



CaEPS

Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde

ESCOLAGHC

3

Vol. 3, Nº. 01

Junho/2023

@2023 Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

Grupo Hospitalar Conceição
Diretoria

Diretor-Presidente:

Gilberto Barichello

Diretora de Inovação, Gestão do Trabalho e Educação:

Quelen Tanize Alves da Silva

Diretor Administrativo e Financeiro:

João Constantino Pavani Motta

Diretor Técnico:

Luís Antônio Benvegna

Gerência de Ensino e Pesquisa

Edenilson Bomfim da Silva

Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde

Editor chefe

Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva

Editores assistentes

Dr. Elisandro Rodrigues

Dr. Rodrigo de Oliveira Azevedo

Conselho Editorial

Dr. Airton Tetelbom Stein - UFCSPA

Dra. Ananyr Porto Fajardo - GHC/FaCS

Dra. Betina Schuler - UNISINOS

Dra. Cristianne Famer Rocha – UFRGS

Dra. Daniele Noal Gai - UFRGS

Ma. Dinara Dornfeld - GHC/CETPS

Dr. Fernando Anschau - GHC/Setor de Pesquisa

Dr. Ivo Dickmann - UNOCHAPECÓ

Dra. Luciane Bisognin Ceretta - UNESC

Dra. Luciane Kopittke - GHC/PPGATSUS

Dra. Loliza Chalub Luiz Figueiredo Houry - UFMG

Dr. Rafael Wolski de Oliveira - UNISINOS

Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi - UFRGS

Dr. Ricardo de Sousa Soares - UFPB

Edição de Criação

Juliane Meira Winckler

Bibliotecária

Luciane Berto Benedetti

E-ISSN: 2764-2550

DOI: <https://doi.org/10.29327/26976>

revista.ghc.com.br

revista@ghc.com.br



SUMÁRIO

The image features a large, solid orange circle in the lower half. Above it, there are dark green wavy lines that sweep across the page. A thin, curved line in a lighter green shade separates the orange circle from the white background above. The word 'SUMÁRIO' is written in a bold, dark green, sans-serif font at the top.

SUMÁRIO

EDITORIAL

Cultura e desigualdades em saúde	01 – 04
Rodrigo de Oliveira Azevedo	
Daniel Demétrio Faustino-Silva	
Elisandro Rodrigues	

ENTREVISTAS

Atendimento Especializado e Formação de Profissionais: perspectivas, desafios e oportunidades no âmbito dos Direitos Humanos, Gênero, Sexualidade e Saúde	06 – 10
Francis Rodrigues Pereira	
Graziela Zagonel Picolli	

Ações afirmativas em cursos de graduação da área da saúde	11 – 20
Rodrigo de Oliveira Azevedo	
Daniel Demétrio Faustino-Silva	
Fernanda Nogueira	

ARTIGOS

Percursos e percalços no uso da comunicação alternativa e ampliada no contexto hospitalar pediátrico com uma adolescente com doença de Pompe	22 – 35
Bárbara dos Santos Gameleira	
Larissa Rangel Fernandes Aragão	
Fernanda do Nascimento Maia	

Oficinas terapêuticas na saúde mental no contexto de pandemia da COVID-19	36 – 51
Juliana dos Santos Gomes	
Rafael Wolski de Oliveira	

Uso de ventilação mecânica em brasileiros positivados para a COVID-19: reflexões sobre a atuação fonoaudiológica	52 – 64
Laura Battistin Schiavoni	
Gabriela Soares Rech	
Vanessa Souza Gigoski de Miranda	
Rafaela Soares Rech	

A importância da divulgação dos direitos e deveres dos usuários no acesso e utilização dos serviços de saúde	65 – 74
Tissiana da Silva Alves	
Fabiana Tramontin Bonho	



Pré-natal odontológico: olhares de cirurgiões-dentistas e gestores para a atenção à saúde bucal das gestantes no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul 75 – 85

Emily Priscilla Silva dos Santos

Aline Macarevich Condessa

Perfil dos usuários que utilizam o aplicativo de dispositivo móvel 156+POA para agendar consultas odontológicas 86 – 95

Jessica Florencio

Aline Macarevich Condessa

DIÁLOGOS COM A SOCIEDADE

Estratégia apoiador regional do Conselho de Secretarias de Saúde do Rio Grande Do Sul (CO-SEMS RS): Conhecer o passado para construir o futuro 97 – 110

Luciane Feira Gomes Espindola de Ávila

Roger dos Santos Rosa

Violeta Rodrigues Aguiar

Maria Alessandra Carvalho Albuquerque

Consulta ao ChatGPT: Como a Inteligência Artificial pode transformar a saúde pública no Brasil 111 – 119

Alex de Oliveira Vasconcelos

Alana de Oliveira Barrêto

PRODUÇÕES TÉCNICAS

Síndrome de realimentação: protocolo para o manejo nutricional 121– 132

Larissa Silva Santos

Loryane Mayara de Lima Nunes

Taise Andrade da Anunciação

Carlos Alberto Soares da Costa



EDITORIAL

The image features a minimalist, abstract design. A large, solid orange circle occupies the bottom left corner. To its right, a dark teal shape with fine, curved white lines flows upwards and to the right. A thin, dark teal line curves from the orange circle towards the top left. The background is a light gray gradient.



Cultura e desigualdades em saúde

Rodrigo de Oliveira Azevedo ¹
Daniel Demétrio Faustino-Silva ²
Elisandro Rodrigues ³

Segundo Nísia Trindade (BRASIL, 2023a), ministra da Saúde do Brasil, as desigualdades sociais e econômicas produzem importantes efeitos nos sistemas de saúde em todo o mundo. Em consonância com esta compreensão, Barreto escreve:

(...) grande parte das desigualdades observadas no campo da saúde está diretamente relacionada com as observadas em outros planos da vida social.

(...) As desigualdades dentro de um país são referentes à distribuição das riquezas acumuladas por uma sociedade e, em particular, de como ela se organiza e das relações sociais e de poder estabelecidas entre seus diversos estratos. (BARRETO, 2017, p. 2098)

A recente pandemia da COVID-19 constitui-se apenas um dentre os vários eventos que podem ser mobilizados para ilustrar as referidas afirmações.

O desemprego, a fome, bem como as dificuldades de acesso a máscaras, álcool gel e até água atingiram fortemente comunidades vulnerabilizadas. Diante deste contexto, pesquisadores do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia) construíram um índice que mede os efeitos das desigualdades sociais em saúde na pandemia no Brasil e descobriram que o abismo entre as regiões Norte-Nordeste e Sul-Sudeste se aprofundou neste período. (FIOCRUZ, 2022).

Há ainda desigualdades de outras naturezas que produzem efeitos semelhantes. Em âmbito internacional, por exemplo, conforme “a UNAIDS, em países como Gana, Costa do Marfim e Libéria, a prevalência do HIV entre as mulheres jovens é mais de cinco vezes maior do que entre os homens jovens da mesma idade, refletindo, em parte, a desigualdade de gênero, econômica e educacional” (BRASIL, 2023a).

No entanto, essas desigualdades de naturezas diversas não afetam desigualmente apenas as condições de saúde das pessoas. Segundo Barreto

¹ Editor assistente Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Licenciado em Educação Física. Doutor em Educação. Técnico em Educação e Assistente de Coordenação da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição. Docente do Curso Técnico em Nutrição da Escola Técnica GHC, do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade de Ciências da Saúde do GHC e do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS.

<https://orcid.org/0000-0002-0734-7061>
<http://lattes.cnpq.br/7560240418281622>
arodrigo@ghc.com.br

² Editor chefe Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Cirurgião Dentista. Doutor em Odontologia em Saúde Bucal Coletiva. Professor do Mestrado Profissional de Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde.

<https://orcid.org/0000-0001-6876-6537>
<http://lattes.cnpq.br/3497215871361607>
danielsilva@ghc.com.br

³ Editor assistente Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Pedagogo; Doutor em Educação [Unisinos]; Mestre em Saúde Coletiva [UFRGS]; com Residência em Saúde Mental Coletiva pela UFRGS/EduSaúde; Especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva [UFRGS]; Especialista em Tecnologias da Informação e da Comunicação Aplicadas à Educação [UFSM]. Orientador de trabalhos de conclusão de curso da Escola GHC (Residência, especializações, cursos técnicos). Técnico em Educação na Escola GHC - Grupo Hospitalar Conceição.

<https://orcid.org/0000-0002-9146-4841>
<http://lattes.cnpq.br/4466204282399825>
relisandro@ghc.com.br



(2017), ao se transferirem para o campo da saúde, podem também serem perceptíveis nos níveis mais elevados de risco e menor acesso aos recursos disponíveis nos sistemas de saúde aos quais as populações mais vulneráveis estão expostas.

Neste sentido, lembra-se que, no Brasil, ao adentrarmos no ano em que o Sistema Único de Saúde (SUS) completará o seu 35º aniversário, o ideal de acesso universal às ações e aos serviços de saúde ainda não foi plenamente efetivado. Inegavelmente, na atualidade, percentual expressivamente maior da população brasileira consegue exercer este direito garantido constitucionalmente se compararmos com o período quando a Carta Magna de 1988 foi promulgada.

Todavia, esta ainda necessária ampliação de acesso não pressupõe, exclusivamente, o aumento da quantidade de serviços. Os indicadores de mortalidade das pessoas negras, as dificuldades experimentadas pelas pessoas com deficiência, o desconhecimento de aspectos culturais básicos e das próprias condições de saúde de povos indígenas, assim como os constrangimentos vivenciados por lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, são apenas alguns exemplos que nos permitem ilustrar o modo como a garantia de acesso universal às ações e aos serviços de saúde prevê, além de outros, um olhar para as questões que envolvem as racionalidades que governam a sociedade brasileira.

Seguindo todo este panorama, concebe-se que as desigualdades – sociais, econômicas e de saúde – não constituem eventos isolados, os quais podem ser analisados, compreendidos e, especialmente, superados de maneira autônoma, desconsiderando-se os contextos onde são produzidos e se apresentam. Caracterizam-se como fatos culturais, produtos de uma época, da maneira como vivemos em determinado momento da história.

Ao expor distintas noções de “cultura”, Japiassú e Marcondes (2006) escreve:

Em oposição a *natura* (natureza), a cultura possui um duplo sentido antropológico: a) é o conjunto das representações e dos comportamentos adquiridos pelo homem enquanto ser social. Em outras palavras, é o conjunto histórico e geograficamente definido das instituições características de determinada sociedade, designando “não somente as tradições artísticas, científicas, religiosas e filosóficas de uma sociedade, mas também suas técnicas próprias, seus costumes políticos e os mil usos que caracterizam a vida cotidiana” (Margaret Mead); b) é o processo dinâmico de socialização pelo qual todos esses fatos de cultura se comunicam e se impõem em determinada sociedade, seja pelos processos educacionais propriamente ditos, seja pela difusão de informações em grande escala, a todas as estruturas sociais, mediante os meios de comunicação de massa. Nesse sentido, a cultura praticamente se identifica com o *modo de vida* de uma população determinada, vale dizer, com todo o conjunto de regras e comportamentos pelos quais as instituições adquirem um significado para os agentes sociais e através dos quais se encarnam em condutas mais ou menos codificadas. (JAPIASSÚ e MARCONDES, 2006, p. 63)

A superação de tais desigualdades, portanto, também constitui desafio complexo, que requer variadas estratégias. Apesar disso, Barreto (2017) explicita:

As evidências sobre a importância dos determinantes sociais na explicação das desigualdades observadas na saúde são sólidas. E embora haja claros posicionamentos acadêmicos e políticos que favorecem a implementação de ações sobre os determinantes das desigualdades sociais, políticas para amenizar têm sido escassamente implementadas como parte das políticas públicas dos governos nacionais e, menos ainda, para atenuar as desigualdades existentes



entre as nações. (BARRETO, 2017, p. 2104-2105)

Distintamente do entendimento exposto, no Brasil, há importantes iniciativas para o enfrentamento do panorama analisado. Fundamentalmente, estão agrupadas naquilo que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2023b) caracteriza como *Políticas de Promoção da Equidade em Saúde*. São elas as políticas de saúde destinadas a: indígenas; população em situação de rua; adolescentes em conflito com a lei; populações do campo, da floresta e das águas; lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; população negra; ciganos/romanis; pessoas com albinismo; imigrantes, refugiados e apátridas; e população privada de liberdade. Além dessas, recentemente, foi lançado o *Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização da Trabalhadores no Sistema Único de Saúde*, o qual se constitui:

(...) uma iniciativa que faz parte do compromisso assumido pelo governo federal de enfrentamento às desigualdades de gênero e raça, reconhecendo o papel do Estado como promotor e articulador de estratégias e políticas públicas que buscam combater as desigualdades sociais ainda presentes no País. (BRASIL, 2023c)

Ao se somar a tais ações, pretendendo contribuir com a superação ou, minimamente, com a problematização das racionalidades que sustentam as desigualdades nas práticas de saúde no Brasil, o *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde* publica a presente edição temática sob o eixo *Diversidade e Tecnologias de Atenção, Educação e Gestão em Saúde*. Por meio dela, busca-se divulgar - comunicar, dar visibilidade para – iniciativas que se destinam ao cuidado de grupos populacionais específicos e carreguem consigo representações, comportamentos e técnicas que nos remetem a formas de viver um pouco mais inclusivas.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Mauricio Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 22, número 7, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conselho Global sobre Desigualdades, HIV e pandemias é lançado no Brasil*. Brasília, 2023. Disponível em: [Conselho Global sobre Desigualdades, HIV e pandemias é lançado no Brasil — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade). Acesso em: 09 abr. 2023(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Políticas de Promoção da Equidade em Saúde*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade>. Acesso em: 17 jul. 2023(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização da Trabalhadores no Sistema Único de Saúde*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/equidade-de-genero-raca-e-valorizacao-das-trabalhadoras>. Acesso em: 17 jul. 2023(c).

FIOCRUZ. *Novo índice aponta que desigualdades sociais em saúde se aprofundaram na pandemia*. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/novo-indice-aponta-que-desigualdades-sociais-em>



[-saude-se-aprofundaram-na-pandemia#:~:text=Os%20dados%20oferecidos%20pelo%20%C3%A-Dndice,pelo%20IDS%2DCovid%2D19.](#) Acesso em: 17 jul. 2023.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. *Dicionário básico de filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

Como referenciar este artigo (ABNT):

AZEVEDO, Rodrigo de Oliveira; FAUSTINO-SILVA; Daniel Demétrio; RODRIGUES, Elisandro. Cultura e desigualdades em saúde. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 1 p. 01-04, 2023.



ENTREVISTAS

The image features a minimalist abstract design. A large, solid orange circle occupies the bottom left and center. To its left, a dark green shape with fine, curved lines extends upwards. The top half of the image is a plain light gray background, where the word 'ENTREVISTAS' is written in a bold, dark green, sans-serif font. A thin, dark green curved line separates the gray background from the green wavy shape.



Atendimento Especializado e Formação de Profissionais: perspectivas, desafios e oportunidades no âmbito dos Direitos Humanos, Gênero, Sexualidade e Saúde

Francis Rodrigues Pereira¹
Graziela Zagonel Picolli²

¹ Enfermeiro pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Residente de Gestão em Saúde do Grupo Hospitalar.

<https://orcid.org/0000-0001-7685-9557>
<http://lattes.cnpq.br/1414305189394688>
francisrodriguesp@gmail.com

² Psicóloga pela Universidade de Caxias do Sul. Residente de Gestão em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.

<https://orcid.org/0009-0002-9722-6913>
<http://lattes.cnpq.br/5441946553635802>
ggpicolli@gmail.com

Nesta entrevista, membros da equipe^a do Centro de Referência em Direitos Humanos (CRDH)^b da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) compartilham suas visões sobre a importância de um serviço especializado no atendimento das demandas das pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, intersexos e mais (LGBTI+), assim como pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Os principais desafios enfrentados na promoção e defesa dos direitos humanos dessas populações, incluindo estigma, discriminação, acesso a serviços de saúde e políticas públicas. Além disso, destacam a importância do tripé ensino-pesquisa-extensão na atuação interdisciplinar.

O CRDH, vinculado ao Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Atenção à Saúde (CIPAS) e ao Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana (IPSSCH), atua desde 2011, promovendo a inclusão, igualdade e justiça social, oferecendo serviços como escuta em saúde mental, acolhimento, aconselhamento jurídico, acesso a políticas públicas, adesão a tratamento, empregabilidade e geração de renda, entre outros.

Pergunta 1: Como a equipe avalia a importância de um serviço especializado no atendimento das demandas das pessoas LGBTI+ e pessoas vivendo com HIV/AIDS?

A importância de um serviço especializado no atendimento das demandas das pessoas LGBTI+ e pessoas vivendo com HIV/AIDS é evidente, uma vez que historicamente essas populações têm enfrentado dificuldades no acesso a serviços públicos e políticas públicas sensíveis e acolhedoras. A

^a Equipe: Ariel Berton Lopes - Assistente Social; Eliza Sant'Ana Hauschild - Estudante de Psicologia; Guilherme Gomes Ferreira - Assistente Social; Kaianara de Castro Valerio - Psicóloga; Lau Ozório Pontes Pinent - Estudante de Serviço Social.

^b O Centro de Referência em Direitos Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul está localizado na rua Ramiro Barcelos, nº 2.777 - Sala 310. O atendimento é ofertado de segunda-feira a sexta-feira, a partir de agenda. O telefone para contato é 51 3308-5700. Para mais informações acesse o site: <https://www.ufrgs.br/crdh/>



oferta de um serviço público de referência, com uma abordagem interdisciplinar e sensível a questões de diversidade sexual e de gênero, possibilita o acolhimento integral das pessoas, com garantias de continuidade e financiamento. Além disso, a presença de profissionais da própria comunidade LGBTI+ na equipe contribui para uma identificação e aproximação mais próxima da realidade dessas populações, resultando em uma produção de saúde mais adequada.

Vale ressaltar que a oferta de um serviço especializado também contribui para a detecção precoce do HIV em gestantes, uma vez que o histórico e as taxas de detecção e óbitos relacionados ao HIV em gestantes são relevantes em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em comparação com as médias nacionais. Dessa forma, um serviço especializado no atendimento dessas demandas é fundamental para garantir um acolhimento sensível, livre de preconceitos e com uma abordagem integral, contribuindo para a promoção da saúde e a construção de uma sociedade mais inclusiva.

Pergunta 2: Quais são os principais desafios enfrentados pelo CRDH na efetivação dos direitos humanos das pessoas LGBTI+ e pessoas vivendo com HIV/AIDS?

Um dos principais desafios enfrentados no CRDH é a precarização das respostas institucionais devido à escassez de recursos. Sendo um serviço de referência, muitas vezes, sua capacidade de atendimento é limitada e não abrange demandas que vão além de sua área de atuação específica. Necessidades como assistência alimentar, cuidados de saúde mental ou representação judicial podem estar além das possibilidades do CRDH. Nessas situações, é necessário encaminhar as pessoas para serviços externos, como assistência jurídica pública, psicoterapia ou assistência social, a fim de suprir suas necessidades de forma adequada. A falta de recursos disponíveis é um obstáculo significativo para oferecer uma resposta abrangente e que aborde todas as demandas das pessoas atendidas.

Outro desafio é a falta de recursos e a precarização da rede de serviços em Porto Alegre, o que tem sido agravado pelo recrudescimento conservador no Brasil nos últimos anos. A diminuição de vagas em abrigos, aposentadorias de servidores não repostas e a falta de investimento público têm impactado negativamente na qualidade do atendimento e na oferta de serviços para pessoas em situação de vulnerabilidade, incluindo pessoas LGBTI+ e pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Além disso, o serviço enfrenta desafios relacionados à capacitação dos serviços para lidar com questões de gênero e sexualidade. Instituições têm buscado o Centro de Referência em Direitos Humanos para oferecer capacitação nessa área, porém, trata-se de um tema sensível, repleto de tabus, e uma única atividade de capacitação frequentemente não é suficiente. Para assegurar um atendimento de qualidade e atualizado, seria fundamental que as capacitações fossem permanentes e recebessem investimento público em saúde, assistência social e educação.



Pergunta 3: Como a perspectiva teórico-metodológica da interseccionalidade é aplicada pelo CRDH em suas atividades?

A perspectiva teórico-metodológica da interseccionalidade^c é aplicada em suas atividades, embora a equipe enfrente desafios na prática interseccional. A equipe é majoritariamente composta por indivíduos que possuem um maior entendimento das questões de gênero e sexualidade, porém, nem sempre estão familiarizados com outros aspectos, como nacionalidade e ciclo de vida. Além disso, a composição da equipe é predominantemente formada por indivíduos brancos e cisgêneros, o que pode influenciar nas abordagens e percepções dos usuários atendidos. Existem também obstáculos relacionados às estruturas institucionais, como a baixa remuneração e as escolhas que muitas vezes os membros da equipe precisam fazer para estarem presentes no serviço. A falta de debate sobre a interseccionalidade no currículo do curso de formação em serviço social também é uma questão relevante que necessita ser abordada.

A aplicação da interseccionalidade no CRDH é abordada em várias dimensões. Durante o cadastro, a equipe busca entender a identidade dos usuários e quais marcadores podem estar dificultando o acesso de algumas pessoas. Os marcadores são acompanhados por meio do prontuário eletrônico, permitindo identificar que a maioria dos usuários que acessam o serviço são brancos jovens adultos. Essa constatação evidencia a falta de acesso de outros grupos, como pessoas negras e pardas, especialmente nas regiões centrais da cidade onde o serviço está localizado. Essa situação levanta questionamentos sobre as estruturas institucionais de apoio e os fluxos existentes para atender às demandas específicas desses grupos.

Em resumo, no CRDH, a perspectiva interseccional é aplicada em suas atividades, mas enfrenta desafios na prática. A composição da equipe, a falta de debate sobre interseccionalidade no currículo do curso de formação em serviço social (e outros) e as estruturas institucionais são fatores que impactam sua abordagem. O CRDH busca identificar as barreiras de acesso e trabalhar para promover uma abordagem mais inclusiva e sensível às questões interseccionais, garantindo que as demandas específicas dos diferentes grupos sejam atendidas de forma adequada.

Pergunta 4: Como o tripé ensino-pesquisa-extensão é colocado em prática pelo CRDH para contribuir com a formação de profissionais, construção de conhecimento e tecnologias?

Esse projeto é fundamentalmente de extensão e está bem presente no ensino. Com a curricularização da extensão, espera-se uma maior interlocução. Surgiram disciplinas que dialogam diretamente com o projeto, despertando o interesse de algumas pessoas em elaborar trabalhos acadêmicos após visitarem o projeto.

No entanto, a pesquisa é uma área que ainda requer mais atenção no contexto do projeto. Até o

^c A interseccionalidade é descrita pelo grupo entrevistado como um conceito que visa analisar os marcadores sociais que atravessam as pessoas que atendem, permitindo melhor compreender os mecanismos de opressão e discriminação aos quais estão submetidas. São exemplos destes marcadores sociais classe, gênero, geração, raça/etnia e orientação sexual.



momento, não há nenhuma pesquisa diretamente vinculada a esse projeto específico. Embora existam alguns grupos de pesquisa associados ao CRDH, uma vez que os professores da equipe são pesquisadores e conduzem estudos, ainda não há uma interlocução específica entre essas pesquisas e o serviço em si. É importante mencionar que algumas pessoas têm conhecido o serviço por meio de pesquisas, mesmo que sem um diálogo direto, mas posteriormente buscam continuidade no âmbito da extensão universitária, pois obtiveram mais informações e se envolveram mais com a temática. Essa troca de conhecimentos e aprendizado por meio da circulação das pessoas é frequente, embora ainda não haja uma estrutura formalmente institucionalizada para tal.

Acredita-se que a brevidade do serviço seja um dos fatores que influenciam nesse aspecto. É importante lembrar que o atendimento tem duração de um ano, e o polo ainda não completou esse período. Portanto, inicialmente, o foco é compreender o público atendido, o que será entregue e quais são as possibilidades de atuação, para depois analisar o contexto em que estão inseridos. Considera-se a brevidade do serviço e a importância de circular dentro da universidade, pois embora estar dentro de uma universidade facilite o acesso, também pode dificultar o acesso para o público-alvo. Nesse sentido, a pesquisa pode desempenhar um papel relevante ao pensar em propostas para superar essa dificuldade.

