### 3. DISCUSSÃO

A iniciativa da implantação do referido protocolo contempla o tripé conceitual da humanização do nascimento que inclui a visão integrativa e interdisciplinar do parto, além do protagonismo da mulher e da Prática Baseada em Evidências. O modelo colaborativo de assistência é uma das recomendações entre as boas práticas para atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018) que direciona para o resgate da humanização do nascimento, na medida em que eleva o nascimento a “evento humano” e não apenas a “evento biológico”, considerando que nesse momento estão envolvidos aspectos emocionais, fisiológicos, sociais, culturais e espirituais (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, a inserção da EO no atendimento ao parto tem potencial para o alcance de experiências maternas mais satisfatórias. Essas profissionais têm buscado se



qualificar com base na Prática Baseada em Evidências, dentro de uma linha de maior liberdade de expressão do corpo feminino e da sua fisiologia de forma humanizada e menos intervencionista (SANDALL *et al.*, 2016; FREIRE *et al.*, 2017). A assistência das enfermeiras obstetras transmite segurança e apoio à parturiente, reforçando o protagonismo da mulher, e promovendo desfechos maternos e neonatais favoráveis (RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2020).

Contudo, sabe-se que, historicamente, a obstetrícia foi marcada por uma hegemonia médica. No Brasil, ainda se observa uma dificuldade de integração entre a equipe multiprofissional nesse campo de atuação, visto que o reconhecimento das competências e da autonomia da EO na assistência ao parto permanece pouco expressivo. Essa realidade favorece um ambiente de enfrentamentos e conflitos, tornando necessárias estratégias de gestão que favoreçam a assistência compartilhada ao parto, como a criação de espaços de discussão sobre práticas de cuidado e de protocolos assistenciais. Tais estratégias são identificadas como recurso fundamental para o aumento da autonomia profissional da EO e para organização do serviço (MACIEL; DORNFELD, 2019).

A experiência relatada neste trabalho segue esse contexto, visto que a criação do protocolo para assistência ao parto normal por EO ocorreu como resultado da busca pela organização do cuidado prestado na instituição, bem como para garantir a autonomia profissional das enfermeiras obstetras. Além disso, a partir de espaços de discussão e integração da equipe, desenvolveu-se um trabalho interdisciplinar em todas as etapas da construção e validação do protocolo.

De forma complementar, é relevante discutir que a inserção da EO, sustentada pela implantação do protocolo assistencial supracitado, foi gradualmente conferindo transformações nos processos de trabalho relacionados à assistência ao parto e nascimento. As práticas recomendadas para assistência segura ao parto e nascimento (BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos, comissão nacional de incorporação de tecnologias no sistema único de saúde, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), identificadas com frequência em estudos que investigaram a atuação da EO nesse cenário (FREIRE *et al.*, 2017; RITTER;





GONÇALVES; GOUVEIA, 2020), estão em processo de consolidação no cotidiano assistencial da instituição em estudo. Estudos nacionais demonstram que mulheres em trabalho de parto acompanhadas por EO apresentaram maior probabilidade de receberem dieta, de movimentarem-se livremente, de terem acesso a tecnologias não invasivas de cuidado e de serem avaliadas com o uso de partograma (GAMA *et al.*, 2016; FREIRE *et al.*, 2017; ALVES *et al.*, 2019; RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2020). Esses estudos também relataram que algumas intervenções foram utilizadas com menor frequência (ex.: anestesia, posição litotômica e episiotomia) e que a incidência de cesariana foi menor. Em consonância com essas evidências, a utilização do protocolo desenvolvido contribui para a redução de práticas controversas através do avanço da inserção da EO na assistência ao parto.

Ainda, percebe-se que a consolidação do protocolo de assistência ao parto no modelo colaborativo na instituição sofre alguns entraves de ordem gerencial, de recursos humanos e também de relações interpessoais. A rotatividade de funcionários é frequente, e a alternância de profissionais na equipe prejudica a adesão ao protocolo, interferindo na manutenção das pactuações estabelecidas.

No entanto, a nova organização do processo de trabalho favoreceu uma melhor compreensão, por parte da equipe multiprofissional do centro obstétrico, sobre o papel da enfermeira obstetra e sobre sua importante contribuição para desfechos favoráveis na assistência. Assim, essa experiência teve implicações positivas para a promoção do trabalho interdisciplinar entre a equipe multiprofissional e para a afirmação da identidade da EO enquanto profissional que atua na assistência ao processo de parto e nascimento.

A implantação do protocolo para sistematizar a distribuição da equipe obstétrica no atendimento ao parto normal de risco habitual aqui descrita visa atingir uma curva de desenvolvimento adequada à competência de cada profissão. Ainda, traz contribuições para os seguintes fatores: garantir a obtenção da meta anual proposta pela equipe da instituição (35% de partos vaginais assistidos pela EO); qualificar o trabalho interprofissional, diminuindo tensões relacionais entre integrantes da equipe



assistencial; e favorecer a assistência qualificada e humanizada às parturientes, conforme preconizado pela OMS e Ministério da Saúde.

As equipes de enfermagem obstétrica e de médicos obstetras devem manter um trabalho interdisciplinar com o objetivo de prestar assistência ao parto baseada em evidências científicas, visto que a soma das competências dessas equipes é capaz de produzir resultados ainda mais satisfatórios. Além disso, esse modelo é capaz de produzir um nível maior de aprendizado aos profissionais que estão realizando suas atividades práticas de formação na instituição. Nesse modelo, é esperado que médicos contribuam no ensino de especializandas/residentes de Enfermagem Obstétrica, e que enfermeiras obstetras também participem do ensino de residentes médicos de Obstetrícia.

Como limitação dessa experiência, é possível citar a necessidade de aprimorar a comunicação efetiva entre os profissionais da equipe. Nesse aspecto, observa-se que falhas de comunicação entre a equipe e conflitos interpessoais interferem na execução da assistência ao trabalho de parto e ao parto de acordo com o definido pelo protocolo assistencial implantado. Em complemento, percebe-se que a ausência de um registro da distribuição do fluxo de parturientes sem risco para o parto nos diferentes turnos de trabalho, por vezes, é responsável pela falha de seguimento do protocolo de forma contínua. Destaca-se que ferramentas de comunicação entre a equipe interprofissional podem ser melhoradas visando a transição e a continuidade do cuidado.

#### 4. CONCLUSÃO

A relevância deste relato centra-se na proposta de sistematizar a distribuição da equipe obstétrica na assistência ao parto normal de risco habitual na proporção de 1:1 (medicina: enfermagem obstétrica) como uma estratégia para garantir a atuação da Enfermagem Obstétrica em uma realidade local/regional na qual o modelo biomédico apresenta grande hegemonia. Por meio do compartilhamento de uma experiência bem sucedida, almeja-se contribuir para o fortalecimento da autonomia das enfermeiras obstetras no exercício de sua profissão, bem como fornecer subsídios para a inserção dessas profissionais na assistência ao parto em outras maternidades brasileiras.



A partir dos resultados dessa experiência, sugere-se a implementação, em outras instituições, de protocolos assistenciais semelhantes ao apresentado, a fim de favorecer a inserção de EO na assistência direta ao parto e de proporcionar resultados benéficos para mulheres e recém-nascidos. Em suma, esse modelo de assistência tem importante potencial de transformação da prática obstétrica vigente no país.

## 5. REFERÊNCIAS

ALVES TCM, *et al.* Contribuições da Enfermagem Obstétrica para as Boas Prática no Trabalho de Parto e Parto Vaginal. *Enferm Foco* [Internet], v. 10, n. 4, p. 54–60, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2210/605>. Acesso em: 03 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humanização do Parto e do Nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humaniza\\_cao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humaniza_cao_parto.pdf). Acesso em: 03 ago. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf). Acesso em: 03 ago. 2021.

FREIRE HSS, *et al.* Parto Normal Assistido por Enfermeira: experiência e satisfação de puérperas. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. v. 11, n. 6, p. 2357–67, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23398/19057>. Acesso em: 03 ago. 2021.

GAMA SGN, *et al.* Labor and Birth Care by Nurse with Midwifery Skills in Brazil. *Reprod Health* [Internet]. v. 13, n. 1, p. 226–65, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0236-7>. Acesso em: 03 ago. 2021.

LEAL MC, *et al.* Intervenções Obstétricas durante o Trabalho de Parto e Parto em Mulheres Brasileiras de Risco Habitual. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 30, n. Suppl 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8763/1/Intervenções%20obstétricas%20durante%20o%20trabalho.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2021.

MACIEL VS; DORNFELD D. A Inserção da Enfermeira Obstétrica na Assistência Hospitalar ao Parto. *Enferm Foco* [Internet]. v. 10, n. 4, p. 148–52, 2019. Disponível



em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/979/618>. Acesso em: 03 ago. 2021.

RITTER SK; GONÇALVES ADC; GOUVEIA HG. Práticas Assistenciais em Partos de Risco Habitual. *Acta Paulista de Enfermagem* [online], São Paulo, v. 33, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v33/1982-0194-ape-33-eAPE20180284.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2021.

SANDALL J; SOLTANI H; GATES S; SHENNAN A; DEVANE D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>. Acesso em: 03 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 03 ago. 2021.

## **Raquel Vieira Schuster<sup>i</sup>**

Mestre em enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Enfermeira Obstetra e preceptora da Residência em Enfermagem Obstétrica no Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC. Professora da Escola de Saúde da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Contribuição de autoria: Concepção do estudo, análise e discussão e revisão final do manuscrito. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8021-1443>  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1894147570278083>  
E-mail: [enfschuster@gmail.com](mailto:enfschuster@gmail.com)

## **Agnes Ludwig Neutzling<sup>ii</sup>**

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS. Enfermeira Obstetra no Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC. Professora da Escola de Saúde da UNISINOS. Contribuição de autoria: Concepção do estudo, análise e discussão e revisão final do manuscrito. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6796-4750>  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4681707470441759>  
E-mail: [ati.ludwig@gmail.com](mailto:ati.ludwig@gmail.com)

## **Camila Borba da Luz<sup>iii</sup>**

Mestre em enfermagem pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Enfermeira Obstetra no Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC. Contribuição de autoria: Análise e discussão e revisão final do manuscrito. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2922-2232>  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4742988105411839>  
E-mail: [milaborb@gmail.com](mailto:milaborb@gmail.com)

## **Carolina de Castilhos Teixeira Canassa<sup>iv</sup>**

Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Enfermeira Obstetra no Hospital Nossa Senhora da Conceição.



Contribuição de autoria: Análise e discussão e revisão final do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6412-9661>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2429837262920105>

E-mail: [carolina\\_castilhos@hotmail.com](mailto:carolina_castilhos@hotmail.com)

## Dinara Dornfeld<sup>v</sup>

Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Supervisora dos Programas Atenção Materno-Infantil e Obstetrícia e Enfermagem Obstétrica da Residência Multiprofissional em Saúde GHC.

Contribuição de autoria: Concepção do estudo, análise e discussão e revisão final do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7566-4966>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2666072122885531>

E-mail: [dinara@ghc.com.br](mailto:dinara@ghc.com.br)

## Gregório Corrêa Patuzzi<sup>vi</sup>

Especialista em Atenção Materno-Infantil e Obstetrícia pela Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Enfermeiro Obstetra no Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC.

Contribuição de autoria: Concepção do estudo, análise e discussão e revisão final do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5358-0916>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8409763430943677>

E-mail: [gregorio.patuzzi@hotmail.com](mailto:gregorio.patuzzi@hotmail.com)

## Simone Konzen Ritter<sup>vii</sup>

Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Enfermeira Obstetra no Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC.

Contribuição de autoria: Análise e discussão e revisão final do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7623-6461>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7065424345282956>

E-mail: [siritter@icloud.com](mailto:siritter@icloud.com)

**Editor responsável:** Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 13 de agosto de 2021.

Aceito em 24 de setembro de 2021.

Publicado em 22 de novembro de 2021.

### Como referenciar este artigo (ABNT):

SCHUSTER, Raquel Vieira; NEUTZLING, Agnes Ludwig; LUZ, Camila Borba da; *et al.* Implantação de protocolo de assistência ao parto normal por enfermeiras obstetras em modelo colaborativo: relato de experiência. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 146-159, 2021.





## Participação da gestão de risco assistencial no monitoramento dos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19: relato de experiência

DOI: [10.29327/269776.1.1-11](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-11)

Victória Tiyoko Moraes Sakamoto<sup>i</sup>

Stephanie Greiner<sup>ii</sup>

Laura Cristina dos Santos<sup>iii</sup>

Fernanda de Avila Carvalho Neves<sup>iv</sup>



### RESUMO

**Objetivo:** Relatar a experiência de profissionais da Gestão de Risco Assistencial inseridas no Grupo de Trabalho de Monitoramento para qualificação dos processos de trabalho relacionados ao acompanhamento de profissionais afastados por suspeita ou diagnóstico de COVID-19 em instituição pública de saúde do sul do país, referência em atendimentos na pandemia. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. **Resultados:** O Grupo de Trabalho de Monitoramento foi uma estratégia de enfrentamento idealizada com o intuito de aproximar a instituição dos profissionais durante a pandemia, proporcionando uma escuta humanizada, um acompanhamento adequado e orientações pertinentes para o período de afastamento do profissional. A Gestão de Risco Assistencial contribuiu para a qualificação e reorganização dos processos de trabalho e desenvolvimento de indicadores que foram essenciais para a dinâmica de acompanhamento dos profissionais de saúde durante a pandemia. **Conclusão:** Evidencia-se que a Gestão de Risco Assistencial auxiliou estrategicamente a alta gestão da instituição com o desenvolvimento de indicadores que contribuíram para as tomadas de decisão em gabinete de crise, retratando o cenário real vivenciado. Além disso, proporcionou a qualificação da assistência prestada aos profissionais de saúde da instituição, com atendimentos personalizados e periódicos durante o período de afastamento até o reingresso às atividades laborais.

**Palavras-chave:** COVID-19; gestão de riscos; estratégias; gestão em saúde; serviços de atendimento.

### Participation of assistance risk management in the monitoring of health professionals during the COVID-19 pandemic: an experience report

#### ABSTRACT

**Objective:** To report the experience of Assistance Risk Management professionals inserted into the Monitoring Workgroup for the qualification of work processes related to the monitoring of professionals on leave due to suspicion or diagnosis of COVID-19 in a public health institution in southern Brazil, a reference in care during the pandemic. **Method:** This is a descriptive study of the experience report type. **Results:** The Monitoring Workgroup was a coping strategy idealized to approximate the institution and the professionals during the pandemic, providing humanized listening, appropriate monitoring, and pertinent guidance for the leave period of the professional. The Assistance Risk Management contributed to the qualification and reorganization of the work processes and the development of indicators that were essential for the dynamic of monitoring the health professionals during the pandemic. **Conclusion:** It is made evident that the Assistance Risk Management strategically helped the high management of the institution with the development of indicators that contributed to crisis cabinet decision-making, depicting the real scenario experienced. Moreover, it provided the qualification of the assistance provided to the health professionals of the institution, with personalized and periodic care during their leave periods until they returned to work activities.

**Keywords:** COVID-19; risk management; strategies; health management; assistance services.



## 1. INTRODUÇÃO

No ano de 2020, a pandemia do vírus SARS-CoV-2 (COVID-19) gerou aos gestores a necessidade de um olhar mais apurado, a fim de compreender o profissional, principalmente nas instituições de saúde, como indivíduos. Sabe-se que profissionais atuantes na área da saúde, principalmente a nível hospitalar, apresentam um risco maior de exposição ao vírus. Em alguns países, por exemplo, a proporção de profissionais diagnosticados com COVID-19 correspondia a uma média de 12% do número total de casos (CYR *et al.*, 2021).

Os profissionais de saúde da linha de frente ao combate do COVID-19 possuem o maior risco de se infectar e transmitir a doença, estudos demonstraram que a classe profissional mais afetada foi a enfermagem (SHANAFELT; RIPP; TROCKEL, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020). Os impactos nos trabalhadores da saúde foram, conforme estudos, complicações clínicas graves em 5% e 0,5% fatais (SHANAFELT; RIPP; TROCKEL, 2020).

De acordo com informações divulgadas no portal eletrônico da Organização Pan-Americana da Saúde, até a primeira quinzena de setembro de 2021, aproximadamente 21.247.094 casos foram diagnosticados com COVID-19 no país (OPAS, 2020). Além disso, alguns profissionais podem desenvolver efeitos psicológicos importantes, o que pode acarretar em consequências negativas para as instituições de saúde (RAJKUMAR, 2020). Dessa maneira, faz-se necessário planejar e realizar intervenções de forma precoce e contínua para contribuir com as equipes de forma positiva, especialmente nos cenários de surtos epidêmicos de alta mortalidade (SRIVATSA; STEWART, 2020).

Por essa razão, cuidar da saúde mental das equipes, durante a pandemia da COVID-19 é essencial para a segurança dos trabalhadores e dos pacientes. Muitas vezes, o sofrimento emocional se torna inerente ao processo de enfrentamento, o que não significa que os profissionais não possam continuar fazendo seu trabalho ou que isso seja uma fraqueza (EBSERH, 2020). E, de acordo com Shanafelt, Ripp e Trockel (2020), gerenciar a saúde mental dos profissionais e o bem-estar psicossocial durante esse período é tão importante quanto gerenciar sua saúde física principalmente para que



eles possam ter melhor capacidade de cumprir seus papéis e desenvolver suas atividades.

Durante a pandemia de COVID-19, uma instituição pública de saúde se tornou referência para atendimento de pacientes adultos e pediátricos suspeitos ou com diagnóstico confirmado de COVID-19. Para atender às demandas, foram necessárias novas estratégias de enfrentamento, tendo em vista que unidades de internações, áreas da emergência e unidades de terapia intensiva foram transformadas em áreas COVID. A realidade da instituição acompanhou o cenário global das demais instituições de saúde, vivenciando diariamente um aumento crescente de profissionais que se afastaram por sintomas compatíveis de síndrome gripal e que, após os testes, confirmaram o diagnóstico de COVID-19.

Dentre as medidas adotadas, idealizou-se um grupo de trabalho responsável por monitorar, acompanhar e orientar os profissionais, com o intuito de aproximar a instituição dos profissionais nesse momento de fragilidade, em que o profissional se torna paciente. Assim, estruturou-se o Grupo de Trabalho (GT) de Monitoramento, um serviço que recebia inúmeras ligações e acompanhava os profissionais a partir de registros e agendamentos manuais. Com o aumento exponencial do número de casos positivos na instituição, a demanda se tornou superior aos recursos humanos até então disponíveis, carecendo de maior suporte.

No final de abril, profissionais da Gestão de Risco Assistencial (GRA) se inseriram no GT para contribuir com as demandas. Após o diagnóstico do cenário vivenciado, a equipe da GRA evidenciou a necessidade de reestruturar alguns processos de trabalho pré-existent para otimizar a rotina diária. Dentre as estratégias propostas pela GRA, foram desenvolvidas ferramentas de registro para o acompanhamento dos profissionais e gerenciamento de dados para indicadores institucionais.

Este estudo teve por objetivo relatar a experiência de profissionais da Gestão de Risco Assistencial inseridas no Grupo de Trabalho de Monitoramento para qualificação dos processos de trabalho relacionados ao acompanhamento de profissionais afastados por suspeita ou diagnóstico de COVID-19 em instituição pública de saúde do sul do país, referência em atendimentos na pandemia.



## 2. MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por profissionais da Gestão de Risco Assistencial de uma instituição pública de referência para atendimentos de pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19 no sul do país, após inserção no grupo de trabalho de monitoramento e acompanhamento dos trabalhadores afastados por suspeita ou diagnóstico confirmado. O estudo surgiu a partir da perspectiva de documentar a vivência aliada à utilização de ferramentas e abordagens presentes nas atividades do serviço de origem e que convergem para a qualificação da proposta do grupo de trabalho.

A instituição de saúde é composta por mais de nove mil profissionais alocados em quatro unidades hospitalares, uma unidade de pronto atendimento e unidades de saúde da atenção primária. Além dos atendimentos aos pacientes, a instituição dispõe de um Centro de Triage, atualmente configurado como um espaço dedicado exclusivamente para avaliação e testagem dos trabalhadores da instituição, quando apresentam sintomas compatíveis com síndrome gripal. O Grupo de Trabalho de Monitoramento estava alocado em sala do prédio administrativo, devido à disposição do espaço físico de trabalho.

As atividades realizadas pelos profissionais da GRA aconteceram destinadas à reestruturação, sistematização e informatização dos processos de trabalho, durante o recorte temporal entre abril de 2020 e janeiro de 2021, período em que a equipe da GRA participou ativamente das atividades do grupo. Os sujeitos envolvidos na experiência foram: duas enfermeiras, uma farmacêutica e uma acadêmica de enfermagem.

Os processos de trabalho envolveram basicamente o desenho e a estruturação de fluxos para organização dos atendimentos realizados, o desenvolvimento de uma ferramenta para auxiliar e permitir a continuidade dos atendimentos telefônicos e a elaboração de indicadores baseados nos afastamentos e nos rastreamentos realizados. Dentre as atividades operacionais realizadas pela equipe, destacavam-se as escutas humanizadas dos profissionais afastados, a organização dos agendamentos de consultas com especialistas ou para retorno ao trabalho e o relatório para o gabinete de crise da instituição.



Ressalta-se que todos os aspectos éticos deste relato foram respeitados com a finalidade de garantir o anonimato de informações institucionais, utilizando apenas recursos informacionais de domínio público. Portanto, não houve a necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, de acordo com o disposto na Resolução CNS/CONEP nº 510/2016 (BRASIL, 2016).

### 3. RELATO DA EXPERIÊNCIA

Inicialmente, o GT de Monitoramento contava com um número restrito de profissionais e, com o aumento da demanda devido à curva pandêmica progressiva, a equipe foi aumentando de forma a suprir os atendimentos necessários. Para isso, contou com apoio dos residentes de diferentes programas da instituição, da Gestão de Risco Assistencial e do Ambulatório.

O GT de Monitoramento desempenhou suas atividades em parceria com outros serviços pertencentes à instituição, a saber: emergência hospitalar, centro de triagem para atendimento de funcionários sintomáticos, epidemiologia, laboratório de análises clínicas e serviço ambulatorial. Além disso, seguiu as recomendações contidas nos protocolos institucionais disponibilizados on-line e no sistema informatizado interno.

Durante o período da experiência no GT de monitoramento, a equipe da GRA realizou o acompanhamento dos profissionais em diferentes situações, a saber: a) profissionais que se afastaram por presença de sintomas compatíveis com Síndrome Gripal; b) profissionais que procuraram atendimento em outras instituições de saúde, realizaram testes externos, e comunicaram o GT para acompanhamento e orientações; e c) casos onde ocorreram rastreamentos nos setores, para organizar e agendar as testagens, comunicar os gestores, acompanhar resultados e orientar os profissionais (conforme avaliação da epidemiologia) em situações de resultados positivos.

Realizaram-se dois fluxogramas para otimização dos atendimentos e de processos. O primeiro foi destinado aos profissionais que apresentam sintomas compatíveis com síndrome gripal ou suspeita de COVID-19. Já o segundo fluxo foi elaborado para orientar os gestores em relação às etapas realizadas em casos de necessidade de rastreio nas unidades.





Foi durante o período de afastamento que a equipe do GT atuou majoritariamente. Nesse cenário, a equipe entrava em contato por telefone com os profissionais afastados mediante o resultado do teste coletado. Geralmente, o GT comunicava o resultado do exame para o profissional e já realizava o primeiro acompanhamento através de uma escuta humanizada, verificando como o profissional estava se sentindo fisicamente e mentalmente. Além disso, o profissional já recebia as orientações iniciais quanto à indicação de afastamento e cuidados durante esse período, principalmente nos casos em que os profissionais estavam sintomáticos, auxiliando a identificar sinais de alerta e agravamento sugestivos de reavaliação clínica.