A questão do ensino é um tanto contraditória, pois existem diversas atividades em que há o convite para falar sobre diversidade em sala de aula, mas no sentido de substituir o ensino oferecido pelo professor. No entanto, o objetivo seria capacitar o professor nesse assunto, para que ele possa disseminar o conhecimento. Assim, esses convites são recusados, pois acredita-se que os professores devem ter o conhecimento necessário. É diferente ter um momento de diálogo e construção de planejamento de aula a partir dessas conversas.

Foi construído um ciclo formativo quinzenal, aberto ao público geral, mas com um foco interno, que aborda diversas temáticas importantes para o entendimento do trabalho. Para isso, são convidados pesquisadores e gestores para explicar questões específicas.

A equipe do CRDH tem a oportunidade de aprender muito por meio das interações internas. Composta por profissionais das áreas de assistência social, psicologia, enfermagem e direito, a equipe possui uma diversidade de conhecimentos e perspectivas que enriquecem a formação de cada membro. Essa interlocução entre diferentes áreas contribui para uma abordagem interdisciplinar no atendimento aos casos. Semanalmente, são realizadas reuniões em que os profissionais discutem casos, levando em consideração diferentes pontos de vista e conhecimentos especializados, com o objetivo de oferecer um atendimento mais abrangente e eficaz. Essa troca de informações e a perspectiva interdisciplinar são elementos fundamentais para o aprimoramento contínuo da equipe e para a qualidade do serviço prestado pelo CRDH.



Pergunta 5: Quais oportunidades existem para estudantes e pesquisadores se envolverem em projetos de pesquisa ou ações assistenciais relacionadas aos direitos humanos, gênero, sexualidade e saúde no serviço?

A oportunidade na questão assistencial é ampla, uma vez que o serviço oferece atendimento direto. Embora também haja atividades de informação, capacitação da rede e apoio matricial, a principal atividade realizada é o atendimento direto aos usuários.

No que diz respeito à pesquisa, encontra-se em um estágio inicial. A oportunidade de se relacionar com a pesquisa ainda é limitada. O serviço dispõe de um prontuário que permite obter informações estatísticas para analisar a realidade sob uma perspectiva investigativa, visando refletir sobre os motivos de acesso e, possivelmente, gerar perguntas de pesquisa para o futuro. No entanto, atualmente, a pesquisa não é uma prioridade principal. A equipe está aberta a abordar a pesquisa, respeitando todos os princípios éticos. Já existe um aluno realizando sua pesquisa de graduação, uma pesquisa empírica sobre os resultados de sua experiência de trabalho no serviço, e espera-se que ele prossiga com a pesquisa em nível de pós-graduação. Além disso, há interesse de outros espaços formativos, como residências, em acessar esses serviços. De fato, houve residentes que realizaram estágios opcionais no serviço.

A equipe pensa que não é necessário ter pressa agora, mas sim refletir sobre qual é o público atendido e ter cuidado para não fazer suposições excessivas acadêmicas. A proposta do serviço é trabalhar com o indivíduo que procura atendimento, seja por meio da escuta clínica ou de assistência social-psicossocial. Em relação à pesquisa, ela é vista como algo que deve ser considerado em outro momento, e não agora. Portanto, é considerado importante ter cuidado ao transformar esse espaço em um observatório, pois isso pode ser perigoso. O objetivo principal é o acolhimento. Nesse sentido, ao propor um grupo, a ideia é construir junto com os usuários, caminhar ao lado deles e compreender o que eles desejam e para onde querem ir. Na perspectiva da extensão universitária, a ética é evitar cair em uma produção excessivamente acadêmica de conhecimento estatístico.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 17 de Abril de 2023.

Aceito em 15 de Junho de 2023.

Publicado em 20 de Julho de 2023.

Como referenciar este artigo (ABNT):

PEREIRA, Francis Rodrigues; PICOLLI, Graziela Zagonel. Atendimento Especializado e Formação de Profissionais: perspectivas, desafios e oportunidades no âmbito dos Direitos Humanos, Gênero, Sexualidade e Saúde. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 06-10, 2023.





Ações afirmativas em cursos de graduação da área da saúde

Rodrigo de Oliveira Azevedo¹

Daniel Demétrio Faustino-Silva²

Fernanda Nogueira³

A Lei Federal nº 12.711/2012, também conhecida como “Lei de Cotas”, prevê que as instituições federais de educação superior vinculadas ao Ministério da Educação e as instituições federais de ensino técnico de nível médio devem reservar no mínimo 50% das vagas de cada processo seletivo para o ingresso de estudantes que tenham cursado o nível anterior de ensino em escolas públicas. No preenchimento daquelas vagas, precisa ainda existir a reserva de vagas para estudantes oriundos de famílias com renda igual ou inferior a 1,5 salário-mínimo *per capita*, assim como para autodeclarados pretos, pardos, indígenas e pessoas com deficiência.

Além de outros, os argumentos favoráveis à referida Lei compreendem que ela se configura instrumento para a diminuição das desigualdades sociais, para o aumento da diversidade nas instituições de ensino e para a reparação de injustiças históricas. Transcorridos portanto mais de 10 anos desde a promulgação da Lei de Cotas e constituindo-se a equidade um princípio do Sistema Único de Saúde, por meio dessa entrevista realizada pelos editores do Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde (CaEPS) buscou-se informações sobre: a) a ocupação das vagas destinadas às cotas nos cursos de graduação da saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); b) as potencialidades e os desafios para a permanência dos estudantes naquelas vagas; e c) eventuais efeitos das cotas para a promoção da democratização dos processos de ensino e pesquisa, assim como dos próprios serviços de saúde.

A entrevistada, Fernanda Nogueira, é pedagoga, doutora e mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Atua no Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Atenção à Saúde da UFRGS. Acompanha as políticas de ações afirmativas de ingresso e permanência dos estudantes negros e indígenas. Pesquisa as políticas de inclusão étnico-raciais para estudantes negros na universidade federal brasileira, em especial em graduações da área da saúde. Interessa-se pelos seguintes temas: **ações afirmativas**; cotas raciais para negros; descolonização do ser e dos saberes na universidade; produção do conhecimento negra; educação das relações étnico-raciais e seus impactos no campo epistemológico.

¹ Editor assistente Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Licenciado em Educação Física. Doutor em Educação. Técnico em Educação e Assistente de Coordenação da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição. Docente do Curso Técnico em Nutrição da Escola Técnica GHC, do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade de Ciências da Saúde do GHC e do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS.

<https://orcid.org/0000-0002-0734-7061>
<http://lattes.cnpq.br/7560240418281622>
arodrigo@ghc.com.br

² Editor chefe Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Cirurgião Dentista. Doutor em Odontologia em Saúde Bucal Coletiva. Professor do Mestrado Profissional de Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde.

<https://orcid.org/0000-0001-6876-6537>
<http://lattes.cnpq.br/3497215871361607>
danielsilva@ghc.com.br

³ Pedagoga. Mestra e Doutora em Educação pela PUC/RS. Técnica em Assuntos Educacionais na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<https://orcid.org/0000-0002-6178-6399>
<http://lattes.cnpq.br/2494780425647446>
fernanda.nogueira@ufrgs.br

EDITORES: Fernanda, como tu avalia a ocupação das vagas de políticas afirmativas, especialmente nos cursos da saúde, mais especificamente ainda da Universidade Federal do Rio Grande do Sul? Nas tuas reflexões, se quiseres também olhar para o cenário nacional, estejas à vontade.

FERNANDA NOGUEIRA: eu acho sempre importante a gente pontuar um pouco conceitualmente o que representa para o Brasil e também para as relações raciais, para a discussão, para o aquecimento, novamente, das relações raciais no Brasil, e daí extrapolando as instituições de ensino, onde as cotas iniciaram. Então, eu queria abordar alguns pontos nesse sentido, antes de falar da ocupação. A política de ações afirmativas nas universidades brasileiras iniciou em 2003, através de uma legislação estadual no estado do Rio de Janeiro. E a partir de lá começou toda uma discussão em alguns estados, nas instituições ligadas aos estados e depois a discussão nacional da importância. Nós tivemos a conferência de Durban também, em 2001, que foi um marco. O Brasil participou e ele referendou as indicações da conferência no sentido de criar políticas afirmativas para a educação superior brasileira. Mas isso não era um tema novo em 2001. Ele já era discutido no movimento negro, por exemplo, desde a década de 40, 50, 60 do século passado, de que deveria existir reserva de vagas na educação superior desde que o ensino superior começou a ganhar corpo. Então, as ações afirmativas são constituídas num contexto político favorável o início do governo Lula, em 2003. Há também alguns movimentos anteriores que o governo federal fez. Mas, mais com incentivos federais [foi a partir de 2003]. Não existia a legislação, mas o governo federal começou a criar projetos, incentivar as universidades a discutirem então essas ações nos seus âmbitos, principalmente no ingresso. Elas nascem trazendo uma conceituação de que são políticas que vêm para honrar uma justiça redistributiva. O que quer dizer isso? A justiça no sentido de realmente ampliar o ingresso, chegar a pessoas, a grupos sociais que foram historicamente discriminados. E aqui eu questiono um pouco o conceito que a gente usa às vezes de minorias. Eu não gosto desse conceito, eu acho que são grupos minorizados porque, por exemplo, a população negra no Brasil hoje, quase 58% da população se autodeclara negra, preta ou parda. Então, não é a minoria em termos quantitativos. E outros grupos a gente poderia também fazer outras análises no sentido de que são minorizados. Então, eu acho importante pensar nisso. Então, a justiça redistributiva traz essa ideia de distribuir, redistribuir as riquezas que nós temos em termos sociais, educacionais. E educação é uma riqueza. Poder acessar a educação, poder finalizar o ensino fundamental, o ensino médio, estar na universidade, finalizar essa etapa, que somente em torno de 17% da população brasileira tem ensino superior completo para ter uma dimensão de como é difícil acessar esse nível educacional, como ele é restrito, porque mais de 17% chegam, mas que conseguem efetivamente concluir... Tem um fosso enorme de evasão por várias questões. Então, como políticas de discriminação positiva elas foram conceituadas no sentido de que há uma discriminação de pontuar determinadas situações de vulnerabilidade de grupos sociais, mas essa discriminação é positiva, [para] promover um acesso a riquezas, também como reparatórios, compensatórios. Então, todos esses conceitos os autores que discutem sobre as questões afirmativas trazem no sentido da



importância delas. E eu acho que elas extrapolaram. O objetivo delas é promover o ingresso dos grupos sociais vulnerabilizados e discriminados, porém, no Brasil, viu-se um fenômeno que as ações afirmativas e os movimentos sociais negros principalmente promoveram uma discussão tão importante que culminou com as ações afirmativas, que promoveu um reaquecimento da discussão sobre o racismo na mídia. Nesse período de 2003, até a promulgação da lei de cotas em 2012, as universidades discutiram de forma independente nos seus conselhos universitários, nos seus contextos institucionais, a criação e a implementação das ações afirmativas. Pensando nas experiências que eu acompanhei das universidades, por exemplo, o racismo ficava evidente, tanto que pouquíssimas universidades nesse período conseguiram implementar ações afirmativas puramente raciais, que tinham critérios raciais ou puramente raciais foram duas universidades no Brasil inteiro. Mas, que conjugassem socioeconômico e racial foram poucas universidades. Então, a gente foi vendo que o ensino superior representa um espaço muito privilegiado de formação da intelectualidade brasileira. Ele é um espaço de poder, um espaço de acesso e constituição de poder social nas relações sociais. A gente já tinha ações reparatórias, por exemplo, no mercado de trabalho desde a década de 90 para pessoas com deficiência, mas não teve uma discussão tão visceral em termos nacionais, quando essa discussão aconteceu lá na década de 90. Mas quando ela alcançou as universidades, foi uma discussão muito visceral e ela aqueceu uma discussão social sobre as relações raciais brasileiras. E daí eu percebi o quanto livros importantes que discutiam racismo em termos internacionais e autores brasileiros que não eram editados há muito tempo, ou que não eram valorizados como epistemologias importantes nas instituições... Começou um aquecimento de muitas questões que foram desacomodadas de uma marginalidade [para] pensar, por exemplo, o racismo brasileiro. O mito da democracia racial existe até hoje, que nós vivemos numa democracia, que nós vivemos em paz, que não temos conflito racial, não temos racismo. Isso se constitui enraizado, estrutural no Brasil. Tudo isso começou a ser remexido e as ações afirmativas nas universidades foram um mote muito importante que aqueceu. Considerando isso, começam os ingressos então nas universidades federais aqui no sul do Brasil. Iniciou em 2009 com a UFRGS e com a Federal de Santa Maria. Como ainda não tinha legislação, os percentuais, os grupos atendidos, eles eram todos decididos em plenária dos conselhos universitários das universidades. Então a UFRGS decidiu por trinta por cento de reserva de vagas naquela época e a metade, quinze por cento, era reservada para pessoas autodeclaradas negras. Desde lá já [se] viu como era difícil ocupar as vagas. Tinha uma barreira muito grande que é acessar a universidade. A partir do vestibular e do ENEM, que naquela época começou a ser discutido também como um critério de seleção para ingressar as vagas através do SISU, o Sistema Único de Seleção. Tudo isso acontece ali nos anos 2000. Então, a gente já percebia esse fosso que existia entre a população negra, por exemplo, conseguir concluir o ensino médio e conseguir passar nessas provas de seleção para ingressar na universidade. O racismo brasileiro na educação também é violento. E a gente consegue ver exatamente esse panorama, etapa a etapa da educação, através do censo da educação, tanto o censo da



educação básica quanto o superior. A evasão, por exemplo, na primeira etapa do fundamental, na segunda etapa do fundamental, no médio, a evasão de pessoas, de estudantes negros, em todas as etapas, é muito maior do que de estudantes brancos. A evasão escolar no Brasil é absurda, mas para a população negra ela é pior ainda. E daí a gente começa a questionar também qual é assim o fundamento que essas provas trazem, que elas conseguem fazer uma seleção, inclusive racial, das pessoas que ingressam, porque tem a questão do acesso às escolas, mas também tem a questão da própria racionalidade, dos próprios conhecimentos que essas provas e a forma também de conseguir te preparar para elas possibilitam ou não o ingresso. [Deste modo, foram] cotas de 15% para ingresso de pessoas que declarassem origem de escola pública e 15% para autodeclarados negros, mas, conjugando também o critério da escola. Então, na UFRGS, em 2009, foi assim o formato da política aprovada. Com a Lei de Cotas, a Lei 12.711/2012, ampliaram-se bastante esses percentuais. Mas, como obrigatoriedade, nas universidades, nós não temos legislação para graduação de ingresso da população LGBTQIA+. Então, a lei trouxe um panorama bem diferente, que as instituições federais brasileiras de educação superior tiveram que implementar cotas étnico-raciais. (...) E o que se percebe através de diversas pesquisas que a gente vem fazendo nos cursos da saúde, por exemplo, na UFRGS? A gente percebe, por exemplo, que historicamente os cursos da saúde são muito elitizados e por vários motivos. Por uma questão cultural, da classe social que conseguia acessar os cursos da saúde. A gente ainda tem o desafio da questão dos cursos de tempo integral, que o aluno não tem como trabalhar. Então, um estudante trabalhador da cota socioeconômica que é exigido uma renda per capita familiar de até um vírgula cinco salário é muito difícil para ele seguir nos estudos. Então, outro ponto é a questão da assistência, que é vital nos cursos da saúde. O curso de odontologia na UFRGS é gratuito, mas, às vezes, os alunos gastam cinco ou seis mil reais de material num semestre. Então, surgem os projetos. Na odontologia hoje tem um projeto de os estudantes terem um banco de materiais, que eles não precisam comprar tudo. Então essas lógicas vêm mudando pela presença dos estudantes. Eles falam que não veem na universidade um território que podem habitar sem serem vistos como diferentes ou intrusos ou não pertencentes àquele local. Essa questão do preconceito, isso vem mudando muito porque os movimentos de estudantes universitários vêm tensionando e fazendo denúncias e abrindo processos. O epistemicídio é outro aspecto interessante. Foi um processo que apagou os conhecimentos das comunidades locais. A gente tem dificuldade de encontrar nos cursos autores latino-americanos que discutem os conhecimentos das graduações, enfim, que são estudados. O epistemicídio foi um apagamento proposital desses conhecimentos dos povos locais por um conhecimento erudito e do norte global. E agora a revolução das ações afirmativas está acontecendo no mercado de trabalho. Depois que os estudantes saem da universidade e conseguem constituir um pouco a sua formação a partir de epistemologias que eles vêm trazendo para dentro da universidade [chegam] nos locais de trabalho. Daí a questão da saúde da população negra, a saúde da população indígena, tudo que está acontecendo também nos serviços em termos de atendimento à população LGBTQIA+, de também



pensar os serviços, de que serviços são esses, a partir de que racionalidades.

EDITORES: hoje, nos processos seletivos, como vocês percebem na UFRGS a ocupação dessas vagas destinadas às ações afirmativas? O vocês consideram uma vaga ocupada?

FERNANDA NOGUEIRA: a gente tem vários momentos do processo seletivo. Por exemplo, a inscrição nos processos seletivos, a gente vê que teria muitas pessoas para ingressar na universidade e faltar vagas. Então, existe sim pessoas negras, pessoas com deficiência para ingressar na universidade pública. Claro que isso varia de área para área. Mas, em termos gerais, UFRGS é muito desejada. Mas quando a gente vê quem aprovou já é um funilzão. Depois de tu aprovar na prova dependendo da cota que tu te inscreveste, vais primeiro apresentar documentação acadêmica para comprovar que tem ensino médio, depois apresentar a comprovação que tu és de escola pública no ensino médio, depois socioeconômico, depois a condição de autodeclaração negra, porque é um arranjo grande. Digamos assim, é uma saga que as pessoas têm que percorrer com documentação, com comprovação. Enfim, aí já tem uma vazão também. São vários editais, vários critérios, então, a vaga efetivamente ocupada é quando o candidato consegue passar por esse processo todo e ele se matricula. A gente só vai rever esse dado quando tiver a virada do semestre, porque daí a gente vai ver com o lançamento dos conceitos quem não ficou ou quem evadiu naquele semestre. É tão rico o momento que a gente vive no sentido de pesquisa institucional para pensar a efetividade das ações afirmativas. A gente vem pensando o peso dos editais, a linguagem dos editais, a dificuldade que os editais imprimem nesse processo. As vagas que menos são ocupadas são as de estudantes na condição de pessoas com deficiência. Porque para chegar até a universidade pública, dependendo da deficiência da pessoa, é muito difícil em relação aos próprios recursos que a educação básica, pública, por exemplo, muitas vezes não promove. A ocupação das vagas hoje de PCD é bem tímida. Mas a ocupação que acontece questiona a universidade de uma forma muito profunda em relação a barreiras físicas, a preceitos que a gente construiu, do que que é essencial pra ti fazer aquela disciplina. Muitas vezes não tem lógica no processo formativo. Por exemplo, desenhar a mão livre num curso de desenho, de engenharia que exige desenho. Ela não vai desenhar a mão livre mais, ela tem programa de computador, e ela não tem a mão, ela não tem destreza principal, tem uma deficiência. A gente tem que olhar no espelho o grau de normalidade que instituiu nesse espaço acadêmico. Os estudantes negros representam outra cota que não é totalmente ocupada. São os efeitos do racismo estrutural, do racismo acadêmico. Então, a gente começa a discutir a evasão, as barreiras durante o curso. E a área da saúde é uma área que tem esse panorama de epistemologias, a própria produção do conhecimento. Os estudantes indígenas questionam esse termo. Eles dizem, como assim produção? Porque é a natureza que produz o conhecimento. A gente vai lá e interpreta, ela se desvenda para nós. A gente se conecta com ele, traduz na nossa linguagem. Os estudantes indígenas sofrem muito na universidade, porque essas barreiras são muito simbólicas. Um estudante negro produz um conhecimento situado, a partir da comunidade



dele, da forma da comunidade dele viver. Então, ele está trazendo uma forma diferente de pensar o que é, inclusive, o conhecimento. Isso é uma produção de si também. E no momento que não existe uma produção do sujeito negro nesse ambiente, em termos de conhecimento, o sujeito negro que ingressa, ele não se sente pertencente àquele lugar. Ele diz esse aqui não é o meu lugar. Isso aqui é muito diferente de como eu vivo: “Poxa, vocês não se ajudam, cada um na sua, todo mundo sofrendo mal, daqui a pouco cheio de coisa pra estudar, ninguém conversa, não tem uma solidariedade”. Assim, pensar a universidade e a presença dos estudantes das ações afirmativas é para mim é pensar a própria descolonização do ser.

EDITORES: então, tem um processo que é pensar a permanência desses estudantes. Imaginamos que tenha um conjunto de desafios que são variáveis à medida que os cursos vão evoluindo, ou seja, talvez os desafios para permanência nos primeiros semestres sejam alguns, os desafios no meio dos cursos sejam outros, à medida que as práticas vão avançando tem outras perspectivas, mais perto da formatura, da diplomação...

FERNANDA NOGUEIRA: eu me lembrei que quando fiz a minha pesquisa no mestrado uma coisa me chamou atenção. Os professores médicos que atuavam nas disciplinas dos primeiros semestres questionando um pouco a presença dos estudantes negros que estavam ingressando pelas ações afirmativas. Eles diziam nossas turmas eram tão homogêneas antes, os estudantes tinham um nível de conhecimento tão parecido. Eu comecei a questionar muito sobre essa palavra. Concluí que a partir das ações afirmativas a realidade brasileira entrou na universidade. A realidade educacional brasileira entrou na universidade. Ela não existia na universidade, era uma bolha de uma classe específica social que ingressava, que conseguia fazer cursinho para vestibular, que tinha uma determinada condição econômica. Então, quando a gente começa a ver tudo isso, a gente como instituição é questionado em várias medidas. E daí entra o papel dos setores. A importância de se criar serviços e locais que se preocupem com essas barreiras. Isso foi um movimento que aconteceu com a chegada dos estudantes. Por exemplo, na UFRGS, a Coordenadoria de Acompanhamento do Programa de Ações Afirmativas, a CAF é uma coordenadoria institucional com potência de fazer pesquisa, de criar ações de permanência, ações de formação para os docentes. Muitas vezes, ela não consegue fazer isso porque tem outras barreiras institucionais que dificultam. A extensão é muito potente no sentido de acolher os estudantes, de promover formação. Depois, foram criados os núcleos de estudos afro-brasileiros indígenas, os NEABs, que têm um papel incrível nas instituições de pensar os benefícios, os editais, o quanto os critérios atingem realmente os estudantes. Esse seria o núcleo institucional mais central na UFRGS, que pensa a política. Mas, capilarizando nos cursos, seriam as comissões de graduação, que teriam que se preocupar com a permanência dos estudantes naquele micro espaço. A UFRGS tem quase 100 cursos de graduação, é um universo. Tem uma dificuldade para as comissões de graduação fazerem isso no sentido da sobrecarga de trabalho, no sentido mesmo da dificuldade da universidade



de reconhecer um trabalho pedagógico, por exemplo, de técnicos em assuntos educacionais para pensar evasão, pensar ações que vão de encontro às barreiras. O nosso sonho na UFRGS seria criar uma pró-reitoria de ações afirmativas, como a UFSC criou. Temos a experiência no Paraná. Uma pró-reitoria conjugando diversos serviços, de pensar ingresso, permanência, diplomação, o acesso ao mercado de trabalho. A gente vem recebendo mais denúncias como instituição, e não é porque está tendo mais racismo. Antes ele não era reconhecido, não era nominado, não tinha espaço. Então, eu venho percebendo que a instituição tinha que criar um programa muito expressivo de combate ao racismo institucional para pensar essas nuances todas, para se adentrar nos processos e nas relações. Até porque o racismo se reifica, se reinventa. A gente combate, muda práticas, mas ele se renova. A gente ainda tem que desmistificar o mito da democracia racial que está no imaginário e na prática das pessoas, do brasileiro. Se a sociedade é estruturalmente racista, as instituições também vão ser racistas. A gente tem ações na pesquisa, na extensão, na parte acadêmica, ações para permanência, tem coletivos de estudantes indígenas. Na saúde, temos os principais coletivos. Temos a LISAI, que é a Liga de Saúde Indígena, que nasceu na Medicina. Tem o GAEM, que é um grupo de apoio aos estudantes indígenas muito expressivo. Temos o coletivo de estudantes indígenas da psicologia. Na saúde, os indígenas estão muito fortes, até porque 80% praticamente da presença indígena na UFRGS é nos cursos da saúde.

EDITORES: por que os cursos da área da saúde acabam atraindo, concentrando, reunindo um maior número de estudantes através das ações afirmativas?

FERNANDA NOGUEIRA: a saúde, a educação e a terra são demandas vitais para as comunidades indígenas brasileiras. Elas demandam da universidade espaços para pensar essa possibilidade de seguirem vivas. Então, a saúde e educação principalmente. Os povos indígenas trazem uma visão transcultural. Nós temos 12 cursos da saúde na UFRGS, e eles dizem se tivesse um curso intercultural de saúde para nós estava ótimo, porque a gente não precisa estudar tão específico. A gente quer integrar esses conhecimentos e pensar saúde de uma forma ampla, de uma forma na conexão com a terra; pensar a educação, a vida das nossas crianças, o que elas vão estudar e o que vai manter essa cultura. Não tem essa fronteira de disciplina que a gente criou na modernidade, e de especialidade. Claro que os povos se adaptam, eles estão vindo para a universidade, e estão se adaptando no sentido violento da palavra, de pensar um conhecimento mais fragmentado. Assim, a saúde para eles é a própria demanda por saúde das comunidades. Com a presença deles nos cursos a gente vê como as populações não são atendidas, porque, por exemplo, os anciões indígenas, se eles forem atendidos por um médico que fala caingangue, o tratamento vai ser muito mais eficaz. E que reconheça a medicina deles, a medicina da floresta, e que possa dialogar com a medicina científica que a gente criou, a saúde na perspectiva dessa ciência que nós temos enquanto pessoas brancas, europeias, enquanto tradição do norte. Eles querem a área da saúde para terem profissionais indígenas que tratam as suas comunidades a partir das



suas cosmologias. A mesma coisa é a educação... Mas esse conhecimento, por exemplo, sobre Freud, Lacan, isso não tem significado nenhum nas suas comunidades, porque não vivem assim. Vivem com outra perspectiva do que é esse psicológico. Ele é ancestral, espiritual; o nosso conhecimento não dá conta. Os estudantes se espalham bastante. Nas engenharias é muito difícil a permanência dos estudantes negros. Mas a educação é um local muito potente, que a gente vê uma concentração grande de interesse das comunidades negras. Porque a educação é o mote da conservação epistemológica, a conservação da cultura e por legitimar uma perspectiva mais afro-centrada na produção do conhecimento, que é circular. A UFRGS produziu uma série de relatórios que estão disponíveis na página da Coordenadoria de Ações Afirmativas desde 2012. Tivemos uma produção de 2008 a 2012, que foi um livro trazendo esses olhares sobre o ingresso, a permanência, a presença dos estudantes das ações afirmativas naquela primeira geração antes da lei. E depois de 2012, a gente tem relatórios quase que anuais trazendo dados de acompanhamento da política de ações afirmativas da UFRGS.

EDITORES: agora, falando a partir da perspectiva da universidade, o quanto a universidade está se abrindo para também eventualmente pensar e se organizar a partir de outras lógicas? Então, que efeitos tu vê dentro das universidades com a implantação das ações afirmativas?

FERNANDA NOGUEIRA: eu vejo que esse processo não é voluntário, não é por uma boa vontade. Ele é sempre por tensão, que vem das pessoas e dos grupos. Conforme essas tensões vão acontecendo, vai se criando um *lôcus*, práticas que significam uma conquista que permanece naquele curso. Por exemplo, no curso de psicologia, começou um movimento muito grande em 2018 dos coletivos de estudantes negros questionando o currículo. Que disciplinas abordam uma psicologia mais voltada para o modo de vida indígena, negro? Lembrando da Lei 10.639, de 2003, que é uma lei federal, que alterou a Lei de Diretrizes e Bases, que criou a obrigatoriedade da história e cultura indígena e afro-brasileira nos currículos de toda educação básica brasileira. E, em 2004, as diretrizes curriculares para educação das relações étnico-raciais que instituiu a obrigatoriedade nas universidades. Isso não é uma boa vontade. Eu, no doutorado, olhei todas as disciplinas da UFRGS, em todos os cursos: dez mil e trezentas disciplinas, as súmulas. Encontrei em torno de 35 disciplinas, agora a gente tem 40 e poucas, que especificamente tratassem desses assuntos nos cursos. E mais ou menos umas 120 que abordavam algum conteúdo. Então, a lei é de 2003, e gente ainda não conseguiu honrar com a legislação federal no nosso currículo. Na psicologia os estudantes começaram a fazer esse tensionamento e começou uma alteração curricular. Ela foi muito tensa porque alguns conhecimentos têm que sair, ou tem que aumentar a carga horária de algum componente, ou criar uma disciplina, ou retirar outra. Tudo isso mexe em espaço de poder, de docentes, de áreas de conhecimento que são legitimadas dentro de uma graduação. Com esse tensionamento os estudantes conseguiram criar uma disciplina obrigatória, que é uma das poucas disciplinas obrigatórias dessas quarenta que eu te falei, no currículo de psicologia e transversalizar esse tema em dez, doze disciplinas. [A partir disso], outros cursos



começaram esse movimento. Já foi mais fácil. Assim, a própria instituição se movimentando pelo tensionamento, e isso é ruim. Se um dos nossos princípios [da administração pública] é a legalidade e tem uma lei federal, o agente público devia colocar isso em operação. Os próprios sujeitos falam isso para nós. Sujeitos de direitos, os sujeitos negros, indígenas dizem, eu não devia estar te dizendo isso aqui, na UFRGS, tu devias estar sabendo disso e movimentando isso. Eu estou aqui para estudar. Não queria lutar contra o racismo. Eu queria estudar como outros estudantes brancos que entram aqui e estudam. Isso é sofrimento para mim. Só que isso é no bojo de uma estrutura racializada, que tem a branquitude como princípio. Mas, a instituição vai entendendo, principalmente quando o Ministério Público se manifesta em relação aos programas de pós-graduação. Em torno de trinta por cento dos programas de pós-graduação da UFRGS tinham ações afirmativas e setenta por cento não. O Ministério Público fez uma recomendação para UFRGS olhar para o princípio da isonomia: tem que discutir um programa para toda a pós-graduação da universidade. Conseguimos implementar um programa com no mínimo trinta por cento de reserva de vagas, incluindo quilombolas, refugiados, PCDs, negros, a questão da população LGBTQIA+, que não tem na graduação.

EDITORES: Fernanda, se tu pudesses nos falar um pouquinho daquilo que tu já consegues ver para fora da universidade. Existe certa quantidade de alunos que se formaram a partir dessas políticas afirmativas. Como tu tens visto o pós-diplomação? Como o ingresso desses estudantes que entraram pelas cotas [tem influenciado] os serviços de saúde? Eu sei que não é um movimento só dos estudantes que saem das universidades. A população também busca ocupar esses espaços. Porém, qual diálogo tu observas, não só das políticas de cotas, mas também de outras estratégias afirmativas, para, de alguma forma, fazer dos serviços de saúde espaços acolhedores, mais sensíveis à lógica, ao modo de viver e cuidar dessas populações?

FERNANDA NOGUEIRA: eu acho que são muitas direções. Por exemplo, a lei que estipula 20% de reserva de vagas para pessoas negras nos concursos públicos é um grande avanço. Eu acho pouco 20% considerando que a nossa população brasileira se autodeclara negra num percentual de quase 58%. Mas foi um avanço legal no sentido de garantir o ingresso para as pessoas. Então, muda um pouco o panorama técnico das nossas instituições. A presença cria. São médicos, técnicos, profissionais em vários concursos públicos... No momento em que a gente tem as ações afirmativas na universidade, tem essas diplomações e os estudantes, os profissionais ingressam através dessa política de reservas tem uma grande cadeia. E muitos caminhos ainda para ver uma mudança de panorama cultural. No entanto, a presença na universidade faz com que a gente olhe para essa história, a gente veja o apagamento dela. Mas, na saúde, eu vejo que a discussão da saúde da população negra está muito forte em vários âmbitos, nos territórios, na universidade. [O mesmo não acontece com] a saúde da população indígena. Os indígenas dizem eu me formei em enfermeiro, mas, na minha comunidade não abre concurso para profissional indígena que tenha essa característica, que fale caingangue,



que fale... Como eu vou entrar na fila de profissionais que têm determinadas habilidades que são importantes, mas que para minha comunidade eu precisava que olhasse para a língua, para a cultura? Então, no momento que discute a saúde, [não se] discute vagas para profissionais indígenas. Quando eu estava estudando o início das ações afirmativas eu me impactei com um dado: 80% da população da Bahia se autodeclara negra e a realidade era inversamente proporcional dentro da Universidade Federal da Bahia; 80% da população universitária era branca e 20%, negra. A gente precisa ampliar [a discussão]. Esse é o nosso papel como agente público. Eu sinto assim.

EDITORES: ao ir encaminhando o término da nossa conversa, quando tu olhas o contexto atual da UFRGS, quais são esses tijolinhos, usando a tua metáfora, que tu julgas mais estruturantes, neste momento histórico de 2023, para se conseguir consolidar e contribuir com o avanço dessa interface ações afirmativas e cursos da área da saúde?

FERNANDA NOGUEIRA: eu acho que uma política de permanência para além da assistência estudantil é vital. Uma política de permanência com a qual a instituição se comprometesse, que ela desse uma direção precisa, por exemplo, que todos os cursos têm que produzir dados sobre evasão, sobre permanência, sobre ingresso, sobre as barreiras. Existem cursos da saúde em que isso fica meio difuso. Acho a gente tinha que ter um programa destinado aos microespaços que estão com os estudantes para produzir esses olhares e registrar, pensar ações, e dar retorno para a administração central. Criar esse ciclo de avaliação da permanência. A gente não tem isso, é tudo muito difuso. Alguns cursos fazem, outros não, fazem até um ponto... A questão de um projeto de combate ao racismo institucional. Ter coragem de criar um projeto para a instituição se olhar mesmo, nua e crua. Ouvir os sujeitos e movimentar ações. A questão dos currículos, porque a área da saúde é um silenciamento enorme. Tem pouquíssimas disciplinas e conteúdos que se transversalizam. Uma postura institucional no sentido de que os cursos vão ter que mobilizar seus recursos, buscar vagas no Ministério da Educação para contratar professores negros, indígenas. Na UFRGS nós não temos nenhum professor indígena. Negros não chega a um por cento, mesmo já tendo a reserva de vinte por cento. O grupo se renova de uma forma lenta. Pensar a implementação da legislação Educação das Relações Étnico-Raciais na universidade. Fortalecer os grupos que fazem essa discussão das relações raciais, do racismo, em diversas direções, na extensão, na pesquisa. Enfim, uma pró-reitoria de ações afirmativas que capilarizasse essas discussões.

Como referenciar este artigo (ABNT):

NOGUEIRA, Fernanda; AZEVEDO, Rodrigo de Oliveira. Ações afirmativas em cursos de graduação da área da saúde. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 11-20, 2023.



ARTIGOS





Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde
E-ISSN: 2764-2550
DOI: [10.29327/269776.3.1-4](https://doi.org/10.29327/269776.3.1-4)
<https://revista.ghc.com.br/>

Percursos e percalços no uso da comunicação alternativa e ampliada no contexto hospitalar pediátrico com uma adolescente com doença de Pompe: relato de caso

Pathways and mishaps in using augmentative and alternative communication in the pediatric hospital context with an adolescent with Pompe disease: a case report

Camino y contratiempos en el uso de la comunicación alternativa y ampliada en el contexto hospitalario pediátrico con una adolescente con enfermedad de Pompe: relato de caso

Bárbara dos Santos Gameleira¹
Larissa Rangel Fernandes Aragão¹
Fernanda do Nascimento Maia³

¹Terapeuta ocupacional graduada pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro e Residente em Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Doentes IFF/Fiocruz.
<https://orcid.org/0000-0002-9088-1176>
<http://lattes.cnpq.br/3810091836894017>
babitagameleira@yahoo.com.br

²Terapeuta ocupacional graduada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Doentes IFF/Fiocruz.
<https://orcid.org/0000-0001-6798-4743>
<http://lattes.cnpq.br/5643502423226561>
larissarangelto@gmail.com

³Terapeuta Ocupacional, Tecnóloga em Saúde Pública IFF/Fiocruz, Mestre e Doutora em Design ESDI/UERJ.
<https://orcid.org/0000-0002-4969-5865>
<http://lattes.cnpq.br/0089730674949509>
fernandamaia@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A comunicação é fundamental para as pessoas. Ela engloba, para muito além da fala propriamente dita, a utilização de gestos, expressões faciais, símbolos, etc. A Doença de Pompe é uma doença degenerativa que impacta nas capacidades motoras e respiratórias do paciente, levando a perdas funcionais, entre elas a de se comunicar. A Comunicação Alternativa e Ampliada é uma área da Tecnologia Assistiva que tem como meta compensar ou facilitar os prejuízos e incapacidades dos indivíduos com distúrbios da comunicação.

Objetivo: Retratar a introdução e o uso da comunicação alternativa e ampliada no contexto hospitalar pediátrico. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo relato de caso, descrita na forma de uma narrativa reflexiva e longitudinal. **Resultados e discussão:** Foi realizada uma avaliação terapêutica ocupacional, utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade, identificando as barreiras e os facilitadores para a implementação e treinamento de recursos de comunicação, até o produto final escolhido de acordo com o quadro funcional atual. **Conclusão:** Os recursos de comunicação são ferramentas com grande potencial a serem utilizadas tanto nos casos de adolescentes com Doença de Pompe, quanto em outros pacientes com diagnósticos que afetem seu sistema de comunicação, mas que mantenham íntegro seu sistema cognitivo e visual.

Palavras chave: auxiliares de comunicação para pessoas com deficiência; criança hospitalizada; doença de depósito de glicogênio tipo II; tecnologia assistiva.

ABSTRACT

Introduction: Communication is essential for people. It encompasses, far beyond speech itself, gestures, facial expressions, symbols, etc. Pompe disease is a degenerative disease that impacts the patient's motor and respiratory capacities, leading to functional losses, including the loss of communication. Augmentative and Alternative Communication is an area of Assistive Technology that aims to compensate or facilitate the losses and disabilities of individuals with communication disorders. **Objective:** To portray the introduction and use of alternative and augmentative communication in the pediatric hospital context. **Methodology:** This is a qualitative research of the case report type, described as a reflective and longitudinal narrative. **Results and discussion:** An occupational therapeutic assessment was conducted using the International Classification of Functioning, Disability, and Health, identifying the barriers and facilitators for implementing and training communication resources until the final product is chosen according to the current functional framework. **Conclusion:** Communication resources are tools with great potential to be used in the cases of adolescents with Pompe Disease and in other patients with diagnoses that affect their communication system.

but keep their cognitive and visual systems intact.

Keywords: communication aids for people with disabilities; hospitalized child; glycogen storage disease type II; assistive technology.

RESUMEN

Introducción: La comunicación es fundamental para las personas. Abarca, mucho más que el propio discurso, la utilización de gestos, expresiones faciales, símbolos, etc. La enfermedad de Pompe es una enfermedad degenerativa que impacta en las capacidades motoras y respiratorias del paciente, llevando a pérdidas funcionales, entre ellas la de comunicarse. La Comunicación Alternativa y Ampliada es un área de la Tecnología de Apoyo que tiene como meta compensar o facilitar las pérdidas y discapacidades de los individuos con trastornos de la comunicación. **Objetivo:** Retratar la introducción y el uso de la comunicación alternativa y ampliada en el contexto hospitalario pediátrico. **Metodología:** Se trata de una investigación cualitativa, del tipo reporte de caso, descrita en forma narrativa reflexiva y longitudinal. **Resultados y discusión:** Fue realizada una evaluación terapéutica ocupacional, utilizando la Clasificación Internacional de Funcionalidad e Discapacidad, identificado las barreras y los facilitadores para la implementación y capacitación de recursos de comunicación, hasta el producto final elegido de acuerdo con el cuadro funcional actual. **Conclusión:** Los recursos de comunicación son herramientas con gran potencial a ser utilizados tanto en los casos de adolescentes con Enfermedad de Pompe, como en otros pacientes con diagnósticos que afecten su sistema de comunicación, pero que mantenga íntegro su sistema cognitivo y visual.

Palabras clave: auxiliares de comunicación para personas con discapacidad; niño hospitalizado; enfermedad de almacenamiento de glucógeno tipo II; tecnología de asistencia.

INTRODUÇÃO

A Doença de Pompe (DP), também conhecida por doença de depósito de glicogênio tipo II, glicogenose tipo IIa ou deficiência do ácido maltase, é uma doença autossômica recessiva causada pela deficiência da enzima alfa-glicosidase ácida (GAA). O processo de degradação do glicogênio em glicose, que é realizado dentro das fibras musculares, tem a participação dessa enzima GAA. Na DP, há uma deficiência na ação desta enzima que por sua vez gera um acúmulo de glicogênio nas células dos tecidos do corpo (SAVEGNAGO *et al.*, 2012).

O grau de deficiência da enzima alfa-glicosidase ácida está relacionado com as mutações do gene da mesma, o início do quadro, a gravidade das miopatias e os órgãos que estão afetados. O compilado indicará se a deficiência é completa (infantil) ou apenas parcial (início tardio) (SAVEGNAGO *et al.*, 2012).

Por ser uma doença degenerativa que afeta os tecidos, a progressão causa impacto diretamente nas funções motoras e respiratórias do indivíduo. A fraqueza muscular é o principal sintoma da DP. Com a evolução do quadro clínico o sujeito tende a ficar menos funcional, no que se trata da realização das atividades de vida diária e instrumentais de vida diária, e cada vez mais dependente. As funções motoras ficam comprometidas e interferem na postura e no posicionamento adequado, gera deformidades, contraturas e diminuição da resistência muscular (NOGUEIRA, 2017).

Ademais, a interação social e a comunicação também sofrem com essa fraqueza muscular, uma vez que é necessária a ativação de musculaturas faciais e orais para realizar a fonação e articulação da fala. Contudo, a doença não afeta o cognitivo do indivíduo, este é preservado em todos os seus tipos de manifestação. Quando se observa algum comprometimento, é leve e manejado com terapias



(SILVA; AVILA, 2015).

A comunicação é fundamental para as pessoas. Os seres humanos são seres essencialmente sociais e é por meio da comunicação que expressam seus sentimentos, transmitem e adquirem conhecimento (ARAÚJO *et al.*, 2013). Esta, abarca muito mais que a fala propriamente dita. No dia a dia as pessoas utilizam de gestos, expressões faciais, símbolos, dentre outras formas que temos de interagir com os outros (MIRANDA; GOMES, 2004).

Devido à progressão da DP é comum ocorrerem perdas funcionais, uma vez que para executar diversas atividades do dia a dia a pessoa necessita possuir a capacidade de realizar contrações musculares para a ativação dos músculos e consequente realização do movimento (THOMAZINHO, 2017). Dentre essas atividades, destaca-se para este estudo a capacidade de emitir sons e movimentar a musculatura da face, pescoço e cintura escapular.

Associada aos déficits funcionais da doença, a experiência de hospitalização impacta de forma contundente no desempenho da comunicação. Neste contexto, a criança experimenta diferentes sensações por estar em um ambiente não familiar onde o espaço físico, os equipamentos e as pessoas são diferentes das quais ela está acostumada (NASCIMENTO *et al.*, 2017; QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010). O ambiente hospitalar apresenta ainda, limitações físicas (como a restrição ao leito, estar ligado a aparelhos, etc), e pode ser considerado potencialmente traumático por ser um local de dor, gerando sentimentos como angústia e medo (MITRE; GOMES, 2007; OLIVEIRA; DANTAS, 2005).

Nesta direção, a comunicação alternativa e ampliada (CAA) vem para modificar como essas pessoas podem interagir com seus parceiros. A CAA é definida como uma área da Tecnologia Assistiva que pretende compensar e/ou facilitar os prejuízos e incapacidades dos indivíduos com distúrbios da comunicação expressiva e/ou compreensiva, podendo essa dificuldade ser temporária ou permanente (CESA; KESSLER, 2014; NASCIMENTO *et al.*, 2017). A CAA pode ser facilitada por meio de recursos de baixa tecnologia (pranchas impressas, símbolos, miniaturas, dentre outros) ou alta tecnologia (aplicativos ou softwares para computadores, tablet e celulares) (MIRANDA *et al.*, 2021).

Este estudo tem como objetivo descrever um caso sobre a introdução da comunicação alternativa e ampliada com uma paciente diagnosticada com Doença de Pompe tipo II internada em um hospital pediátrico.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo relato de caso, descrita na forma de uma narrativa reflexiva e longitudinal sobre a introdução e o uso da comunicação alternativa e ampliada no contexto hospitalar pediátrico. A pesquisa descritiva é caracterizada pela descrição de fatos e da população estudada em um determinado momento, na qual os dados podem ser coletados através de questionários e observação sistemática (GERHARD; SILVEIRA, 2009).

A pesquisa foi elaborada com uma paciente com Doença de Pompe (DP) tipo II internada há 7



anos no hospital por complicações da doença. Inicialmente foi realizado um estudo do caso, a fim de compreender a evolução clínica da DP e seu prognóstico, além do quadro de saúde atual da usuária. A partir disso, iniciaram-se os atendimentos com uma avaliação terapêutica ocupacional utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), a fim de identificar as capacidades funcionais e barreiras para a execução das atividades e para a comunicação.

Após a avaliação definiram-se as metas e objetivos de tratamento, sendo a comunicação a principal demanda apresentada pela família e equipe. As intervenções para introdução da comunicação alternativa aconteciam 2 vezes na semana com duração de 1 hora, em média.

Foram treinadas as habilidades necessárias para introdução dos recursos, como a escolha por varredura e a escolha direta. Posteriormente foram testados diversos recursos que seriam descartados ou absorvidos, de acordo com as respostas da paciente. Dentre os instrumentos utilizados estão a mesa, o plano inclinado, as almofadas, o anteparo com velcro, os jogos adaptados, a ponteira com laser, o notebook e a prancha de comunicação. Os registros foram feitos em prontuário e em diário de campo durante o período de abril de 2020 e fevereiro de 2021.

A análise dos dados foi realizada através da revisão do prontuário e dos diários de campo, e os dados discutidos através dos referenciais teóricos da pesquisa, sobre a luz da análise de conteúdo.

Este trabalho é parte integrante da pesquisa registrada no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira sob o número do CAAE 28237919.4.0000.5269 e aprovada pelo parecer número 3851.878, intitulada “Implementação de Laboratório de Tecnologia Assistiva e produtos em saúde para crianças e adolescentes cronicamente adoecidos no âmbito hospitalar”. A pesquisa cumpriu os requisitos éticos previstos nas Resoluções do CNS/CONEP 466/12 e 510/16. A responsável pela paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido referente a pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliação e descrição do caso

Sophia, nome fictício, 12 anos de vida, sexo feminino, segunda gestação de 4, diagnosticada após o nascimento com Doença de Pompe (DP) tipo II. Atualmente se encontra em uma internação prolongada em um hospital pediátrico. Nos primeiros anos de internação, a paciente passou por algumas cirurgias; uma vesicostomia, uma colocação da gastrostomia, uma traqueostomia, e durante a implantação de um cateter profundo evoluiu com um acidente vascular encefálico que comprometeu o lado esquerdo do corpo.

Quando Sophia chegou ao hospital em 2015, ela falava, interagia, brincava, porém com o avanço da doença, as limitações e dificuldades começaram a torná-la menos independente e funcional. Ao longo dos 6 primeiros anos de internação a adolescente perdeu a movimentação dos membros inferiores, do tronco, da cabeça, dos membros superiores e parte da musculatura da face. Atualmente a adolescente encontra-se acamada no leito, possui contratura em diversas partes do corpo, defor-



midades ósseas nos tornozelos e possui dificuldades em se comunicar, principalmente com a equipe multidisciplinar.