Ao longo da experiência e conforme relatório institucional publicado na época, em média, o GT de Monitoramento realizou mais de 10 mil contatos telefônicos, entre ligações realizadas e recebidas a partir da livre demanda dos profissionais que ligam em busca de orientações. Para facilitar o acesso às informações e orientações relevantes, a equipe da GRA inserida no GT elaborou um logo representativo para o grupo inserido no material didático de apoio para o serviço, contendo informações básicas sobre o GT, seu funcionamento e suas rotinas.

O estabelecimento de novos fluxos de trabalho desenhados pela GRA contribuiu para otimizar os atendimentos dedicados aos trabalhadores que se encontravam em condições frágeis devido ao processo de adoecimento. Após o retorno às atividades laborais, alguns profissionais realizaram feedbacks positivos quanto ao atendimento recebido, em forma de ligação, de e-mails ou até mesmo presencialmente. Não há dúvidas de que o acompanhamento realizado pela equipe do GT proporcionou momentos de bem-estar aos profissionais atendidos, mesmo que em um curto período de tempo, durante as ligações telefônicas.

Após cumprir o período preconizado de afastamento, os profissionais que tiveram diagnóstico positivo para COVID-19, antes de retomar as atividades laborais, realizavam uma avaliação clínica com o intuito de verificar se o profissional estava ou não em condições de retornar. Em relação à organização do retorno dos profissionais, a equipe do GT realizava os agendamentos das consultas de retorno, onde os médicos do ambulatório avaliavam os profissionais afastados por suspeita ou confirmação de



COVID-19. Além disso, também realizavam reavaliação clínica, conforme necessidade, dos profissionais que já haviam retornado ao trabalho, mas que ainda apresentavam algum sintoma ou necessitavam de avaliação médica decorrente do seu histórico com a COVID-19. Caso tivesse a indicação de dar continuidade ao acompanhamento, o profissional era encaminhado para avaliação de especialista e/ou realizava exames complementares.

Da mesma forma que o GT contava com a parceria de alguns profissionais médicos do ambulatório, desenvolveu-se um Programa de Atendimento Psicológico para Funcionários durante a Pandemia COVID-19. Este Programa foi conduzido por psicólogas que continuaram os atendimentos de profissionais que foram positivos para coronavírus. Durante as escutas humanizadas, a equipe do GT evidenciava que alguns profissionais que se encontravam afastados necessitavam de um suporte psicológico mais abrangente e em menor periodicidade. Portanto, nessas situações, os casos eram discutidos e matriciados para o time de psicólogas que realizava contato telefônico ofertando o acompanhamento no cuidado.

Além desse atendimento mais direcionado aos profissionais positivos, foi disponibilizado também um espaço para que os profissionais interessados, independente do setor de atuação (COVID ou não COVID), que não foram positivos, mas que possuíam demandas, pudessem dialogar sobre seus medos e suas angústias através de um grupo focal. Acredita-se que o grupo focal auxiliou os profissionais no processamento da realidade atual experienciada durante a pandemia, possibilitando o dimensionamento da situação e, consequentemente, o seu enfrentamento.

### *A Gestão de Riscos e a Otimização dos Processos no GT de Monitoramento*

Além do monitoramento dos profissionais, as profissionais da GRA desenvolveram estratégias para otimizar o processo de rastreamento dos profissionais que tiveram exposição ao coronavírus, seja por contato com paciente e/ou profissionais com diagnóstico confirmado, seja por contato domiciliar com casos positivos. Como a listagem dos profissionais era enviada diariamente pelo núcleo de epidemiologia conforme avaliação das fichas de investigação de exposição, muitas vezes os



profissionais recebiam mais de uma indicação de testagem por diferentes casos e, conseqüentemente, as listagens vinham repetidas. Por conta disso, foram desenvolvidas planilhas por unidade hospitalar para monitorar a indicação dos rastreios.

Junto às planilhas para registro dos atendimentos e controle dos rastreamentos, as profissionais desenvolveram indicadores para quantificar algumas informações relevantes para a instituição. Inicialmente, esses indicadores foram apresentados diariamente nas reuniões do gabinete de crise para auxiliar nas tomadas de decisão da alta gestão, bem como embasar o relatório semanal enviado à diretoria da instituição que é divulgado no site.

Dentre os indicadores desenvolvidos, subdividiu-se em dois grupos: indicadores relacionados aos profissionais afastados e indicadores relacionados aos rastreamentos na instituição, conforme o quadro abaixo (figura 1):

Figura 1 - Quadro dos indicadores desenvolvidos e avaliados pela GRA no GT de Monitoramento

| <b>Indicadores relacionados aos Profissionais Afastados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Índice geral de profissionais que seguem afastados (independente da causa) na instituição;<br>Média de afastamentos por síndrome gripal; Índice geral de profissionais que seguem afastados (independente da causa) <i>versus</i> profissionais que já retornaram na instituição;<br>Porcentagem de afastamentos decorrentes de síndrome gripal sobre os afastamentos totais na instituição;<br>Infográfico com índice geral de afastamentos de profissionais por síndrome gripal, casos positivos e negativos na instituição;<br>Incidência de profissionais que positivaram para COVID-19 <i>versus</i> acumulado dos profissionais positivos na instituição;<br>Número de profissionais que positivaram para COVID-19 semanalmente e por setor e por unidade. |
| <b>Indicadores relacionados aos Rastreamentos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Total geral de rastreamento de profissionais e por cada unidade hospitalar;<br>Porcentagem de rastreios positivos;<br>Porcentagem de adesão no monitoramento a nível global e por unidade hospitalar;<br>Média de testes por profissional;<br>Índice de profissionais monitorados;<br>Porcentagem de profissionais positivos nos rastreamentos por unidade hospitalar;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |



Histórico da porcentagem de profissionais positivos nos rastreamentos;

Histórico da média de rastreios positivos.

Fonte: Autoras, 2020.

A ferramenta desenvolvida pela Gestão de Risco Assistencial possibilitou a inclusão da listagem dos profissionais com suas respectivas informações (nome completo, data de nascimento, registro de prontuário eletrônico, cartão ponto, cargo, setor, turno e unidade hospitalar que atua, data da coleta do exame, período de afastamento, contato telefônico e registro dos contatos telefônicos), bem como facilitou a organização das informações, proporcionando agilidade na localização dos profissionais, maior controle dos períodos de afastamento para agendamento de testes e consultas de retorno, monitoramento dos profissionais que já retornaram ao trabalho e, principalmente, proporcionou a continuidade do atendimento realizado a cada profissional (elevado rodízio de profissionais no GT), para que a escuta humanizada não se tornasse repetitiva, mas sim complementada a cada atendimento realizado.

Outra ferramenta que auxiliou o processo de agendamento de consultas foi a elaboração de um calendário contendo, nas linhas o dia do afastamento e nas colunas a data dos agendamentos conforme fases do protocolo. Verificou-se que essa ferramenta simples trouxe agilidade e maior segurança no momento das marcações dos testes e das consultas, uma vez que serviu como barreira para mitigar erros que ocorriam com maior frequência antes da inserção da equipe da GRA.

Para a equipe da GRA, a inserção nesse grupo de trabalho foi uma experiência muito enriquecedora, principalmente por não prestar assistência direta aos pacientes. A pandemia sensibilizou e trouxe muitas inseguranças para os profissionais de saúde. Desse modo, a equipe teve a oportunidade de auxiliar no processo de enfrentamento e cuidar de colegas, de diferentes categorias e áreas de atuação que, no período do afastamento, assumiram o papel de pacientes. Esse novo papel, que muitos profissionais assumiram durante esse período, demandou uma escuta empática e qualificada, maior atenção aos sinais e sintomas apresentados e, conseqüentemente, um cuidado humanizado, mesmo à distância, até o retorno às atividades.



Constantemente, vínculos foram criados entre profissionais e equipe do grupo de monitoramento, principalmente nos casos em que o afastamento foi prolongado ou com necessidade de outras intervenções. Fazer contato telefônico com os profissionais foi muito mais além do que saber como o colega estava se sentindo naquele momento, ou como está enfrentando o processo da doença. A preocupação com o outro, a dedicação àqueles que recebiam as ligações fizeram a diferença.

Considerando a realidade e as características da instituição, os resultados não podem ser generalizáveis, tendo em vista a estrutura da instituição e seus recursos humanos. Os resultados apresentados possibilitaram compartilhar a estratégia organizacional da instituição relacionada ao cuidado prestado para com seus profissionais no enfrentamento à pandemia.

O relato dessa experiência pode fomentar e inspirar gestores de outras instituições a também desenvolverem um programa de atenção direcionado aos profissionais de saúde em períodos de crise, como a pandemia COVID-19, prevendo a ocorrência da remodelação de processos e equipes assistenciais. Além disso, sob a ótica gerencial e assistencial, a idealização e a elaboração de um Grupo de Trabalho de Monitoramento de profissionais auxiliou estrategicamente, a partir de indicadores, nas tomadas de decisão em gabinete de crise de forma colaborativa.

Forneceram-se subsídios quantitativos do cenário real vivenciado pela instituição, contribuindo no processo de gestão de crises e emergências de saúde pública. Proporcionar o acompanhamento dos trabalhadores, com escuta humanizada e encaminhamentos relacionados ao seu processo de recuperação de saúde até o reingresso às atividades foi um dos principais resultados positivos dessa experiência.

#### 4. DISCUSSÃO

Diante das informações já conhecidas até o presente momento e da experiência clínica vivenciada pelos autores de um estudo italiano desenvolvido durante a pandemia, acredita-se que a COVID-19 está modificando o cenário ocupacional de saúde, agindo sobre a qualidade de vida e o equilíbrio emocional dos profissionais (BUSELLI *et al.*, 2020). Na tentativa de responder ao surto da COVID-19, algumas





instituições de saúde, preocupadas com a saúde dos seus trabalhadores, incluíram serviços de assistência clínica e psicológica com aconselhamentos, escuta ou intervenções via telefone, internet e aplicativos.

Ressalta-se que a proteção aos trabalhadores foi considerada uma das principais medidas de saúde pública para auxiliar no enfrentamento da pandemia, promovendo intervenções específicas visando à promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos trabalhadores expostos à COVID-19 dentro e fora das instituições (LAI *et al.*, 2020). Reforça-se ainda a importância de olhar e direcionar o enfoque nos profissionais e nas questões organizacionais a fim de promover a saúde mental dos trabalhadores, principalmente nas situações em que o estresse, nesse caso desencadeado pela pandemia de COVID-19, esteja muito elevado.

Autores afirmam que o suporte organizacional auxilia no desenvolvimento e no fortalecimento da resiliência das equipes, porém, faz-se necessário que a organização promova melhores condições de trabalho, mantenha o comprometimento com os recursos humanos e com o desempenho das atividades da instituição. Além disso, recomendam a realização de análise quanto à origem do suporte recebido, se foi de colegas, lideranças, ou da organização em si (CYR *et al.*, 2021).

Em relação ao suporte oferecido à população e aos profissionais de saúde, destaca-se as modalidades de tele atendimento (tele orientação, tele consulta, tele monitoramento e tele regulação), que passam a desempenhar papel central a partir desse cenário experienciado. Seguir um plano com protocolos destinados a todos os níveis de atenção, incluindo normas regulamentadas de proteção aos trabalhadores e cuidados para evitar a disseminação do coronavírus nas unidades de saúde, torna-se fundamental para articular todas essas ações (DAUMAS *et al.*, 2020).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como a pandemia demandou contínua atualização e adaptação dos serviços para atender as necessidades assistenciais, gerenciais e organizacionais, tornou-se necessário desenvolver um grupo de trabalho que direcionasse o olhar aos trabalhadores da



instituição. Com o avanço da doença, as instituições remodelaram seus processos e estabeleceram planos de contingência para o enfrentamento da pandemia.

Diante dessa realidade, o envolvimento da equipe da Gestão de Risco Assistencial foi essencial para o serviço de acompanhamento e monitoramento dos trabalhadores, visto que qualificou os processos de trabalho em curto prazo, instrumentalizou o grupo de trabalho com ferramentas sistematizadas e informatizadas para atendimento dos trabalhadores e viabilizou o desenvolvimento de indicadores específicos relacionados às ações realizadas.

Acredita-se que o relato poderá contribuir para o aprimoramento das ações de monitoramento e acompanhamento dos trabalhadores, bem como incentivar outras ações intersetoriais e multiprofissionais, especialmente durante a pandemia. Portanto, frente à pandemia ou outros surtos epidêmicos, recomenda-se que as instituições de saúde desenvolvam estratégias de enfrentamento com foco nos trabalhadores.

## 6. REFERÊNCIAS

BRASIL. *RESOLUÇÃO No 510*, DE 07 DE ABRIL DE 2016, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 21 set. 2021.

BUSELLI, R. *et al.* Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 17, p. 6180, 26 ago. 2020.

CYR, S. *et al.* Factors Associated With Burnout, Post-traumatic Stress and Anxio-Depressive Symptoms in Healthcare Workers 3 Months Into the COVID-19 Pandemic: An Observational Study. *Frontiers in Psychiatry*, v. 12, p. 668278, 8 jul. 2021.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 6, p. e00104120, 2020.

EBSERH. *Cuidados com a Saúde Mental de Sua Equipe Durante o Enfrentamento do COVID-19 EBSERH*, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/saude/covid-19/CuidadoscomasamentaldesuaequipeduranteoenfrentamentodaCOVID19.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2021.

LAI, J. *et al.* Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, v. 3, n. 3, p. e203976, 23 mar. 2020.



OPAS. *Folha Informativa COVID-19 do Escritório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da OMS no Brasil*. 2020.

RAJKUMAR, R. P. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, v. 52, p. 102066, ago. 2020.

SHANAFELT, T.; RIPP, J.; TROCKEL, M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*, v. 323, n. 21, p. 2133, 2 jun. 2020.

SRIVATSA, S.; STEWART, K. A. How Should Clinicians Integrate Mental Health Into Epidemic Responses? *AMA Journal of Ethics*, v. 22, n. 1, p. E10-15, 1 jan. 2020.

TEIXEIRA, C. F. DE S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, set. 2020.

---

**Victória Tiyocho Moraes Sakamoto<sup>i</sup>**

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Enfermeira da Gestão de Risco Assistencial do Hospital Criança Conceição.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4646-6848>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1961941377390747>

E-mail: [vsakamoto@ghc.com.br](mailto:vsakamoto@ghc.com.br)

**Stephanie Greiner<sup>ii</sup>**

Farmacêutica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, atuante na Gestão de Risco Assistencial do Hospital Criança Conceição.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5484-2914>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1253819051385779>

E-mail: [stephanie@ghc.com.br](mailto:stephanie@ghc.com.br)

**Laura Cristina dos Santos<sup>iii</sup>**

Enfermeira pela Universidade Luterana do Brasil, atuante na Gestão de Risco Assistencial do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7390-7709>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1627656107517637>

E-mail: [laurac@ghc.com.br](mailto:laurac@ghc.com.br)

**Fernanda de Avila Carvalho Neves<sup>iv</sup>**

Acadêmica de Enfermagem da FACTUM. Estagiária da Gestão de Risco Assistencial do Hospital Criança Conceição.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5729-0334>



---

E-mail: [fernandaacneves@gmail.com](mailto:fernandaacneves@gmail.com)

**Editor responsável:** Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 13 de agosto de 2021.

Aceito em 14 de outubro de 2021.

Publicado em 22 de novembro de 2021.

---

**Como referenciar este artigo (ABNT):**

SAKAMOTO, Victória Tiyoko Moraes; GREINER, Stephanie; *et al.* Participação da gestão de risco assistencial no monitoramento dos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19: relato de experiência. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 160-173, 2021.



## Ações de educação permanente promovidas durante a pandemia COVID-19 em hospital pediátrico de referência: relato de experiência

DOI: [10.29327/269776.1.1-12](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-12)

Victória Tiyyoko Moraes Sakamoto<sup>i</sup> 

Stephanie Greiner<sup>ii</sup> 

Priscila Coelho Amaral<sup>iii</sup> 

Fernanda de Avila Carvalho Neves<sup>iv</sup> 

Bruna Biondani Wortmann<sup>v</sup> 

Blessane Lipski<sup>vi</sup> 

### RESUMO

**Introdução:** Desde o início da pandemia do novo coronavírus, a promoção de ações educativas nos serviços de saúde se tornou ainda mais desafiadora. Por isso, para se adequar ao novo cenário pandêmico, a Gestão de Risco Assistencial e o Núcleo de Educação Permanente de um hospital pediátrico buscaram promover atividades in loco com pequenos grupos, a fim de qualificar a assistência prestada às crianças hospitalizadas. **Objetivo:** Discorrer sobre a experiência de profissionais na promoção de ações voltadas à educação permanente das equipes de um hospital pediátrico de referência durante a pandemia COVID-19. **Método:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência. **Resultados:** Diante das adversidades enfrentadas na pandemia, a promoção de ações de educação permanente tornou o cuidado mais seguro para o paciente e para o profissional. Os esforços para capacitar as equipes se tornaram realidade em um cenário que remodelou a lógica dos processos de trabalho e a relação de aprendizagem dos profissionais. Ao todo, as ações promovidas resultaram em mais de 2.500 horas de formação profissional individual. **Conclusão:** Pouco se tem discutido sobre as potencialidades da educação permanente na atenção terciária além da COVID-19. A experiência da promoção de ações educativas proporcionou a reflexão crítica sobre a realidade institucional e demonstrou que as mesmas são fundamentais para a qualificação do cuidado desenvolvido pelos profissionais de saúde, devendo ser prática contínua na instituição.

**Palavras-chave:** capacitação profissional; segurança do paciente; pediatria; gestão de riscos; qualidade da assistência à saúde.

### Permanent education actions promoted during the COVID-19 pandemic in a reference pediatric hospital: an experience report

#### ABSTRACT

**Introduction:** From the beginning of the new coronavirus pandemic, promoting educational actions in health services became even more challenging. For this reason, to adapt to the new pandemic scenario, the Assistance Risk Management and the Permanent Education Center of a pediatric hospital sought to promote on-site activities with small groups to qualify the assistance provided to the hospitalized children. **Objective:** To discuss the experience of professionals in promoting actions aimed towards the permanent education of the teams of a reference pediatric hospital during the COVID-19 pandemic. **Method:** This is a descriptive study of the experience report type. **Results:** Given the adversities faced during the pandemic, promoting permanent education actions became the safest care for patients and professionals. The efforts to qualify the teams became a reality in a scenario that remodeled the logic of the work processes and the learning relationship of the professionals. In all, the promoted actions resulted in over 2,500 hours of individual professional education. **Conclusion:** Little has been discussed about the potentialities of permanent education in tertiary care beyond COVID-19. The experience promoting educational actions provided a critical reflection on the institutional reality and demonstrated that they are fundamental for the qualification of the care developed by the health professionals and must be a continuous practice at the institution.

**Keywords:** professional qualification; patient safety; pediatrics; risk management; health care quality.





## 1. INTRODUÇÃO

A instalação da pandemia de COVID-19 se configurou como uma das principais crises de saúde pública da geração moderna. Diante desse cenário, a Organização Mundial de Saúde estabeleceu algumas medidas a fim de minimizar a transmissibilidade da doença, a saber: isolamento social, fechamento de escolas e comércios, reforço das medidas de higiene, dentre outras práticas que mudaram abruptamente a rotina diária da população (OMS, 2020). Portanto, a atualização frequente das equipes de saúde acerca dos novos protocolos sanitários e institucionais foi fundamental para auxiliar no manejo seguro de casos suspeitos e confirmados de COVID-19 no ambiente hospitalar.

Essa atualização ocorreu a partir da parceria entre o Núcleo de Educação Permanente (NEP) e a Gestão de Risco Assistencial (GRA) da instituição, que tinham por objetivo atualizar as equipes assistenciais quanto às novas rotinas de trabalho visando à segurança do paciente e dos próprios profissionais.

Para aperfeiçoar o entendimento do processo educacional desenvolvido, ressalta-se a necessidade de compreender as diferenças conceituais entre os modelos de educação permanente em saúde (EPS) e educação continuada (EC) (OGUISSO, 2000). A EC é um processo dinâmico que objetiva melhorar a capacitação de pessoas ou grupos quanto às atualizações científico-tecnológicas, necessidades sociais, objetivos e metas institucionais (FRANÇA *et al.*, 2017).

Já a EPS busca aprimorar o método educacional empregado pela EC a partir da problematização e da aprendizagem significativa. Difere-se da EC por proporcionar a mudança das práticas profissionais através do envolvimento das equipes na construção do saber conforme a realidade do serviço e das necessidades existentes (BRASIL, 2017). Por isso, acredita-se que o sucesso da educação permanente é alcançado quando a equipe compreende a realidade na qual está inserida e desenvolve coletivamente estratégias para auxiliar na solução de problemas e suprir as necessidades identificadas (FREIRE, 1987).

O processo metodológico da EPS ocorre a partir da discussão de problemáticas vivenciadas durante a rotina de trabalho considerando conhecimentos e experiências



peçoais dos membros da equipe. Essa participação ativa auxilia positivamente na melhoria do cuidado, baseado nas necessidades da instituição, bem como da população. Outra estratégia utilizada é a elaboração e/ou a atualização dos procedimentos operacionais padrão (POP), pois são instrumentos que auxiliam positivamente na padronização da assistência, desde que estejam em conformidade com as regulamentações e normas técnico-científicas (SALES *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2020).

Apesar da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) vigorar desde 2009, ainda existe dificuldades na captação de recursos para a ampliação de atividades de educação permanente nos serviços de saúde (NICOLETTO *et al.*, 2013). Portanto, cada instituição deve traçar caminhos para o desenvolvimento de uma EPS com o objetivo de promover maior conhecimento, confiança e habilidades profissionais (MACÊDO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2014).

Na pandemia, a presente instituição se tornou referência para o atendimento de crianças suspeitas ou com diagnóstico confirmado de COVID-19. Esse novo perfil de atendimento demandou a contratação de novos profissionais e, conseqüentemente, fez-se necessário o desenvolvimento de novas estratégias de educação. Portanto, para se adequar às atualizações dos protocolos sanitários, a GRA em parceria com o NEP desenvolveu atividades educativas in loco com pequenos grupos nas unidades assistenciais. As ações descritas neste relato de experiência ocorreram no período de março de 2020 até março de 2021.

O presente estudo objetivou relatar a experiência de profissionais na promoção de ações voltadas à educação permanente das equipes de um hospital pediátrico de referência durante a pandemia COVID-19.

## 2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência que ocorreu em um hospital público de referência para atendimentos pediátricos no sul do país. A proposta do estudo surgiu do desejo de documentar as experiências vivenciadas no processo de planejamento e execução das ações de EPS desenvolvidas pelas equipes da GRA e do NEP da instituição. Os sujeitos envolvidos no planejamento e realização das



ações foram: duas enfermeiras, uma farmacêutica, uma médica e duas acadêmicas, sendo uma de enfermagem e outra de farmácia.

A promoção das ações de EPS foi destinada às equipes multidisciplinares da instituição, durante o recorte temporal de março de 2020 até março de 2021. A população incluída no estudo foi composta por trabalhadores do hospital que estavam presentes nos turnos das capacitações. Foram excluídos pacientes, familiares e profissionais que não se encontravam nas unidades durante as intervenções. As capacitações foram realizadas no formato in loco em todas as unidades assistenciais, captando as equipes por oportunidade, sem a necessidade de deslocá-las das suas áreas de atuação. Essa modalidade proporcionou o aprendizado durante a carga horária de trabalho, sem causar desassistência ao paciente.