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001) existem fatores que influenciam na realização das atividades humanas, podendo estas serem barreiras ou facilitadores. Considerando o caso descrito acima, foram identificadas barreiras que interferem ou impedem a implementação da comunicação alternativa e ampliada (CAA). Dentro do quadro de funções corporais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001), tem-se a hipotonia, a falta de controle de cabeça, tronco e membros, a pouca movimentação ativa, e não funcional, dos dedos da mão esquerda, além da fraqueza muscular, pouca amplitude de movimento no punho esquerdo, presença de alteração visual e auditiva avançada, e a não produção oral. Além dos relatos de dor quando manuseada.

Apesar das barreiras, foram identificados alguns facilitadores para a introdução da comunicação. Dentre eles, tem-se o interesse e a intenção da paciente em se comunicar, o movimento coordenado dos olhos e do maxilar, a função cognitiva preservada, bem como a participação e presença de sua mãe. Outro facilitador é o gosto pelos jogos (não eletrônicos) e em utilizar o notebook para assistir filmes, novelas, desenhos e demais atividades.

A avaliação é uma etapa primordial do processo de implementação da CAA. A partir dela é possível: a apreensão das capacidades e limitações do indivíduo (motoras, sensoriais, cognitivas, comunicacionais, etc); o entendimento do contexto (barreiras e facilitadores); o conhecimento dos gostos e desejos do indivíduo; o reconhecimento de parceiros de comunicação; entre outros aspectos que possam vir a influenciar o processo de implementação da CAA (COOK; POLGAR; HUSSEY, 2008; CESA; KESSLER, 2014; MANZINI; MARTINEZ, 2019; PELOSI, 2017). A partir da avaliação detalhada do caso foi possível constatar a necessidade de introdução da CAA como recurso para o caso, principalmente dadas as limitações de comunicação e o grande interesse da paciente em se comunicar.

Os achados iniciais vão ao encontro dos dados encontrados na literatura. Gelder *et al.* (2012), realizou um estudo com 11 crianças com doença de Pompe onde avaliou a musculatura necessária para fala. Nesse estudo, foi observado que todas as crianças apresentaram fraqueza da musculatura orofacial e pobres expressões faciais. Dessas, 4 crianças apresentavam fala anormal, caracterizada por articulação desordenada, hipernasalidade e menor inteligibilidade.

Ainda nesse estudo, foi observado que a coordenação da fala estava diretamente ligada ao grau de comprometimento motor global. A perda auditiva foi outro ponto importante a ser considerado na aquisição da fala nesses pacientes (GELDER *et al.*, 2012). Seguindo esse caminho e de acordo com a experiência do estudo foi possível constatar que a doença de Pompe prejudica aspectos de fala oralizada, gestos e expressões faciais. Por conseguinte, fica evidente a necessidade de CAA para esses indivíduos.



Implementação e treinamento dos recursos

Aceite para a introdução da CAA: Antes de qualquer tipo de tentativa de inserção de recurso de comunicação alternativa e ampliada, foi realizada uma conversa com a mãe e com a adolescente sobre as possibilidades de recursos para a comunicação. Em um primeiro momento a paciente demonstrou-se resistente à ideia, o processo de aceitação da CAA foi um desafio vencido, após um árduo trabalho. Anteriormente já havia sido oferecido esse suporte, contudo a adolescente não o aceitava pois conseguia comunicar-se com outras pessoas, além da mãe, por meio de leitura labial. Com o agravamento da doença e a constante perda de mobilidade e força muscular da musculatura facial, ficou cada vez mais difícil de compreendê-la. A própria, percebeu tamanha dificuldade e a partir da apresentação dos recursos de forma lúdica e dos interesses da mesma, passou a aceitar.

Cook, Polgar e Hussey (2008) apontam que tanto para a avaliação quanto para a intervenção em TA, é necessário considerar alguns fatores que são essenciais, pois interferem diretamente no processo. Além do recurso propriamente dito, a atividade e o contexto o qual o sujeito está inserido ditará como será realizada a intervenção, e principalmente o humano, quarto elemento mencionado.

É preciso da colaboração do sujeito para que o recurso seja implementado e tenha uso funcional, como foi o caso do presente trabalho. Só foi possível dar continuidade à inserção da Comunicação Alternativa e Ampliada quando houve interesse por parte da paciente de se comunicar com outras pessoas além da mãe, que era a única que entendia sua comunicação empobrecida pela pouca movimentação. A partir desse ponto a paciente percebeu que necessitava se comunicar com outras pessoas para ter maior participação durante as atividades da sua rotina.

Para quem está realizando a avaliação e/ou a intervenção, os autores relatam que a forma como o profissional recebe e interpreta as informações colhidas em um primeiro momento é de suma importância para a escolha do melhor recurso para o paciente. Vale ressaltar que a avaliação se dá de forma contínua e deliberativa (COOK; POLGAR; HUSSEY, 2008).

Por essa razão é necessária a discussão sobre componentes significativos para inserção de recursos de Tecnologia Assistiva, a saber: não exigir movimentos inapropriados durante seu uso; não depender de grande gasto energético; ser seguro e confortável para o usuário; ter baixo custo; ser de fácil movimentação; ser personalizado às necessidades do indivíduo; ser durável, e, ter boa aceitação social, não expondo o usuário deliberativa (COOK; POLGAR; HUSSEY, 2008).

Esses componentes foram o guia para o planejamento, teste, aquisição e treinamento dos recursos. Todos foram levados em consideração em cada teste para a aceitação ou refugo do produto. A exemplo do teste com o programa Head Pilot, que será mencionado posteriormente, que apesar da proposta interessantíssima de acesso independente ao computador foi descartado por apresentar gasto energético excessivo para o acesso, assim como a ponteira com laser.

Materiais: para a realização das atividades, os recursos foram pensados e confeccionados com antecedência, a partir de materiais que pudessem ser higienizados - tais como acrílico e plástico vi-



nílico transparente -, evitando materiais de madeira e porosos, para não haver contaminação cruzada com outros pacientes. A contaminação cruzada ou indireta acontece quando o patógeno é transmitido através de um objeto ou superfície de contato, sendo essa uma das causas das infecções hospitalares. Selecionar os materiais adequados à higienização é parte importante do processo (NASCIMENTO *et al.*, 2017). Assim como recursos compactos para facilitar o armazenamento, grande parte dos instrumentos utilizados com a paciente, e aqui descritos, eram guardados no seu próprio box de internação junto com os demais brinquedos.

Posicionamento: O posicionamento adequado, tanto dos recursos, quanto da paciente também foram fatores importantes para a execução das atividades. Todos os treinamentos foram realizados com a paciente deitada no leito, com uma inclinação para frente, cerca de 60°, a fim de melhorar o campo visual e a participação. O posicionamento escolhido justifica-se como mais adequado a esta paciente por conta da luxação bilateral de quadril e dos encurtamentos musculares apresentados pela adolescente que a impediam de ficar sentada. Todos os recursos, com exceção do notebook, foram colocados em um plano inclinado, posicionado sobre a mesa da paciente que ficava na altura de seu abdômen. Para estabilizar a mesa e aumentar a altura do plano inclinado foram utilizadas almofadas. O eletrônico foi disposto sobre a mesa diretamente e a tela era ajustada para que a câmera acessasse toda a face da mesma e de forma que conseguisse enxergar.

Varredura: Inicialmente, foi realizado um treinamento progressivo da capacidade de escolha entre 2, 3, 4, até mais de 20 opções de itens, a partir do brincar com jogo da memória. A primeira forma de escolha foi por varredura, na qual eram dispostas cartas em um plano inclinado, a terapeuta apontava as fileiras e a paciente escolhia. Após a escolha, a varredura era realizada item a item daquela fileira até chegar na carta de desejo. A paciente dava respostas de “sim” e “não” com movimentos da boca e da cabeça (movimentação com amplitude limitada) e a terapeuta fazia leitura labial.

Escolha direta pelo olhar: A partir da evolução das escolhas, o aumento da velocidade, a melhora na capacidade de entendimento, mais cartas eram adicionadas, e a dificuldade aumentada com cartas dentro da mesma paleta de cores ou imagens parecidas. Após, foi inserido a escolha direta através do olhar. A mesma dinâmica de arrumação do material era realizada, porém neste momento era pedido que Sophia olhasse para a carta escolhida, enquanto a terapeuta se posicionava atrás do plano inclinado para ficar de frente e poder visualizar para onde o olho da mesma estava se direcionando. A terapeuta realizava a conferência da carta escolhida e a paciente respondia com “sim” e “não” como na etapa anterior.

Ponteira com laser: Dando sequência a escolha pelo olhar, foi inserida uma ponteira com laser. Inicialmente foi pensado que o recurso seria acoplado à testa da paciente, porém logo foi descartado devido a limitação de amplitude de movimento do pescoço da adolescente. Então foi pensado o acoplamento no queixo, uma vez que ela movimentava a articulação da mandíbula de forma mais ativa e com amplitude maior. Este recurso possibilita a escolha direta, era acionado pela terapeuta e o laser



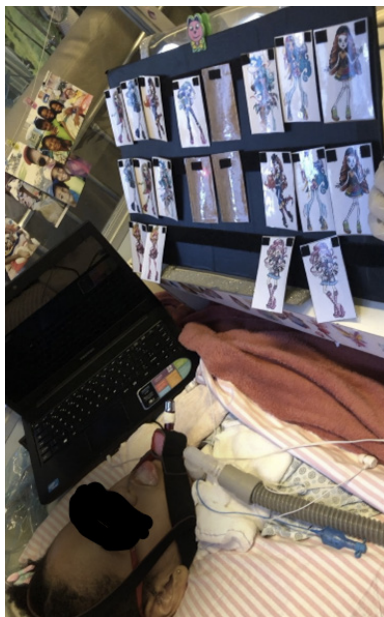
se movia quando a paciente realizava os movimentos com a mandíbula. A ponteira foi utilizada com jogo de quebra cabeça simples (2 a 4 peças), no qual o profissional perguntava qual a peça se encaixava na que estava em suas mãos e a adolescente deveria escolher a peça correta posicionando o laser sobre a mesma.

Imagem 1



Fonte: Autoras, 2021.

Imagem 2



Fonte: Autoras, 2021.

O recurso da ponteira foi descartado após 1 mês de treino pois foi observado que os atendimentos começaram a ficar cada vez mais extensos e a paciente apresentando muita dificuldade em realizar as atividades propostas e fadiga.

Head Pilot: com objetivo de otimizar a escolha da criança e tornar a comunicação mais fluida e independente foi iniciado o treinamento com um novo recurso de comunicação, o programa Head Pilot no notebook, também com o jogo da memória, porém com apenas 4 peças. Esse recurso permitiria o acesso a pranchas de comunicação dentro do notebook sem que os parceiros de comunicação precisassem ser treinados para usá-lo. Bem como, permitiria o acesso a aplicativos e sites na internet.

Imagem 3



Fonte: Autoras, 2021.

O treinamento era realizado duas vezes por semana com a duração de 40 minutos por atendimento. Este programa possibilita que o usuário manuseie o cursor do mouse com movimentos mínimos de cabeça detectados pelo *webcam* do notebook, sendo possível configurar sua sensibilidade e tempo de click de acordo com a necessidade de cada paciente, um mínimo movimento era capaz de mover o cursor do mouse. O tempo de click era determinado pelo tempo imóvel sobre um mesmo ponto na tela.

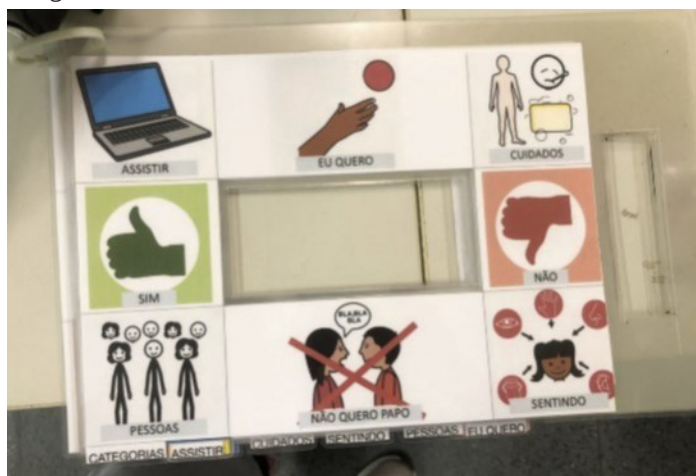
Dentre as facilidades criadas no jogo para proporcionar o melhor uso do programa, tem-se a menor quantidade de peças para escolha, disposição no centro da tela, pouca distância entre as peças, o tamanho menor das peças devido a amplitude de movimento restrita. Nos últimos dias de treino deste recurso, as cartas passaram a ser dispostas no centro da tela na parte inferior devido a pouca amplitude de movimento.

Como os movimentos de cabeça da paciente não eram o bastante para mover o cursor de forma satisfatória e funcional, tentou-se utilizar os movimentos do maxilar para acionar o recurso,

porém, após dois meses de treino, o uso do mesmo foi suspenso. Foi observado que esta ação estava demandando muito esforço, levando ao cansaço e a sudorese. Além disso, a usuária não se adaptou ao recurso passando a recusá-lo. Mesmo com o bom posicionamento da paciente, do computador na mesa e adaptações nos jogos, o grau de dificuldade estava muito elevado, e os movimentos presentes não estavam sendo suficientes. Nos últimos dias de teste foi visto que os movimentos estavam cada vez com menor amplitude.

Eye Gaze: Após várias tentativas falhas, pensou-se em uma prancha de CAA, contudo, uma prancha simples por acesso com varredura demoraria mais tempo e a comunicação seria lenta, uma vez que a adolescente tinha um grande vocabulário. Portanto, considerando todas as suas necessidades, as dificuldades e possíveis facilitadores para Sophia, família e equipe foram feitas pesquisas e chegou-se a escolha da prancha *Eye-Gaze*.

Imagem 4



Fonte: Autoras, 2021.

Imagem 5



Fonte: Autoras, 2021.

Este recurso é caracterizado por uma prancha de comunicação com um corte no centro e as figuras distribuídas em volta. Confeccionada com papel A4, figuras impressas em cores, plastificadas e com argolas que permitiam o agrupamento das folhas. Foram feitas várias páginas com categorias e subcategorias de acordo com as suas atividades do dia a dia, necessidades clínicas e de higiene, opções de vídeos e desejos. O recurso foi idealizado em conjunto à mãe e a paciente, e a equipe em um segundo momento.

Primeiramente foi confeccionado um modelo teste para a usuária conhecer o recurso, testar se seria funcional e em seguida pensar como seria montada. No momento da entrega, foram explicados item por item, o significado de cada um, quais eram as subcategorias e como se fazia para chegar nelas. O treinamento com a paciente durou cerca de dois atendimentos, pois a mesma já conseguia utilizar o recurso funcionalmente sem nenhuma dificuldade. Já a equipe, por mudar constantemente, era treinada de acordo com a chegada de novos profissionais.

A partir da implementação da comunicação alternativa e ampliada, verificou-se um aumento do número de interlocutores com a paciente. Houve mais vontade dela em querer interagir e em se expressar com mais pessoas além de sua mãe, facilitou a troca com a equipe multidisciplinar e o entendimento do que ela queria falar, e aguçou o desejo dos profissionais de conversar com a Sophia.

A escolha da prancha *Eye Gaze* permitiu atender as necessidades de comunicação que foram limitadas pela doença, demonstrando ser funcional e mutável, ou seja, permite que adicione novos itens ou adapte a novas necessidades em outros momentos. A desvantagem do recurso é a limitação de espaço e de conteúdo em cada página, obrigando a criação de muitas páginas para contemplar o que a paciente precisa comunicar, podendo deixar a prancha pesada com as novas implementações.

A CAA é uma tecnologia que auxilia indivíduos a se comunicar (PASSERINO; BEZ, 2015), como é o caso da paciente discutida acima com diagnóstico de Doença de Pompe. Sophia passou por diversas etapas de treinamento, e mesmo com avançada fraqueza muscular, conseguiu desempenhar a atividade e ampliar seu repertório de comunicação.

A prancha *Eye Gaze* é um recurso de baixa tecnologia que pode ser reproduzido para diversos sujeitos com limitações da expressão e da fala. Esse possibilitou a paciente expressar seus sentimentos, seus desejos e necessidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A progressão da doença de Pompe afeta diversos tecidos do corpo humano, causando fraqueza muscular e impedindo a realização de atividades. Devido a musculatura orofacial estar prejudicada, acrescida à perda de mobilidade nas demais partes do corpo, a comunicação do indivíduo fica prejudicada, tanto a verbal quanto a expressiva, possibilitando assim, a intervenção terapêutica ocupacional.

Considerando os resultados obtidos no caso de Sophia, viu-se a necessidade da implementação



de um recurso de Comunicação Alternativa e Ampliada, a fim de oportunizar uma comunicação independente e a expressão de seus desejos e vontades. A introdução da prancha *Eye-Gaze* permitiu que a adolescente ampliasse seu repertório de comunicação, sua participação no cuidado, bem como mudou o olhar e a interlocução da equipe.

Portanto, a comunicação alternativa e ampliada é uma ferramenta com grande potencial a ser utilizada tanto nos casos de adolescentes com Doença de Pompe quanto em outros pacientes com diagnósticos que afetem seu sistema de comunicação, mas que mantenha íntegro seu sistema cognitivo e visual.

Os recursos e as técnicas descritas no presente trabalho permitem a adaptação de acordo com a necessidade dos sujeitos que as necessitam, e assim como os estudos não se esgotam aqui. É preciso novos estudos que discutam sobre a DP e o uso da comunicação alternativa e ampliada.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, R. *et al.* Comunicação alternativa e/ou ampliada na intervenção terapêutica ocupacional de paciente com síndrome de Werdnig Hoffmann. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISADORES EM EDUCAÇÃO ESPECIAL, 7, 2013, Londrina. *Anais [...]*. Londrina: [s.n.], 2013. p. 3076-3084. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/congressomultidisciplinar/pages/arquivos/anais/2013/AT12-2013/AT12-002.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2022.
- CESA, C. C.; KESSLER, T. M. Comunicação alternativa: teoria e prática clínica. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 493-502, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/15147/15228>. Acesso em: 6 abr. 2022.
- COOK, M.; POLGAR, J; HUSSEY, S. *Cook & Hussey's assistive technologies: principles and practices*. 3. ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 2008.
- GELDER, C. M. V. *et al.* Facial-muscle weakness, speech disorders and dysphagia are common in patients with classic infantile Pompe disease treated with enzyme therapy. *Journal of Inherited Metabolic Disease*, Lancaster, v. 35, p. 505-511, 2012. DOI: 10.1007/s10545-011-9404-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3319904/>. Acesso em: 6 abr. 2022.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. *Métodos de pesquisa. UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e gestão para o desenvolvimento rural da SEAD/UFRGS*. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2009.
- MANZINI, M.; MARTINEZ, C. Programa individualizado de comunicação alternativa para mães de crianças com paralisia cerebral não oralizadas. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 16-38, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/18290/16324>. Acesso em: 6 abr. 2022.
- MIRANDA, V. *et al.* Comunicação aumentativa e alternativa e habilidades de linguagem de crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Bau-



ru, v. 27, p.445-458, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-54702021v27e0007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/6PL8z6zPzBKMQMxXMdDJSjB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 6 abr. 2022.

MIRANDA, L. C.; GOMES, I. Contribuições da comunicação alternativa de baixa tecnologia em paralisia cerebral sem comunicação oral: relato de caso. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 247-252, 2004. Disponível em: <http://atividadeparaeducacaoespecial.com/wp-content/uploads/2014/09/comunicação-alternativa-para-paralisados-cerebrais.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2022.

MITRE, R.; GOMES, R. A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1277- 1284, out. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000500025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GbJSrdnVGFM8g5wybJYxtKP/?lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2022.

NASCIMENTO, J. S. *et al.* Cuidados do terapeuta ocupacional na introdução de recursos de comunicação alternativa no ambiente hospitalar. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 25, n. 1, p. 215-222, 2017. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1423/834>. Acesso em: 6 abr. 2022.

NOGUEIRA, A. *Características demográficas, genéticas, fenotípicas, motoras, funcionais, respiratórias, de qualidade de vida e respostas à terapia de reposição enzimática dos pacientes com diagnóstico de doença de pompe de início tardio no estado do Ceará*. 2017. Tese. (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Programa de pós-graduação em Ciências Médicas, Fortaleza, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/32849/3/2017_tese_ancnoqueira.pdf. Acesso em: 7 jun. 2020.

OLIVEIRA, G.; DANTAS, F. O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 37-54, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000200005. Acesso em: 6 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: EDUSP, 2001. Disponível em: http://www.pericia-medica.df.com.br/cif2/cif_portugues.pdf. Acesso em: 6 abr. 2022.

PASSERINO, L.; BEZ, M. *Comunicação alternativa: mediação para uma inclusão social a partir do Scala*. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2015. Disponível em: http://editora.upf.br/images/ebook/Comunicacao_alternativa_SCALA_PDF.pdf. Acesso em: 6 abr. 2022.

PELOSI, M. B. A Comunicação alternativa na clínica de terapia ocupacional com crianças. In: DELIBERATO, D.; NUNES, D. R. P.; GONÇALVES, M. J. (org.). *Trilhando juntos a comunicação alternativa*. 1 ed. Marília: ABPEE, 2017. v.1, p. 303-318.

QUIRINO, D.; COLLET, N.; NEVES, A. F. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 300-306,



2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000200014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/MQ79Wh8SHX6SLbn9Xz3TRkJ/?lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2022.

SAVEGNAGO, A. *et al.* Revisão sistemática das escalas utilizadas para avaliação funcional na doença de Pompe. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 271-277, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000200018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/zRbzLRzBLBcfkT5NHbYjhyH/?lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2022.

SILVA, S; ÁVILA, P. E. Doença de Pompe: manejo fisioterapêutico. *Revista Paraense de Medicina*, Belém, v. 29, n. 3, p. 97-102, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2015/v29n3/a5610.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2022.

THOMAZINHO, P. A. *Desempenho neuromotor e funcional na doença de Pompe infantil em uso de terapia de reposição enzimática*. 2017. Tese. (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/44495/2/paula_thomazinho_iff_dout_2017.pdf. Acesso em: 4 ago. 2020.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 20 de Fevereiro de 2022.

Aceito em 20 de Abril de 2023.

Publicado em 20 de Julho de 2023.

Como referenciar este artigo (ABNT):

GAMEIRA, Bárbara dos Santos; ARAGÃO, Larissa Rangel Fernandes; MAIA, Fernanda do Nascimento. Percursos e percalços no uso da comunicação alternativa e ampliada no contexto hospitalar pediátrico com uma adolescente com doença de Pompe: relato de caso. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 22-35, 2023.





Oficinas terapêuticas na saúde mental no contexto de pandemia da COVID-19

Therapeutic workshops in mental health in the context of the COVID-19 pandemic

Talleres terapéuticos en salud mental en el contexto de pandemia de COVID-19

Juliana dos Santos Gomes¹
Rafael Wolski de Oliveira²

¹ Especialista em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Luterana do Brasil - ULBRA.

<https://orcid.org/0000-0002-0029-6046>
<http://lattes.cnpq.br/2311243895558615>
juliana-ju-gomes@hotmail.com

² Doutor e mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Docente do curso de Graduação em Psicologia e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos.

<https://orcid.org/0000-0003-4234-1455>
<http://lattes.cnpq.br/8912443435823080>
rwolski@unisinos.br

RESUMO

A pandemia da COVID-19 impactou abruptamente a humanidade, tornou-se uma emergência sanitária e, além disso, vem contribuindo para o agravamento de crises econômicas, sociais e psíquicas. Nesse contexto, evidencia-se a necessidade do cuidado com a saúde mental das populações. Esse cuidado pode ser materializado de diferentes formas, uma delas é por meio das Oficinas Terapêuticas ocorridas nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

Objetivo: Identificar os possíveis novos formatos de realização das oficinas em um cenário pandêmico no CAPS II Centro (Porto Alegre/RS), bem como, a percepção dos usuários sobre elas. **Método:** Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com a utilização da análise de conteúdo para a obtenção dos resultados. **Resultados:** Observou-se que, na instituição onde a pesquisa foi realizada, todos os entrevistados tiveram acesso às Oficinas Terapêuticas durante a pandemia da COVID-19; entretanto, esse acesso se deu pela modalidade *online*.