Devido à necessidade de atualização quanto às novas rotinas da instituição, ao manejo de pacientes com COVID-19 e à adequação aos protocolos, o foco das ações educativas foi direcionado à qualificação dos trabalhadores atuantes na instituição, visando zelar pela segurança dos pacientes e dos próprios profissionais de saúde.

Ressalta-se que não houve a necessidade de aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição conforme o disposto na Resolução CNS/CONEP nº 510/2016 (BRASIL, 2016).

### 3. RELATO DA EXPERIÊNCIA

No período de março de 2020 até março de 2021, a GRA e o NEP desenvolveram 109 atividades in loco com pequenos grupos, atingindo 2.261 profissionais das diferentes áreas assistenciais. A maioria das capacitações foi realizada seguindo a temática das seis metas internacionais da segurança do paciente, a saber: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto; higienizar as mãos e evitar infecções e reduzir o risco de quedas e lesão por pressão. Todas as ações de EPS resultaram em mais de 2.500 horas de formação profissional,



proporcionando promoção da cultura de segurança do paciente pediátrico e atualização dos trabalhadores.

As temáticas abordadas neste processo educacional foram embasadas nas necessidades identificadas pela GRA, a partir de notificações realizadas pelas equipes assistenciais via Rede Sentinela. O novo cenário de trabalho gerou ansiedade e insegurança nos profissionais da assistência. Esses sentimentos motivaram os núcleos de apoio da instituição a dispensar maior atenção às equipes. Dessa forma, também foram realizadas capacitações sobre as novas rotinas de atendimento aos pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19, incluindo paramentação e desparamentação, coleta de material para diagnóstico e processos de trabalho do centro cirúrgico. Houve a participação de 188 funcionários em 25 atividades desenvolvidas in loco nas unidades.

Ressalta-se que a sazonalidade das doenças respiratórias encontrada nos serviços de pediatria do sul do país exige expertise da equipe multiprofissional para a revisão de técnicas específicas para o manejo destas patologias. Nesta temática, 97 profissionais participaram de 11 capacitações com a participação ativa da equipe de fisioterapeutas.

A prevenção de infecção de corrente sanguínea foi outro tema de extrema relevância abordado nos treinamentos, visto que exige um trabalho contínuo de educação e atualização das boas práticas. Foram realizadas 20 atividades com a participação de 187 profissionais nos treinamentos relacionados aos cuidados com cateter central de inserção periférica, acesso venoso central, acesso venoso periférico, cateter totalmente implantado e salinização de acessos periféricos.

Além das capacitações descritas, foram revisados 22 procedimentos operacionais padrão (POP) sobre temas pertinentes às práticas rotineiras dos profissionais.

## 4. DISCUSSÃO

Inicialmente, o desconhecimento sobre o comportamento do vírus provocou insegurança aos profissionais de saúde. No âmbito hospitalar, as constantes modificações nas rotinas de trabalho se mostraram como uma potencial barreira para a execução das capacitações. No entanto, as equipes do NEP e da GRA superaram esses



desafios em busca de novas estratégias para abordagem das equipes assistenciais e, assim, garantiram a realização das ações de EPS de forma exitosa.

Sousa-Munoz e Sousa (2020) afirmam que a implementação da EPS nos serviços é desafiadora e encontra muitos entraves. Destacam, ainda, que a resistência dos trabalhadores às novas práticas e a falta de flexibilidade de horários para a construção do aprendizado são as principais barreiras encontradas nas instituições. A experiência relatada pela instituição pediátrica não identificou as barreiras citadas anteriormente, visto que a receptividade e a adesão dos profissionais à nova dinâmica de aprendizado foram evidentes (SOUSA-MUNOZ; SOUSA, 2020). Acredita-se que o envolvimento dos profissionais que participaram das ações de EPS pode ter sido influenciado pelo cenário pandêmico, caracterizado pelas grandes mudanças e incertezas.

Sabe-se que a EPS proporciona a percepção do profissional diante das atividades do seu cotidiano, principalmente quando as intervenções educativas ocorrem *in loco*, ou seja, quando a equipe de apoio vai ao encontro dos profissionais em suas unidades (SILVA *et al.*, 2020). Apesar dos desafios enfrentados pela instituição pediátrica durante o período, foi possível promover essas ações educativas *in loco* e garantir a continuidade da qualificação assistencial. Essa iniciativa repercutiu positivamente na sensibilização das equipes quanto à importância de aplicar os conhecimentos construídos nas intervenções de EPS.

Além disso, para a esfera da EPS, o POP é efetivo no momento em que transcende às capacitações e promove a participação ativa dos profissionais (SALES *et al.*, 2018). A realidade vivenciada vai ao encontro de um estudo que, dentre as limitações apontadas, percebeu um distanciamento entre o desenvolvimento do POP e sua utilização pelas equipes (SILVA *et al.*, 2020). A partir deste conhecimento, as intervenções de EPS se tornaram necessárias para promover uma maior interface entre os protocolos e as rotinas institucionais.

Um estudo realizado no Ceará discorre sobre reflexões proporcionadas pela COVID-19 e suas implicações nas ações de educação permanente em enfermagem. As autoras descrevem as estratégias adotadas pela instituição, dentre elas, um fluxograma





de paramentação e desparamentação, a confecção de POP e oficinas realísticas. Apesar da insegurança inicial por parte das equipes, percebem que, após a realização das oficinas, os profissionais adquiriram maior segurança em relação às habilidades práticas para um processo de trabalho seguro. Contudo, evidenciam que a alta rotatividade dos profissionais se configura como um dos maiores desafios enfrentados para consolidar suas ações educativas (CAMPOS *et al.*, 2020). Percebe-se que grande parte desse relato cearense converge com a realidade experienciada pela instituição pediátrica, visto que o índice de absenteísmo aumentou e resultou na rotatividade dos recursos humanos. Essas mudanças também se caracterizaram como barreiras para a manutenção da EPS, fato que demandou o remodelamento das atividades planejadas inicialmente.

Nesse sentido, o desafio imposto pela pandemia motivou a equipe a desenvolver novas formas de abordagem com os profissionais. Dentre as novas estratégias, destaca-se a adaptação dos modelos de capacitação previamente estabelecidos na instituição, o que garantiu a EPS com foco na melhoria dos processos de trabalho. Além disso, as equipes se sentiram mais engajadas e motivadas em manter as capacitações na nova modalidade (*in loco*), o que resultou em uma adesão maciça aos treinamentos propostos. Alguns autores preconizam que as instituições de saúde avaliem as ações educativas implementadas a partir de uma validação formal dos resultados da aprendizagem (FORSETLUND *et al.*, 2009; HARTLEY; SMITH; VANDYK, 2019). Embora a instituição não tenha avaliação formal de algumas intervenções desenvolvidas e implementadas com as equipes assistenciais, foi possível perceber mudanças positivas nos processos de trabalho. Em relação às capacitações realizadas sobre as metas internacionais de segurança, por exemplo, a GRA constatou mudanças significativas a partir da análise de indicadores coletados periodicamente nas unidades assistenciais.

Acredita-se que a EPS possibilita qualificar o profissional a partir da transformação das suas práticas. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009), por exemplo, recomenda que para qualificar a assistência e os processos de trabalho, faz-se necessário que os profissionais envolvidos se tornem protagonistas da construção dos seus aprendizados (PUGGINA *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2020). Portanto, o cenário pandêmico e a necessidade de readequação das atividades



de EPS evidenciaram que o cuidado em saúde é dinâmico e que outras modalidades de ensino também se mostraram efetivas e de fácil execução para a construção do conhecimento.

## 5. CONCLUSÃO

O novo cenário mundial e de trabalho imposto pela COVID-19 inspirou a criatividade das equipes de apoio para a elaboração de treinamentos e demandou a participação dos profissionais com suas expertises para o compartilhamento do conhecimento e de readequação às rotinas. O Núcleo de Educação Permanente e a equipe da Gestão de Risco Assistencial se remodelaram diante desta nova realidade a fim de aperfeiçoar as capacitações e manter o vínculo com os profissionais da assistência.

Além de se adequar com a atualização dos protocolos sanitários, as ações de educação permanente desenvolvidas durante a pandemia proporcionaram uma oportunidade de aprendizado para as equipes assistenciais. Apesar das modificações dos processos de trabalho advindos da pandemia COVID-19, as ações educativas obtiveram destaque institucional diante do expressivo número de profissionais capacitados.

Nesse sentido, este trabalho buscou relatar a experiência sobre a promoção das ações educativas durante a pandemia de COVID-19, destacar a educação permanente em serviço como um potencial e uma viável estratégia para disseminação de conhecimento a partir de problemáticas vivenciadas nas instituições. Ressalta-se que essas ações devem ser mantidas e incentivadas a fim de engajar os profissionais para desempenharem um cuidado mais qualificado e, principalmente, mais seguro.

## 6. REFERÊNCIAS

BRASIL. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 13 ago. 2021

BRASIL. *RESOLUÇÃO No 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016*, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 21 set. 2021.



BRASIL. *Portaria de Consolidação no 2*, de 28 de setembro de 2017, anexo XL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 28 set. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acesso em: 21 set. 2021.

CAMPOS, D. B. *et al.* Reflexões sobre a pandemia COVID-19 e ações de educação permanente em enfermagem num hospital. *Glob Acad Nurs*, v. 1, n. 3, p. e:50, 2020.

FORSETLUND, L. *et al.* Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15 abr. 2009.

FRANÇA, T. *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1817–1828, jun. 2017.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

HARTLEY, H.; SMITH, J. D.; VANDYK, A. Systematic Review of Continuing Education Interventions for Licensed Nurses Working in Psychiatry. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, v. 50, n. 5, p. 233–240, maio 2019.

MACÊDO, N. B. DE; ALBUQUERQUE, P. C. DE; MEDEIROS, K. R. DE. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 12, n. 2, p. 379–401, ago. 2014.

NICOLETTO, S. C. S. *et al.* Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 4, p. 1094–1105, dez. 2013.

OGUISSO, T. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. *Nursing* (edição brasileira). v. 3, n. 20, p. 22–29, 2000.

OMS, O. M. DE S. *Atualizações contínuas sobre a doença coronavírus (COVID-19)*. 2020.

PUGGINA, C. C. *et al.* Educação Permanente em Saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. *Espaço. saúde* (Online), v. 16, n. 4, p. 87–97, 2015.

SALES, C. B. *et al.* Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 71, n. 1, p. 126–134, 2018.

SILVA, V. B. DA *et al.* Educação permanente em saúde: o cuidado seguro à criança hospitalizada. *Rev Recien*, v. 10, n. 32, p. 332–339, 2020.

SOUSA-MUNOZ, R. L. DE; SOUSA, E. S. S. *Educação na saúde para o fortalecimento do SUS*. João Pessoa: Editora UFPB, 2020.



## **Victória Tiyo Moraes Sakamoto<sup>i</sup>**

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Enfermeira da Gestão de Risco Assistencial do Hospital Criança Conceição.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4646-6848>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1961941377390747>

E-mail: [vsakamoto@ghc.com.br](mailto:vsakamoto@ghc.com.br)

## **Stephanie Greiner<sup>ii</sup>**

Farmacêutica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, atuante na Gestão de Risco Assistencial do Hospital Criança Conceição e Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5484-2914>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1253819051385779>

E-mail: [stephanie@ghc.com.br](mailto:stephanie@ghc.com.br)

## **Priscila Coelho Amaral<sup>iii</sup>**

Médica pela Universidade Federal de Pelotas, atuante na Gerência de Internação e Gestão de Risco Assistencial do Hospital Criança Conceição.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9143-6146>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7630283861761134>

E-mail: [apricila@ghc.com.br](mailto:apricila@ghc.com.br)

## **Fernanda de Avila Carvalho Neves<sup>iv</sup>**

Acadêmica de Enfermagem da FACTUM. Estagiária da Gestão de Risco Assistencial do Hospital Criança Conceição.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5729-0334>

E-mail: [fernandaacneves@gmail.com](mailto:fernandaacneves@gmail.com)

## **Bruna Biondani Wortmann<sup>v</sup>**

Acadêmica de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Estagiária da Gestão de Risco Assistencial do Hospital Criança Conceição e Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4940-1804>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2513610558183853>

E-mail: [brunabwortmann@gmail.com](mailto:brunabwortmann@gmail.com)

## **Blessane Lipski<sup>vi</sup>**

Enfermeira pela Universidade Federal do Paraná, atuante no serviço de Educação Continuada do Hospital Criança Conceição.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.



ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2356-1671>

E-mail: [blessane@ghc.com.br](mailto:blessane@ghc.com.br)

**Editor responsável:** Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 28 de junho de 2021.

Aceito em 03 de agosto de 2021.

Publicado em 22 de novembro de 2021.

---

**Como referenciar este artigo (ABNT):**

SAKAMOTO, Victória Tiyoko Moraes; GREINER, Stephanie; AMARAL, Priscila Coelho; *et al.* Ações de educação permanente promovidas durante a pandemia COVID-19 em hospital pediátrico de referência: relato de experiência. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 174-184, 2021.





## Atendimento odontológico de uma paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico: relato de caso clínico

DOI: [10.29327/269776.1.1-13](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-13)

Márcia Cançado Figueiredo<sup>i</sup>   
Emily Alves da Silva<sup>ii</sup>   
Ana Rita Potrich<sup>iii</sup>   
Caroline Martins Brasil<sup>iv</sup>   
Daiana Back Gouvea<sup>v</sup> 

### RESUMO

**Objetivo:** relatar o atendimento odontológico na clínica de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais do Hospital de Ensino Odontológico da Universidade Federal de Rio Grande do Sul, de uma paciente de 31 anos de idade, do gênero feminino, que apresentava Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e outras comorbidades. **Detalhamentos de Caso:** Ao exame clínico identificou ser uma paciente cárie ativa com biofilme visível e sangramento gengival em quase todas as superfícies dentárias e sangramento gengival. Realizou-se a maioria dos procedimentos odontológicos planejados preservando sempre os cuidados pertinentes a sua condição sistêmica, proporcionando-lhe um benefício emocional positivo, através de estímulos constantes, inclusão gradual da paciente no ambiente clínico odontológico associada às atividades de reforço preventivo-educativo. **Conclusão:** a paciente relatada necessitou de um atendimento diferenciado, com cuidados especiais, para evitar risco de infecção relacionado ao uso de medicamentos imunossupressores. O reforço educativo da paciente foi uma constante durante seu tratamento, mas a depressão e a ansiedade foram condições altamente prevalentes na paciente o que impactou negativamente de forma significativa no término de seu tratamento odontológico e, por consequência, em sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** lúpus eritematoso; cárie dentária; comorbidade; hipersensibilidade.

### Dental care of a patient with Systemic Erythematosus Lupus: a clinical case report

#### ABSTRACT

**Objective:** To report the dental care at the Dental Clinic for Special Needs Patients of the Dental Teaching Hospital of the Federal University of Rio Grande do Sul of a female 31-year-old patient that presented Systemic Erythematosus Lupus (SEL) and other comorbidities. **Case Detailing:** Upon clinical examination, it was identified that the patient had active cavities with visible biofilm on almost all tooth surfaces and gum bleeding. Most of the planned dental procedures were performed, always preserving the care pertinent to her systemic condition, providing her a positive emotional benefit through constant stimuli and the gradual inclusion of the patient into the dental clinical environment associated with the preventive-educational reinforcement activities. **Conclusion:** The reported patient needed differentiated assistance with special care to avoid the risk of infection related to the use of immunosuppressing medications. The educational reinforcement of the patient was constant during her treatment; however, the depression and anxiety were highly prevalent conditions in the patient, which negatively and significantly impacted the completion of her dental treatment and, consequently, her quality of life.

**Keywords:** lupus erythematosus; dental caries; comorbidity; hypersensitivity.



## 1. INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença crônica autoimune em que o sistema imunológico acomete o próprio organismo, com envolvimento de sistêmico, causando inflamação generalizada e danos em múltiplos órgãos, como, a ocorrência de vasculites de pequenos vasos, comprometendo a organização sistêmica renal, cardíaca, hematológica, cutânea e do sistema nervoso central, a existência de inflamação nas membranas serosas, resultando em sintomas diretos nas articulações, peritônio e pleura cardíaca, problemas orofaciais, que incluem lesões orais, ulcerações inespecíficas, envolvimento nas glândulas salivares e, problemas na articulação temporomandibular (ATM). Esta doença desenvolve manifestações clínicas polimórficas e sua evolução costuma ser crônica, com períodos de exacerbação e de remissão (LI S., *et al.*, 2019 e BRASIL V.M. e MIRANDA A.F., 2020).

A literatura reporta que o Lúpus Eritematoso Sistêmico acomete mais frequentemente mulheres entre 15 e 45 anos que estão na fase reprodutiva, no qual o hormônio estrogênio está em alta produção sendo considerado um auto formador de anticorpos (COSTA LM; COIMBRA CCBE, 2014). No Brasil estudos relacionados à epidemiologia do LES são escassos, o que dificulta o entendimento da doença no país. Em sua maioria estes estudos são conduzidos na Europa ou nos Estados Unidos (EUA) (NAKASHIMA CAK, *et al.*, 2011). No norte dos EUA, nove a dez mulheres para um homem apresentam a LES, prevalência que varia de 14 a 50/100.000 habitantes (BATISTA WL, *et al.*, 2017).

O LES é uma doença multissistêmica e, frente a esta sua característica, o seu diagnóstico pode ser difícil de ser realizado. A sua etiologia é desconhecida, considera-se que fatores genéticos, ambientais (infecções virais, substâncias químicas e raios ultravioletas), bem como hormonais estão ligados à causa (FREIRE E.A.M., *et al.*, 2011). Quanto ao seu diagnóstico, este não se confirma através de manifestações clínicas ou laboratoriais isoladas, por ser o LES, uma alteração do sistema imunológico, que é responsável pela produção de anticorpos e organização dos mecanismos de inflamação em todos os órgãos, podendo ter diferentes tipos sintomas



em vários locais do corpo. Seus sintomas mais frequentes são: febre, emagrecimento, perda de apetite, fraqueza e desânimo e outros, mais específicos de cada órgão como dor nas juntas, manchas na pele, inflamação da pleura, hipertensão e/ou problemas nos rins (FREIRE E.A.M., *et al.*, 2011).

Devido ao uso de imunossupressores, particularmente glicocorticóides, largamente utilizados para tratamento das complicações sistêmicas da doença, o risco de infecções em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico é maior que na população em geral (JEONG S.J., *et al.*, 2009).

As lesões bucais nestes pacientes apresentam-se principalmente na língua, mucosa jugal, lábios e palato de formas variadas, como placas e máculas. Estas podem ser eritematosas, ulceradas, estomatites aftosas recorrentes e lesões semelhantes ao líquen plano ou leucoplasia (ABRÃO A.L.P., *et al.*, 2016). Aurlene N., *et al.* (2020), analisando uma amostra de 500 pessoas verificaram que os pacientes com Lúpus Eritematoso comparados a população em geral apresentaram maior prevalência de doenças bucais, como a cárie e periodontal. O diagnóstico precoce do Lúpus Eritematoso Sistêmico é importante em relação à gravidade da cárie dentária, pois danos às glândulas salivares a longo prazo podem afetar o fluxo salivar, a capacidade tampão e consequentemente as alterações da microbiota oral (RODRIGUEZ J.P.L., *et al.*, 2016).

O presente caso clínico tem como objetivo descrever o atendimento clínico odontológico de uma paciente do gênero feminino com Lúpus Eritematoso Sistêmico e outras comorbidades que procurou atendimento na Clínica de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais do Hospital de Ensino Odontológico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HEO-UFRGS).

## 2. CASO CLÍNICO

Paciente S.C.O., de 31 anos de idade, sexo feminino, foi encaminhada pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para tratamento odontológico na Clínica de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais do Hospital de Ensino Odontológico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HEO-UFRGS). O objetivo de sua procura pelo serviço foi realizar tratamento para cárie dentária. A



paciente residia na capital, Porto Alegre-RS, sozinha para fazer seu tratamento do LES e, ter acesso ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e, por isso, era fácil seu deslocamento até o HEO/UFRGS.

Durante a anamnese certificou-se em seu laudo médico o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Disseminado Sistêmico, com comprometimento de vários órgãos e sistemas, segundo o Código Internacional de Doenças (CID-10) M32.1. A paciente também apresentava outras comorbidades como hipertensão, febre reumática, histórico de tuberculose, anemia, problemas renais e gastrointestinais. Por este fato, ela fazia o uso contínuo de 8 (oito) medicamentos, sendo eles Carbonato de cálcio 500 mg (antiácido), Dipirona monoidratada 500 mg (analgésico e antitérmico), Maleato de Enalapril 10 mg (anti-hipertensivo), Sulfato de Hidroxicloroquina 400 mg (fármaco para tratamento de Lúpus Eritematoso), Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/150 ml (contraceptivo), Tartarato de Metoprolol 100 mg (anti-hipertensivo), Fosfato Sódico de Prednisolona 60 ml (corticoide) e Omeprazol 20 mg (inibidor de produção de ácidos). Além disto, seu laudo médico recomendava que não deveria ser prescrito à paciente Paracetamol (analgésico e antipirético), Ibuprofeno (anti-inflamatório) e Ciclofosfamida (agente quimioterápico).

A paciente relatou ter apresentado surtos psíquicos em suas últimas visitas à um consultório odontológico, alegando que constantemente apresentava estresse psicológico, muita ansiedade e, que se sentia muito sozinha, uma vez que suas limitações físicas (dores articulares) afetavam os seus aspectos emocionais e sociais. Ainda segundo a paciente, ela tinha períodos de muito sofrimento com o LES, em virtude de serem característicos desta doença os períodos de remissão e exacerbação de seus sintomas.

Nos exames extra e intra-orais não foram constatadas anormalidades em mucosas. Em relação ao exame dentário, utilizou-se o sistema de diagnóstico de carie reconhecido como Internacional Caries Detection And Assessment System (ICDAS), segundo os autores Braga M.M., *et al.* (2010). A paciente apresentava lesões de cárie cavitadas em dentina ativas (escore 5) nos dentes 11, 14, 15, 17, 18, 21, 25 e 37; lesões de cárie cavitadas em dentina inativas (escore 5) nos dentes 21, 26, 27, 28 e 38 e,



destruição coronária /restos radiculares (escore 6) nos dentes 24, 47 e 48 (Figuras 1 e 2). Além disso, foi detectado cálculo supragengival nos dentes 33, 32, 31, 41, 42 e 43 e com a presença de biofilme visível (ISG) proposto por Ainamo J. e Bayl. (1975), nas superfícies oclusais de todos os dentes posteriores e interproximais (89%), por não utilizar o fio e /ou fita dental. A paciente relatou que costumava escovar os dentes duas vezes ao dia.

Figura 1: Vista frontal da arcada da paciente antes do início de seu atendimento



Fonte: Autores

Figura 2: a) Vista lateral direita da arcada da paciente antes do início do tratamento; b) Vista lateral esquerda da arcada da paciente antes do início do tratamento; c) Vista oclusal da arcada inferior da paciente antes do início do tratamento



Fonte: Autores





Após os exames bucais concluídos, foi elaborado o plano de tratamento, respeitando as particularidades da paciente e com motivações específicas para a escolha dos procedimentos utilizados. Na primeira sessão de tratamento foram realizadas instruções de higiene bucal, considerando que a paciente era cárie ativa e tinha presença de biofilme visível. Terminada esta etapa de educação em saúde, iniciou-se a realização dos procedimentos invasivos, sob uso de profilaxia antibiótica com Amoxicilina 2g, 1 hora antes do procedimento a ser realizado, devido a seu histórico de febre reumática e por prescrição de seu médico.

As primeiras consultas de intervenção foram de tratamento periodontal, com a realização das raspagens supragengivais (RAP), com curetas periodontais afiadas nos elementos dentários do 5º sextante que possuíam cálculo dentário. As exodontias dos dentes 14, 15 e 47 foram realizadas na quarta sessão, sob anestesia local com lidocaína 2% associada à epinefrina 1:100000 em uma única consulta devido ao bom comportamento da paciente. Em relação ao pós-operatório, prescreveu-se Amoxicilina 500mg, de 8h em 8h, durante 7 dias, Dipirona sódica 1g, de 6h em 6h enquanto ela estivesse sentindo dor e gel de Clorexidina 1% diário, 1 vez ao dia durante a noite.

O retorno para revisão pós-operatório estava previsto para a semana seguinte à realização das exodontias. A paciente, no entanto, não compareceu à consulta não sendo possível finalizar seu tratamento, justamente, devido não a sua condição lúpica, mas as suas manifestações psiquiátricas que implicaram em limitações de suas atividades diárias, comprometendo seu retorno, bem como, a qualidade de sua vida e bem-estar.

O presente relato de caso é oriundo de projeto de pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS com registro na Plataforma Brasil sob número de CAAE 53941216.7.0000.5347 respeitando os pressupostos éticos das Resoluções vigentes do CNS/CONEP. A paciente aceitou a participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



### 3. DISCUSSÃO

O atendimento odontológico ao paciente com necessidades especiais, como no caso apresentado, requer cuidado redobrado, orientações eficazes e, sobretudo, sensibilidade no olhar, do dentista tentando se colocar no lugar do paciente e de sua família, buscando entender suas dificuldades, inquietações e desejos, além de motivá-los constantemente.

Foi descrito o caso de uma mulher de trinta e um anos, idade esta que corrobora com LiuY., *et al.* (2021) que afirmaram ser o Lúpus Eritematoso Sistêmico uma condição de maior prevalência em mulheres na fase reprodutiva.

O índice médio de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) da paciente foi 15, o que é considerado alto, uma vez que, superou o índice CPOD médio para o grupo etário entre 35 e 44 anos no último Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal (2010) na cidade de Porto Alegre/RS que foi de 13,71. Esta situação da saúde bucal da paciente com alto índice de dentes cariados, poderia estar relacionado com a ocorrência com o LES, como é relatado na literatura, a presença da hipossalivação (sintoma recorrente de quem possui esta patologia) e, do uso de vários medicamentos/polifarmácia, predispõe esses pacientes a um risco aumentado de desenvolver cárie, gengivite e doença periodontal, infecções fúngicas, especialmente por espécies de *Candida* (SB Brasil, 2010).

Pacientes com hipersensibilidade a medicamentos devem conhecer e evitar a droga em questão, bem como aquelas que apresentam reação cruzada (CRINCOLI V., *et al.*, 2020). Como foi relatado pela paciente na anamnese, sua hipersensibilidade a fármacos como Paracetamol, Ibuprofeno e Ciclofosfamida, é de responsabilidade do profissional de saúde não prescrever tais medicamentos para evitar reações anafiláticas. Em contrapartida, Solé, D., *et al.* (2020) ressaltam que há pouca frequência das reações pós-operatórias e, sugerem-se o uso do paracetamol e inibidores seletivos de COX-2, compostos sabidamente pouco envolvidos nas reações de hipersensibilidade a AINEs, tanto por mecanismos imunológicos, como pelos não imunológicos. Isto difere dos casos dos derivados do ácido propiônico (Ibuprofeno) nas situações onde existem envolvimento imunológico de caráter imediato, como a anafilaxia têm na sua gênese o



mecanismo de hipersensibilidade tipo I com a produção de IgE específica contra um único AINE ou contra AINEs de estrutura química semelhante. Em caso de suspeita de hipersensibilidade, os medicamentos não devem ser administrados sem um prévio teste de provocação oral, enfatizando a importância do cuidado (SOLENSKY R., *et al.*, 2010). Ressalva-se que a paciente em questão, poderia ter relacionado o fármaco Paracetamol ao seu efeito hepatotóxico que ocorre devido à ação de um metabólito gerado pela CYP2E1 (enzima do citocromo P450), o N-acetil-p-benzoquinoneimina (NAPQI). Em doses terapêuticas, este metabólito é conjugado e detoxificado pela glutathione hepática (antioxidante) (McNULTY R., *et al.*, 2018).

Em relação a pacientes com febre reumática, o último protocolo da „American Heart Association” para prevenção de endocardite infecciosa recomenda a profilaxia antibiótica apenas para as categorias de pacientes com maior risco de resultados clínicos adversos, enfatizando o papel crítico da boa saúde bucal e acesso regular de manutenção dos cuidados odontológicos (WILSON W.R., *et al.*, 2021). Entretanto, ainda há resistência por parte dos pacientes e dos profissionais em adotá-las. Assim sendo, com opiniões divergentes em torno da profilaxia antibiótica esta questão permanece em debate. Mas, ressalta-se que, além da profilaxia antibiótica, é importantíssimo instituir medidas de controle do biofilme dental e das doenças bucais que são fatores importantes para a ocorrência de endocardite infecciosa (ANGELETTI F., *et al.*, 2020 e JUNIOR C., 2021) A paciente fez o uso da profilaxia antibiótica a cada consulta odontológica onde havia intervenções cruentas, seguindo a recomendação de seu médico.

Em se tratando a adesão a tratamentos de saúde para pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico, Neder P.R.B., *et al.* (2015) acreditam que a responsabilidade em relação à continuidade de seu tratamento é do próprio paciente. Em contrapartida, Reiners A.A.O., *et al.* (2008) relatam que os profissionais falham em promover a compreensão para o paciente, salientando que a realização de uma rede de apoio a estes pacientes com LES, que seria é uma estratégia para o sucesso de seus tratamentos, porque normalmente eles possuem transtornos de depressão e de ansiedade duas vezes maior quando comparadas a indivíduos saudáveis.



Deste modo, o paciente com LES deve apresentar clareza sobre os procedimentos odontológicos a serem realizados, principalmente sobre o que foi realizado, bem como, as necessidades de suas manutenções e retornos periódicos. É de suma importância que haja transparência sobre o plano de tratamento, sendo fundamental a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pelo paciente e/ou seu responsável no início de todas as consultas (FIGUEIREDO M.C., *et al.*, 2020).

A paciente em questão apresentou um quadro sistêmico do LES, que contribuiu negativamente para a sua adesão ao tratamento odontológico, apesar de ter assinado o TCLE e, de se ter utilizado estratégias que buscaram lhe envolver durante o seu tratamento, como, a orientação sobre o surgimento de sintomas que pudessem estar relacionados à atividade das doenças bucais e os métodos que auxiliavam em sua prevenção. A paciente abandonou o tratamento ainda faltando três consultas para seu término. Araújo A.D. e Yépez T.M.A. (2007) afirmaram que o tratamento em qualquer área da saúde do paciente com LES é bastante diversificado e complexo, sendo difícil sua adesão.

Na literatura, alguns autores (COSTA, L.M.; COIMBRA, C.C.B.E, 2014) foram unânimes afirmando a diversidade dos problemas que as pessoas com LES apresentam e este assunto ainda é uma temática relativamente nova e, por isso, há necessidade de artigos para compreender as relações entre agravos à saúde cuja co-ocorrência é persistente, bem como para construir desdobramentos práticos aos processos de tratamento desses indivíduos, construção de intervenções mais adequadas, sejam estas em qualquer âmbito da saúde, para enfrentar suas condições de saúde clínica e emocional. Acredita-se assim, que esse relato de caso, tenha sido de extrema importância por ressaltar justamente um tratamento odontológico criterioso, humano e eficaz, mesmo não tendo sido terminado. Importante também ressaltar, o vínculo do cirurgião dentista com o paciente e no estímulo ao seu cuidado em saúde integral, sendo um dos profissionais que compõe a equipe multiprofissional de saúde. Botazzo C., (2008) demonstrou que a relação entre bem-estar, sua importância e a interferência da



má-condição da saúde bucal e da funcionalidade causam impacto social nas relações pessoais e profissionais, enfim, na vida dos indivíduos.

Ao se tratar uma pessoa com LES, tem-se que ter um cuidado redobrado, uma vez que estes pacientes sofrem mais de depressão e ansiedade do que a população normal e, tanto nos momentos de exacerbação dos sintomas, como nos de remissão, os níveis de depressão se mantêm presentes. Além do mais, possuem pouca vitalidade, concentração, qualidade das interações sociais e satisfação com a sua vida. (MACEDO E.A., APPENZELLER S., COSTALLAT L.T.L, 2018). O LES interfere muito na qualidade de vida dos pacientes principalmente pelo fator dor nas articulações, condição limitante e desconfortável, além de estados depressivos (SOLENSKY R., *et al.*, 2010). Interessante ainda aqui ressaltar que a paciente não parecia estar fazendo tratamento para sua saúde mental, uma vez que não estava no rol de seus medicamentos em uso, nenhum específico para tal finalidade.

Por outro lado, observou um limite na procura de estudos relacionando ao Lúpus Eritematoso Sistêmico e a saúde bucal desses pacientes, bem como suas manifestações e características das lesões orais. Deste modo, os profissionais de saúde e, em especial o cirurgião dentista, antes de tomar uma decisão de fazer qualquer procedimento clínico, devem estar familiarizados e atualizados para compreenderem os riscos que os pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico têm de apresentarem outras comorbidades.

Este caso clínico apresentou de forma clara, descritiva e ilustrativa, com limitações, as características de uma paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico, facilitando o diagnóstico pelo dentista. Mostrou também um adequado plano de tratamento, evidenciando a importância de se estabelecer um vínculo e do comprometimento do profissional com o paciente durante o cuidado do mesmo.

Por fim, seria interessante o incentivo ao atendimento de pacientes com LES por parte do cirurgião-dentista generalista, que muitas vezes apresenta receio em atendê-los. É necessária a inclusão da Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais no ensino de graduação, de forma que os acadêmicos de odontologia tenham contato desde cedo com este universo e aprendam técnicas adequadas de todo o manejo, tendo em





vista que há uma diversidade de pacientes com necessidades especiais que também esperam por um tratamento, conforme apresentado no referido caso clínico.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com relação ao caso clínico em questão, pode-se dizer que a paciente necessitou de um atendimento diferenciado, com cuidados especiais, para evitar risco de infecção relacionado ao uso de medicamentos imunossupressores, demonstrando que o cirurgião dentista deve ter conhecimento sobre o Lúpus Eritematoso Sistêmico, uma vez que, ele se apresenta clinicamente sob vários aspectos. Com relação as estratégias de manejo, deve-se empregar durante todo o atendimento odontológico, aqueles que proporcionam o bem-estar do paciente e, promovam, por conseguinte, tranquilidade e segurança, além de dar-lhe saúde a partir da eliminação dos focos infecciosos. O reforço educativo deverá ser uma constante, mas não esquecendo que a presença da depressão e a ansiedade podem ser condições altamente prevalentes nestes pacientes o que impactará negativamente, de forma significativa, na continuação de seu tratamento odontológico e, por consequência, em sua qualidade de vida.

#### 5. REFERÊNCIAS

ABRÃO ALP, *et al.* O que o reumatologista deve saber sobre as manifestações orofaciais das doenças reumáticas autoimunes. *Revista Brasileira de Reumatologia*, [s. l.], v.56, n.5, p.441-450, 2016. [doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2015.08.011](http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2015.08.011).

AINAMO J, BAY I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J*, [s. l.], v.25, n4, p.229-235, 1975.

ANGELETTI F, *et al.* Hypersensitivity reactions to non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) – a retrospective study. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, [s. l.]. 2020; 18 (12):1405–1414. DOI: <https://doi.org/10.1111/ddg.14292>.

ARAÚJO A.D., YÉPEZ T.M.A. Expressões e sentidos do lúpus. eritematoso sistêmico (LES). *Estudos de Psicologia*, [s. l.], v.12, n.2, p.119-127, 2007.

AURLENE N., *et al.* Prevalence of oral mucosal lesions, dental caries, and periodontal disease among patients with systemic lupus erythematosus in a teaching hospital in Chennai, Tamil Nadu. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, [s. l.], v.9, n.7, p.3374–3380, 2020.



BATISTA W.L., *et al.* Mortalidade por lúpus eritematoso sistêmico no Brasil de 2005 a 2014. *Revista Vita et Sanitas*, Trindade, v.11, n.1, p.3-14, 2017.

BOTAZZO C. A bucalidade no contexto da Estratégia Saúde da Família: ajudando a promover saúde para indivíduos, grupos e famílias. In: MOYSÉS S.T., KRIGER L., MOYSÉS S.J., organizadores. *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 81-88.

BRAGA M.M., *et al.* Detection activity assessment and diagnosis of dental caries lesions. *Dent Clin North Am*, [s. l.], v.54, n.3, p.479-93, 2010.

BRASIL V.M., MIRANDAA.F. Alterações orais em pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico. *Revista Ciências e Odontologia*, [s. l.], v.4, n.2, p.35-43, 2020.

CAVICCHIA R., *et al.* Qualidade de vida em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. *Jor Healt Scienc Institut*, São Paulo, v.31, n.1, p.88-92. 2013.

COSTA L.M., COIMBRA C.C.B.E. Lúpus eritematoso sistêmico: incidência e tratamento em mulheres. *Revista Uningá Review*, Maringá, v.20, n.1, p.81-86, 2014.

CRINCOLIV., *et al.* Temporomandibular Disorders and Oral Features in Systemic Lupus Erythematosus Patients: An Observational Study of Symptoms and Signs. *International Journal of Medical Sciences*, [s. l.], v.17, n.2, p. 153-160, 2020. DOI: [10.7150/ijms.38914](https://doi.org/10.7150/ijms.38914).

FIGUEIREDO M.C., *et al.* Atención odontológica a paciente pediátrico con neurofibromatosis tipo 1: relato de caso clínico. *Odontoestomatología*, Montevideo, v.22, n.36, p.87-93, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.22592/ode2020n36a10>.

FREIRE.A.M., *et al.* Medidas de avaliação em lúpus eritematoso sistêmico. *Rev. Bras. Reumatol*, São Paulo, v.5, 1n.1, p.75-80, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0482-50042011000100006>.

JEONG, S.J., *et al.* Incidence and risk factors of infection in a single cohort of 110 adults with systemic lupus erythematosus. *Scand J Infect Dis*, [s. l.], v.41, n.4, p.268-74, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1080/00365540902744741>.

JUNIOR C. Endocardite infecciosa e profilaxia antibiótica: um assunto que permanece controverso para a odontologia. *RSBO*, [online]. 2021;7(3):372-376.

LI S., *et al.* Prevalence and incidence of systemic lupus erythematosus and associated outcomes in the 2009-2016 US Medicare population. *Lupus* [s. l.], v.29, n.1, p.15-26, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177/0961203319888691>.

LIU Y., *et al.* Effect of hydroxychloroquine on preeclampsia in lupus pregnancies: a propensity score-matched analysis and meta-analysis. *Arch Gyneco Obstet*, [s. l.], v.303, n.2, p. 435-441, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05762-5>.



MACEDO E.A., APPENZELLER S., COSTALLAT L.T.L. Depression in systemic lupus erythematosus: gender differences in the performance of the Beck Depression Inventory (BDI), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Lupus* [s. l.], v.27, n.2, p.179-89, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/0961203317713142>.

McNULTY R. *et al.* Fewer adverse effects with a modified two-bag acetylcysteine protocol in paracetamol overdose. *Clin Toxicol* (Philadelphia ), v.56, n.7, p.618, 2018.

McNULTY R., LIM J.M.E., CHANDRU P., *et.al.* Fewer adverse effects with a modified two-bag acetylcysteine protocol in paracetamol overdose. *Clin Toxicol*. Philadelphia, v.56, n.1, p.618, 2018.

NAKASHIMA C.A.K., *et al.* Incidência e aspectos clínico-laboratoriais do Lúpus eritematoso sistêmico em cidade do Sul do Brasil. *Rev. Bras. Reumatol*, São Paulo, v.51, n.3, p.235-239, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0482-50042011000300004>.

NEDER P.R.B., *et al.* Relação entre ansiedade, depressão e adesão ao tratamento em pacientes com lúpus. *Revista Paraense de Medicina*, Belém, v.29, n.2, p.7–15, 2015.

REINERS A.A.O., *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, n.13, p. 2299–2306. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900034>.

RODRIGUEZ JPL, *et al.* Frequency of dental caries in active and inactive systemic lupus erythematosus patients: salivary and bacterial factors. *Lupus*, [s. l.], v.25, n.12, p.1349-1356, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1177/0961203316640909>.

SB Brasil 2010: *pesquisa Nacional de Saúde Bucal*: resultados principais. 1ª edição ed. Brasília. Distrito Federal: Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf) .Acesso em: 12 de agosto de 2021.

SOLÉ, D., *et al.* Atualização sobre reações de hipersensibilidade perioperatória: documento conjunto da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI) - Parte II: etiologia e diagnóstico. *Rev Bras Anesthesiol*. v.70, n.6, p.642-661, 2020.

SOLENSKY R., *et al.* A. Drug Allergy: An Updated Practice Parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol*, [s. l.], v.105, n.4, p.259-273, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anai.2010.08.002>.

WILSON W.R., *et al.* Prevention of Viridans Group Streptococcal Infective Endocarditis. A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*, Dallas, v.143, n.20, p.e963–e978, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000969>.



## **Márcia Cançado Figueiredo<sup>i</sup>**

Professora doutora titular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Rio Grande do Sul – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4279-5417>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8568030980316902>

E-mail: [mcf1958@gmail.com](mailto:mcf1958@gmail.com)

## **Emily Alves Da Silva<sup>ii</sup>**

Aluna de graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Rio Grande do Sul – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4115-5792>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2980430017693345>

E-mail: [emilyalvesilva@gmail.com](mailto:emilyalvesilva@gmail.com)

## **Ana Rita Vianna Potrich<sup>iii</sup>**

Odontóloga da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Rio Grande do Sul – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1976-302X>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2720263116707015>

E-mail: [anavpotrich@gmail.com](mailto:anavpotrich@gmail.com)

## **Caroline Martins Brasil<sup>iv</sup>**

Aluna de graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Rio Grande do Sul – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4031-084X>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2343053705123778>

E-mail: [carol.martins.brasil@gmail.com](mailto:carol.martins.brasil@gmail.com)

## **Daiana Back Gouvea<sup>v</sup>**

Odontóloga da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Rio Grande do Sul – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1180-9326>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1667654239203532>

E-mail: [daianabgouvea@gmail.com](mailto:daianabgouvea@gmail.com)

**Editor responsável:** Daniel Demétrio Faustino-Silva



---

Recebido em 16 de agosto de 2021.

Aceito em 20 de outubro de 2021.

Publicado em 22 de novembro de 2021.

---

**Como referenciar este artigo (ABNT):**

FIGUEIREDO, Márcia Cançado; SILVA, Emily Alves da; POTRICH, Ana Rita; *et al.* Atendimento odontológico de uma paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico: relato de caso clínico. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 185-199, 2021.





## Comunicação entre prestadores e operadoras de saúde: um estudo de caso

DOI: [10.29327/269776.1.1-14](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-14)

Rosilane Silva<sup>i</sup> 

Joanah Dal Mas dos Santos<sup>ii</sup> 

Maria Cristina Vieira Cavalcanti<sup>iii</sup> 

Paulo Fossatti<sup>iv</sup> 

### RESUMO

Esta pesquisa tem como tema o relacionamento entre prestadores de serviços e operadoras de plano de saúde, e objetiva discutir sobre o atendimento a metas pelo viés da melhoria da qualidade dos serviços entre prestadores e operadoras. A metodologia deste trabalho foi desenvolvida através de um estudo de caso, qualitativo e quantitativo, de caráter empírico, fundamentando-se na revisão de literatura e questionário aplicado com operadoras e prestadores. Os resultados mostram: a) falta de *feedback* entre prestadores e operadoras; b) a importância da motivação no ambiente de trabalho para uma melhor comunicação; c) a relação com o beneficiário e a capacitação e perfil de gestores na área da saúde. Dessa forma, essa investigação é relevante porque provoca futuros estudos na área, contribuindo para fomentação deste campo de pesquisa voltado especificamente ao relacionamento entre prestadores e operadoras, pois ao procurar materiais de pesquisa há escassez.

**Palavras-chave:** relacionamento prestador e operadora; comunicação; paciente beneficiário.

### Communication among health providers and operators: a case study

#### ABSTRACT

The theme of this research is the relationship between service providers and health plan operators, and it aims to discuss the meeting of goals through the bias of improving the quality of the services between providers and operators. The methodology of this work was developed through a case study, qualitative and quantitative, of empirical nature, based on a literature review and a questionnaire applied to operators and providers. The results showed the following: a) a lack of feedback between providers and operators; b) the importance of motivation in the work environment for better communication; c) the relationship with the beneficiary and the qualification and profile of health managers. Hence, this investigation is relevant because it triggers future studies in the area, contributing to fostering this research field aimed specifically at the relationship between providers and operators because, upon searching for research material, there is scarcity.

**Keywords:** provider-operator relationship; communication; beneficiary patient.

### Comunicación entre prestadores y operadoras de salud: un estudio del caso

#### RESUMEN

Este estudio tiene como tema el relacionamiento entre prestadores de servicios y operadoras del plan de salud, y tiene como objetivo discutir sobre la atención de las metas por la mejora de la calidad de los servicios entre ellos. La metodología de este trabajo fue desarrollada a través de un estudio del caso, cualitativo y cuantitativo, de carácter empírico, fundamentándose en la revisión de literatura y cuestionario aplicado con operadoras y prestadores. Los resultados muestran: a) falta de *feedback* entre prestadores y operadoras; b) la importancia de la motivación en el ambiente de trabajo para una mejor comunicación; c) la relación con el beneficiario y la capacitación y perfil de gestores en el área de salud. De esta forma, esta investigación es relevante porque provoca futuros estudios en el área, contribuyendo al fomento de este campo de investigación dirigido específicamente al relacionamiento entre prestadores y operadoras, pues al buscar materiales de investigación hay escasez.

**Palabras clave:** relacionamiento prestador y operadora; comunicación; paciente beneficiario.



## 1. INTRODUÇÃO

A saúde suplementar no Brasil teve suas primeiras experiências na década de 1940 através das chamadas caixas de assistência voltada à “portuários, bancários e advogados” (PINTO, 2020, p. 16). Na década de 1960 entra no mercado empresa de medicina de grupo, ao longo dos anos foram surgindo diferentes planos de saúde para atender a necessidade de uma parte da população: os trabalhadores formais (PINTO, 2020). E no final da década de 1980, para que toda população tivesse atendimentos médico-hospitalares, foi criado o SUS. O crescimento do setor de saúde suplementar no Brasil alavanca o setor privado, em razão da sua amplitude em atender a população, necessita de uma infraestrutura de serviços e recursos financeiros estimulando o cenário financeiro do país (SANTANA, 2018).

O rápido e constante desenvolvimento tecnológico, as mudanças econômicas, sociais e políticas, fazem com que as organizações de saúde se adaptem a esse novo conceito para poderem acompanhar o mercado competitivo. Com a evolução do campo da administração, o profissional especializado em gestão da saúde vem conquistando seu espaço em instituições de saúde, desempenhando suas habilidades e mostrando resultados positivos para manter o equilíbrio da empresa.

Ao estudar a relação que o prestador de serviço de saúde e operadora de plano de saúde mantém para atingir seus objetivos, observa-se que muitas questões estão integradas nesta funcionalidade entre os atores. Pode-se destacar a motivação no ambiente de trabalho que tem se mostrado muito importante nessa relação, pois é através dela que as pessoas conduzirão suas atitudes buscando produzir e atingir melhores resultados.