Conclusão: A partir da coleta de dados, foi compreendido que as Oficinas Terapêuticas possuem grande relevância na vida dos usuários, representam cuidado, contato, afeto e aprendizagens e, assim, contribuem para a promoção da saúde mental. Também, que sua realização de maneira remota não foi considerada ideal, mas foi entendida como o possível diante dessa grande crise sanitária.

Palavras-chave: pandemia; COVID-19; oficinas terapêuticas; saúde mental.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has abruptly impacted humanity, has become a health emergency, and, in addition, has contributed to the worsening of economic, social, and psychological crises. In this context, the need to care for the mental health of populations is evident. This care can be materialized in different ways. One is through the Therapeutic Workshops in the Psychosocial Care Centers (CAPS). **Objective:** To identify the possible new formats for holding workshops in a pandemic scenario at CAPS II Centro (Porto Alegre/RS) and the users' perception of them. **Method:** Qualitative, exploratory research using content analysis to obtain the results. **Results:** It was observed that, in the institution where the research was conducted, all respondents had access to Therapeutic Workshops during the COVID-19 pandemic; however, this access was online. **Conclusion:** From the data collection, it was understood that the Therapeutic Workshops have great relevance in users' lives, represent care, contact, affection, and learning, and, thus, contribute to promoting mental health. Also, its remote realization was not considered ideal but was understood as possible in the face of this great health crisis.

Keywords: pandemic; COVID-19; therapeutic workshops; mental health.

RESUMEN

La pandemia de COVID-19 impactó abruptamente a la humanidad, volviéndose una emergencia sanitaria y, además, contribuyó al recrudecimiento de la crisis económica, social y psicológica. En ese contexto, se hace evidente la necesidad del cuidado con la salud mental

de la población. Ese cuidado puede ser materializado de diferentes formas, una de ellas es por medio de los Talleres Terapéuticos realizados en los Centros de Atención Psicosociales (CAPS). **Objetivo:** Identificar los posibles nuevos formatos de realización de los talleres en un escenario de pandemia en el CAPS II Centro (Porto Alegre/RS), así como, la percepción de los usuarios sobre ellos. **Método:** Investigación cualitativa, de carácter exploratorio, con la utilización del análisis de contenido para la obtención de los resultados. **Resultados:** Se observó que, en la institución donde la investigación fue realizada, todos los entrevistados tuvieron acceso a los Talleres Terapéuticos durante la pandemia de COVID-19; sin embargo, ese acceso se dio por la modalidad *online*. **Conclusión:** A partir de la obtención de datos, se comprendió que los Talleres Terapéuticos poseen gran relevancia en la vida de los usuarios, representan cuidado, contacto, afecto y aprendizajes y, así, contribuyen a la promoción de la salud mental. También, que su realización de manera remota no fue considerada ideal, pero fue entendida como lo posible ante esa gran crisis sanitaria.

Palabras-clave: pandemia; COVID-19; talleres terapéuticos; salud mental.

INTRODUÇÃO

Contextualizar a pandemia da COVID-19 se faz necessário, a fim de possibilitar a compreensão sobre a relevância deste estudo. Essa crise sanitária assolou mundialmente populações, pois, além de situações clínicas a partir do contágio com o vírus, que em muitos casos resultam em óbito, desencadeou problemas psíquicos, sociais, culturais, econômicos, entre outros.

A COVID-19 tem intrínseca relação com o coronavírus. Este foi identificado, inicialmente, em 1937, mas, nos anos 2002 e 2003, foi classificado como uma epidemia causadora de uma síndrome respiratória aguda grave (SARS) em seres humanos. Naquele contexto, a epidemia causava infecções severas no sistema respiratório; entretanto, rapidamente pôde ser controlada e afetou somente países da América do Norte e da Ásia (BRITO *et al.*, 2020).

O novo coronavírus foi denominado SARS-CoV-2, ou COVID-19, e causa uma doença infectocontagiosa que tem como principal característica sua grande disseminação e propagação de caráter internacional (BRITO *et al.*, 2020). O primeiro registro de caso ocorreu em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Apesar de sua origem desconhecida, os coronavírus podem ser encontrados em homens e em diferentes animais (BRASIL. Ministério da Saúde, 2021b).

De acordo com dados da Universidade Johns Hopkins (COVID-19, 2022), até o dia 28 de janeiro de 2022, foi confirmado o exacerbado número de 371.651.638 casos da doença em diferentes países pelo mundo. O Brasil, por sua vez, segundo a Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022), nesta mesma data, encontrava-se em 3º lugar no ranking relativo ao número de casos e em 2º lugar em relação ao número de óbitos.

O primeiro caso de COVID-19 confirmado no Brasil foi em 26 de fevereiro de 2020, foi o de um homem que recém havia retornado de viagem à Itália; ele era idoso e habitante de São Paulo, capital, onde recebeu tal diagnóstico (OLIVEIRA *et al.*, 2020). A partir desse fato até a data de 29 de janeiro de 2022, o país contabilizou 25.214.622 casos da doença e 626.524 óbitos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2022b).

Estudos apontam que esses números dramáticos são inerentes às estratégias de enfrentamento à pandemia adotadas pelos governos no país. Exemplo disso são as inúmeras falas oriundas do Governo



Federal que desqualificam o isolamento social, medida que, em outros países, impediu taxas de maior proliferação do vírus (CAMPOS, 2020).

A COVID-19 pode comprometer, significativamente, o sistema respiratório, principalmente os pulmões, ocasionando, nos casos mais graves, intensa falta de ar. Além desse sintoma, outros também são observados, tais como: febre, tosse seca, fadiga, escarro, mialgia e artralgia. Sobre a transmissão, foi identificado que ocorre através de gotículas de saliva e, portanto, de pessoa para pessoa (FERRARI, 2020).

Em março de 2020, a OMS declarou a doença como pandemia; junto a isso, indicou medidas de prevenção para o enfrentamento da situação. A higienização das mãos, seja com água e sabão, seja com álcool em gel 70%; etiquetas respiratórias, como cobrir com lenço ou antebraço o rosto ao tossir ou espirrar; o uso de máscaras; e o distanciamento social se tornaram indispensáveis para a prevenção da doença. (OLIVEIRA; LUCAS; IQUIAPAIZA, 2020).

Quanto ao tratamento, até o momento se dá a partir da aplicação de planos terapêuticos que visam ao enfrentamento dos sintomas da COVID-19 (BÚ *et al.*, 2020). Desse modo, muitos são os estudos que vêm sendo desenvolvidos na busca por medicamentos que combatam a doença. Até o presente momento, seis medicamentos receberam o registro sanitário da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e tiveram sua aprovação para uso em caráter emergencial. São eles: Rendesivir, Casirivimabe + Imdevimabe, Banlanivimabe + Etesevimabe, Regkirona (Regdanvimabe), Sotrovimabe e Baricitinibe (BRASIL. Ministério da Saúde, 2022c).

O avanço no que tange à imunização por vacinas tem ocorrido em todo o planeta. No Brasil, até a data de 29 de janeiro de 2022, quatro vacinas estavam sendo aplicadas. A Coronavac foi desenvolvida pelo Instituto Butantan em parceria com a Sinovac; sua aplicação ocorre em duas doses com intervalos de 2 a 4 semanas e a eficácia comprovada foi de 92% quando administrada em um intervalo de 14 dias e 97% quando o intervalo se estende por 28 dias. A eficácia dessa vacina, em se tratando de pacientes que necessitaram de atendimento ambulatorial ou hospitalar, foi de 77,96%, não havendo registro de casos graves (BRASIL. Ministério da Saúde, 2021c).

A Oxford/AstraZeneca, desenvolvida com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), administrada em duas doses. Inicialmente, o intervalo entre as aplicações era de aproximadamente 12 semanas; posteriormente o prazo entre as doses foi reavaliado, passando de 12 para 8 semanas. Após 28 dias da primeira dose, seu desempenho foi de 98% de eficácia e, após 28 dias da segunda dose, a porcentagem aumentou para 99%. Esses resultados da Oxford/AstraZeneca correspondem a testes em paciente sem comorbidades (BRASIL. Ministério da Saúde, 2021c). A Pfizer/BioNTech era administrada em duas doses, com intervalo de, no mínimo, 3 semanas entre as doses; porém, visando à imunização de mais pessoas, no Brasil foi adotado o prazo de 8 semanas entre as doses, garantindo um maior número de pessoas com a primeira dose. Sua eficácia equivale a 95% considerando o prazo de 7 dias após a aplicação da segunda dose; antes da segunda dose, considerando um prazo de 14 dias da



aplicação da primeira, a eficácia foi de 92,6% (BRASIL. Ministério da Saúde, 2021c). Em relação à Janssen, administrada em dose única, foi identificada uma eficácia global de 66,3% após 14 dias de sua aplicação (BRASIL. Ministério da Saúde, 2021c).

Em janeiro de 2022, o público infantil foi incluído na campanha de vacinação contra a COVID-19. Em se tratando do público infantil, a vacina Comirnaty passou a ser indicada para crianças com idade entre 5 e 11 anos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2021a), e entre 6 e 17 anos, o imunizante indicado foi a Coronavac (BRASIL. Ministério da Saúde, 2022a).

Em relação à saúde mental das nações, um cenário pandêmico que engloba, principalmente, o distanciamento social é propício para o sofrimento psíquico ou o agravamento de transtornos mentais. Tal distanciamento impacta os indivíduos, pois o acesso às redes de pertencimento e proteção, como família, amigos e trabalho, torna-se restrito e, assim, prejudicado. Essa situação pode também acarretar sintomas como ansiedade, insônia e outros (NABUCO; OLIVEIRA; AFONSO, 2020). Desse modo, a OMS elencou como prioridade, entre os serviços essenciais no enfrentamento de questões de saúde relacionadas à pandemia, os serviços que atendem à saúde mental, como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no caso brasileiro (BARBOSA *et al.*, 2020).

Vale salientar que é a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 que determina o cuidado em saúde mental. Conforme consta: “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Já a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, corresponde à elaboração da RAPS, o seu artigo 1º indica sua finalidade: “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são um exemplo de serviço da RAPS; eles acolhem demandas de pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico, prezam pela reabilitação psicossocial, fornecendo alternativas às internações, e também objetivam a inclusão social e o exercício de cidadania (RAMMINGER; BRITO, 2011).

É previsto que, durante a pandemia, ocorra um aumento do adoecimento psíquico da população, pela necessidade de isolamento, distanciamento social, entre outros. Assim, ações no território e outras estratégias de cuidado possibilitadas pela RAPS são imprescindíveis para a promoção de saúde (GARRIDO; RODRIGUES, 2020).

As atividades dos CAPS se atrelam ao cuidado realizado junto ao território em que os usuários estão inseridos e também junto a suas famílias, com o objetivo de desenvolver vínculos, oportunizar acolhimento, inclusão, participação e escuta. Esses dispositivos tornaram-se essenciais para a reabilitação psicossocial justamente por suas diferentes possibilidades de cuidado (MIELKE *et al.*, 2011).

Nesse sentido, cabe situar os leitores conceituando território e, a partir disso, possibilitar que



compreendam sua importância e se aproximem dos diferentes significados da vida na cidade para os usuários da saúde mental. Quanto a isso, Guattari e Rolnik (1996, p. 323) contribuem:

[...] o território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos.

Além disso, os CAPS também são os dispositivos da RAPS que, de maneira geral, oferecem as Oficinas Terapêuticas, sobre as quais este projeto se propôs a debruçar-se. Conforme a Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, independentemente de suas modalidades, os CAPS devem ofertar atendimentos individuais, grupais, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento às famílias e atividades comunitárias (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002).

As Oficinas Terapêuticas, de acordo com Azevedo e Miranda (2011), possuem vínculo específico com a criatividade dos sujeitos envolvidos. Também atuam na expressão da subjetividade e no fortalecimento da autoestima, ocorrendo de maneira geral em espaços coletivos. Assim, elas representam um papel importante no cuidado em Saúde Mental.

O apoio junto a literatura foi necessário para a compreensão das novas formas de realização das oficinas terapêuticas. A partir disso, entendeu-se que a utilização de meios digitais foi o principal recurso para continuidade do cuidado.

Fialho *et al.* (2020) contribuem compartilhando a experiência vivenciada a partir da “Oficina Show de Talentos Online”, desenvolvida de forma gratuita, com encontros quinzenais, através da plataforma Zoom, como forma de enfrentamento a solidão durante o isolamento social. Seu objetivo era proporcionar aos participantes a demonstração de habilidades, fosse com instrumentos musicais, construção de brinquedos ou outros, situação que viabilizava a interação e expressão de sentimentos. Com este estudo, os autores referem que conseguiram promover interação entre os envolvidos e consolidar laços. (FIALHO *et al.*, 2021). Os autores não mencionaram dificuldades em relação a utilização de meios digitais.

Os autores Barbosa *et al.* (2020, p. 16) possibilitam o acesso a uma reflexão importante frente ao uso de tecnologias:

ressignificou-se o termo tecnologia ao ir além do simples instrumento aparelho para a tecnologia de cuidado relacional, uma vez que o contato telefônico passou a marcar a força do vínculo, do papel protagonista do usuário no seu cuidado e do poder que as relações têm para a produção de cuidado em saúde mental.

Apesar disso, Longoni, Silva e Ceron (2022), apresentam um contraponto em relação aos meios digitais, pois após realização de pesquisa, identificaram baixa adesão às atividades realizadas remotamente, em razão de situações de vulnerabilidade social em que muitos dos usuários se



encontram, em muitos casos não possuindo acesso a ferramentas digitais.

A literatura pouco explora a questão da inclusão digital dos usuários da saúde mental, entretanto, os autores Pereira Neto *et al.* (2020) reforçam essa importância. Entre outras coisas, para eles a inclusão digital se atrela a um movimento emancipatório, de inclusão social, protagonismo e desconstrução de estigmas.

Outro ponto de atenção, é a impessoalidade das interações remotas considerada por alguns autores como característica dos ambientes virtuais. Quanto a isso, Souza Netto, Fogaça e Garcel (2020 *apud* VERAS, 2020, p. 34) refletem da seguinte maneira: “a comunicação online, por vezes, é vista como impessoal, com lacunas de interação humana é incapaz de deixar claro pistas não-verbais tais como a variação de tom de voz e linguagem corporal dos participantes”.

Considerando que o objetivo deste estudo foi identificar as possíveis novas formas de realização das Oficinas Terapêuticas no CAPS II Centro (Porto Alegre/RS), bem como, a percepção dos sujeitos sobre elas, as vivências dos usuários servirão como resposta as potencialidades e dificuldades que os referenciais teóricos abordam.

MÉTODOS

Nos anos 2020, 2021 e 2022, novas modalidades de atendimento em grupo ganharam forma, e as Oficinas Terapêuticas em plataformas virtuais passaram a ocorrer em diversos serviços de Saúde Mental.

Assim, o CAPS II Centro foi escolhido para a realização desta pesquisa, este localiza-se no município de Porto Alegre/RS, e foi cenário de prática do primeiro ano da residência multiprofissional em Saúde Mental, especialização realizada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), entre os anos de 2020 e 2021, e concluída com a apresentação deste artigo. No CAPS II Centro a modalidade online assistiu cerca de 45% dos usuários do serviço pesquisado e envolveu a equipe multiprofissional e os residentes que lá estavam.

Optou-se pela realização de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, pela compreensão de que tal método melhor contemplaria os objetivos do trabalho.

A pesquisa qualitativa foi entendida como a mais adequada, pois conforme Silva *et al.* (2018, p.21), na abordagem qualitativa: “os elementos em estudo são os discursos, e seus instrumentos são a análise e a interpretação da linguagem”. Deste modo, o método possibilitou a aproximação com a realidade vivenciada pelos usuários durante a pandemia da COVID-19, em relação as Oficinas Terapêuticas.

O caráter exploratório auxiliou para uma melhor compreensão de como as Oficinas Terapêuticas podem ocorrer, e serem percebidas pelos usuários. Neste sentido, Gil (2002, p.41) contribui afirmando: “as pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, inclui levantamento bibliográfico e



entrevistas”.

No mês de outubro de 2021 foi dado início a coleta de dados, que contou com o total de cinco usuários que preenchiam os critérios de assiduidade, acompanhamento por pelo menos um ano junto ao serviço, interesse pela pesquisa, Oficinas Terapêuticas em seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) e alfabetização, elencados para a participação.

A pesquisadora, que também foi a única entrevistadora, se utilizou da entrevista semiestruturada. A partir disso, foi possível acessar os sentimentos dos usuários, as dificuldades e as potencialidades das Oficinas Terapêuticas no contexto de pandemia da COVID-19. Foi utilizado um questionário com 5 questões que abordavam as experiências dos usuários com as Oficinas Terapêuticas, anterior e durante a pandemia da COVID-19. O tempo de realização variou de sujeito para sujeito, mas foi disponibilizado a cada um uma hora de entrevista.

A análise de conteúdo foi escolhida como método para a avaliação dos dados da pesquisa, pois dialoga com a proposta da pesquisa qualitativa e com a entrevista semiestruturada. Para embasar tal ideia, utilizou-se da compreensão de Silva e Fossá (2015, p. 2) sobre a análise de conteúdo: “é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos”.

Esta pesquisa considerou aspectos éticos de estudos que envolvem seres humanos conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). O projeto foi previamente aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Unisinos como instituição proponente e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre enquanto instituição coparticipante. Os usuários que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A devolutiva dos resultados ocorreu para o serviço no qual o estudo foi desenvolvido e, também, foi solicitado ao serviço o encaminhamento para os participantes, para o Conselho Municipal de Saúde e para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Foi elaborada uma carta que constava quantas e quais foram as novas formas de oferta e realização das Oficinas Terapêuticas durante a pandemia da COVID-19; quantos dos usuários conseguiram acessar tais atividades; as dificuldades e potencialidades evidenciadas na fala de cada entrevistado; e, por fim, a subjetividade da pesquisadora sobre como foi o processo de levantamento de dados e compreensão da realidade. Os participantes foram cientificados sobre essa devolutiva antes de iniciarmos a coleta de dados.

Diante do exposto, foram elencadas categorias e, a partir da análise de conteúdo, chegou-se aos resultados e à discussão que sustentam a relevância deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente trabalho foram alcançados a partir da análise das categorias



(“oficinas terapêuticas e o uso da tecnologia como ferramenta de cuidado” e “a cidade como território terapêutico”), identificadas durante a realização das entrevistas. Essas temáticas apareceram por diversas vezes no relato dos usuários e, assim, tornaram-se indispensáveis para a construção e a conclusão deste artigo.

Oficinas terapêuticas e o uso da tecnologia como ferramenta de cuidado

Como visto no decorrer deste artigo, as atividades desenvolvidas nos CAPS ampliam consideravelmente as possibilidades de cuidado em saúde mental de seus usuários, e as Oficinas Terapêuticas contribuem para a concretização desse cuidado.

As Oficinas Terapêuticas foram instauradas ainda no início do funcionamento do CAPS II pesquisado, entretanto não foi possível a pesquisadora vivenciá-las de forma presencial, considerando as determinações de isolamento e distanciamento social.

Os usuários entrevistados rememoraram a Oficina de Música, o Cine Cais, a Assembleia, o Grupo de Caminhada, o Atelier de Escrita, a Oficina de Bonecos e Outras Histórias e verbalizaram saudades e afetos pelas construções que faziam nesses espaços. Cabe então apresentar o relato de uma das entrevistadas sobre o significado da realização dessas atividades de maneira presencial: “O presencial era muito bom, a gente conseguia expressar os sentimentos, vivíamos um momento de união, era uma interação saudável e todo mundo ficava contente” (Usuária W).

As autoras Ferreira e Carvalho (2018) legitimam a fala da usuária afirmando que as Oficinas Terapêuticas favorecem encontros de vida. A partir delas, os sujeitos passam a compreender sobre cidadania e seu exercício de forma coletiva, a liberdade, a expressão e a comunicação ganham ênfase, e habilidades, sejam corporais, sejam manuais ou artísticas, passam a ser desenvolvidas.

Com o início da pandemia da COVID-19 no Brasil, em março de 2020, essas atividades foram interrompidas em diversos serviços, incluindo o serviço pesquisado. O monitoramento telefônico foi utilizado como recurso para atendimentos de pacientes considerados mais organizados, e somente foram mantidos os atendimentos individuais presenciais para os casos considerados mais graves.

Durante a entrevista, uma das participantes lembrou-se exatamente do momento citado e verbalizou: “No início, eu fiquei sem atividade, me senti insegura em não saber como seria o amanhã, o sentimento era de perda” (Usuária G).

Ornell *et al.* (2020, p. 3) dialogam com os sentimentos apresentados pela participante e consideram que: “a pandemia da COVID-19 tem implicações para outras esferas: organização familiar, fechamento de escolas, empresas e locais públicos, mudanças nas rotinas de trabalho, isolamento, levando a sentimentos de desamparo e abandono”.

Para o atendimento de um maior número de usuários, a equipe precisou reorganizar-se. Em um primeiro momento, tal ideia gerou resistência, principalmente por parte dos usuários, já que as plataformas digitais não eram familiares para a maior parte dos envolvidos.



Também, foi identificado que a resistência de alguns dos entrevistados tinha intrínseca relação com os estigmas atribuídos aos usuários da saúde mental quanto ao uso da tecnologia. Discursos arraigados de autoestigmas compuseram as entrevistas; em contrapartida, relatos e expressões de satisfação e orgulho pela aproximação com os meios digitais também se fizeram presentes.

O usuário P exemplifica a situação com a seguinte afirmativa: “Demorei bastante pra aceitar, acreditar nessa coisa online, ‘aí não, é muito estranho’, mas basta participar pra se sentir incluído, pensava que o virtual não era coisa pra mim, agora vejo que posso”.

O usuário A, em sua fala, compactua com o pensamento do entrevistado P e se utiliza da seguinte frase: “Computador é difícil pra quem tem problema, eu já sabia mexer, mas não tinha necessidade, hoje com a pandemia é uma necessidade, a gente tem é que agradecer de poder fazer”.

A usuária G, por sua vez, vibrou com as potencialidades desses encontros em sua vida e mencionou: “O online é maravilhoso, inclui a gente num mundo que era bastante distante, é bom fazer parte disso como os ‘normais’”.

No que se refere aos estigmas, os autores Corrigan e Watson (2002 *apud* SOARES *et al.*, 2011) refletem sobre a existência de dois tipos: o estigma público, relacionado às concepções da sociedade sobre determinados sujeitos, seja por características pessoais, seja por características físicas (esse tipo de estigma coloca os sujeitos em um lugar de depreciação); e o autoestigma, que diz respeito ao sujeito estigmatizado que passa a acreditar em estereótipos negativos e a aplica-los em sua vida.

Apesar dos desafios impostos, a reorganização da equipe ocorreu, e as Oficinas Terapêuticas (Atelier de Escrita, Oficina de Música, Oficina de Convivência, Assembleia, Grupo GAM – Gestão Autônoma de Medicamentos) e a Oficina de Bonecos foram escolhidas para a retomada de maneira online. Essa escolha se deu porque os participantes que naquele momento tinham acesso às tecnologias já eram integrantes dessas oficinas antes da pandemia.

A pesquisadora teve a oportunidade de participar semanalmente das oficinas de música e convivência online via plataforma virtual Google Meet. A oficina de música foi uma atividade que acolheu muitos usuários, muitos dos que já participavam de forma presencial e novos que demonstravam interesse, e recebiam indicação de seu terapeuta de referência. Essa Oficina Terapêutica era coordenada por um membro da equipe técnica e por 2 residentes, uma das residentes tocava violão e cantava, os usuários podiam escolher ou não músicas, cantá-las, ou apenas ouvi-las.