Para os autores Jones e George (2012) a motivação advém de forças psíquicas que influenciam o comportamento do sujeito para este não limitar-se aos problemas, mas sim solucioná-los da melhor maneira possível. Nesse cenário, uma área organizacional que cresce cada vez mais ao longo do tempo é a psicologia organizacional. Corroborando com Jones e George (2012), Leão (2012) explica que a psicologia social do trabalho prioriza mais do que a lucratividade e desempenho da organização, pois ela tem um viés de olhar e escuta atenta ao trabalhador, aos seus



direitos e sua saúde mental, tornando-se portanto esse o foco dessa abordagem. Assim, uma forma de auxiliar não só a empresa, mas também o trabalhador é a motivação do mesmo.

Associada diretamente à produtividade e ao desempenho, a motivação impulsiona as pessoas, despertando o interesse em atender as expectativas da empresa. Para o sucesso da empresa não é suficiente que apresente o melhor produto ou serviço, a equipe tem que estar disposta no desempenho e evolução da organização. No conjunto dessas ações, a integração das pessoas se faz necessária para um trabalho em equipe eficiente e eficaz. Chiavenato (2014) diz que as pessoas, bem como as organizações, se relacionam através da comunicação. Para o autor a comunicação é um dos processos vitais da empresa e ela pode ser uma vantagem competitiva ou um problema devido às dificuldades de reconhecer o fluxo da informação. Aliados à crescente evolução da tecnologia, a comunicação está inserida neste cenário.

Dessa forma, esta pesquisa tem como tema o relacionamento entre os prestadores de serviços e as operadoras de plano de saúde. O objetivo geral consiste em discutir sobre o atendimento a metas pelo viés da melhoria da qualidade dos serviços entre prestadores e operadoras. A delimitação do tema se originou da dificuldade que o setor de credenciamento de um prestador de serviços médicos na especialidade de oftalmologia da região metropolitana de Porto Alegre tem na relação e comunicação com operadoras de planos de saúde. Este cenário foi observado pelos autores e, a partir disso, surgiu o projeto da presente pesquisa. Damos prosseguimento com a justificativa deste estudo fundamentada na relevância pessoal-profissional, acadêmico-científica e social.

O cunho pessoal-profissional relaciona-se à atuação de 20 anos de uma das pesquisadoras no desenvolvimento de atividades no setor de faturamento de contas médicas e credenciamento. Nessas atividades desempenhadas é preciso contato diário com as operadoras de plano de saúde para tratar diversos assuntos, sejam eles referentes a atendimento, cobrança de contas ou contrato de serviços. Essa rotina diária instigou a pesquisadora anteriormente referida a realizar a presente pesquisa, para buscar a compreensão dessas dificuldades ou as razões para esse embaraço. Esta investigadora



ingressou no mercado de trabalho ainda muito jovem, como estagiária em instituição de saúde. O desenvolvimento profissional foi se estruturando a partir das diferentes funções desempenhadas dentro das organizações em saúde, funções voltadas sempre ao administrativo das empresas. Assim, despertou o desejo de seguir a área administrativa hospitalar, buscando nos cursos de formação continuada, palestras, fóruns, treinamentos e a graduação em bacharel de administração, aperfeiçoamento na profissionalidade. A rotina diária vivenciada, em responsabilizar-se pela execução dessas tarefas operacionais relacionadas a confecção do faturamento das contas médicas, atualização de documentos contratuais, negociações de inclusão e reajustes, parametrização de tabelas e liberação de atendimento para pacientes em situações inelegíveis permitiu a visão da autora em relação às dificuldades encontradas no cotidiano em se comunicar com as operadoras de plano de saúde.

O cunho científico e social relaciona-se com a compreensão de que as investigações contribuem na vida acadêmica e permitem ao estudante ampliar seu senso crítico e raciocínio científico, bem como interagir com os colegas, professores, profissionais e com a população em geral. E não se limita a uma atividade no currículo acadêmico, ela contribui para o progresso da humanidade. A partir de estudos, comprovações e descobertas, a pesquisa conduz para maior assertividade na aplicação e implementação de projetos, sejam eles produtos ou serviços, possibilitando a inovação. Assim, a presente pesquisa, através dos seus achados, pode colaborar com processos de melhoria nas atividades de serviços em saúde. Uma entre tantas formas de fazer a prevenção e colaborar com a qualidade de vida são as visitas regulares ao médico. O acesso a esses serviços pode ser feito via Sistema Único de Saúde (SUS), particular ou saúde suplementar, através dos planos de saúde. Corroborando com o tema deste estudo, busca melhorias nesse setor e contribui significativamente com a sociedade.

Dessa maneira, após esta introdução, apresentamos o referencial teórico, seguido de algumas subdivisões, sendo elas: o processo de trabalho no relacionamento entre prestador e operadora; metodologia; prestadores e operadoras de saúde: um estudo de caso; análise e discussão dos resultados; considerações finais e por fim, as referências.



## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Hoje muito se tem falado em qualidade de vida e como falar em qualidade de vida sem falar em saúde? Para Alves et al. (2017), ter qualidade de vida baseia-se na prevenção da saúde (tanto fisiológica quanto mental) e de possíveis patologias. A saúde está definida pela Organização Mundial (OMS) como estado de completo bem-estar físico, mental e social (NERY et al., 2009). O Ministério da Saúde é o órgão Federal do Poder Executivo, responsável pela formação, preparação e aplicação dos planos e políticas públicas para a assistência na saúde. Posto isso, o Ministério da Saúde (2019) sistematiza condições legais, confiáveis e confortáveis para a atenção das necessidades de saúde dos brasileiros. Uma entre tantas formas de fazer a prevenção, são as visitas regulares ao médico, e o acesso a esses serviços podem ser feitos via Sistema Único de Saúde (SUS), na modalidade particular ou saúde suplementar, através dos planos de saúde.

No ano de 1988, conforme Cintra, Vieira, Hall e Fernandes (2013) foi criado o SUS, um sistema público que tem o compromisso com a saúde do povo brasileiro, garantindo o acesso universal da população aos recursos na saúde. Com o fim da ditadura militar, os direitos sociais voltam a ser discutidos e, em 1986, acontece a VII Conferência Nacional de Saúde que, com a democratização, inclui na mesma os trabalhadores, pesquisadores, membros civis e demais pessoas (MENEZES, 2017). A nova Constituição Federal (1988) transforma a saúde em direito de cidadania e dá início à criação de um sistema público e global, reestruturando o modelo tradicional de duplicidade que separava o sistema de saúde pública da saúde previdenciária (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Ainda conforme Menezes (2017), o SUS foi implantado no Brasil pela Lei nº 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde em 1990 (BRASIL, 1990), após intensa pressão popular da sociedade civil, demonstrada através do Movimento de Reforma Sanitária (TONELOTTO *et al.*, 2019). Esse sistema foi elaborado para que tenha total funcionalidade, garantindo desde o simples atendimento até grandes procedimentos, totalmente gratuito para toda a população brasileira. De acordo com a Revista Master (2016) a realidade do sistema, infelizmente não funciona como o





esperado. O cidadão encontra, muitas vezes, um serviço precário com entidades sem recursos financeiros.

Visando melhorias no setor da saúde (LOVERDOS, 1999) foram criadas alternativas de assistência médica: os planos de saúde, as seguradoras, os sistemas de autogestão privados, estatais, entre outros. Primordialmente, esse setor da economia trabalhou sem padrão de funcionamento, tendo o controle econômico financeiro realizado pela Superintendência de Seguros Privados (Susep). Com o constante crescimento e desenvolvimento do setor, houve a necessidade de uma padronização para essas operadoras de saúde, então no ano de 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Lei nº 9.961 (BRASIL, 2000), vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil (ANS, 2019).

Menezes (2017) elucida a classificação das operadoras conforme suas características e forma de organização, sempre em conformidade com a ANS. A autora ainda cita as oito modalidades as quais garantem as especificidades de cada operadora, sendo essas: 1) A Administradora, que é a pessoa jurídica responsável por administrar benefícios contratando planos privados e gerenciando os serviços de assistência à saúde, conforme a necessidade da contratante; 2) Cooperativa Médica, definida como uma sociedade sem fins lucrativos que opera planos privados, na qual os médicos são sócios e prestadores de serviços, com remuneração equivalente à sua produção; 3) Cooperativa Odontológica, que segue o mesmo conceito da Cooperativa Médica; 4) Autogestão, aquela que atende exclusivamente uma determinada classe de beneficiários; 5) Medicina de grupo, na qual operam e administram planos de assistência tanto para empresas como para pessoa física; 6) A Odontologia de Grupo que segue o mesmo modelo da Medicina de Grupo; 7) Filantropia, que consiste em entidades sem fins lucrativos, sendo necessário comprovar que pelo menos 60% de suas instalações são para atendimentos ao SUS; 8) As Seguradoras, que garantem serviços de assistência à saúde, realizando a intermediação entre o beneficiário e o prestador, sendo que o usuário tem autonomia para escolher livremente o prestador.

Os prestadores de serviços em saúde são hospitais, clínicas, laboratórios, médicos e todo e qualquer profissional que presta algum serviço médico (TAJRA, 2003).



Salientando a importância do relacionamento entre as operadoras de plano de saúde e os prestadores, Menezes (2017) exemplifica que as operadoras são entidades responsáveis por oportunizar e gerenciar os planos de saúde que disponibilizam uma série de serviços. Os prestadores de serviços em saúde são responsáveis em oferecer e prestar aos beneficiários esses serviços, portanto, a boa comunicação entre os lados é relevante para um bom atendimento ao paciente beneficiário.

## 2.1 O processo de trabalho no relacionamento entre prestador e operadora

Com o intuito de refletir sobre o atendimento a metas pelo viés da melhoria da qualidade dos serviços entre prestadores e operadoras, este estudo busca compreender o relacionamento entre ambos. Segundo Loverdos (1999), tudo começa no credenciamento pois, para ele, a relação entre prestador e operadora depende de um contrato bem elaborado entre as partes, destacando a importância das habilidades que o profissional responsável por essa área precisa desempenhar, o que corrobora com os achados do estudo. Conforme a ANS (2019) o contrato escrito e formalizado entre operadoras e prestadores é obrigatório. Não existindo esse documento, as partes poderão sofrer penalidades previstas na resolução normativa RN nº 124/2006.

Buscar a eficiência e eficácia<sup>1</sup> empresarial demandam processos de trabalho bem estruturados. Embora muitas vezes pareça cansativo, um contrato de prestação de serviços bem elaborado evita problemas para ambas as partes, bem como para o consumidor final: o paciente. Tajra (2003, p. 26) corrobora com o que foi exposto, quando:

A regulamentação de uma área de credenciamento pode parecer excessivamente burocrática, entretanto tais cuidados devem ser sempre considerados, pois tem sido comum, em âmbitos legais, a operadora responder solidariamente pelos erros médicos e dos demais profissionais da assistência médica, bem como pelas más condições de atendimento da rede prestadora [...]. Os credenciamentos de novos serviços e a sua manutenção [...] devem ocorrer de forma bastante criteriosa, obedecendo a todos os pré-requisitos legais e a uma boa política de credenciamento definida por cada uma das operadoras.

<sup>1</sup> Segundo Tenório (2009) a eficiência concentra-se no sujeito que resolve da melhor maneira com o que tem disponível. Já a eficácia é o cumprimento do objetivo anteriormente proposto.



Posto que o credenciamento é fundamentado na prática de negociação entre prestador e operadora, observa-se a importância de entender as habilidades que o profissional precisa dispor sobre ela (negociação). Oliveira e Martinelli (2014, p. 196) definem a negociação como um “processo de alcançar objetivos por meio de um acordo em situações em que podem existir tanto interesses comuns quanto complementares ou opostos”, levando em consideração que essa negociação faz parte de uma relação social entre sujeitos, para uma melhor comunicação.

Entende-se aqui, com o exposto acima, a importância da comunicação. Para Matos (2009) alguns problemas de gestão, conflitos e desentendimentos humanos na organização, ocorrem por desconformidade no momento da comunicação. O autor ainda expõe que uma comunicação eficaz precisa ser compreensível entre emissor e receptor, pois ela depende exclusivamente das pessoas. As organizações, para desenvolverem suas atividades, necessitam estabelecer relacionamentos. Independentemente do tamanho ou segmento da empresa, eles devem ser baseados em práticas de gestão, enfatizando a valorização dos relacionamentos internos e externos da empresa (SILVA FILHO; FARINA; GASPAR; DONATO, 2017). Tudo isso faz parte da complexidade das relações estabelecidas no ambiente de trabalho, a qual vem sendo composta e recomposta através dos anos, sendo influenciada pela cultura e época, atualmente perpassando a figura de trabalhador e ambiente de trabalho, mas também como sujeito (VARELA *et al.*, 2018).

De acordo com o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE) (2018), o sucesso de uma negociação é uma atividade constante e importante no meio empresarial, a qualidade da comunicação também é um fator que influencia esse processo. Profissionais da área de negociação entendem que uma comunicação clara é fundamental para celebrar bons acordos. Posto isso, Kunsch (2014) está de acordo quando elucida a importância do valor do funcionário e sua qualidade de vida no trabalho para uma boa comunicação, pois a mesma não reflete apenas no final das negociações, mas também no cotidiano do funcionário.

Cardoso e Rodrigues (2006) definem gestão como uma função, uma disciplina, uma atividade a ser realizada e o gestor é o profissional que deve encarregar-se de



realizar essas funções responsabilizando-se pela performance da organização, produzindo resultados. Ou seja, entende-se que o gestor não nasce com o conhecimento prévio para uma boa atuação, mas sim constrói o mesmo através da experiência acadêmico-profissional. Portanto, os serviços em saúde, por serem intangíveis, dependem especificamente das atividades desempenhadas pelos profissionais envolvidos nessa área (FENILI, 2016).

Na prestação de um serviço em saúde, o prestador relaciona-se diretamente com o cliente. O autor Fenili (2016) elucida que o gestor hospitalar necessita ter seis principais competências: a) a intelectual, para identificar problemas e buscar soluções; b) a organizacional, sendo capaz de um autoplanejamento, gerenciar tempo e espaço de trabalho; c) a comunicativa, sabendo se expressar e comunicar; d) a comportamental, dispondo de uma postura ética e moral, buscando constantemente conhecimento; e) a social, como a capacidade de expandir seus conhecimentos em favor das pessoas; f) a política, pois essa competência ganha destaque por estar fundamentada nos direitos e deveres e na reflexão de sua atuação.

Corroborando com os achados, percebe-se a importância das habilidades e competências dos responsáveis envolvidos, pelo relacionamento entre prestador dos serviços médicos e as operadoras de planos de saúde, objetivando a qualidade no atendimento ao paciente. A partir da potencialidade do desenvolvimento dessas habilidades e construção do perfil de gestor, não apenas o paciente beneficiário será favorecido, mas também o quadro de funcionários. Varela et al. (2018) apresentam o sujeito na empresa como elemento fundamental em estratégias, focando nas suas potencialidades e habilidades para assim difundir o conhecimento sobre a empresa na qual a pessoa está inserida.

### 3. METODOLOGIA

A pesquisa apresenta abordagem qualitativa e quantitativa. Neste tipo de estudo, segundo Schneider, Fujii e Corazza (2017) os métodos quali-quanti se complementam, uma apoiando a outra. Os autores ainda ressaltam que a triangulação, ou seja, a abordagem quali-quanti, possibilita uma observação mais ampla do estudo, o que



corroborar com o presente trabalho. Por dedicar-se à investigação de uma situação específica, a pesquisa configura-se como um estudo de caso. De acordo com Yin (2015) a base para a constituição do estudo de caso gira em torno dos questionamentos: “como” e “por que”, o que corrobora com o problema desta pesquisa. Portanto, o problema da pesquisa apresenta-se da seguinte maneira: A relação entre prestadores de serviços médicos e contratantes pode dificultar no atendimento do paciente beneficiário?

O trabalho foi desenvolvido através de um estudo de caso de ordem qualitativa-quantitativa e de caráter empírico (YIN, 2015), fundamentando-se na revisão de literatura através de livros e de artigos em periódicos disponíveis. As buscas dos artigos foram realizadas nas seguintes plataformas: Google Acadêmico e Capes Periódicos, com os seguintes descritores: relacionamento prestador e operadora, comunicação, saúde, conforme orientações de Bardin (2015), a qual aconselha que sejam seguidas as seguintes regras para a escolha do material de análise: exaustividade, garantindo que nenhum documento deve ser deixado de fora; regra da homogeneidade, pois a seleção dos documentos deve ter o mesmo tema para que permita a comparação; e a regra da pertinência, pois os documentos devem guardar correlação com os objetivos da análise.

De acordo com as etapas de pesquisa expostas por Gil (2008), selecionamos o seguinte trajeto metodológico para este projeto: a) formulação do problema; b) construção de hipóteses ou determinação dos objetivos; c) delineamento da pesquisa; d) seleção da amostra; e) coleta de dados; f) análise e interpretação dos resultados; g) redação do relatório. Neste sentido, Gil (2008, p. 89-90) explica que os conceitos básicos da seleção da amostra consistem em: “universo ou população” e “amostra”.

Posto isso, ainda de acordo com as etapas de pesquisa (GIL, 2008), a formulação do problema manifestou-se através da vivência no setor de faturamento de contas médicas e credenciamento, e da seguinte questão: A relação entre prestadores de serviços médicos e contratantes pode dificultar no atendimento do paciente beneficiário? O objetivo geral consistiu em discutir sobre o atendimento a metas pelo viés da melhoria da qualidade dos serviços entre prestadores e operadoras.



Posteriormente, ao delinear o objetivo geral deu-se seguimento à etapa da construção de hipóteses ou determinação de objetivos. Para isso, ressaltamos as inferências de Gil (2008, p. 41) sobre a definição de hipótese “é uma suposta resposta ao problema a ser investigado”, ou seja, como foi visto ao decorrer do trabalho, sobretudo na formulação do problema e objetivo, percebe-se a falta de uma comunicação de qualidade entre prestadores e operadoras. Visto tudo isso, os objetivos específicos concentram-se no 1) Delineamento da pesquisa em descrever o processo entre o setor de credenciamento de clínicas da região metropolitana de Porto Alegre, uma vez que as informações dos prestadores e operadoras estavam acessíveis para coleta de dados e convênios médicos contratantes; 2) Identificar as principais dificuldades em atender às necessidades do paciente relativas ao feedback prestador de saúde e operador de plano de saúde e 3) delinear o perfil de gestor de prestador e operadora. Corroboramos com o exposto referente à definição de feedback: “pode-se definir feedback como o processo de fornecer dados para que o outro (pessoa ou grupo) possa melhorar seu desempenho e alcançar os objetivos” (RAMOS; COUTO, 2016, p. 4).

Figura 1 - Processos metodológicos

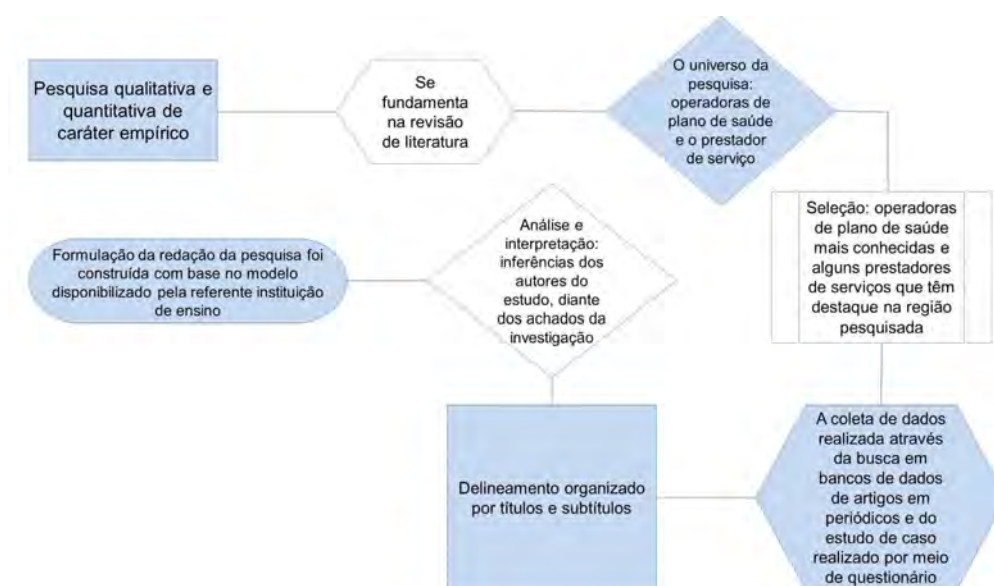


Figura 1. Fonte: autoria própria, 2021.



O universo ou população da presente pesquisa são as operadoras de plano de saúde e o prestador de serviço. A seleção do universo da pesquisa integrou algumas operadoras de plano de saúde, na qual são mais conhecidas e alguns prestadores de serviços que têm destaque na região onde foi realizada a pesquisa. A coleta de dados foi realizada através da busca em bancos de dados de artigos em periódicos e do estudo de caso realizado por meio de questionário. O delineamento do trabalho foi organizado através de títulos e subtítulos: introdução, desenvolvimento, trajeto metodológico, resultados e discussões, seguido das considerações e das referências. A análise e interpretação são as inferências dos autores do presente estudo, diante dos achados da investigação. A formulação da redação da pesquisa foi construída com base no modelo disponibilizado pela referente instituição de ensino.

### *3.1 Prestadores e operadoras de saúde: um estudo de caso*

Yin (2015) diz que o estudo de caso é um dos métodos para se realizar uma pesquisa nas ciências sociais, esse método permite investigar o “caso” em circunstância real e facilita a coleta de dados. O estudo de caso pode ser adotado como método de pesquisa em diversas situações agregando compreensão em acontecimentos individuais, grupais, em organizações, na sociedade, na política entre outros. Gil (2008) infere que o estudo de caso possibilita uma visão global do problema estudado favorecendo a identificação do problema, ou os motivos que levam ao problema.

Prosseguindo ao tema proposto foi realizado um estudo de caso, com intuito de compreender de que forma o relacionamento entre prestador de serviço na área da saúde e operadora de plano de saúde pode impactar na qualidade de atendimento ao paciente. Como já mencionado, para a coleta de dados também foi elaborado um questionário, baseado nos objetivos da pesquisa. Para Silva e Urbaneski (2009) o questionário é uma técnica de investigação que permite ao pesquisador inteirar-se do conhecimento de determinados assuntos dos seus respondentes. Optou-se pelas perguntas do tipo questões fechadas e abertas, com alternativas de respostas pré-definidas e abertas curtas, para facilitar as respostas e os resultados a serem analisados.



O questionário foi desenvolvido através da ferramenta do Google Formulários. Para a validação do questionário, seguimos as instruções de Gil (2008, p. 134) denominada de “pré-teste do questionário”, o qual tem como objetivo “evidenciar possíveis falhas na redação do questionário, tais como: complexidade das questões, imprecisão na redação, desnecessidade das questões, constrangimentos ao informante, exaustão etc”. Portanto, o link do questionário foi enviado para sete participantes, que foram escolhidos devido à relação da área de pesquisa saúde-gestão, de um grupo de pesquisa certificado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), de uma instituição de ensino superior comunitária da região metropolitana de Porto Alegre. Destes sete, quatro responderam. A população referida foi escolhida por ser da área da gestão. Após o envio, algumas sugestões foram propostas aos pesquisadores.

Em seguida, o questionário foi ajustado e enviado para a população previamente selecionada. A escolha dos participantes foi composta por profissionais da área da saúde, sendo enviado através do correio eletrônico para seis prestadores de serviços em saúde e para seis contatos de operadores de planos de saúde, na qual encontravam-se acessíveis. Devido à falta de feedback de prestadores e operadoras, utilizou-se como critério de inclusão todos que responderam, sendo estes apenas cinco no total, dentre eles três prestadores e duas operadoras. Com base nas informações coletadas, iniciamos a apresentação e discussão dos dados levantados, no total 42% da população escolhida responderam a pesquisa. Ademais, as respostas dos participantes da pesquisa, bem como as inferências dos autores e o que a literatura aborda será descrito a seguir, na análise e discussão dos resultados.

Com relação aos aspectos éticos, na página inicial do questionário sob o título “Pesquisa de campo para o curso de pós-graduação de gestão hospitalar” há uma pequena explicação do que se tratava o questionário, bem como um termo, na qual a pessoa concordava se clicasse em “continuar para próxima seção”.



## 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A delimitação do tema do presente estudo se originou pela dificuldade que o setor de credenciamento de um prestador de serviços médicos na especialidade de oftalmologia da região metropolitana de Porto Alegre tem na relação e comunicação com operadoras de planos de saúde, como já anunciado. Nas atividades desempenhadas no faturamento de contas médicas, é preciso contato diário com as operadoras de plano de saúde para tratar diversos assuntos, sejam eles referentes a atendimento, cobrança de contas ou contrato de serviços.

A primeira pergunta do questionário teve por objetivo a identificação do respondente, com a finalidade de identificar e comprovar com endereço de e-mail do participante da pesquisa. A segunda questão pleiteia classificar o tipo de empresa, se prestadora de serviços médicos ou plano de saúde. Foram obtidas 60% de respostas de empresa prestadora de serviço médico e 40% de empresa de plano de saúde. A terceira questão pretendeu tipificar a especialização na área da medicina em que a atividade é exercida, tendo o respondente a opção de digitar sua resposta. Ao analisar as respostas deduziu-se que houve uma falha na elaboração da questão, pois se observou que a questão foi interpretada pelos respondentes como especialidade pessoal, individual e não do ramo da empresa. Assim, as respostas foram: oftalmologia, médico, gestora, autogestão e uma fisioterapia, visto que o esperado seria eles escreverem sua especialidade, ou seja, se eram operadoras ou prestadores. A quarta questão teve por foco aproximar-se da função do participante da pesquisa para ter uma ideia das tarefas desempenhadas por ele, direcionando as perguntas para profissionais específicos dentro da organização. Assim, o questionário foi respondido por três (80%) profissionais das funções de credenciamento médico, faturamento e contas, dois (20%) de gerenciamento de contas e atendimentos. Nesta questão iniciaram-se as questões projetadas ao objetivo da pesquisa, com o propósito de saber o empenho dos envolvidos em solucionar a restrição de um atendimento ao qual o paciente está apresentando. Ao observar as respostas, 100% dos respondentes concordam que houve interesse na resolução do problema.



Considerando que as empresas existem e funcionam através das pessoas, para Chiavenato (2014), é primordial para o executivo, independentemente de seus conhecimentos técnicos e formação, saber lidar com diferentes personalidades, conseguindo relacionar-se e comunicar-se com elas, pois o sucesso ou fracasso de uma empresa pode estar diretamente relacionado com as pessoas da organização. Ainda para o autor, motivar as pessoas requer dos gestores persistência, estar motivado eleva os esforços das pessoas para atingir os objetivos organizacionais. Posto isso, em relação ao percentual de 100% afirmativo na questão de número quatro, conclui-se que existe motivação das pessoas em resolver um impedimento no atendimento de um paciente.

A questão número cinco esclarece quanto ao contrato entre operadora de plano de saúde e prestador de serviço médico. Na hipótese de que um procedimento que o paciente necessite realizar não estivesse no documento, qual a disposição em “negociar” esse procedimento, incluindo no tratado já existente ou abrindo uma exceção para que o paciente possa receber o tratamento necessário? Dos participantes da pesquisa, 60% responderam sim, que há comunicabilidade entre prestador e operadora de plano de saúde, 20% responderam que não veem essa flexibilidade em negociação e 20% usou a opção outro para colocar sua posição quanto à comunicação entre as partes.

A operadora deve garantir ao paciente a cobertura dos procedimentos contratados pelo beneficiário, seja por plano individual ou empresarial. Já o prestador de serviço deve garantir os serviços ao paciente, conforme contrato entre operadora e prestador. Abelha e Gonçalves e Pitassi (2014, p. 118) corroboram com esta colocação quando expõem que “o manejo de forma regular dos critérios de desempenho pode ser valioso para a gestão, controlando o relacionamento multifacetado das operadoras com os prestadores [...]”. Nesse contexto, vale destacar a importância da relação entre as operadoras e prestadores, pois se o beneficiário necessitar de um procedimento que não consta no contrato, cabe a uma das partes aqui estudada buscar atender a necessidade do paciente dentro da legalidade cabível. Ludmer e Ludmer (2013) citam que há conflitos entre médicos e operadoras. Para os autores, a categoria médica acusa as operadoras de manipular os pacientes colocando em dúvida a conduta médica, burocratizando os serviços, desvalorizando financeiramente os procedimentos médicos e monitorando os





serviços. Quanto às operadoras, alegam cobranças desnecessárias e que a parte médica usa a tecnologia como justificativa para indenizar-se. Esses conflitos não podem prejudicar o atendimento ao paciente, pois visam a saúde do beneficiário.

Na sexta questão pretendeu-se observar o empenho, a responsabilidade e a seriedade com a comunicação entre as partes prestador de serviços médicos e operadora de plano de saúde. Para esta, as respostas foram 60% que na maioria das vezes as partes dão retorno aos contatos, 20% sim, afirmam que o retorno existe e 20% não, que as partes não cumprem os retornos prometidos. Segundo Barbosa (2016) há necessidade de especialização na área da gestão no SUS, porém, com o decorrer dos anos de experiência profissional na área e com os dados apresentados por meio do questionário desta pesquisa, notou-se a falta de especialização dos gestores também no âmbito particular da saúde. Percebeu-se que para ser um gestor classificado como adequado e eficiente, precisa-se de algumas características, como demonstram Coelho, Cortez, Rodrigues, Noronha e Santiago (2015) e Barbosa (2016). Seguem algumas habilidades significativas na presença desse perfil de gestor: “ter visão estratégica, planejamento, organização, controle, liderança, comunicação, trabalho em equipe, participar do processo decisório, habilidades de negociação, pró-atividade, criatividade, flexibilidade e competência interpessoal” (BARBOSA, 2016, p. 23). Dessa forma, o gestor necessita de habilidade, competência e ações coerentes que não dependem de uma formação acadêmica específica.

O autor Chinem (2010) aponta que houve uma grande transformação no mundo empresarial devido aos meios de comunicação, tornando a informação mais rápida, facilitando a comunicação global permitindo resultados mais rápidos. O processo de se relacionar vai além de uma boa comunicação entre as partes, pois exige dos profissionais de saúde o desempenho de sua competência profissional para a construção e aprimoramento desse vínculo, bem como habilidades específicas que os gestores necessitam, pois a comunicação deve ser clara e compreensível entre emissor e receptor. Essa competência profissional pode ser descrita através dos achados de Bomfim (2012) que se concentram nos seguintes conceitos: conhecimento, habilidade e atitude. Ainda de acordo com Bomfim (2012), descrevemos os conceitos anteriormente citados. O



conhecimento é o conjunto das informações armazenadas de alguma maneira, seja através do estudo ou da experiência. A habilidade pode ser descrita como um conjunto de ações e vivências aprendidas e repetidas. As atitudes são comportamentos aprendidos ao longo da vivência, a qual contribui para a ética do sujeito. O bom desenvolvimento desses conceitos favorece a tomada de decisão e resolução de problemas (BOMFIM, 2012).

Concorda-se com o exposto de Varela *et al.* (2018) quanto ao bom funcionamento das relações interpessoais entre setores e o desenvolvimento da prática do olhar atento ao sujeito empregado e de ativos estratégicos que influenciam as potencialidades e habilidades do trabalhador. Portanto, esses ativos estratégicos concentram-se no sujeito e suas competências, estas variadas, desde inteligência até sensibilidade (VARELA *et al.*, 2018).

Ao principiar a investigação, notou-se que alguns autores orientam para a administração, pois ela está inserida no dia a dia em todos os ambientes, mesmo que esta não seja percebida. Para Chiavenato (2016) administrar é um método que requer do administrador funções básicas de planejamento, direção, organização e controle. Nas palavras do autor (CHIAVENATO, 2006, p. 2) a “administração é uma ciência relativamente nova”, mas reconhece sua importância quando diz que a administração foi responsável pelo crescimento da riqueza, ao longo do século passado, pela melhoria de qualidade de vida das pessoas e que hoje é necessária para muitas ciências. Considerando ainda as afirmações de Chiavenato (2001, 2006), compreende-se a relevância de uma gestão organizacional que se empenhe com seus conhecimentos técnicos e administrativos. No transcorrer da análise de dados obtidos, foi observada:

Quadro 1 - Objetivo das questões e resultados

| Objetivo de cada questão do formulário                               | Resultados                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Identificação do respondente                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de feedback entre prestadores e operadoras</li><li>• A importância da motivação no ambiente de trabalho para uma melhor</li></ul> |
| 2 - Tipo de empresa                                                  |                                                                                                                                                                                 |
| 3 - Especialização na área da medicina em que a atividade é exercida |                                                                                                                                                                                 |



|                                                                                                                                         |                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 - Função do participante da pesquisa                                                                                                  | comunicação<br>• A relação com o beneficiário e a capacitação e perfil de gestores na área da saúde |
| 5 - Contrato entre operadora de plano de saúde e prestador de serviço médico                                                            |                                                                                                     |
| 6 - Empenho, responsabilidade e seriedade com a comunicação entre as partes prestador de serviços médicos e operadora de plano de saúde |                                                                                                     |

Quadro 1. Fonte: autoria própria, 2021.

## a) falta de feedback entre prestadores e operadoras

Ao transcrever e explorar as respostas do questionário enviado, percebeu-se a falta de feedback de ambas as partes, a exemplo disso foi a falta de resposta, pois mesmo selecionados previamente, as operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços médicos, não responderam a presente pesquisa, sendo totalizada como metade dos contatados. Em relação às negativas de procedimentos não cobertos, necessitando de uma conversa entre as partes, os respondentes não totalizam a satisfação, nem mesmo nos retornos prometidos. Considerando que a negociação integra uma relação social entre sujeitos, nota-se a importância da comunicação entre as partes, pois muitos dos problemas organizacionais podem ser evitados quando a comunicação funciona. Apesar de todo o avanço tecnológico e o uso das novas ferramentas utilizadas, não foi percebido melhor acesso e facilitação da conversa, o que demonstra a complexidade do ambiente de trabalho e suas relações (VARELA et al., 2018). Portanto, a comunicação deve ser vista como peça fundamental para a sobrevivência da organização. Isto corrobora com o exposto de Rocha (2018) que demonstra a importância de escutar atentamente para assim facilitar o processo da comunicação e evitar maiores dificuldades no ambiente de trabalho.

## b) a importância da motivação no ambiente de trabalho para uma melhor comunicação

Foi percebido, através das respostas dos participantes, que a motivação dos envolvidos impacta na comunicação dos setores, consequentemente no desempenho e funcionalidade da rotina de trabalho, mesmo apresentando imprevisibilidade na rotina de trabalho, 100% dos respondentes se mostraram motivados em resolver as



intercorrências que ocorrem no dia a dia. A motivação no ambiente de trabalho é um estado positivo que possibilita ao indivíduo desenvolver seu potencial e repercute na satisfação de seus objetivos. A motivação está vinculada à satisfação e à produtividade, o que leva a compreender que é preciso encontrar fatores motivadores para cumprir as metas, visto que cada sujeito sente-se motivado de formas diferentes, para assim atingir bons resultados, pois a falta de motivação afeta diretamente na execução das tarefas. Leão (2012) corrobora com tal argumentação quando expõe o papel da psicologia social do trabalho e a prioridade que a mesma dá ao trabalhador e sua qualidade de vida no trabalho. O autor ainda esclarece que uma escuta e olhar atento para o sujeito empregado é essencial para o bem-estar físico e mental do mesmo, o que acaba impactando positivamente na motivação entre os setores da empresa.

### *c) a relação com o beneficiário e a capacitação e perfil de gestores na área da saúde*

Tanto a relação com o paciente beneficiário, como a capacitação e perfil dos gestores influenciam na qualidade do serviço prestado. As respostas dos participantes da pesquisa em resolver as diferentes intercorrências nos atendimentos fez compreender que as metodologias de gestão e gerenciamento têm a finalidade de responder alguma necessidade ou expectativa de forma eficiente, cumprindo a padronização nos processos de atendimento que decorre de uma gestão administrativa, e eficaz, atendendo de forma precisa as necessidades do beneficiário e da empresa. A capacitação e perfil do gestor de saúde intervém diretamente nesse processo, pois com suas habilidades e competências o profissional abrange a gestão do estabelecimento, estendendo-se a planejar, organizar, dirigir e controlar a relação da prestadora de serviço com o paciente beneficiário. Uma maneira de investir nessas relações e capacitações é investir nas relações interpessoais entre as prestadoras e operadoras, bem como nas suas potencialidades e habilidades, fazendo assim os trabalhadores terem domínio sobre a organização (VARELA *et al.*, 2018) e impactando diretamente na relação com o paciente beneficiário.

Posto tudo isso, relacionamos os dados obtidos com a literatura e corroboramos com os autores Facas e Ghizoni (2017) quando elucidam o termo “hipermoderno” para



contextualizar a sociedade moderna em que vivemos, dominada pela cultura do “aqui” e “agora”, onde é preciso resolver tudo com rapidez e individualismo. Essa cultura imediatista acaba muitas vezes adoecendo os trabalhadores (sobretudo mentalmente) e também dificultando a comunicação entre os mesmos (FACAS; GHIZONI, 2017) o que ocasionalmente impacta na motivação e qualidade de vida dentro do ambiente de trabalho.

Por fim, a pesquisa científica vem para impulsionar e enriquecer a construção do conhecimento, Severino (2017) defende que a pesquisa é elemento necessário e fundamental no processo de ensino e aprendizagem. As investigações contribuem na vida acadêmica, permitem ao estudante ampliar seu senso crítico e raciocínio científico, bem como interagir com os colegas, professores, profissionais e com a população em geral. E não se limita a uma atividade no currículo acadêmico, ela contribui para o progresso da humanidade. A partir de estudos, comprovações e descobertas, a pesquisa conduz para maior assertividade na aplicação e implementação de projetos, sejam eles de produtos ou serviços, possibilitando a inovação. Assim a presente pesquisa, através de achados, pode colaborar com processos de melhoria nas atividades de serviço em saúde, visto que, como expõem Varela *et al.* (2018), além das limitações da coleta de dados, como veremos a seguir, são relevantes os estudos voltados para os prestadores e operadoras, uma vez que auxiliam na compreensão da relação de ambos, o que impacta positivamente no atendimento ao paciente beneficiário.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu concluir que além dos métodos e processos eficazes dentro de uma organização, é de grande relevância a motivação das pessoas que exercem uma rotina diária em qualquer empresa. Uma pessoa motivada dentro de uma organização será um diferencial, pois haverá dedicação, maior responsabilidade e cuidado no desempenho de suas funções. A motivação está intrinsecamente relacionada à qualidade de vida no trabalho, ao objetivo profissional e pessoal, portanto, tanto a motivação individual quanto a habilidade dos gestores em manter a equipe motivada contribuem significativamente para os resultados positivos da empresa. A quarta





questão do questionário mostrou-se relevante ao apresentar a preocupação de ambos os lados (prestador e operadora) quanto a elegibilidade do beneficiário. Neste sentido, nota-se a importância do beneficiário cliente, tornando-o essencial nessa relação, visto que se o profissional, sentindo-se motivado irá tentar encontrar a melhor maneira de solucionar o problema do beneficiário.

No decorrer da pesquisa, manifestou-se a má visão que prestador e operadoras têm entre si. De um lado os prestadores veem as operadoras como dificultadoras, e as operadoras veem os prestadores, em muitas de suas condutas médicas, imprecisos. No transcorrer da análise dos dados foi observada a falta de feedback, principalmente no caso das operadoras para com os prestadores, como foi visto na sexta questão. Na revisão de literatura, através de livros e de artigos em periódicos que fundamentaram a pesquisa, se evidencia a importância que a comunicação representa para o desenvolvimento pessoal e empresarial, e que para se atingir as metas com qualidade, a boa comunicação se faz relevante facilitando as relações, o que está interligado com o cuidado em melhorias nessa visão distorcida que prestadores e operadoras têm entre elas.

Por meio dos achados percebe-se a falta de capacitação dos gestores da saúde, tanto no âmbito particular quanto no SUS, pois o sistema único de saúde ainda apresenta maior número de profissionais com formação nesta área. Entende-se que o perfil do gestor vai além da sua formação acadêmica. Independentemente da qualidade profissional que a pessoa apresenta não significa que ela tenha o que necessita para ser gestora. A presente investigação pretende provocar futuros estudos nesta área, para assim fomentar o campo de pesquisa voltado especificamente ao relacionamento entre prestadores e operadoras.

## 6. REFERÊNCIAS

ABELHA, M. C.; GONÇALVES, A. A.; PITASSI, C. Estratégia de operações em serviços de saúde: estudo de caso das operadoras de planos de saúde suplementar. *Revista Metropolitana de Sustentabilidade*, v. 4, n. 1, p. 107-121, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3cD6Rcf>. Acesso em: 20 de abril de 2020.



AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Contrato entre operadoras e prestadores*, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2K82RWk>. Acesso em: 29 de maio de 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Quem somos*. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2fa3Vfh>. Acesso em: 29 de maio de 2019.

ALVES, B. L.; SILVA, G. P.; RODRIGUES, S. M.; URBINATI, D. C. Hospital e maternidade nova vida: o uso da medicina preventiva como modelo de gestão para a saúde. *Revista Inovação e Tecnologia*, v. 1, n. 01, p. 35-44, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3csEb5M>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

BARBOSA, C. M. *Perfil do gestor em saúde no estado do Tocantins: formação, conhecimentos e desafios*. (Dissertação de mestrado profissional em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/21671>. Acesso em 20 de abril de 2020

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Edição revista. Lisboa: Edições, 70, 2015.

BOMFIM, R. A. Competência profissional: uma revisão bibliográfica. *Revista Organização Sistêmica*, v. 1, n. 1, p. 46-63, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2zhoa4u>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

BRASIL. *Lei nº 8.080, De 19 De Setembro De 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <https://bit.ly/3boz7iV>. Acesso em: 31 de janeiro de 2020.

BRASIL. *Lei nº 9.961 De 28 De Janeiro De 2000*. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Brasília, DF, 200. Disponível em: <https://bit.ly/2ysonBm>. Acesso em: 29 de janeiro de 2020.

CARDOSO, J.; RODRIGUES, J. N. *Peter Drucker: O essencial sobre a vida e a obra do homem que inventou a gestão*. Portugal: Centro Atlântico, 1º edição, 2006.

CINTRA, R. F.; VIEIRA, S. F. A.; HALL, R. J.; FERNANDES, C. R. A informação do setor de faturamento como suporte à tomada de decisão: um estudo de caso no hospital universitário da UFGD. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, p. 3043-3053, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2XQy5Iw>. Acesso em 20 de abril de 2020.

CHIAVENATO, I. *Teoria geral da administração*. Volume I. São Paulo: Makron, 2001.

CHIAVENATO, I. *Princípios da administração: o essencial em teoria geral da administração*. Editora Manole, 2006.

CHIAVENATO, I. *Comportamento organizacional: A dinâmica e o sucesso das organizações* (3a ed.). Barueri SP: Manole, 2014.



CHIAVENATO, I. *Fundamentos de administração: planejamento, organização, direção e controle para incrementar competitividade e sustentabilidade*. Elsevier Brasil, 2016.

CHINEM, R. *Introdução à comunicação empresarial*. São Paulo: Saraiva, 2010.

COELHO, E. S.; CORTEZ, D. C. M.; RODRIGUES, C. N.; NORONHA, F. M. F.; SANTIAGO, L. C. P. Perfil dos gestores de unidades básicas de saúde em São Luís-MA. *Revista de Investigação Biomédica*, v. 7, n. 1, p. 47-57, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3aqvUxK>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

FACAS, E. P.; GHIZONI, L. D. Trabalho como estruturante psíquico e sociopolítico em tempos de hipermodernidade. *Revista Trabalho (En) Cena*, v. 2, n. 2, p. 01-02, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3czL7hs>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

FENILI, R. *Organização e planejamento hospitalar*. Indaial: UNIASSELVI, 2016.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (6a ed.). São Paulo: Atlas, 2008.

JONES, GARETH R.; GEORGE, JENNIFER M. *Fundamentos da Administração Contemporânea*. (4 ed.). São Paulo: AMGH Editora, 2012.

KUNSCH, M. M. K. Comunicação organizacional: contextos, paradigmas e abrangência conceitual. *Revista Matrizes*, v. 8, n. 2, p. 35-61, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2VpjXEy>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

LEÃO, L. H. C. Psicologia do Trabalho: aspectos históricos, abordagens e desafios atuais. *Revista Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, v. 2, n. 2, p. 291-305, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/34SJ0Tt>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

LOVERDOS, A. *Auditoria e análise de contas médicos-hospitalares*. São Paulo: Editora STS, 1999.

LUDMER, M.; LUDMER, G. Gestão integrada da auditoria médica e sistemas de informação: um estudo de caso em uma cooperativa de trabalho médico. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, v. 2, n. 1, p. 116-139, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2xKkZlo>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

MATOS, G. G. *Comunicação empresarial sem complicação: como facilitar a comunicação na empresa, pela via de cultura e do diálogo* (2a ed.). São Paulo: Editora Manole, 2009.

MENEZES, L. F. *Gestão da saúde pública e privada*. Indaial: UNIASSELVI, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Institucional*. 2019. Disponível em <https://bit.ly/2D0dwj5>. Recuperado em 29 de maio, 2019.

NERY, A. A.; SILVA, D. R.; BUENO, E. S. G.; SANTOS, F. P. A.; NASCIMENTO, M. S.; CARVALHO, P. A. L.; PIRES, V. M. M. M. Concepção de Saúde: Visão de Adolescentes do Ensino Fundamental de um Município da Bahia. *Revista Saúde.Com*,



v. 5, n. 1, p. 17-30, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/2ysrDN6>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

OLIVEIRA, M. F. & MARTIELLI, D. P. Negociação, Cooperação e Desenvolvimento Local sob uma Perspectiva Sistêmica. Um Estudo de Caso no Arranjo Produtivo Local de Fruticultura de Jaíba-MG. *Revista Desenvolvimento em Questão*, v. 12, n. 28, p. 193-223, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2VoJ9en>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Revista História, Ciências, Saúde*, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3anJfHa>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

PINTO, D. D. S. *Visão dos gestores sobre o modelo de compartilhamento de riscos na saúde suplementar brasileira*. Mestrado (Gestão para a Competitividade) - Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2YyltYY>. Acesso em 8 de outubro de 2021.

RAMOS, M. S.; COUTO, R. V. M. A prática do feedback: aplicabilidade e efetividade. *Anais II Congresso De Administração E Tecnologia – CAT*. O Estudo das Tecnologias frente às mudanças sociais. 2016. Disponível em: <https://goo.gl/wgjnkd>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

REVISTA MASTER. *Equilíbrio financeiro e crescimento organizacional*. Porto Alegre: Editora Conselho Regional de Administração do Rio Grande do Sul, CRA RS, 2016.