A partir da observação e participação da pesquisadora, pode-se constatar que esta oficina era muito desejada pela liberdade da participação, pois tanto era possível estar presente sem interagir, como interagir de muitas maneiras.

A oficina de convivência se organizava a cada encontro, contava com o auxílio de 2 residentes, mas eram os usuários quem definiam qual a atividade a ser realizada no dia. Elas variavam entre conversas sobre a rotina de cada um, jogos, ou ainda assistir vídeos de música e outros, juntos, através da plataforma.



Em ambas as oficinas se notavam dificuldades no que se referiam à utilização do microfone e câmera, alguns usuários não interagiam, outros demonstravam maior domínio sobre a plataforma e aparentavam maior conforto para a interação.

Parte dos entrevistados evidenciou em suas falas a sensação de distância e impessoalidade que sentia ao participar de grupos online, o que desencadeou respostas como: “Eu não sei se o online é melhor ou pior, ele é limitado, a gente não pode dançar, por exemplo,” (Usuário P); “Me dá um desconforto por não estar junto, é artificial, uma sensação estranha, gostaria que fosse de perto” (Usuária W); “É que no presencial as coisas ficam mais interiorizadas, é mais humano, no virtual falta o contato físico que é essencial pra ficar completo” (Usuária W).

Em cada relato realizado pelos entrevistados, as potencialidades e as dificuldades no uso das ferramentas digitais para a realização das Oficinas Terapêuticas foram evidenciadas. O que também se apresenta de maneira unânime é a importância da realização dessas atividades, independentemente da sua modalidade de execução. Uma das falas que comprovam a afirmativa foi a da Usuária W, que encerrou sua participação na pesquisa dizendo: “O que eu sei é que o online é muito melhor do que não ter nada, eu tô tentando porque o CAPS é onde eu não preciso ser internada” (Usuária W).

Essa narrativa da Usuária W se destacou em meio a tantas outras, pois se relaciona com os objetivos dos CAPS, já vistos ao longo desta pesquisa, e possibilita aos leitores dimensionar o significado e a necessidade das Oficinas Terapêuticas na vida de diferentes usuários da saúde mental. Permite, também, refletir que existem formas de minimizar os impactos negativos causados pela pandemia da COVID-19 e, a partir disso, os sentimentos de esperança e união podem ser fortalecidos.

A cidade como território terapêutico

Durante a coleta de dados, em diferentes falas, foi manifestado pelos sujeitos o quão relevante é para as suas existências a possibilidade de serem reconhecidos e se reconhecerem como cidadãos que ocupam a cidade. O sorriso que o usuário P expressou enquanto acessava suas memórias e fazia o seu relato sobre a sua experiência com as Oficinas Terapêuticas realizadas no território evidencia tal afirmativa: “A gente fazia muitos passeios pela cidade, a gente ia na redenção, era muito bom, sinto saudades”.

Anteriormente à pandemia da COVID-19, o CAPS II pesquisado ofertava aos seus usuários a Oficina de Caminhada, realizada nas imediações do serviço, com o objetivo de proporcionar movimento aos corpos e, também, vivências para além da estrutura física daquele serviço. Durante a entrevista, a usuária G recordou-se dessa oficina e citou: “Tinha o grupo de caminhada, a gente ia na Redenção, sabe que a Redenção é um ponto turístico daqui né?! Eu ia caminhando e olhando as coisas, às vezes cansava”.

Com o início da pandemia da COVID-19 e, por consequência, com a realização das Oficinas Terapêuticas de maneira online, as vivências dos usuários em seus territórios tornaram-se restritas,



o que para muitos deles significou tristeza e angústia. A expressão corporal, a entonação da voz e o relato do Usuário A quanto a isso foi um dos momentos marcantes no decorrer da coleta de dados. Segundo ele: “É muito ruim não circular pela cidade, antes a gente ia em museu e cinema, a gente aprendia a conviver com as pessoas ao nosso redor”.

Assim, pode-se perceber que experimentar a vida na cidade, mesmo que somente durante o trajeto realizado entre a casa do usuário e o CAPS, também é importante, faz parte de um processo terapêutico e compõe a realização da oficina. Essa reflexão muito se conecta a outra fala do usuário A: “Gosto de vir até o CAPS, caminhar na rua, ver as coisas e as pessoas, no online acabo não saindo de casa, é só aquilo ali”.

Pelo exposto, é possível concluir que, no serviço pesquisado, se tem consolidado a importância e a eficácia para o cuidado dos usuários, a realização das Oficinas Terapêuticas em meio ao território. Entretanto, é inegável que a suspensão dessas atividades, a partir da pandemia da COVID-19, limitou esse cuidado e, de acordo com as manifestações dos entrevistados, deverão ser retomadas imediatamente após o momento pandêmico, fortalecendo antigos e, possivelmente, novos planos terapêuticos dos usuários atendidos no CAPS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática desta pesquisa, a partir da imersão social em um contexto de pandemia, suscitou a reflexão de quatro principais aspectos. São eles: a vulnerabilidade humana diante das grandes crises; a necessidade e a importância do cuidado em liberdade, pautado a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica; a capacidade humana de se reinventar; e a relevância da aproximação dos usuários da saúde mental com as plataformas digitais.

No decorrer deste trabalho tornou-se claro o despreparo e, por consequência, o desespero da humanidade ao deparar-se com a crise sanitária da COVID-19; o mundo sentiu e sente insegurança, medo. Sofreu e sofre com as perdas, independentemente de seu acesso à tecnologia e à ciência. Ainda, a parcela da população mundial que enfrenta vulnerabilidades econômicas, sociais e psíquicas vem experienciando a pandemia da COVID-19 de maneira mais agravada.

Nesse sentido, pensar no cuidado em saúde mental pelo viés da Reforma Psiquiátrica durante a pandemia pode parecer limitado; por isso, o trabalho das equipes dos serviços de saúde necessita de reinvenção, visando a garantir aos usuários, mesmo que minimamente, direitos como a participação social. No serviço pesquisado, as dificuldades foram enfrentadas e alternativas foram encontradas para que, mesmo durante a pandemia, a instituição pudesse seguir ofertando um atendimento de qualidade aos seus usuários.

Nem todos os usuários foram contemplados com a modalidade online. O distanciamento social, o não acesso aos meios digitais e a dificuldade da própria equipe com as ferramentas foram fatores de dificuldade. Porém, realizar as Oficinas Terapêuticas de maneira online significou também a



diminuição da distância entre as pessoas, permitindo a inclusão, a participação social e o aprendizado em relação ao uso dos meios digitais por todos os envolvidos.

Como visto, a pandemia limitou os passeios, visitas domiciliares, a circulação pela cidade, o contato físico e desencadeou inúmeros sentimentos negativos, mas, durante a coleta de dados, identificou-se que os aspectos negativos elencados foram de fato causados pela pandemia, e não pelo uso da tecnologia. Ao contrário, mesmo os usuários que criticaram essa modalidade de realização das Oficinas Terapêuticas fizeram questão de ressaltar que pior seria se nenhuma alternativa tivesse sido encontrada.

Já os usuários que se adaptaram às ferramentas digitais verbalizaram alegria em vivenciar experiências em âmbito digital. Mencionaram que seguem considerando o contato físico indispensável, mas referiram ser importante aprender algo novo em um contexto de tanta tristeza e perdas.

Por fim, acredita-se que, posteriormente à pandemia, caberá às equipes seguir aperfeiçoando-se para ofertar as mais diversas e melhores possibilidades aos usuários dos serviços. As educações permanentes parecem uma alternativa para que tais mudanças possam ser efetivadas. Também, por todo o relato dos usuários, ao menos no CAPS pesquisado, não parece mais viável a exclusão das Oficinas Terapêuticas em plataformas digitais. Elas poderão ser adaptadas e incluídas aos planos terapêuticos quando as atividades forem “normalizadas”, por uma compreensão de que são também interessantes, e não mais como única alternativa de cuidado.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Oficinas terapêuticas como instrumentos para recuperação psicossocial: percepção de familiares. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 339-345, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/KyzjNqgnCN9cFrL5dNStkRS/?lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2021.
- BARBOSA, A. S. *et al.* Processo de trabalho e cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial da UERJ na pandemia de COVID-19. *BJHBS*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 11-19, 2020. Disponível em: <http://www.ppc.uerj.br/wp-content/uploads/2021/10/Cuidados-CAPS-UERJ-durante-pandemia-COVD-19.pdf>. Acesso em: 9 maio 2021.
- BRASIL. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 19 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Aprovada ampliação de uso da CoronaVac para crianças e adolescentes de 6 a 17 anos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2022/aprovada-ampliacao-de-uso-da-vacina-coronavac-para-criancas-de-6-a-17-anos>. Acesso em: 29 jan. 2022.



BRASIL. Ministério da Saúde. *COVID-19 Painel Coronavírus*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 29 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Medicamentos aprovados para tratamento da Covid-19*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/medicamentos>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anvisa aprova vacina da Pfizer contra Covid para crianças de 5 a 11 anos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/anvisa-aprova-vacina-da-pfizer-contracovid-para-criancas-de-5-a-11-anos>. Acesso em: 2 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O que é a COVID-19*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>. Acesso em 25 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19>. Acesso em: 29 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 19 jun. 2021.

BRITO, S. B. P. *et al.* Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. *Revista Visa em Debate Sociedade, Ciência e Tecnologia*, Rio de Janeiro, n. 8, v. 2, p. 54-63, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01531>. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1531>. Acesso em: 25 abr. 2021.

CAMPOS, G. W. S. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. e00279111, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00279. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/sQgGPbjSPqPSqYnsZxWvxwf/?lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2021.

COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering at Johns Hopkins University. Baltimore: CSSE, 2022. Disponível em: <https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>. Acesso em: 29 jan. 2022.

BÚ, E. A. *et al.* Representações e ancoragens sociais do novo coronavírus e do tratamento da COVID-19 por brasileiros. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 37, p. e200073, 2020. DOI:



10.1590/1982-0275202037e200073. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/43925>. Acesso em: 16 nov. 2021.

FERRARI, F. COVID-19: dados atualizados e sua relação com o sistema cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Porto Alegre, v. 114, n. 5, p. 823-826, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20200215>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/TkxNRNcrXLxdmGBX5YqjFMF/?lang=pt>. Acesso em: 2 maio. 2021.

FERREIRA, K. F.; CARVALHO, V. C. S. Oficinas terapêuticas: caminhos de saber. *Revista da Faculdade de Ciências Médica de Sorocaba*, Sorocaba, v. 20, n. 2, p. 82-85, 2018. DOI: <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2018v20i2a5>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/32995/pdf>. Acesso em: 2 nov. 2021.

FIALHO, A. W. C. *et al.* Relato da experiência acadêmica: “Oficina Show de Talentos Online” no Projeto Equo Atendimento Comunitário e Espaço Acadêmico em parceria com o núcleo de estágio em Saúde Mental Infanto-Juvenil do curso de Psicologia da Universidade de Vassouras. *Revista Fluminense de Extensão Universitária*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-23, jan./jun. 2021. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RFEU/article/view/2750>. Acesso em: 1 dez. 2022.

GARRIDO, R. G.; RODRIGUES, R. C. Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais. *Journal of Health & Biological Sciences*, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 1-9, 2020. DOI: 10.12662/2317-3325jhbs.v8i1.3325.p1-9.2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1102826/3325-11970-1-pb.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2021.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

LONGONI, N.; SILVA, F. M.; CERON, L. B. Dificuldades de sustentar a lógica de atenção psicossocial em pandemia. *Revista Científica de Enfermagem*, São Paulo, v. 12, n. 38, p. 393-399, 2022. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/610>. Acesso em: 1 dez. 2022.

MIELKE, F. B. *et al.* Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2, p. 265-276, jul./out. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000200006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RmX8NhhTyjnFfqZVMC8DMqf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2021.

NABUCO, G.; OLIVEIRA, M. H. P. P.; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde? *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2532, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2532](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2532). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2532>. Acesso em: 9 maio 2021.



PEREIRA NETO, A. *et al.* Eu quero entrar na rede: análise de uma experiência de inclusão digital com usuários do Caps. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. e3, p. 58-69, out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E307>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2020.v44nspe3/58-69/pt>. Acesso em: 10 nov. 2021.

OLIVEIRA, A. C.; LUCAS, T. C.; IQUIAPAZA, R. A. O que a pandemia da Covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 29, p. e20200106, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6kBMkqhckvLxwWDWydHPj/?lang=pt>. Acesso em: 2 maio 2021.

OLIVEIRA, W. K. *et al.* Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 29, n. 2, p. e2020044, 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000200023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/KYNshrcc8MdQcZHgZzVChKd/?lang=pt#:~:text=O%20pa%C3%ADs%20enfrenta%20n%C3%A3o%20somente,para%20a%20evolu%C3%A7%C3%A3o%20da%20epidemia..> Acesso em: 23 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Painel do Coronavírus da OMS (COVID-19)*. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 29 jan. 2022.

ORNELL, F. *et al.* Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Revista Debates in Psychiatry*, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 12-17, 2020. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/noticias/arquivos/pandemia-de-medo-e-covid-19-impacto-na-saude-mental-e-possiveis-estrategias>. Acesso em: 5 nov. 2021.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. “Cada Caps é um Caps”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 150-160, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v23nspe/a18v23nspe.pdf>. Acesso em: 9 maio 2021.

SILVA, A.; FOSSÁ, M. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para a análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica*, João Pessoa, v. 17, n. 1, 2015. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>. Acesso em: 30 jun. 2021.

SILVA, R. M. *et al.* Estudos qualitativos: enfoques 15 teóricos e técnicas de coletas de informações. *Sobral: Edições UVA*, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/julia/Downloads/Experiencias%20qualitativas%20ebook%20\(vers%C3%A3o%20final\).pdf](file:///C:/Users/julia/Downloads/Experiencias%20qualitativas%20ebook%20(vers%C3%A3o%20final).pdf). Acesso em: 21 jun. 2021.

SOARES, R. G. *et al.* A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 4, p. 635-645, out./dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/ptHf84SR3LXpNXXqX586xvG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2021.

VERAS, D. V. *Meios de resolução online de conflitos como alternativas eficientes de acesso à*



justiça: perspectivas sobre sua aplicação em tempos de pandemia. 2020. Monografia (Graduação em Direito) – Curso de Direito, Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, São Luís, 2020. Disponível em: <http://repositorio.undb.edu.br/bitstream/areas/394/1/DIEGO%20VIANA%20VERAS.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2021.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 15 de Julho de 2022.

Aceito em 20 de Janeiro de 2023.

Publicado em 20 de Julho de 2023.

Como referenciar este artigo (ABNT):

GOMES, Juliana dos Santos; OLIVEIRA, Rafael Wolski. Oficinas terapêuticas na saúde mental no contexto de pandemia da COVID-19. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 36-51, 2023.





Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde
E-ISSN: 2764-2550
DOI: [10.29327/269776.3.1-6](https://doi.org/10.29327/269776.3.1-6)
<https://revista.ghc.com.br/>

Uso de ventilação mecânica em brasileiros positivados para a COVID-19: reflexões sobre a atuação fonoaudiológica

Use of mechanical ventilation in Brazilians tested positive for COVID-19: reflections on speech therapy performance

Uso de ventilación mecánica en brasileños positivos para COVID-19: reflexiones sobre la fonoaudiología

Laura Battistin Schiavoni¹

Gabriela Soares Rech²

Vanessa Souza Gigoski de Miranda³

Rafaela Soares Rech⁴

¹ Graduanda em Fonoaudiologia na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

<https://orcid.org/0000-0002-0607-7012>
<http://lattes.cnpq.br/1783171923889331>
laurabasc@gmail.com

² Bacharela em Estatística pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em epidemiologia e analista de dados epidemiológicos do Hospital Moinhos de Vento.

<https://orcid.org/0000-0001-5122-8820>
<http://lattes.cnpq.br/7060344689752791>

³ Mestre em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutoranda em Pediatria pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

<https://orcid.org/0000-0002-3332-9975>
<http://lattes.cnpq.br/2449856102660982>
vanessa_gigoski@hotmail.com

⁴ Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta A da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre do Curso de Fonoaudiologia.

<https://orcid.org/0000-0002-3207-0180>
<http://lattes.cnpq.br/6669180438848159>
rafaela.rech@ufcspa.edu.br

RESUMO

Objetivo: Descrever o uso de ventilação mecânica (VM) em indivíduos que positivaram para a COVID-19 no Brasil e discutir a importância da atuação fonoaudiológica. **Método:** Estudo transversal com dados secundários da SIVEP-Gripe coletados até 09 de agosto de 2021. Foram realizadas análises descritivas das variáveis: individuais, condições de saúde, hospitalizações, evolução dos casos e notificações por região no software R. **Resultados:** Em um total de 1.684.124 indivíduos positivados por SRAG COVID-19, 536.664 (37,19%) precisaram de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. Além disso, 1.135.762 (79,5%) necessitou de uso de algum tipo de VM, sendo 298.585 (20,9%) invasiva e 837.177 (58,6%) não invasiva. **Conclusão:** Neste estudo encontramos maior uso de VM em mulheres brancas de idade superior a 60 anos. Ademais, são necessárias estratégias de aumento de acesso ao atendimento fonoaudiológico em pacientes após uso de VM consequente de infecção por COVID-19.

Palavras-chaves: insuficiência respiratória; COVID-19; fonoaudiologia; ventilação mecânica; transtornos de deglutição; saúde pública.

ABSTRACT

Objective: To describe the use of mechanical ventilation (MV) in individuals who have tested positive for COVID-19 in Brazil and discuss the importance of speech therapy performance. **Method:** Cross-sectional study with secondary SIVEP-Flu data collected until August 09, 2021. Descriptive analyses of the variables were performed: individual, health conditions, hospitalizations, evolution of cases, and notifications by region in the software R. **Results:** In a total of 1,684,124 individuals tested positive for SARS-COVID-19, 536,664 (37.19%) needed care in an Intensive Care Unit. Besides, 1,135,762 (79.5%) required the use of some MV, 298,585 (20.9%) being invasive, and 837,177 (58.6%) non-invasive. **Conclusion:** In this study, we found more significant use of MV in white women over the age of 60. Moreover, strategies are necessary to increase access to speech therapy care in patients after using MV resulting from COVID-19 infection.

Keywords: respiratory failure; COVID-19; speech therapy; mechanical ventilation; swallowing disorders; public health.

RESUMEN

Objetivo: Describir el uso de ventilación mecánica (VM) en individuos positivos para COVID-19 en Brasil y discutir la importancia de la fonoaudiología. **Método:** Estudio transversal con datos secundarios de SIVEP-Gripe obtenidos hasta el 9 de agosto de 2021. Fueron realizados análisis descriptivos de las variables: individuales, condiciones de salud, hospitalizaciones, evolución de los casos y notificaciones por región en el software R. **Resultados:** En un total de 1.684.124 individuos positivados por SRAG COVID-19, 536.664 (37,19%) precisaron de cuidados en Unidad de Terapia Intensiva. Además, 1.135.762 (79,5%) requirió el uso de algún tipo de VM, siendo 298.585 (20,9%) invasiva y 837.177 (58,6%) no invasiva. **Conclusión:** En este estudio encontramos mayor uso de VM en mujeres blancas de edad superior a 60 años. Además, son necesarias estrategias de aumento de acceso al tratamiento fonoaudiológico en pacientes después de uso de VM consecuente de infección por COVID-19.

talizaciones, evolución de los casos y notificaciones por región en el software R. **Resultados:** En un total de 1.684.124 individuos positivos por SRAG COVID-19, 536.664 (37,19%) requirieron cuidados en Unidad de Terapia Intensiva. Además, 1.135.762 (79,5%) requirieron del uso de algún tipo de VM, siendo 298.585 (20,9%) invasiva y 837.177 (58,6%) no invasiva. **Conclusión:** En este estudio encontramos mayor uso de VM en mujeres blancas de edad superior a 60 años. Además, son necesarias estrategias de aumento de acceso a la atención fonoaudiológica en pacientes después del uso de VM consecuente de la infección por COVID-19.

Palabras claves: insuficiencia respiratoria; COVID-19; fonoaudiología; ventilación mecánica; trastornos de deglución; salud pública.

INTRODUÇÃO

Os primeiros casos do novo Coronavírus (COVID-19) foram relatados em Wuhan, na China, em dezembro de 2019. A falta de informações iniciais sobre a potencialidade de sua transmissão fez com que a doença se disseminasse rapidamente e atingisse países de todos os continentes. Assim, tornou-se uma grande ameaça à Saúde Pública Global (WU *et al.*, 2020; MASCARENHAS *et al.*, 2020). Dados apontam que de março de 2020 a agosto de 2021 foram registrados aproximadamente 210 milhões de casos e quatro milhões de óbitos em todo o mundo; sendo, destes, 20.614.866 casos e 575.742 óbitos no Brasil (CORONAVIRUS RESOURCE CENTER, 2023).

A literatura indica que entre 10 e 15% das pessoas diagnosticadas com COVID-19 apresentam quadro de insuficiência respiratória aguda (IRA) e posterior desfecho adverso, sendo os principais: admissão em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), uso de ventilação mecânica (VM) e/ou óbito (LENTZ *et al.*, 2020; GUAN *et al.*, 2020). De acordo com um estudo realizado com 1.590 pessoas com diagnóstico laboratorial da COVID-19, o risco de desfechos adversos foi maior na presença de qualquer comorbidade e piorou conforme o maior número de comorbidades (GUAN *et al.*, 2020). Quanto aos casos de IRA, geralmente há aumento da frequência respiratória (LENTZ *et al.*, 2020). A VM, por sua vez, auxilia e/ou substitui a ventilação espontânea, objetivando, principalmente, melhorar as trocas gasosas, reduzir o trabalho respiratório e aumentar a oxigenação (LENTZ *et al.*, 2020). Há indicação de VM para casos de IRA hipercápnica e hipoxêmica, podendo ser não invasiva (VNI) através de máscaras faciais, ou invasiva (VMI) através de intubação orotraqueal (IOT) ou traqueostomia.

Em adição, sabe-se que a maioria das pessoas com a COVID-19 desenvolve disfagia orofaríngea, principalmente as internadas em UTIs. Acredita-se que o vírus da COVID-19 pode induzir lesões no sistema nervoso central e periférico (LENTZ *et al.*, 2020), podendo causar impacto nas funções sensoriais e motoras do processo de deglutição (LENTZ *et al.*, 2020). Além disso, ambos os tipos de VM podem induzir consequências negativas sobre as fases da deglutição e à função laríngea, podendo resultar em disfagia e disfonia (LENTZ *et al.*, 2020; TASSORELLI *et al.*, 2020; DZIEWAS *et al.*, 2020). Dessa forma, é imprescindível que haja a presença de fonoaudiólogos na equipe multiprofissional de hospitais, tendo a atuação voltada e focada para a prevenção e reabilitação de possíveis sequelas na deglutição de pacientes com COVID-19, com fins de evitar o agravamento destes casos, os quais podem levar ao óbito (PORTO *et al.*, 2020).



No Brasil, as condições precárias de habitação e saneamento básico, os indicadores socioeconômicos desfavoráveis e a alta prevalência de doenças crônicas ampliam os impactos gerados e dificultam as estratégias de enfrentamento para a COVID-19 (MASCARENHAS *et al.*, 2020). Por isso, com vistas a um melhor planejamento e organização na Saúde Pública Brasileira é urgente e necessário que se direcionem esforços para a criação de estratégias, subsidiadas por evidências científicas atualizadas, que possam contribuir para uma adequada gestão governamental da reabilitação da população com sequelas desta infecção. Sendo assim, este estudo objetiva descrever o uso de VM em indivíduos que positivaram para a COVID-19 no Brasil e discutir a importância da atuação fonoaudiológica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo populacional, transversal e descritivo dos casos confirmados para a COVID-19 no Brasil. Foram utilizados os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde brasileiro através do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) entre 17 de fevereiro de 2020 a 09 de agosto de 2021.

O SIVEP-Gripe é uma plataforma nacional que foi implantada na pandemia de influenza H1N1 no ano de 2009 e é mantida desde então para auxiliar o monitoramento na Saúde Pública Brasileira nos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Com fins de monitoramento dos casos de COVID-19 no país, o Ministério da Saúde incorporou em 2020, as testagens do vírus SARS-CoV-2 à vigilância de SRAG e óbitos, sendo a notificação de casos compulsória e os registros armazenados no banco de dados SIVEP-Gripe, disponíveis em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/bd-srag-2020>. No site também é possível encontrar o “Dicionário de Dados”(SIVEP-Gripe, 2021), que conta com a definição de todas as variáveis do banco e as suas características de preenchimento. Pode-se definir a SRAG por quatro critérios: (i) febre, mesmo que autorreferida; (ii) tosse ou dor de garganta; (iii) dispneia ou saturação de O₂ <95% ou desconforto respiratório; e (iv) que tenham sido hospitalizados ou óbito independentemente de prévia hospitalização (NORONHA *et al.*, 2020).

Dados SRAG-COVID

Foram analisados os casos da SRAG-COVID de acordo com sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade e número de notificações conforme região brasileira, bem como o perfil de comorbidades (Diabetes Mellitus, obesidade grave, doença respiratória, doença cardiovascular, doenças neurológicas, doença hematológica crônica, doença hepática, imunocomprometimento e doença renal crônica). Também, foi feita análise descritiva das variáveis referentes ao progresso dos casos, sendo: número de internações hospitalares, número de internações em UTIs, uso (ou não) de suporte ventilatório e tipo, além da evolução final do caso. Os dados foram extraídos por meio do SIVEP-Gripe (<https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/login.html?0>).



Análise estatística

Foram realizadas análises estatísticas descritivas através de frequências absolutas e relativas, medidas de dispersão como média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartilico e tabelas de contingência através do software R, versão 4.0.2.

Questões éticas

Conforme normas estabelecidas na Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016, por tratar-se de banco de dados de acesso público, tal tipo de pesquisa não necessita de avaliação do sistema CEP/CONEP.

RESULTADOS

A amostra total compreendeu 1.684.124 indivíduos positivados com SRAG por COVID-19 no Brasil disponibilizado do SIVEP-Gripe, notificados até a data de 09 de agosto de 2021.

A maioria dos participantes eram pessoas do sexo masculino (939.077 – 55,77%), entre 18 e 60 anos (903.943 – 53,67%), da raça/cor branca (700.850 – 51,43%), nível de escolaridade completo até o Ensino Fundamental (269.685 – 44,29%) e localizados, principalmente, na região Sudeste do país (825.087 - 49%). Ainda, entre as comorbidades analisadas, as mais prevalentes são doenças cardiovasculares. Dados demográficos da amostra total estudada estão descritos na Tabela 1, condições de saúde na Tabela 2 e dados hospitalares na Tabela 3.

Tabela 1. Dados pessoais da amostra estudada. Brasil, 2020-2021

	N= 1.684.124	Completos*
Sexo n (%)		1.683.847
Masculino	939.077 (55,77)	
Feminino	744.770 (44,23)	
Idade n (%)		1.684.124
Menor que 18 anos	27.270 (1,62)	
Entre 18 e 60 anos	903.943 (53,67)	
Entre 61 e 79 anos	559.992 (33,25)	
Maior que 80 anos	192.919 (11,46)	
Raça/cor n (%)		1.362.801
Branca	700.850 (51,43)	
Não branca	661.951 (48,57)	
Escolaridade n (%)		608.953
Analfabeto	46.906 (7,7)	
Ensino Fundamental	269.685 (44,29)	



Ensino Médio	199.106 (32,7)
Ensino Superior	93.256 (15,31)

Fonte: Autores

*N de dados registrados no SIVEP-Gripe

Tabela 2. Condições de saúde da amostra estudada. Brasil, 2020-2021

	N= 1.684.124	Completo*
Diabetes Mellitus n (%)		744.387
Não	371.718 (49,94)	
Sim	372.669 (50,06)	
Obesidade grave n (%)		633.462
Não	136.657 (21,57)	
Sim	496.805 (78,43)	
Doença respiratória n (%)		611.436
Não	563.104 (92,1)	
Sim	48.332 (7,9)	
Doença cardiovascular n (%)		800.837
Não	281.680 (35,17)	
Sim	519.157 (64,83)	
Doenças neurológicas n (%)		611.656
Não	560.782 (91,68)	
Sim	50.874 (8,32)	
Doença hematológica crônica n (%)		598.312
Não	588.337 (98,33)	
Sim	9.975 (1,67)	
Doença hepática n (%)		596.682
Não	584.730 (98)	
Sim	11.952 (2)	
Imunocomprometimento n (%)		603.231
Não	569.810 (94,46)	
Sim	33.421 (5,54)	
Doença renal crônica n (%)		610.564
Não	558.725 (91,51)	
Sim	51.839 (8,49)	

Fonte: Autores

*N de dados registrados no SIVEP-Gripe



Tabela 3. Dados hospitalares da amostra estudada. Brasil, 2020-2021

	N= 1.684.124	Completo*
Notificações por região n (%)		1.684.124
Norte	119.916 (7,12)	
Nordeste	293.093 (17,41)	
Centro-Oeste	168.211 (9,97)	
Sudeste	825.087 (49)	
Sul	277.817 (16,5)	
Hospitalizações n (%)		1.642.345
Não	34.864 (2,12)	
Sim	1.607.481 (97,88)	
Unidade Terapia Intensiva n (%)		1.443.188
Não	906.524 (62,81)	
Sim	536.664 (37,19)	
Suporte ventilatório (VM) n (%)		1.428.558
Não recebeu	292.796 (20,5)	
Sim, invasivo	298.585 (20,9)	
Sim, não invasivo	837.177 (58,6)	
Evolução do caso n (%)		1.501.506
Cura	964.846 (64,26)	
Óbito	533.254 (35,51)	
Óbito por outras causas	3.406 (0,23)	

Fonte: Autores

*N de dados registrados no SIVEP-Gripe

A maior parte dos casos contou com hospitalizações (1.607.481 – 97,88%) e, destes, 536.664 (37,19%) precisaram de cuidados em UTIs. Ademais, 1.135.762 (79,5%) necessitou do uso de suporte ventilatório por VM. Apesar do óbito ser muito prevalente, 964.846 (64,26%) dos infectados evoluíram para a cura e correspondem a um expressivo percentual da população.

O uso de suporte ventilatório, principal desfecho analisado, foi mais prevalente em pessoas do sexo feminino (639.160 - 56,25%), com idade superior a 60 anos (530.365 - 46,69%), de raça/cor branca (502.221 - 53,58%) e nível de escolaridade completo até o Ensino Fundamental (199.213 - 46,62%). Dentre os pacientes que utilizaram VM, 298.585 (20,9%) fizeram uso de VMI e 837.177 (58,6%) VNI. Na tabela 4 são encontradas as descrições demográficas estratificadas pelo uso da ventilação mecânica, condições de saúde na Tabela 5 e dados hospitalares na Tabela 6.



Tabela 4. Descrição sociodemográfica da amostra estratificada por uso do suporte ventilatório. Brasil, 2020-2021

	Suporte Ventilatório Invasivo	Suporte Ventilatório Não Invasivo
Sexo n (%)		
Masculino	129.201 (43,28)	367.279 (43,88)
Feminino	169.350 (56,72)	469.810 (56,12)
Idade		
Menor que 18 anos	2.526 (0,85)	8.835 (1,06)
Entre 18 e 60 anos	132.973 (44,53)	461.113 (55,08)
Entre 61 e 79 anos	124.615 (41,74)	270.833 (32,35)
Maior que 80 anos	38.471 (12,88)	96.396 (11,51)
Raça/cor n (%)		
Branca	130.238 (52,26)	371.983 (54,06)
Não branca	118.997 (47,74)	316.064 (45,94)
Escolaridade n (%)		
Analfabeto	9.129 (8,18)	21.687 (6,87)
Ensino Fundamental	55.712 (49,89)	143.501 (45,47)
Ensino Médio	32.383 (29,01)	104.511 (33,11)
Ensino Superior	14.420 (12,92)	45.920 (14,55)

Fonte: Autores

*N de dados registrados no SIVEP-Gripe

Tabela 5. Condições de saúde da amostra estratificada por uso do suporte ventilatório. Brasil, 2020-2021

	Suporte Ventilatório Invasivo	Suporte Ventilatório Não Invasivo
Hospitalizações n (%)		
Não	2.119 (0,72)	4.503 (0,54)
Sim	293.964 (99,28)	828.888 (99,46)
Terapia Intensiva n (%)		
Não	38.969 (13,47)	577.636 (73,46)
Sim	250.414 (86,53)	208.697 (26,54)
Evolução do caso n (%)		
Cura	57.496 (20,36)	556.411 (75)
Óbito	223.540 (79,16)	184.293 (24,84)
Óbito por outras causas	1.355 (0,48)	1.221 (0,16)

Fonte: Autores

*N de dados registrados no SIVEP-Gripe



Tabela 6. Dados hospitalares da amostra estratificada por uso do suporte ventilatório. Brasil, 2020-2021

	Suporte Ventilatório Invasivo	Suporte Ventilatório Não Invasivo
Diabetes Mellitus n (%)		
Não	79.885 (47,92)	201.037 (51,37)
Sim	86.828 (52,08)	190.314 (48,63)
Obesidade grave n (%)		
Não	104.962 (72,23)	268.112 (79,11)
Sim	40.345 (27,77)	70.788 (20,89)
Doença respiratória n (%)		
Não	125.306 (90,42)	303.245 (92,47)
Sim	13.276 (9,58)	24.708 (7,53)
Doença cardiovascular n (%)		
Não	59.823 (33,62)	148.309 (35,14)
Sim	118.138 (66,38)	273.737 (64,86)
Doenças neurológicas n (%)		
Não	125.948 (91,39)	301.173 (91,73)
Sim	11.865 (8,61)	27.138 (8,27)
Doença hematológica n (%)		
Não	132.602 (98,23)	316.810 (98,54)
Sim	2.393 (1,77)	4.697 (1,46)
Doença hepática n (%)		
Não	131.537 (97,51)	315.023 (98,32)
Sim	3.355 (2,49)	5.385 (1,68)
Imunocomprometimento n (%)		
Não	128.002 (94,02)	307.786 (95,14)
Sim	8.142 (5,98)	15.719 (4,86)
Doença renal crônica n (%)		
Não	123.633 (89,08)	303.155 (93)
Sim	15.159 (10,92)	22.833 (7)

Fonte: Autores

*N de dados registrados no SIVEP-Gripe

DISCUSSÃO

Neste estudo verificamos que os casos de infecção por COVID-19 no Brasil ocorreram, predominantemente, entre o sexo masculino, com idade superior a 60 anos, de raça/cor branca, com comorbidades múltiplas e baixa escolaridade. Acrescido a isso, a maioria dos casos de hospitalizações pela doença evoluiu para a internação em UTI e uso de suporte ventilatório por VMI, tendo como consequência um elevado número de óbitos. Entretanto, os indivíduos que permaneceram vivos, po-



dem desenvolver sequelas variadas, entre elas a disfagia. Sendo assim, a Fonoaudiologia tem papel essencial na reabilitação a longo prazo de vida, contribuindo para a escolha de uma via de alimentação segura e evitando o prejuízo em possíveis alterações respiratórias.

Em 2019, ano anterior ao início da pandemia, havia 8.139 instituições hospitalares com 490.397 leitos disponíveis no Brasil. Destes leitos, 270.880 eram leitos gerais (clínicos e cirúrgicos) e 34.464 eram de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para adultos. Este valor equivale a 2,3 leitos a cada 1000 habitantes. Em relação aos aparelhos de VM, havia 57.303 aparelhos, com 72% disponíveis para o SUS (NORONHA *et al.*, 2020). Estes dados apontam para uma situação crítica do sistema de saúde para suportar a atual demanda pelos serviços, principalmente por leitos hospitalares em UTIs, para suporte por VM e cuidados especializados em saúde de diferentes profissionais, com um rápido aumento de demandas nas regiões mais afetadas pela transmissão do vírus e suas variantes (BASTOS *et al.*, 2020).

Além disso, destaca-se a alta prevalência das comorbidades da população infectada e com desfechos adversos por COVID-19, que estão diretamente relacionadas com uma piora em potencial na qualidade de vida, levando a uma maior procura dos serviços de saúde, incluindo os de Fonoaudiologia (NIQUINI *et al.*, 2020). Portanto, há uma incontestável demanda de profissionais capacitados para atenderem as necessidades dos casos críticos que apresentem sequelas pós-internação em UTIs, principalmente os que necessitem de suporte por VMI.

O acesso aos serviços de saúde se relaciona com a oferta e a capacidade de produzir serviços, sendo o último conforme necessidades autopercebidas pelo indivíduo que o busca. Desta forma, desigualdades socioeconômicas no acesso e na utilização de tais serviços estão relacionadas às características individuais, que afetam a necessidade e a procura por atendimentos (RECH *et al.*, 2020). Em destaque, aqui, trazemos as comorbidades, que estão diretamente relacionadas com uma piora em potencial na qualidade de vida, podendo resultar em uma maior busca por serviços de saúde. Outrossim, variáveis contextuais como as características e a forma de organização do sistema de saúde acabam por resultar em desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde. O Brasil conta com um sistema de saúde organizado sob uma perspectiva de uma rede complexa de serviços, formando um sistema misto público-privado (RECH *et al.*, 2020).

No contexto atual, há um aumento significativo da busca por serviços em saúde no Brasil, entre estes os fonoaudiológicos. Todavia, a Fonoaudiologia foi regulamentada, no Brasil, como profissão há apenas 39 anos, dado que pode pressupor um número reduzido de profissionais, induzir ao pouco conhecimento da população sobre a sua atuação e, conseqüentemente, diminuir a busca por estes profissionais para apoio em saúde (RECH *et al.*, 2020). Um estudo demonstrou que o acesso aos serviços de fonoaudiologia ocorre predominantemente no sistema privado e por meio de convênios a planos de saúde (RECH *et al.*, 2020). Dessa forma, o acesso e procura aos serviços fonoaudiológicos são deficitários, principalmente pela rede pública de saúde do Brasil. Os resultados apresentados neste



estudo sugerem que há uma possível demanda dos serviços de saúde em ascensão devido ao crescente número de internações em UTI e do uso de VM, estando o aumento de demandas fonoaudiológicas assim relacionadas, e, corroboram com a importância de garantir que, independentemente da vulnerabilidade social, as pessoas tenham acesso aos cuidados em saúde adequados. Visto isso, a gestão em saúde precisará organizar-se urgentemente para vislumbrar esse novo panorama epidemiológico.

Sabe-se que, entre as complicações causadas pela VMI, a disfagia é recorrente em períodos superiores a 48 horas de ventilação artificial, corroborando com as altas taxas de morbimortalidade nos internados em UTIs por IRA em casos da COVID-19 (PORTO *et al.*, 2020). Ademais, este grupo de pacientes deve aguardar 48h para avaliação fonoaudiológica devido à alta possibilidade de reintubação. Neste estudo, o valor mais expressivo dos que passaram por VMI foram à óbito, todavia 20,36% evoluíram à cura, podendo apresentar sequelas como a disfagia. Desta forma, mesmo após recuperação e alta hospitalar é essencial que, se ainda houver sequelas na comunicação, qualidade vocal, coordenação pneumofonoarticulatória e deglutição, haja continuidade no cuidado fonoaudiológico domiciliar (PORTO *et al.*, 2020).

O presente estudo apresentou diferenças significativas de notificações de infecção por COVID-19 registradas conforme região brasileira, havendo maior prevalência no Sudeste (49%) e menor no Norte (7,12%). Entretanto, um estudo avaliou a subnotificação de casos confirmados de COVID-19 no Brasil e os seus resultados indicam que as notificações de casos confirmados no Brasil representaram apenas 9,2% (IC95% 8,8% - 9,5%) dos números reais, havendo estimativa de que o número real de casos foi 11 vezes maior do que as notificações registradas. Os principais dados referentes à subnotificação dizem respeito ao epicentro Norte (PRADO *et al.*, 2020). Nesse sentido, um estudo avaliou que a região Norte alcançou a razão de 2,53 fonoaudiólogos para cada 100.000 habitantes, correspondendo à segunda menor estimativa entre as regiões, ficando atrás apenas do Sul do país (RECH *et al.*, 2019). Este déficit reflete na ausência da cobertura de pacientes que necessitem de cuidados fonoaudiológicos.

Este estudo apresenta algumas limitações, entre elas ressalta-se a qualidade dos dados utilizados, sendo o registro realizado por profissionais da linha de frente no combate à COVID-19, os quais já possuem alta demanda de trabalho. Nesse sentido, sabe-se que na prática, um importante desventura é a qualidade do preenchimento adequado de cada variável no sistema. A integridade dos dados nem sempre é preservada, havendo uma lógica de relevância no preenchimento das informações, pelo pressuposto da importância atribuída a essa informação para o setor saúde, priorizando variáveis como sexo e idade (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010). Assim, algumas informações importantes não são coletadas ou são dadas como “ignoradas” e não preenchidas no sistema. Ainda, não existem dados específicos sobre qual o tipo da VMI utilizada nos pacientes (IOT ou traqueostomia) e nem o tempo de utilização dela.

Entretanto, espera-se que o conhecimento aqui descrito subsidie a implementação de políti-



cas públicas voltadas à reflexão sobre a atuação destes profissionais na reabilitação desta população fragilizada por um inimigo invisível, promovendo a integralidade do cuidado e facilitando o acesso para a saúde. Nesse contexto, faz-se necessário a realização de estudos que abordem dados referentes à incidência e caracterização da disfagia em pacientes com COVID-19 em momento posterior ao uso de VM.

CONCLUSÃO

A necessidade de VM por COVID-19 apresenta alta prevalência nas UTIs do país, ocorrendo, principalmente, em mulheres brancas de idade superior a 60 anos. Neste contexto, destacamos a importância de que as esferas governamentais contratem mais profissionais da área da saúde, incluindo os fonoaudiólogos, para que haja um cuidado interprofissional com as possíveis sequelas a serem apresentadas por este grupo de pacientes.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Leonardo Soares *et al.* COVID-19 e hospitalizações por SRAG no Brasil: uma comparação até a 12ª semana epidemiológica de 2020. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, p. e00070120, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00070120>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KQxzHZdFHcPx5CftPXZKwgs/abstract/?lang=pt>. Acesso: 18 dez. 2022.

DZIEWAS, Rainer *et al.* Dysphagia in COVID-19 -multilevel damage to the swallowing network? *European Journal of Neurology*, Oxford, v. 27, n. 9, p. e46–e47, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/ene.14367>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ene.14367>. Acesso em: 19 dez. 2022.

GUAN, Wei-Jie *et al.* Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. *European Respiratory Journal*, Copenhagen, v. 55, n. 5, p. 2000547, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1183/13993003.00547-2020>. Disponível em: <https://erj.ersjournals.com/content/55/5/2000547>. Acesso em: 20 dez. 2022.

JOHNS HOPKINS CORONAVIRUS RESOURCE CENTER. Coronavirus COVID-19 global cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University. Estados Unidos: Johns Hopkins, 2023. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 30 jan. 2023.

JORGE, Maria *et al.* Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-18, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-621256>. Acesso em: 20 dez. 2022.

LENTZ, Skyler *et al.* Initial emergency department mechanical ventilation strategies for COVID-19 hypoxemic respiratory failure and ARDS. *The American Journal of Emergency Medicine*, Philadelphia, v. 38, n. 10, p. 2194–2202, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.06.082>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675720305866?via%3Dihub>. Acesso em: 20 dez. 2022.



MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros *et al.* Ocorrência simultânea de COVID-19 e dengue: o que os dados revelam? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p.e00126520, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126520>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dW6Ymz8D6Rv9kTGjf9NXPMf/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2022.

NIQUINI, Roberta Pereira *et al.* SRAG por COVID-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, p. e00149420, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149420>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zgn3W4jYm6n-ZpCNt98K6Sdv/>. Acesso em: 17 dez. 2022.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza *et al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 6, p. e00115320, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MMd3ZfwYstD-qbpRxFR53Wx/>. Acesso em: 17 dez. 2022.

PORTO, Andrea Cintia *et al.* Atuação fonoaudiológica em pacientes covid-19: revisão integrativa. *Cadernos Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues - Edição Especial*, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 38-44, 2020. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/305>. Acesso em: 17 dez. 2022.

PRADO, Marcelo Freitas do *et al.* Análise da subnotificação de COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Rio de Janeiro, v. 32, p. 224-228, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200030>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/XHwNB9R4xhLTqpLxqXJ6d-Mx/>. Acesso em: 16 dez. 2022.

RECH, Rafaela Soares *et al.* Acesso e uso de serviços de Fonoaudiologia em Porto Alegre, Brasil: estudo populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 817-825, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.17212018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/44vK5s85xtWqfbfKt8wfbRS/>. Acesso em: 16 dez. 2022.

RECH, Rafaela Soares *et al.* Speech-language therapy offer and primary health care in Brazil: an analysis based on socioeconomic development. *CoDAS*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. e20180083, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018083>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/co-das/a/RvVvW7YJV9tYNDzhDPNTR3G/?lang=en>. Acesso em: 16 dez. 2022.

TASSORELLI, C *et al.* COVID-19: what if the brain had a role in causing the deaths? *European journal of neurology*, Oxford, v. 27, n. 9, p. e41-e42, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/ene.14275>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ene.14275>. Acesso em: 16 dez. 2022.

WU, Fan *et al.* A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*, London, v. 579, n. 7798, p. 265- 269, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2008-3>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2008-3>. Acesso em: 16 dez. 2022.



Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 30 de Janeiro de 2023.

Aceito em 07 de Junho de 2023.

Publicado em 20 de Julho de 2023.

Como referenciar este artigo (ABNT):

SCHIAVONI, Laura Battistin; RECH; Gabriela Soares; MIRANDA, Vanessa Souza Gigoski de; RECH, Rafaela Soares. Uso de ventilação mecânica em brasileiros positivados para a COVID-19: reflexões sobre a atuação fonoaudiológica. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 52-64, 2023.





A importância da divulgação dos direitos e deveres dos usuários no acesso e utilização dos serviços de saúde

The importance of disclosing the rights and duties of users in accessing and using health services

La importancia de la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios en el acceso y utilización de los servicios de salud

Tissiana da Silva Alves¹
Fabiana Tramontin Bonho²

RESUMO

Este artigo foi apresentado na conclusão do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar e trata-se de um estudo sobre a importância de divulgar os direitos e deveres dos usuários quando do acesso e utilização dos serviços de saúde. O método de pesquisa utilizado foi uma revisão da literatura, através de consultas em livros, artigos científicos e revisão da Legislação Brasileira. Identificou-se, com base no referencial teórico, conceitos relativos ao direito à saúde garantido a todos os cidadãos através da Constituição Federal de 1988. Em seguida, abordou-se a importância da divulgação da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, disposta na Resolução nº 553 de 09 de agosto de 2017. Além disso, foram identificados os principais problemas ocasionados na prestação de serviços resultantes do desconhecimento dos usuários quanto ao Direito à Informação. Constatou-se, também, que são necessárias ações educativas voltadas à divulgação dos direitos e deveres dos usuários, promovidos através de meios de comunicação nos sistemas e serviços de saúde, por parte dos gestores e profissionais de saúde.

Palavras-chave: direito à saúde; direitos do paciente; acesso à informação.

ABSTRACT

This article was presented at the end of the Specialization Course in Hospital Management and is a study on the importance of disclosing the rights and duties of users when accessing and using health services. The research method used was a literature review through consultations in books, scientific articles, and a review of Brazilian legislation. Based on the theoretical framework, concepts related to the right to health guaranteed to all citizens were identified through the Federal Constitution of 1988. Next, the importance of disclosing the Charter of Rights and Duties of Health Users, provided for in Resolution No. 553 of August 09, 2017, was addressed. Moreover, the main problems caused by providing services resulting from users' lack of knowledge regarding the Right to Information were identified. It was also found that there is a need for educational actions aimed at disseminating the rights and duties of users, promoted through means of communication in health systems and services by managers and health professionals.

Keywords: right to health; patient rights; access to information.