ROCHA, R. C. *Comunicação Empresarial: Uma Investigação A Partir Da Análise De SWOT*. (2018). Dissertação (Mestrado em Ciências Empresariais) - Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. Disponível em: <https://bit.ly/3aWlszM>. Acesso em: 27 de janeiro de 2020.

SANTANA, A. F. D. S. *A noção de saúde suplementar no Brasil: uma leitura apoiada na teorização lacaniana dos discursos*. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3aj4gW3>. Acesso em: 8 de outubro de 2021.

SCHNEIDER, E. M.; FUJII, R. A. X.; CORAZZA, M. J. Pesquisas quali-quantitativas: contribuições para a pesquisa em ensino de ciências. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v.5, n.9, p. 569-584, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2WUP0vr>. Acesso em: 8 de outubro de 2021.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS (SEBRAE). *A importância da comunicação na hora de negociar*. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2Ke4gL1>. Acesso em: 29 de maio de 2019.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico* (2ª edição). São Paulo: Cortez, 2017.



SILVA FILHO, J. R. T.; FARINA, M. C.; GASPAR, M. A.; DONATO, H. C. Fatores dificultadores nas práticas de gestão no relacionamento entre os supermercadistas e seus fornecedores. *Revista de Gestão e Projetos - GeP*, v. 8, n. 1, p. 57-71, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34V7QSO>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

SILVA, R.; URBANESKI, V. *Metodologia do trabalho científico*. Indaial: UNIASSELVI, 2009.

TAJRA, S. F. *Credenciamento e negociação*. São Paulo: Iátria, 2003.

TENÓRIO, F. G. *Gestão de ONGs: principais funções gerenciais* (11 ed.). Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

TONELOTTO, D. P.; CROZATTI, J.; MORAES, V. M. RIGHETTO, P. Hospitais de alta complexidade do estado de São Paulo: Uma análise comparativa dos níveis de eficiência obtidos pelos modelos de gestão de Administração Direta e de Organização Social. *Revista Administração Pública e Gestão Social*, v. 11, n. 4, p. 1-22, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2VGWiy8>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

VARELA, J. H. S.; CASTRO, A. B. C.; BRITO, L. M. P.; SILVA, P. M. M.; SILVA, A. W. P. Habilidades Sociais no Contexto da Psicologia Organizacional e do Trabalho. *Id on Line Revista Multidisciplinar E De Psicologia*, v. 12, n. 40, p. 764-783, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2VM7Xvs>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos* (5. ed.). Porto Alegre: Bookman, 2015.

## **Rosilane Silva<sup>i</sup>**

MBA em Gestão Hospitalar, UNIASSELVI. Graduação em Administração, Faculdades Equipe. Assistente administrativo na área de administração de contas médicas e hospitalares.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3389-7067>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4120729077635250>

E-mail: [rosiconvenios@gmail.com](mailto:rosiconvenios@gmail.com)

## **Joanah Dal Mas dos Santos<sup>ii</sup>**

Graduanda em Psicologia e bolsista de iniciação científica no grupo de pesquisa Gestão Educacional nos Diferentes Contextos, Universidade La Salle, Unilasalle Canoas. Auxiliar Administrativo do faturamento de contas médicas.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7304-8804>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7057796898934110>

E-mail: [joanah.dalmas@hotmail.com](mailto:joanah.dalmas@hotmail.com)

## **Maria Cristina Vieira Cavalcanti<sup>iii</sup>**

Mestre em Educação pela Universidade La Salle, Unilasalle Canoas. Professora na UNIASSELVI/IERGS nos cursos de graduação e pós-graduação. Atua na formação de professores da Rede Municipal de Educação de Canoas.





Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6666-2654>  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8457654079540334>  
E-mail: [crisccavalcanti@gmail.com](mailto:crisccavalcanti@gmail.com)

**Paulo Fossatti<sup>iv</sup>**

Doutor em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. Reitor e líder do grupo de pesquisa Gestão Educacional nos Diferentes Contextos, Universidade La Salle, Unilasalle Canoas.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9767-5674>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5549397267187698>

E-mail: [paulo.fossatti@unilasalle.edu.br](mailto:paulo.fossatti@unilasalle.edu.br)

**Editor responsável:** Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 01 de setembro de 2021.

Aceito em 14 de outubro de 2021.

Publicado em 22 de novembro de 2021.

**Como referenciar este artigo (ABNT):**

SILVA, Rosilane; SANTOS, Joanah Dal Mas dos; CAVALCANTI, Maria Cristina Vieira; FOSSATTI, Paulo. Comunicação entre prestadores e operadoras de saúde: um estudo de caso. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 200-225, 2021.

Produções Técnicas



Cadernos de Ensino e Pesquisa  
*em saúde*



## Guia prático de acesso aos medicamentos do componente especializado elencados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde/Brasil

DOI: [10.29327/269776.1.1-15](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-15)

Ana Paula Rigo<sup>i</sup>   
Rosa Maria Levandovski<sup>ii</sup> 

### RESUMO

O objetivo deste guia prático é ampliar o acesso aos medicamentos elencados nos PCDT, por meio de estratégias de comunicação e divulgação de informações relativas às políticas públicas para o fornecimento de medicamentos disponíveis nas Redes de Atenção. Foram elencadas fontes de informação, critérios e documentos necessários para solicitação de medicamentos especializados no âmbito do SUS, bem como sítios na internet e plataformas úteis para o acesso rápido aos medicamentos do Componente Especializado elencados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. A implementação dessas ações devem ser preferencialmente direcionadas aos profissionais e serviços da Atenção Básica e serviços especializados da rede de atenção à saúde, bem como utilizadas durante a formação técnica dos profissionais prescritores, como forma de qualificar os processos assistenciais relacionados ao uso dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas como uma Tecnologia em Saúde.

**Palavras-chave:** guia de prática clínica; protocolo clínico e diretriz terapêutica – PCDT; assistência farmacêutica; medicamentos; Sistema Único de Saúde.

### A practical guide for accessing the medications of the Specialized Component listed in the Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines of the Brazilian Ministry of Health

#### ABSTRACT

This practical guide aims to amplify the access to the medications listed in the Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines through strategies of communication and disclosure of information relative to the public policies for supplying medications available in the Assistance Networks. Information sources, criteria, and documents necessary for requesting specialized medications within the scope of the unified health system (SUS) were listed, as well as useful websites and platforms for quick access to the medications of the Specialized Component listed in the Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines. The implementation of such actions must preferably be directed to Basic Care professionals and services and to specialized services of the health care network, as well as used during the technical education of the prescribing professionals as a way to qualify the assistance processes related to the use of the Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines as a Health Technology.

**Keywords:** clinical practice guide; clinical protocols and therapeutic guidelines; pharmaceutical assistance; medications; unified health system.



## 1. INTRODUÇÃO

Este guia prático foi desenvolvido com o objetivo de ampliar o acesso aos medicamentos elencados nos Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), por meio de estratégias de comunicação e divulgação de informações relativas às políticas públicas para o fornecimento de medicamentos especializados disponíveis nas Redes de Atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

As recomendações e a apresentação dos sites elencados nas tabelas, bem como as estratégias de preenchimento dos critérios e documentos necessários para solicitação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, foram elaboradas a partir da expertise das autoras no âmbito de sua atuação na rede de assistência e avaliação de tecnologias em saúde.

As barreiras para a prescrição dos medicamentos disponíveis no Componente Especializado foram evidenciadas em pesquisa realizada durante o Mestrado Profissional em Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde (SUS) do Grupo Hospitalar Conceição, no qual os autores avaliaram a adesão de médicos ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Doença de Parkinson (PCDT-DP), no âmbito do SUS (RIGO; LEVANDOVSKI; TSCHIEDEL, 2017). Dessa forma, a pesquisa em questão foi utilizada para o embasamento teórico, como forma de apresentar as barreiras para a prescrição dos medicamentos disponíveis no Componente Especializado, fornecidos mediante o preenchimento de critérios estabelecidos nos respectivos Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.

A integra dos resultados e a metodologia utilizada no artigo original, pode ser acessado na base de dados Scielo, disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/s6G6zqfyzFLKbfTgvYL77TF/?lang=pt&format=pdf>. A adesão foi avaliada mediante o atendimento aos critérios para elegibilidade do paciente ao recebimento do tratamento, bem como a existência de documentação e exames complementares, descritos no protocolo PCDT-DP. Os resultados demonstraram que apenas 5,33% das solicitações de medicamentos para Doença de Parkinson, direcionados à Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, apresentaram adesão completa às recomendações do protocolo necessárias para o acesso ao



tratamento (RIGO; LEVANDOVSKI; TSCHIEDEL, 2021). Foi identificada, a partir dos resultados obtidos, uma lacuna entre o desenvolvimento e a divulgação do protocolo clínico e a sua efetiva utilização na prática adotada para as solicitações de medicamentos especializados.

Os principais pontos relativos à baixa adesão elencados no estudo estavam relacionados ao desconhecimento sobre o Protocolo Clínico do Ministério da Saúde, bem como à falta de apresentação de critérios relacionados ao diagnóstico, orientados no respectivo PCDT, necessários para a avaliação da solicitação, e à falta de tempo do médico prescritor em preencher os documentos necessários à solicitação. Em contrapartida, o estudo demonstrou que o PCDT-DP é considerado, pela maioria dos médicos, baseado em evidências de boa qualidade, com recomendações claras, podendo ser facilmente colocado em prática, e avaliou-se que sua utilização traz benefícios ao paciente. Dessa forma, é importante a produção de material que facilite o entendimento pelos profissionais de saúde sobre as exigências necessárias para a solicitação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf).

O desconhecimento sobre os PCDT, evidenciado também em outros estudos, e na experiência prática das autoras, demonstra a necessidade de maior integração da assistência farmacêutica com a rede de atenção e a importância da utilização de estratégias de disseminação e implementação dessa tecnologia em saúde, com o objetivo de apresentá-los aos médicos assistentes e às equipes de saúde, torná-los familiarizados com seu conteúdo e implicados com o seu uso, já que a condição de baixa adesão encontrada dificulta o acesso aos tratamentos e prejudica a continuidade da assistência.

As barreiras elencadas no estudo citado, bem como a experiência prática dos autores em atuação na Assistência Farmacêutica Estadual e Atenção Primária à Saúde foram utilizadas para elencar os critérios necessários para a proposição deste guia. O conhecimento obtido pode ser utilizado para subsidiar a elaboração de estratégias adaptadas à situação encontrada, que promovam e consolidem a utilização de protocolos, contribuindo para a qualificação da assistência e do acesso às tecnologias





disponíveis, garantindo a integralidade do cuidado e benefícios à qualidade de vida dos usuários do SUS.

O termo “Tecnologias em Saúde” abrange medicamentos, produtos e procedimentos por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde devam ser prestados à população, tais como vacinas, produtos para diagnóstico de uso in vitro, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais (BRASIL, 2010).

O objetivo deste guia prático é ampliar o acesso aos medicamentos elencados nos PCDT, por meio de estratégias de comunicação e divulgação de informações relativas às políticas públicas para o fornecimento de medicamentos nas Redes de Atenção.

Assim, para atender ao objetivo proposto, foi realizada busca em documentos, sites e legislação, referentes aos critérios de acesso aos medicamentos no âmbito das Redes de Atenção do SUS, a partir dos quais foram elencadas e apresentadas fontes de informação, critérios e documentos necessários para acessar os medicamentos disponibilizados no Componente Especializado, elencados nos PCDT. Ao longo do texto, foram adicionados os endereços eletrônicos, com respectivos links de acesso, para agilizar o processo de busca de informações sobre os medicamentos disponíveis nas Redes de Atenção Especializada.

## 2. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Os PCDT publicados pelo Ministério da Saúde (MS) são documentos elaborados para orientar a assistência no âmbito do SUS. São considerados tecnologias em saúde, construídos de acordo com o conhecimento científico vigente, com o objetivo de orientar o médico assistente, demais profissionais da saúde e a população sobre as características de agravos e possibilidades de tratamentos, além do monitoramento clínico para o acompanhamento da proposta terapêutica adotada (BRASIL, 2010). Estabelecem critérios para o diagnóstico, tratamento, uso de medicamentos, posologias, mecanismos de controle clínico, acompanhamento e verificação de resultados terapêuticos a serem seguidos pelos profissionais do SUS, além de descrever como



manejar o aparecimento de efeitos adversos causados por medicamentos (BRASIL, 2017). O fornecimento dos fármacos elencados nos respectivos PCDT dependerá da completude de adesão aos critérios definidos no protocolo em todas as etapas do cuidado: diagnóstico, definição de condutas farmacológicas e não-farmacológicas, monitorização do paciente. As questões de documentação (tanto a presença, quanto o adequado preenchimento), também são fundamentais para o deferimento do processo administrativo.

Para uma busca mais direta recomendamos a localização dos PCDT por meio do site da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), disponível em: <http://conitec.gov.br/> (BRASIL, 2010). A Conitec disponibiliza a versão completa e uma versão resumida de cada protocolo ou diretrizes terapêuticas, visando dar agilidade e melhor acesso à informação. A lista completa, em ordem alfabética dos protocolos clínicos, está disponível em: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>.

### 3. COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CEAF)

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Os medicamentos disponibilizados por meio do Ceaf são selecionados a partir de critérios de eficácia, segurança e custo (BRASIL, 2010), e definidos de acordo com as regras de financiamento e execução dos Componentes Básico e Especializado da Assistência Farmacêutica, descritos na Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. A lista de doenças e agravos contemplados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e seus respectivos medicamentos está disponível no documento <https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202107/07131223-210706-lista-de-medicamentos-ceaf-por-linha-de-cuidado.pdf> (BRASIL, 2021).



As informações referentes ao Ceaf podem ser acessadas no site <https://saude.rs.gov.br/componente-especializado>. Nesse endereço é possível obter as informações sobre os documentos necessários para abertura e renovação de processos administrativos para solicitação de medicamentos especializados. Alguns links aparecem na cor azul ou em negrito. Ao passar o mouse ou "clique" em cima dos links, o sistema direciona para outro ambiente com mais informações ou aos formulários necessários para o processo administrativo.

A Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul (RS) apresenta por meio do site <https://saude.rs.gov.br/relacao-de-medicamentos> a lista dos medicamentos disponíveis no Componente Especializado. Ao acessar o site, podem ser visualizados os medicamentos em ordem alfabética; ao clicar no medicamento desejado são disponibilizadas respectivas condições clínicas para as quais o item poderá ser disponibilizado. Ao selecionar o medicamento/condição clínica, é possível ter acesso às informações necessárias para a solicitação, como CID contemplados, documentação e exames necessários para a primeira solicitação ou para a renovação da solicitação. Essas informações são úteis para identificar de forma rápida os fármacos disponíveis no componente especializado e como acessá-los.

Os medicamentos disponíveis para solicitação digital pode ser conferida em: <https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202109/03122713-linhas-de-cuidado-e-medicamentos.pdf> ou por meio da Farmácia Digital do Rio Grande do Sul em: <https://farmaciadigital.rs.gov.br/consulta/#/geral>.

Quadro 1: Endereço eletrônico para acesso rápido das informações sobre PCDT, CEAF e lista de medicamentos disponíveis por protocolo.

| Informação                                               | Conteúdo e endereço eletrônico                                                                                                                                                                                                                                              | QR Code*                                                                              |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| PCDT<br>Protocolos Clínicos e<br>Diretrizes Terapêuticas | A CONITEC disponibiliza o acesso da versão completa e uma versão resumida dos <b>Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas</b> no acesso: <a href="http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes">http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes</a> |  |



|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CEAF</b><br>Componente Especializado da Assistência Farmacêutica | A Secretaria de Saúde do RS disponibiliza as informações referentes ao <b>Componente Especializado</b> :<br><a href="https://saude.rs.gov.br/componente-especializado">https://saude.rs.gov.br/componente-especializado</a>                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <b>MEDICAMENTOS VS PCDTs</b>                                        | Lista de <b>Medicamentos</b> disponíveis no <b>Componente Especializado</b> , com os respectivos <b>PCDT</b> aos quais eles estão elencados.<br><a href="https://saude.rs.gov.br/relacao-de-medicamentos">https://saude.rs.gov.br/relacao-de-medicamentos</a>                                                                                                                                                                               |  |
| <b>CONDIÇÃO CLÍNICA vs MEDICAMENTO vs PCDTs</b>                     | Lista de <b>Condições Clínicas</b> e <b>Medicamentos</b> disponíveis no <b>Componente Especializado</b> , com os respectivos <b>PCDT</b> aos quais eles estão elencados.<br><a href="https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202107/07131223-210706-lista-de-medicamentos-ceaf-por-linha-de-cuidado.pdf">https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202107/07131223-210706-lista-de-medicamentos-ceaf-por-linha-de-cuidado.pdf</a> |  |

Fonte: Produção das autoras. \*QR Code gerado em: <https://br.qr-code-generator.com/>

#### 4. ACESSO AOS MEDICAMENTOS ELENCADOS NOS PCDT

Para que os medicamentos do Ceaf sejam dispensados, é necessário que o médico avalie se o paciente preenche os critérios descritos nos PCDT específico, bem como preencha os documentos solicitados, entre eles o Laudo para Solicitação de Medicamento Especializado (LME) e o Formulário Cadastro de Usuários para que seja aberto um processo administrativo. Podem ser necessários outros documentos, de acordo com a linha de cuidado ou fármaco prescrito, tais como o preenchimento e envio do Formulário para Psicofármacos e TER (Termo de Esclarecimento Responsabilidade), além de exames específicos. O número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante deve ser preenchido.

O paciente, ou seu responsável legal, deverá abrir um Processo Administrativo na Farmácia Pública do Município ou por meio de solicitação digital no endereço eletrônico <https://farmaciadigital.rs.gov.br/consulta/#/geral>, no qual é possível, além de consultar os medicamentos fornecidos pelo Estado, anexar toda a documentação



necessária à solicitação de medicamentos do Ceaf (a lista de medicamentos elencados para solicitação digital pode ser consultada no site). Após a instrução do processo administrativo, ocorre a avaliação dos documentos disponibilizados por avaliador técnico da SES/RS, que poderá solicitar documentos faltantes, deferir ou indeferir a solicitação, caso a situação clínica do paciente não esteja prevista em PCDT.

Para orientar o prescritor nesse processo, pensamos ser importante apresentar uma matriz (Quadro 2) com os critérios de avaliação estabelecidos nos PCDT de forma geral. A avaliação criteriosa do paciente quanto ao enquadramento aos critérios propostos em cada PCDT, bem como o correto preenchimento dos documentos e exames necessários, são fundamentais para o deferimento e acesso aos medicamentos do componente especializado.

Quadro 2: Matriz de critérios e documentos necessários para solicitação de medicamentos do Ceaf.

| Item do PCDT         | Critério                                                                    | Descrição do critério                                                                                                                                                                                                                                                  | Documento para apresentação do critério |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| CID 10               | CID 10 aceitos para a inclusão na linha de cuidado                          | Ver critérios de diagnóstico elencados no PCDT específicos para condição de saúde a ser avaliada                                                                                                                                                                       | Laudo médico ou LME                     |
| Critério de INCLUSÃO | Características que possibilitam a inclusão do paciente na linha de cuidado | Sinais e sintomas, resultados de escores de avaliação, resultados de exames laboratoriais e de exames de imagem, medicamentos já utilizados, etc, que atestem a condição clínica e a necessidade para a qual o medicamento está sendo solicitado, de acordo com o PCDT | Laudo médico ou LME                     |
| Critério de EXCLUSÃO | Características que excluem o paciente da linha de cuidado                  | Sinais e sintomas, resultados de escores de avaliação, resultados de exames laboratoriais e de exames de imagem, etc, que impedem a inclusão do paciente na linha de cuidado, de acordo com o PCDT                                                                     | Laudo médico ou LME                     |
| TER                  | Termo de Esclarecimento Responsabilidade                                    | Presença do documento e preenchimento adequado, com assinatura do paciente ou responsável legal e do médico                                                                                                                                                            | TER                                     |





| prescritor               |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |
|--------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Tratamento medicamentoso | Medicamentos disponíveis no SUS | Relação de medicamentos e benefícios esperados, com distinção de linhas de tratamento (1ª linha, 2ª linha, etc), tempo de tratamento, contraindicações, doses recomendadas (mínima e máxima), perfil de efeitos adversos. Utilizar nome genérico (DCB). | LME e prescrição médica |
| Documentos obrigatórios  | LME                             | Presença do documento e preenchimento dos campos nome do paciente, medicamento e quantidade, CID 10 e diagnóstico, LME anamnese, tratamento prévio ou atual, atestado de capacidade, identificação do médico                                            | LME                     |
|                          | Prescrição                      | Presença do documento e preenchimento de acordo com a legislação vigente                                                                                                                                                                                | Prescrição              |

Fonte: Produção das autoras.

## 5. DESAFIOS DA REDE DE ATENÇÃO

Entendemos como necessária a ampliação de estratégias de comunicação e divulgação de informações relativas às políticas públicas para o fornecimento de medicamentos nas Redes de Atenção em todos os pontos e momentos da atenção à saúde.

Considerando que a falta de tempo foi uma das principais barreiras descrita pelos médicos prescritores, a promoção de educação permanente e discussão sobre os processos e fluxos de trabalho podem ser estratégias a serem pensadas nas equipes de saúde, buscando melhorar sua eficiência, considerando as especificidades e diferentes realidades de trabalho das redes de atenção à saúde.

Algumas estratégias podem ser úteis para agilizar o processo de avaliação e preenchimento dos documentos elencados nos PCDT e necessários para a abertura do Processo Administrativo: (I) disponibilizar as informações de endereços eletrônicos dos



PCDT e informações referentes ao Ceaf, identificadas no quadro 1, nas áreas de trabalho de computadores dos consultórios; (II) disponibilizar os formulários obrigatórios, como o LME, com o preenchimento prévio dos campos de identificação do médico e do estabelecimento de saúde; (III) utilização de uma lista de verificação que possa auxiliar na descrição dos diagnósticos e preenchimento dos critérios de prescrição. Essas ações devem ser preferencialmente direcionadas aos profissionais e serviços que fazem uso destas tecnologias, bem como durante a formação técnica dos profissionais, contribuindo para a qualificação dos processos assistenciais relacionados ao uso dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas como uma Tecnologia em Saúde.

## 6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos Clínicos e Diretrizes Farmacêuticas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 1, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Lei 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 28 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Seção 1, p. 69-71. Brasília, DF, 31 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 28 set. 2017.

RIGO, A. P.; LEVANDOVSKI, R. M.; TSCHIEDEL, B. *Protocolo Clínico do Ministério da Saúde/Brasil para Doença de Parkinson: Adesão e percepção do médico prescritor*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, Gerência de Ensino e Pesquisa, Grupo Hospitalar Conceição, Ministério da Saúde, Porto Alegre, 2017.

RIGO, A. P.; LEVANDOVSKI, R. M.; TSCHIEDEL, B. Protocolo Clínico do Ministério da Saúde/Brasil para Doença de Parkinson: Adesão e percepção do médico prescritor. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] v. 26, n.1, p. 197-208, jan 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.36432018>. Disponível em:



<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/protocolo-clinico-do-ministerio-da-saudebrasil-para-doenca-de-parkinson-adesao-e-percepcao-do-medico-prescritor/17213?id=17213>. Acesso em: 6 ago. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Medicamentos. *Medicamentos Especializados*. Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/componente-especializado>. Acesso em: 11 ago. 2021.

## Ana Paula Rigo<sup>i</sup>

Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS pelo Centro de Educação em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Coordenadora substituta da Divisão de Fomento à Implementação do Cuidado Farmacêutico (DICFAR) da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Contribuição de autoria: As autoras contribuíram de forma igual para concepção e elaboração do artigo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9142-9421>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7452259735304893>

E-mail: [ana-rigo@saude.rs.gov.br](mailto:ana-rigo@saude.rs.gov.br)

## Rosa Maria Levandovski<sup>ii</sup>

Doutora em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora no Mestrado Profissional em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Contribuição de autoria: As autoras contribuíram de forma igual para concepção e elaboração do artigo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7212-633X>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6780425498817847>

E-mail: [rosa.levandovski@gmail.com](mailto:rosa.levandovski@gmail.com)

**Editor responsável:** Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 13 de agosto de 2021.

Aceito em 14 de outubro de 2021.

Publicado em 22 de novembro de 2021.

## Como referenciar este artigo (ABNT):

RIGO, Ana Paula; LEVANDOVSKI, Rosa Maria. Guia prático de acesso aos medicamentos do componente especializado elencados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde/Brasil. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 226-236, 2021.

Resumos



Cadernos de Ensino e Pesquisa  
*em saúde*



## Análise da parceria público-privada no terceiro setor por meio de recursos oriundos de renúncia fiscal no sistema único de saúde no Brasil

DOI: [10.29327/269776.1.1-16](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-16)

Gabriela Furtado Neves <sup>i</sup> 

### RESUMO

O Brasil está inserido num contexto de restrições financeiras e orçamentárias que tem reflexos importantes na prestação de serviços públicos na área da saúde. Essa situação faz com que Instituições filantrópicas procurem soluções para se manterem ativas e apresentando resultados à sociedade. Uma das saídas encontradas é o estabelecimento de parcerias com o poder público, de modo a aproveitarem os benefícios financeiros originados de renúncia fiscal no contexto de programas governamentais. O estudo considerou o período de 2012 a 2017, envolvendo 52 instituições com projetos em execução nos programas PRONAS/PCD e PRONON, através da pesquisa empírica, *survey*, entrevista e pesquisa bibliográfica foi analisada a relação das parcerias público-privadas junto aos Programas visando elencar os pontos favoráveis e desfavoráveis, tendendo a manter a qualidade dos serviços prestados à comunidade. Concluiu-se que 75% das instituições que responderam ao questionário prestam serviços ao SUS e 85% dos profissionais que avaliaram os Programas consideraram a parceria (Ministério da Saúde e Terceiro Setor) com alto índice de satisfação, mostrando que a renúncia fiscal como financiadora de Parcerias público-privadas é uma alternativa viável para gerar ações de saúde para a população usuária do SUS, que hoje se aproxima de 75% dos brasileiros e para capacitar o pessoal especializado da área de saúde.

**Palavras-chave:** parceria público-privada; planos e programas de saúde; saúde pública.

### Analysis of the public-private partnership in the third sector through resources from the tax break in the Brazilian unified health system

#### ABSTRACT

Brazil is inserted in a context of financial and budgetary restrictions that have important reflections on the provision of public health services. This situation causes philanthropic institutions to seek solutions to remain active and presenting results to society. One of the solutions found is the establishment of partnerships with the public power to take advantage of the financial benefits stemming from tax breaks in the context of government programs. This study considered the period from 2012 to 2017, involving 52 institutions with projects underway in the PRONAS/PCD and PRONON programs, and the list of public-private partnerships with the Programs was analyzed through empirical research, surveys, interviews, and bibliographic research aiming to list the favorable and unfavorable points, tending to maintain the quality of the services provided to the community. It was concluded that 75% of the institutions who answered the questionnaire provided services to the Brazilian Unified Health System (SUS), and 85% of the professionals who assessed the Programs considered that the partnership (Ministry of Health and Third Sector) had a high satisfaction index, showing that using tax breaks as a financier of public-private partnerships is a viable alternative to generate health actions for the population that uses the SUS, which nowadays nears 75% of Brazilians, and to qualify the specialized health personnel.

**Keywords:** public-private partnership; health plans and programs; public health.

Gabriela Furtado Neves <sup>i</sup>

Graduada em Administração pela Fundação Educacional São José. Atualmente exerce atividades profissionais no Departamento Nacional de Auditoria do SUS no cargo de administradora do Ministério da Saúde.





Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0678-8295>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5784166886162673>

E-mail: gabfurtado@gmail.com

**Editor responsável:** Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 12 de agosto de 2021.

Aceito em 23 de agosto de 2021.

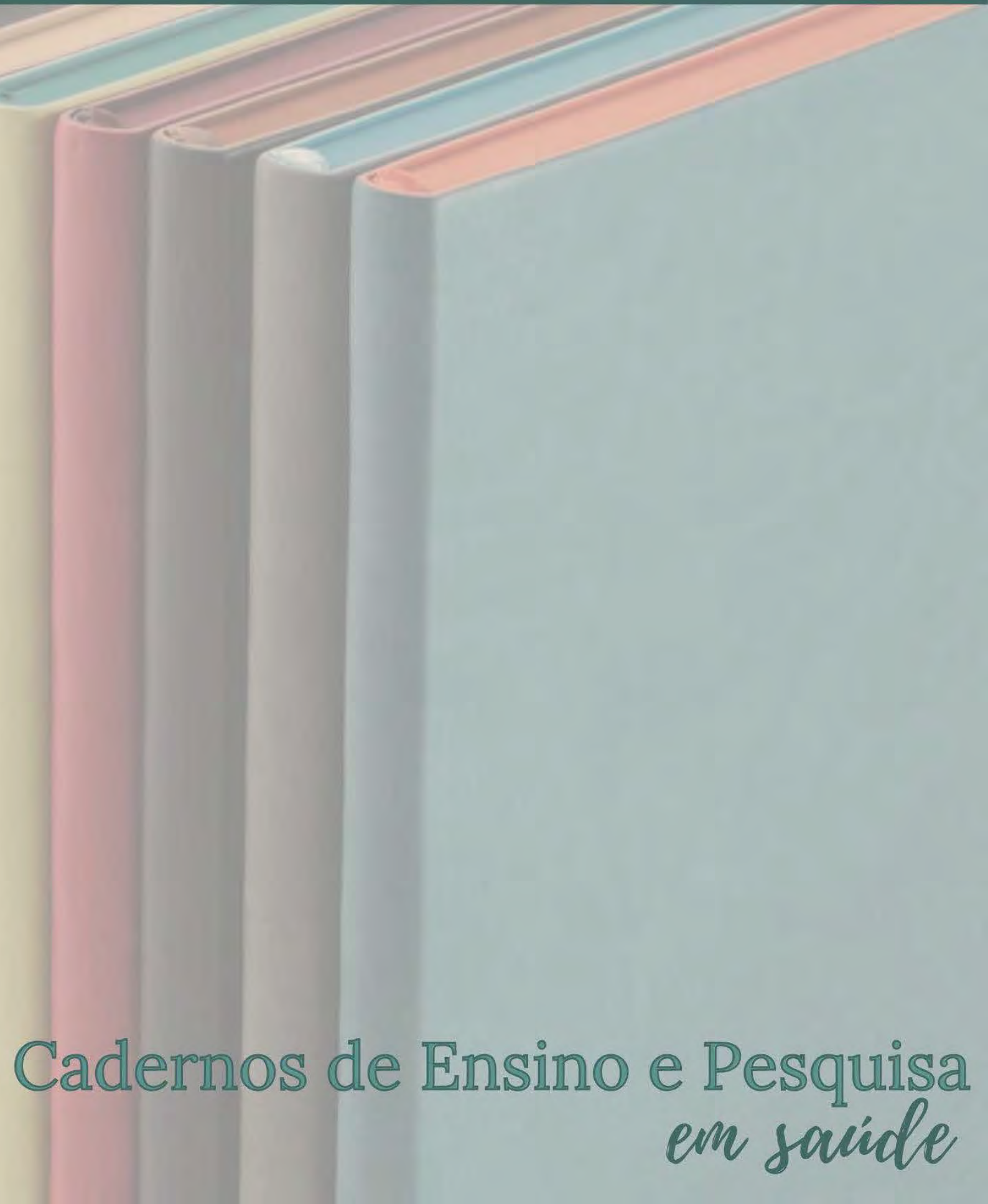
Publicado em 22 de novembro de 2021.

---

**Como referenciar este artigo (ABNT):**

NEVES, Gabriela Furtado. Análise da parceria público-privada no terceiro setor por meio de recursos oriundos de renúncia fiscal no sistema único de saúde no Brasil. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v.1, n.1, p. 237-238, 2021.

Entrevistas



Cadernos de Ensino e Pesquisa  
*em saúde*



## Teleodontología: ¿será una nueva tendencia global después de la pandemia Covid-19?

DOI: [10.29327/269776.1.1-17](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-17)

Constanza Fernández <sup>i</sup>   
Daniel Demétrio Faustino-Silva <sup>ii</sup> 

En esta entrevista, la *Dra. Constanza Fernández* (Profesora de la Escuela de Odontología/Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad de Talca – Chile) comenta sobre la teleodontología y su uso en la prevención y promoción de la salud bucal a partir de los hallazgos de su estudio publicado recientemente en el *Journal of Dental Research*.

### ¿Cree usted que la teleodontología se extenderá como una herramienta de atención de la salud en el mundo pospandémico?

La pandemia Covid-19 aceleró la virtualización de la educación y también de la salud, por lo que se ha venido escuchando más hablar de telemedicina y teleodontología en Chile, Brasil y el mundo. Positivamente, la mayoría de las personas tienen acceso a al menos un dispositivo electrónico (principalmente teléfonos celulares) y acceso a Internet a través de datos móviles o redes terrestres. Muchos municipios e instituciones de Chile cuentan con puntos de acceso a internet gratuitos para quienes no lo tienen en sus hogares, y actualmente se considera un rubro de consumo básico. Con esta ventaja, es posible planificar intervenciones que encajen en la teleodontología, que no es más que el uso de tecnologías de la comunicación con fines odontológicos en la educación, prevención, diagnóstico, manejo y tratamiento de enfermedades. Me gustaría enfatizar que en nuestro estudio de revisión sobre el tema<sup>1</sup>, los principales medios utilizados para promover y prevenir la salud y prevenir las enfermedades bucales corresponden a modalidades asincrónicas y no personalizadas, básicamente mensajes, notificaciones o videos instructivos enviados por teléfonos celulares. Por tanto, una forma sencilla y económica de implementar *mHealth* (práctica de salud apoyada en dispositivos móviles) es creando grupos de chat o listas de transmisión con pacientes a través de aplicaciones de mensajería como WhatsApp, Telegram u otras para establecer un contacto continuo y



periódico a través de mensajes que motiven el autocuidado. Veo esto como la principal forma de masificación de la teleodontología. El siguiente paso es realizar intervenciones educativas personalizadas con videollamadas que también considero accesibles a la mayoría de profesionales y pacientes. Sin embargo, cabe destacar que la consulta sincrónica con videollamada no es necesaria para ser considerada teleodontología. El uso de mensajes o notificaciones también son *mHealth*.

## **En su opinión, ¿existe algún grupo de población que pueda beneficiarse más de la teleodontología?**

La evidencia proviene principalmente de pacientes con alto riesgo de desarrollar caries y enfermedad periodontal, como los adolescentes que usan aparatos de ortodoncia<sup>1</sup>. Este grupo es el que más se ha estudiado por ser un grupo de seguimiento continuo debido al mantenimiento periódico del tratamiento de ortodoncia y las dificultades de la higiene dental. Sin embargo, por ser un tratamiento costoso y muchas veces asociado a la estética, representa un acceso diferenciado a la salud bucal y no puede extrapolarse a la población general.

En mi opinión, si utilizáramos las tecnologías de la comunicación para llegar a las personas, independientemente de su grupo de edad, los beneficios serían para todos, sin embargo el foco ha estado en los pacientes que están enfermos o con mayor riesgo de enfermarse, especialmente para quienes las estrategias educativas tradicionales no han sido eficaces. Estos pacientes son aquellos cuya educación convencional brindada en atención no funcionó, y en las consultas de control los pacientes regresan con caries activa o factores de riesgo aún presentes. Estos casos necesitan trabajarse con diferentes estrategias. En mi opinión, la implementación de la teleodontología para la prevención y promoción de la salud podría facilitarse y potenciarse en entornos multidisciplinarios del área de la salud donde diferentes profesionales puedan derivar casos al odontólogo y viceversa. La teleodontología permitiría mantener controles periódicos para reforzar y contribuir a la motivación individual entre citas presenciales. La comunicación virtual, incluso de tipo asincrónico y no personalizado, ayuda al paciente. Aprovecho esta oportunidad para animar a los compañeros dentistas a utilizar el término “participante” para que el paciente juegue un papel activo en su vida diaria y asuma la responsabilidad



de cuidar su salud. Además, si a la atención personalizada le sumamos el uso de nuevas herramientas para cambiar conductas, como la Entrevista Motivacional, por ejemplo, podríamos esperar mejores resultados en el control y mantenimiento de la salud en cualquier tipo de paciente.

Creo que los pacientes con mayores necesidades y con mayor carga de enfermedad podrían beneficiarse aún más del manejo no invasivo facilitado por las herramientas tecnológicas de comunicación, especialmente en cuanto a cambios en la conducta alimentaria y la higiene bucal.

## **¿Cuáles son las cuestiones legales y reglamentarias relacionadas con el uso de la teleodontología?**

En el contexto de la pandemia, las diversas organizaciones internacionales alentaron el uso de la telemedicina con asistencia telefónica, medios digitales, plataformas virtuales y todas las tecnologías disponibles para la recepción, orientación y seguimiento de los pacientes, incluso para determinar la necesidad de asistencia presencial, según el área de salud. Lo mismo ha sucedido con la odontología, sin embargo, es importante destacar que cada país tiene su propia normativa determinada por los consejos y asociaciones de la clase odontológica. Muchos países han flexibilizado y permitido este tipo de atención de la salud bucal de manera extraordinaria durante el período de la pandemia, sin embargo, no sabemos cómo será en el futuro. Creo que esta experiencia positiva puede promover debates entre la profesión odontológica y los organismos reguladores gubernamentales para promover el uso de la teleodontología también en el período pospandémico.

Finalmente, me gustaría concluir que la teleodontología es una herramienta muy poderosa que todos los dentistas pueden usar con sus pacientes a cualquier edad. Ahora tenemos la oportunidad como profesión de cubrir las necesidades preventivas de nuestra población, comenzando por divulgar información calificada en diferentes plataformas, compartirla con compañeros dentistas, con otros profesionales de la salud y con pacientes para que puedan ser futuros participantes, es decir, un paciente activo en su proceso de salud diario.





## REFERÊNCIA

FERNÁNDEZ, C.E.; MATURANA, C.; COLOMA, S.; *et al.* Teledentistry and m-Health for the Promotion and Prevention of Oral Health: A Systematic Review and Meta-analysis. **Journal of Dental Research**, v. 100, n. 9, p. 914-927, 2021. Doi: [10.1177/00220345211003828](https://doi.org/10.1177/00220345211003828)

### Constanza Fernández<sup>i</sup>

Cirujano Dentista. Doctora en Odontología-Cariología. Académica Investigadora, Dep. Rehabilitación Buco-Maxilofacial. Escuela de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Talca, Chile.

Contribuição de autoria: Entrevistada.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0979-7637>

E-mail: [cofernandez@utalca.cl](mailto:cofernandez@utalca.cl)

### Daniel Demétrio Faustino-Silva<sup>ii</sup>

Cirujano Dentista. Doctor em Odontología en Salud Bucal Colectiva. Profesor del Magister profesional de evaluación de tecnologías para el sistema de la salud del Brasil.

Contribuição de autoria: Entrevistador.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6876-6537>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3497215871361607>

E-mail: [ddemetrio@gmail.com](mailto:ddemetrio@gmail.com)

**Editor responsável:** Elisandro Rodrigues

Recebido em 12 de agosto de 2021.

Aceito em 23 de agosto de 2021.

Publicado em 22 de novembro de 2021.

## Como referenciar este artigo (ABNT):

FERNÁNDEZ, Constanza; FAUSTINO-SILVA, Daniel Demétrio. Teleodontología: ¿será una nueva tendencia global después de la pandemia Covid-19? *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 239-242, 2021.



## Teleodontologia: será uma nova tendência mundial pós pandemia da Covid-19?

DOI: [10.29327/269776.1.1-17](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-17)

Constanza Fernández<sup>i</sup>   
Daniel Demétrio Faustino-Silva<sup>ii</sup>

Nesta entrevista a *Dra. Constanza Fernández* (Professora da Escola de Odontologia/Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Talca – Chile) comenta sobre a teleodontologia e o seu uso na prevenção e promoção da saúde bucal decorrente dos achados do seu estudo publicado recentemente no *Journal of Dental Research*.

### Você acha que a telodontologia irá se difundir como ferramenta de atenção à saúde no mundo pós pandemia?

A pandemia da Covid-19 acelerou a virtualização da educação e também da atenção à saúde, razão pela qual se vem escutando falar mais sobre telemedicina e teleodontologia no Chile, no Brasil e no mundo. Positivamente, a maioria das pessoas tem acesso ao menos um dispositivo eletrônico (principalmente telefones celulares) e acesso à internet através de dados móveis ou redes fixas. Muitos municípios e instituições no Chile têm pontos de acesso gratuito à internet para quem não dispõe em suas casas, sendo considerado, atualmente, item de consumo básico. Com essa vantagem, é possível planejar intervenções que se enquadram na teleodontologia que nada mais é do que o uso das tecnologias de comunicação para fins odontológicos em ações de educação, prevenção, diagnóstico, manejo e tratamento de doenças. Gostaria de salientar que no nosso estudo de revisão sobre o tema<sup>1</sup>, os principais meios utilizados para promoção e prevenção da saúde e prevenção de doenças bucais correspondem a modalidades assíncronas e não personalizadas, basicamente mensagens, notificações ou vídeos instrutivos enviados por telefones celulares. Portanto, uma maneira simples e barata de implementar *mHealth* (prática de saúde suportada por dispositivos móveis) é através da criação de grupos de bate-papo ou lista de transmissão com pacientes através de aplicativos de mensagem como o WhatsApp, Telegram ou outros para estabelecer contato contínuo e periódico por meio de mensagens que



motivem o autocuidado. Eu vejo essa como a principal forma de massificação da teleodontologia. O próximo passo é realizar intervenções educativas personalizadas com videochamadas que também considero acessível à maioria dos profissionais e pacientes. No entanto, cabe ressaltar que não é necessário consulta síncrona com videochamada para ser considerada teleodontologia. O uso de mensagens ou notificações também são *mHealth*.

## **Na sua opinião, existe algum grupo populacional que poderia se beneficiar mais da teleodontologia?**

As evidências vêm principalmente de pacientes com alto risco de desenvolver cárie e doença periodontal, como é o caso de adolescentes que usam aparelhos ortodônticos<sup>1</sup>. Esse grupo é o que mais tem sido estudado por ser um grupo de monitoramento contínuo devido às manutenções periódicas do tratamento ortodôntico e pelas dificuldades de higienização dental. Porém, pelo fato de ser um tratamento caro e muitas vezes associado a estética, representa um acesso diferenciado à saúde bucal, não podendo ser extrapolado para a população em geral.

Na minha opinião, se utilizássemos as tecnologias de comunicação para atingir as pessoas, independentemente da faixa etária a que pertençam, os benefícios seriam para todos, no entanto o foco tem sido nos pacientes doentes ou com maior risco de adoecer, especialmente para os quais as estratégias educacionais tradicionais não têm sido eficazes. Esses pacientes são aqueles cuja educação convencional fornecida no cuidado não funcionou e nas consultas de controle os pacientes voltam com cárie ativa ou com fatores de risco ainda presentes. Esses casos precisam ser trabalhados com estratégias diferentes. Na minha visão, a implantação da teleodontologia para a prevenção e promoção da saúde poderia ser facilitada e potencializada em ambientes multidisciplinares da área da saúde onde diversos profissionais podem encaminhar casos ao dentista e vice-versa. A teleodontologia possibilitaria a manutenção de controles periódicos de forma a reforçar e contribuir para a motivação individual entre os atendimentos presenciais. Uma comunicação virtual, mesmo do tipo assíncrono e não personalizado, ajuda o paciente. Aproveito para estimular os colegas dentistas a usarem o termo “participante” no intuito de o paciente desempenhar um papel ativo no seu dia a



dia e se fazer responsável pelo cuidado de sua saúde. Além disso, se acrescentarmos à atenção personalizada o uso de novas ferramentas para mudança de comportamentos, como a Entrevista Motivacional, por exemplo, poderíamos esperar melhores resultados no controle e manutenção da saúde em qualquer tipo de paciente.

Acredito que pacientes com maiores necessidades e com maior carga de doença poderiam se beneficiar ainda mais com o manejo não invasivo facilitado por ferramentas de comunicação tecnológica, em especial nas mudanças de comportamentos alimentares e de higiene bucal.

## **Como são as questões legais e regulamentares do uso da teleodontologia?**

No contexto da pandemia os diversos organismos internacionais estimularam o uso da telemedicina envolvendo atendimentos telefônicos, mídias digitais, plataformas virtuais e todas as tecnologias disponíveis para acolhimento, orientação e acompanhamento de pacientes inclusive para determinar a necessidade de um atendimento presencial de acordo com a área da saúde. Do mesmo modo tem acontecido com a odontologia, no entanto, é importante ressaltar que cada país tem a sua regulamentação própria determinada pelos conselhos e associações da classe odontológica. Muitos países flexibilizaram e permitiram essas modalidades de atenção à saúde bucal de forma extraordinária no período da pandemia, no entanto não sabemos como ficarão no futuro. Acredito que essa experiência positiva possa promover debates entre a classe odontológica e órgãos regulamentares governamentais no intuito de avançar na utilização da teleodontologia também no período pós-pandemia.

Por fim, gostaria de concluir que a teleodontologia é uma ferramenta muito poderosa e que todos os dentistas poderiam usar com seus pacientes em qualquer idade. Agora temos a oportunidade como profissão de cobrir as necessidades preventivas da nossa população começando por divulgar informações qualificadas em diferentes plataformas, compartilhando com colegas dentistas, com outros profissionais de saúde e com pacientes para que sejam futuros participantes, ou seja, um paciente ativo no seu processo de saúde diário.



## REFERÊNCIA

FERNÁNDEZ, C.E.; MATURANA, C.; COLOMA, S.; *et al.* Teledentistry and m-Health for the Promotion and Prevention of Oral Health: A Systematic Review and Meta-analysis. **Journal of Dental Research**, v. 100, n. 9, p. 914-927, 2021. Doi: [10.1177/00220345211003828](https://doi.org/10.1177/00220345211003828)

### Constanza Fernández<sup>i</sup>

Cirurgiã Dentista. Doutora em Odontologia-Cariologia. Professora e Pesquisadora, Dep. Reabilitação Buco-Maxilofacial. Escola de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Talca, Chile.

Contribuição de autoria: Entrevistada.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0979-7637>

E-mail: [cofernandez@utalca.cl](mailto:cofernandez@utalca.cl)

### Daniel Demétrio Faustino-Silva<sup>ii</sup>

Cirurgião Dentista. Doutor em Odontologia em Saúde Bucal Coletiva. Professor do Mestrado Profissional de Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde.

Contribuição de autoria: Entrevistador.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6876-6537>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3497215871361607>

E-mail: [ddemetrio@gmail.com](mailto:ddemetrio@gmail.com)

**Editor responsável:** Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 12 de agosto de 2021.

Aceito em 23 de agosto de 2021.

Publicado em 22 de novembro de 2021.

## Como referenciar este artigo (ABNT):

FERNÁNDEZ, Constanza; FAUSTINO-SILVA, Daniel Demétrio. Teleodontologia: será uma nova tendência mundial pós pandemia da Covid-19? *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 243-246, 2021.