RESUMEN

Este artículo fue presentado al finalizar el Curso de Especialización en Gestión Hospitalaria y se trata de un estudio sobre la importancia de divulgar los derechos y deberes de los usuarios en cuanto al acceso y utilización de los servicios de salud. El método de investigación utilizado fue una revisión de la literatura, a través de consultas en libros, artículos científicos y revisión de la Legislación Brasileña. Se identificó, con base en la referencia teórica, conceptos relacionados al derecho a la salud garantizado a todos los ciudadanos a través de la

¹ Bacharel em Administração: Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS). Pós-graduação em Gestão Hospitalar pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci (IERGS/Uniassevi). Mestranda PPG Avaliação e produção de tecnologias para o SUS (GHC).

<https://orcid.org/0000-0002-2568-5451>
<http://lattes.cnpq.br/7955784998799558>
atissiana@ghc.com.br

² Bacharel em Administração de Empresas, Universidade Luterana do Brasil e Ciências Contábeis pela Universidade Unip. Pós-graduação em Auditoria e Perícia Contábil, Gestão educacional, Gestão e Tutoria EAD e Controladoria. Mestra em Desenvolvimento Regional. Doutoranda em Memória Social e Bens Culturais. Professora-tutora do Grupo UNIASSELVI.

<https://orcid.org/0000-0002-0251-2144>
<http://lattes.cnpq.br/9849863294890245>
fabiana.bonho@uniassevi.edu.br

Constitución Federal de 1988. Luego, se abordó la importancia de la divulgación de la Carta de los Derechos y Deberes de la Persona Usaria de los servicios de Salud, plasmada en la Resolución N° 553 del 9 de agosto de 2017. Además, fueron identificados los principales problemas ocasionados en la prestación de servicios resultantes del desconocimiento de los usuarios en cuanto al Derecho a la Información. Se constató, también, que son necesarias acciones educativas dirigidas a la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios, promovidos a través de medios de comunicación en los sistemas y servicios de salud, por parte de los gestores y profesionales de la salud.

Palabras clave: derecho a la salud; derechos del paciente; acceso a la información.

INTRODUÇÃO

A saúde é um direito universal e fundamental do ser humano, fixado na Declaração dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL. [Constituição (1988)], 2009). A atual legislação brasileira conceitua saúde de forma mais ampla como “resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL [Constituição (1988)], 2009, p. 212).

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu a partir de várias lutas e movimentos sociais (CASTRO *et al.*, 2019), foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8080/1990 e pela Lei nº 8142/1990, constituído pelos princípios da Universalidade, Equidade, Integralidade, Regionalização, Hierarquização, Descentralização e Participação dos Cidadãos, pressupondo-se acesso aos serviços de saúde deve ser prestado respeitando-se os direitos de cada cidadão (BRASIL, 1990a).

A primeira versão da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde foi criada em junho de 2009. Desde então, o documento passou por algumas mudanças para aprimorar termos e contemplar a diversidade das pessoas que vivem em todos os cantos do nosso país. A nova versão do documento foi construída coletivamente, com a participação de especialistas de diversas entidades e movimentos sociais que defendem um SUS cada vez melhor (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018a).

A Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde reforça o direito à saúde universal (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018a) previstos na Constituição Federal 1988, na Política Nacional de Humanização da Atenção do SUS (2003) e na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS (2007).

O presente artigo foi apresentado na conclusão do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, tendo como objetivo descrever a importância da divulgação dos direitos e deveres dos usuários quando do acesso e utilização dos serviços de saúde. Haja vista, que mesmos estabelecidos na Legislação Brasileira, os mecanismos de divulgação referente ao tema carecem de maior publicitação aos usuários dos serviços de saúde.



METODOLOGIA

O método de pesquisa bibliográfica utilizado foi uma revisão da literatura, através de consultas em livros, artigos científicos e revisão da Legislação Brasileira.

Primeiramente, procuraram-se conceitos relativos ao direito à saúde, garantido a todos os cidadãos através da Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei nº 8080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços; e pela Lei nº 8142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em seguida, abordou-se a importância da divulgação da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, disposta na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 553 de 09 de agosto de 2017, sendo destacada a sexta diretriz correspondente ao Direito à Informação dos usuários dos serviços de saúde.

Direitos e Deveres dos Usuários de Saúde no Brasil

A saúde é um dos direitos sociais previstos no Artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, deste modo o Direito à Saúde é garantido constitucionalmente a todos os cidadãos.

No Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 também afirma que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL. [Constituição (1988)], 2009).

A Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990, criada após a Constituição Federal, regulamentou o Direito à Saúde no Brasil, conforme Artigo 2º “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990a).

Segundo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes (2014, p. 3), o Direito Universal à Saúde “diz respeito à possibilidade de todos os brasileiros (...) serem cuidados pelos serviços de saúde públicos” e que usufruir “desse direito é uma condição de cidadania”. Enfatizam, ainda, que todos os homens e mulheres, de todas as classes sociais, possuem o direito ao atendimento em todos os tipos serviços de saúde, independentemente da capacidade financeira.

De acordo com Barros (1996, p. 12), para que a população brasileira possa exercer plenamente seus direitos à saúde, como “acesso universal, integralidade da atenção, ênfase em ações de promoção e proteção da saúde, descentralização, participação social”, direitos estes previstos nas diretrizes e pressupostos constantes na Legislação do Sistema Único de Saúde – SUS, criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e pela Lei 8142/1990, que trata da participação da comunidade no sistema (BRASIL, 1990b), são necessárias determinadas características essenciais ao bom funcionamento dos sistemas e serviços de



saúde, a constar:

- Deve ser acessível a todo cidadão, independente de sua capacidade financeira ou de sua forma (ou possibilidade) de inserção no mercado de trabalho;
- Deve ser capaz de responder às exigências postas pela transformação do quadro demográfico e do perfil epidemiológico, garantindo a adequação das ações às demandas postas pelos diferentes quadros sanitários, nas diversas regiões do país;
- Deve ter como objetivo a construção e a preservação da saúde e não apenas a cura da doença;
- Deve operar de modo articulado, sujeito aos mesmos princípios e diretrizes, viabilizando a integralidade dos cuidados com saúde e oferecendo serviços de boa qualidade;
- Deve, para assegurar tudo isso, contar com um processo decisório participativo e submeter-se ao controle dos sujeitos sociais. (BARROS, 1996).

Beck (2002, p. 10) descreve que os “sistemas de saúde existem desde que as pessoas sentiram necessidade de se proteger, proteger aos seus e tratar as enfermidades”. Esta ideia é corroborada por Mendes (2002, p. 25) quando afirma que “a saúde tem um valor intrínseco para as pessoas e os serviços de saúde são necessários para manter a vida e para aliviar o sofrimento”. Desta forma, a qualidade dos serviços de saúde deve atender de maneira adequada às expectativas destes usuários.

Infelizmente, “a maior parte dos pacientes não conhece seus direitos”, afirma Behrens (2019, p. 257), havendo a necessidade dos gestores e dos profissionais de saúde promover a divulgação destas informações nos serviços de saúde. O autor também destaca que:

o direito à informação impõe processo dialógico que visa obter o consentimento informado (ou esclarecido). Nesse processo, o paciente recebe informações sobre sua patologia, procedimentos a serem realizados e possíveis efeitos e intercorrências normais, manifestando sua decisão somente depois de entender muito bem o tratamento proposto. Em nosso país, estes direitos estão previstos na Lei 8.078/1990 (art. 6º, III), no CEM 16, e em outros textos normativos (BEHRENS, 2019, p. 256).

No Brasil, os direitos e deveres dos usuários de saúde estão dispostos na Carta dos Direitos da Pessoa Usuária da Saúde, apresentada na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 553, de 9 de agosto de 2017.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), localizado no município de Porto Alegre RS, em 2016, segundo o Comitê de Bioética GHC, foi o primeiro hospital brasileiro a disponibilizar uma adaptação da Carta de Direitos dos Pacientes do GHC, contendo orientações ao corpo funcional e aos usuários de saúde para a realização das melhores práticas e cuidados aos usuários de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2016).

A Importância da Divulgação da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde

A Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, dispostas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 553 de 09 de agosto de 2017, apresentam oito diretrizes, conforme relacionadas no quadro a seguir:



Quadro 1 – Diretrizes: Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde

Diretrizes: Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde

Primeira diretriz: Toda pessoa tem direito, em tempo hábil, ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

Segunda diretriz: Toda pessoa tem direito ao atendimento integral, aos procedimentos adequados e em tempo hábil a resolver o seu problema de saúde, de forma ética e humanizada.

Terceira diretriz: Toda pessoa tem direito ao atendimento inclusivo, humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível.

Quarta diretriz: Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde.

Quinta diretriz: Toda pessoa tem responsabilidade e direitos para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção.

Sexta diretriz: Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação.

Sétima diretriz: Toda pessoa tem direito a participar dos Conselhos e Conferências de Saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores.

Oitava diretriz: Os direitos e deveres dispostos nesta Resolução constituem a Carta dos Direitos Usuários da Saúde.

Fonte: Adaptado da Resolução CNS nº 553 de 09 de agosto de 2017. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (2018b).

Dentre estas diretrizes, destacamos neste artigo, a relevância da sexta diretriz da Resolução nº 553/2017, que corresponde ao Direito à Informação dos usuários dos serviços de saúde.

Quadro 2 – 6ª Diretriz da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde: Direito à Informação

Sexta diretriz:

Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação

§1º A educação permanente em saúde e a educação permanente para o controle social devem estar incluídas em todas as instâncias do SUS, e envolver a comunidade.

§2º As unidades básicas de saúde devem constituir conselhos locais de saúde com participação da comunidade.

§3º As ouvidorias, Ministério Público, audiências públicas e outras formas institucionais de exercício da democracia garantidas em lei, são espaços de participação cidadã.

§4º As instâncias de controle social e o poder público devem promover a comunicação dos aspectos positivos do SUS.

§5º Devem ser estabelecidos espaços para as pessoas usuárias manifestarem suas posições favoráveis ao SUS e promovidas estratégias para defender o SUS como patrimônio do povo brasileiro.

§6º O direito previsto no *caput* deste artigo, inclui a informação, com linguagem e meios de comunicação adequados sobre:

I - o direito à saúde, o funcionamento dos serviços de saúde e o SUS;

II - os mecanismos de participação da sociedade na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas e da gestão do SUS;

III - as ações de vigilância à saúde coletiva compreendendo a vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental; e

IV - a interferência das relações e das condições sociais, econômicas, culturais, e ambientais na situação da saúde das pessoas e da coletividade.

§7º Os órgãos de saúde deverão informar as pessoas sobre a rede SUS mediante os diversos meios de comunicação, bem como nos serviços de saúde que compõem essa rede de participação popular, em relação a:



I - endereços;
II - telefones;
III - horários de funcionamento; e
IV - ações e procedimentos disponíveis.
§8º Em cada serviço de saúde deverá constar, em local visível e acessível à população:
I - nome do responsável pelo serviço;
II - nomes dos profissionais;
III - horário de trabalho de cada membro da equipe, inclusive do responsável pelo serviço e;
IV - ações e procedimentos disponíveis.
§9º As informações prestadas à população devem ser claras, para propiciar a compreensão por toda e qualquer pessoa.
§10. Os Conselhos de Saúde deverão informar à população sobre:
I - formas de participação;
II - composição do Conselho de Saúde;
III - regimento interno dos Conselhos;
IV - Conferências de Saúde;
V - data, local e pauta das reuniões; e
VI - deliberações e ações desencadeadas.
§11. O direito previsto no *caput* desse artigo inclui a participação de Conselhos e Conferências de Saúde, o direito de representar e ser representado em todos os mecanismos de participação e de controle social do SUS.

Fonte: Adaptado da Resolução CNS nº 553 de 09 de agosto de 2017. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (2018b).

Segundo Behrens (2019, p. 256), uma das bases do princípio da dignidade da pessoa humana é o livre exercício da autonomia do indivíduo, que “somente existirá se o usuário tiver acesso a informações necessárias para poder manifestar suas escolhas”. Ainda segundo o autor, constitucionalmente “todos tem o direito de receber informações sobre seu estado de saúde: as medidas médicas possíveis e recomendáveis ao caso, às consequências e efeitos colaterais de tratamentos”.

Para Behrens (2019, p. 257), “o pleno exercício do direito à informação requer comunicação compreensível e lealdade do médico ao enfermo”. Contudo, a falta de informação na relação médico-paciente reside que muitos profissionais da saúde, bem como o usuário “não compreende ou simplesmente desconhece esses direitos básicos”.

Em muitas situações, a falta de conhecimento por parte dos usuários dos serviços de saúde gera inúmeros problemas, dentre estes: abandono de tratamento, uso incorreto de medicações e, ainda, a procura excessiva de serviços, destacam os autores Chiesa e Veríssimo (2001).

Dentre as dificuldades frequentemente encontradas pelos gestores municipais está o desconhecimento dos usuários sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que geram diversos problemas, conforme evidenciados no Manual “O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios” elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009, p. 247), a citar:

exigência de tratamentos e/ou medicamentos não-aprovado pela legislação vigente; busca de atendimento em níveis inadequados de complexidade (por exemplo, para um tratamento referente à atenção básica, busca-se atendimento em equipamentos de alta complexidade), acarretando aumento de filas e encarecimento de custos; exigência de exames diagnósticos de alto custo em casos desnecessários.



Diante destes potenciais problemas originados pela falta de informação em relação aos direitos e deveres da pessoa usuária nos serviços de saúde, Castro *et al* (2019) e Chiesa e Veríssimo (2001, p. 35), sugerem a adoção de “ações educativas” junto aos usuários dos serviços de saúde, para fins de aprimorar “o Direito à Saúde como eixo norteador e capacidade de escolha”. Ressaltam ainda que “a comunicação é indispensável para a assistência à saúde, pois é o principal meio de veiculação do processo educativo”.

Para Chiesa e Veríssimo (2001, p. 36) as ações educativas em saúde ocorrem através de:
troca de informações, crenças, valores e normas, almeja-se chegar a acordos que orientem, positiva e efetivamente, os fazeres dos profissionais e dos usuários para o atendimento às necessidades de saúde destes últimos e a consolidação das competências profissionais do trabalhador em saúde. (...) As atitudes e os comportamentos são decorrentes de conhecimentos, experiências, valores, crenças e emoções, além das condições materiais de vida e trabalho.

Como sugestão de melhorias a estes problemas, o manual “O SUS de A a Z”, também recomenda aos gestores municipais o uso de diversos meios de comunicação junto aos usuários de saúde:
informar melhorar a população municipal é determinante no enfrentamento dessa dificuldade, o que pode ser feita por meio do uso dos veículos convencionais da imprensa (como televisões, rádios e jornais locais), ou de publicações dirigidas, feitas pelas próprias secretarias, como boletins, folhetos, jornais institucionais, jornais murais (uma opção de baixo custo e bons resultados), dentre outros. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009, p. 247).

Os direitos e deveres “do paciente devem ainda ser objeto de exposição nos hospitais” afirma Behrens (2019, p. 257), e assim promoverem meios de divulgação das informações, conforme previsto na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde:

A Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde será disponibilizada nos serviços do SUS e conselhos de saúde por meios acessíveis e na internet, em <http://www.conselho.saude.gov.br>. (8ª diretriz, parágrafo único, Resolução CNS nº 553 de 09 de agosto de 2017) (BRASIL, 2017).

Behrens (2019, p. 257) também faz crítica em relação à disposição e à redação das diretrizes constantes na Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, bem como a ausência de divulgação do documento nos estabelecimentos de saúde:

é preciso fazer crítica à estética da Carta dos Direitos, uma vez que o aspecto visual do material é de difícil entendimento para a população em geral. Adaptá-lo de acordo com cada instituição e região do país seria medida salutar para facilitar sua compreensão. Outro fato importante é que não se encontra nas instituições de saúde, sejam públicas ou privadas, este texto afixado em local visível e de fácil acesso, o que demonstra a necessidade de atuar rapidamente sobre o problema, para abordagem mais amistosa do tema.

O autor Behrens (2019, p. 259) recomenda aos gestores de saúde a adoção de estratégias centralizadas nas necessidades dos usuários, desta forma serão obtidas melhorias significativas na gestão dos sistemas de serviços de saúde:

já há algum tempo defende-se conduta mais incisiva do sistema de saúde, e notadamente dos hospitais, para aplicar metodologias capazes de colocar o usuário no centro do sistema, na condição de sujeito, e não de objeto. Alcançar este ideal causaria verdadeira revolução no



sistema de saúde, inclusive em relação a custos, uma vez que pacientes mais comprometidos – “engajados”, por assim dizer – com o próprio tratamento conseguiriam, junto com a equipe de saúde, resultados mais eficazes e menor probabilidade de reincidência.

Desta forma, Behrens (2019, p. 258), defende que promover a divulgação das informações aos usuários é uma forma de “respeitar verdadeiramente os direitos do usuário (...), e garantir a centralidade do paciente, atingindo melhores resultados no que concerne à segurança e à qualidade da assistência”.

Diante do exposto, observa-se que é de suma importância garantir aos cidadãos o devido acesso às informações sobre os serviços de saúde, diretrizes estas ressaltadas na Legislação Brasileira. Logo, é necessário que as instituições de saúde ampliem os canais de comunicação promovendo a divulgação dos direitos e deveres dos usuários para fins de melhorias e qualificação na prestação de serviços na área da saúde.

RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no referencial teórico, foi possível constatar que é recomendável que os gestores e profissionais de saúde promovam ações educativas que melhor disseminem a informação e conhecimento a cerca dos direitos e deveres dos usuários quanto ao acesso e utilização dos serviços de saúde, visando melhorias na qualidade destes serviços prestados à população.

Além disso, foram identificados os principais problemas ocasionados na prestação de serviços resultantes do desconhecimento dos usuários quanto ao Direito à Informação, a citar: abandono de tratamento; uso incorreto de medicações; procura excessiva de serviços; a busca de atendimento em níveis inadequados de complexidade; o aumento de filas; encarecimento de custos; exigência de exames diagnósticos de alto custo em casos desnecessários; dentre outros.

Constatou-se, também, que a maioria dos estabelecimentos de serviços de saúde (hospitais, clínicas, postos de saúde,...) não estão priorizando a divulgação da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, aos seus profissionais de saúde, bem como aos usuários que usufruem de seus serviços.

Conforme referências estudadas (BARROS (1996); BEHRENS (2019); CASTRO *et al* (2019); CEBES (2014); CHIESA; VERÍSSIMO (2001); MENDES (2002)), na área de gestão em saúde ainda há muitos desafios a serem alcançados, visando assim melhorias na qualidade dos serviços de saúde, contudo através de uma efetiva participação de todos (usuários, gestores, profissionais de saúde e a sociedade em geral), com o devido compartilhamento de conhecimentos e informações, os direitos à saúde serão garantidos e consolidados em nosso país.

REFERÊNCIAS

BARROS, E. Política de Saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de



construção do novo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 5-17, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812319961100692014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231996000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jul. 2022.

BECK, J. Princípios fundamentais de atenção à saúde. In: MISOCZKY, M. C.; BECK, J. (org.). *Estratégias de organização da atenção à saúde*. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 9-18.

BEHRENS, R. Segurança do paciente e os direitos do usuário. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 27, n. 2, p. 253-260, abr./jun. 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019272307. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/X79HxJ4VyG7pGsFhbDjJrFk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jul. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF. São Paulo: Saraiva, 2009.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. 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, 19 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Carta de Direitos dos Pacientes*. Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/CARTA%20DE%20DIREITOS%20DOS%20PACIENTES%20DO%20GHC.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009.

CASTRO, B. C. S. *et al.* Direitos e deveres dos usuários do Sistema Único de Saúde: relato de experiência. *REFACS*, Uberaba, v. 7, n. 1, p. 109-116, 2019. DOI:10.18554/refacs.v7i1.3541. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3541/3449>. Acesso em: 14 jun. 2023.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). *Por que defender o Sistema Único de Saúde?* 2014. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Manifesto_Porque-Defender-o-SUS.pdf. Acesso em: 20 jul. 2022.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. A educação em saúde na prática do PSF. In: IDS; USP; MS (org.) *Manual de enfermagem*. Programa de Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p. 34-42.



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *CNS apresenta nova Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde*. Brasília, DF, 6 nov. 2018a. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/282-cns-apresenta-nova-carta-dos-direitos-e-deveres-da-pessoa-usuaria-da-saude>. Acesso em: 16 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 553, de 09 de agosto de 2017. Dispõe sobre as diretrizes dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 41-44, 15 jan. 2018b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso553.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2022.

MENDES, E. V. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 27 de Abril de 2023.

Aceito em 20 de Junho de 2023.

Publicado em 20 de Julho de 2023.

Como referenciar este artigo (ABNT):

ALVES, Tissiana da Silva; BONHO, Fabiana Tramontin. A importância da divulgação dos direitos e deveres dos usuários no acesso e utilização dos serviços de saúde. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 65-74, 2023.





Pré-natal odontológico: olhares de cirurgiões-dentistas e gestores para a atenção à saúde bucal das gestantes no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul

Dental prenatal care: perspectives of dentists and managers for oral health care of pregnant women in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul

Prenatal odontológico: miradas de odontólogos y gestores para la atención a la salud bucal de las gestantes en el municipio de Porto Alegre, Rio Grande do Sul

Emily Priscilla Silva dos Santos¹
Aline Macarevich Condessa²

RESUMO

Introdução: A gestação é um processo natural, mas que pode causar quadros patológicos tanto para a gestante como ao bebê. O adequado acompanhamento profissional pode prevenir esses agravos. O objetivo deste artigo foi analisar a atenção à saúde bucal da gestante dentro da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Porto Alegre. **Métodos:** Tratou-se de uma pesquisa quantitativa de caráter observacional transversal, desenvolvida na Atenção Primária à Saúde (APS) da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA). A amostra do estudo foi composta por 32 cirurgiões dentistas e 16 coordenadores de unidades básicas de saúde da PMPA, que responderam por e-mail aos questionários estruturados, contendo perguntas sobre a segurança e o conhecimento do profissional em relação à realização do atendimento da gestante. Foi realizada uma análise descritiva e os resultados foram expressos em frequências absolutas e relativas. **Resultados:** 70,6% dos dentistas referiram que o motivo da procura pelo pré-natal odontológico na APS se dá por demandas crônicas. A maioria dos profissionais sente-se seguro em atender a gestante e busca proporcionar um ambiente acolhedor. **Conclusão:** Ao pensar no contexto desse estudo, caracterizado pelo primeiro acesso da gestante por demanda crônica, compreende-se que além da necessidade do saber técnico, é substancial um olhar sensível e humanizado para reforçar espaços existentes de acolhimento e escuta qualificada.

Palavra-chave: cuidado pré-natal; assistência odontológica; gestantes; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is a natural process, but it can cause pathological conditions for both the pregnant woman and the baby. Adequate professional follow-up can prevent these diseases. This article aimed to analyze the oral health care of pregnant women within Primary Health Care (PHC) in the city of Porto Alegre. **Methods:** This was a quantitative cross-sectional observational research developed in the Primary Health Care (PHC) of the Porto Alegre City Hall (PMPA). The study sample consisted of 32 dental surgeons and 16 coordinators of basic health units of the PMPA, who responded by email to structured questionnaires with questions about the safety and knowledge of the professional relative to the performance of the care of pregnant women. A descriptive analysis was performed, and the results were expressed in absolute and relative frequencies. **Results:** 70.6% of dentists reported that the reason for seeking dental prenatal care in PHC is due to chronic demands. Most professionals feel safe in caring for pregnant women and seek to provide a welcoming environment. **Conclusion:** When considering the context of this study, characterized by the first access of pregnant women due to chronic demand, it is understood that in addition to the need for

¹ Cirurgiã-dentista na Clínica da Família Álvaro Difini, pela Associação Hospitalar Vila Nova. Especialista em Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde (REMAPS) - PMPA no ano de 2022. Formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 2019.

<http://lattes.cnpq.br/9313878252970310>
emily.pssantos@gmail.com

² Cirurgiã-dentista na Prefeitura Municipal de Porto Alegre e coordenadora do Centro de Especialidades CEO IAPI. Tutora e docente do Programa de Residência em Atenção Primária à Saúde (REMAPS) - PMPA. Concluiu a Especialização em Saúde da Família em 2012 e a Especialização em Odontologia do Trabalho em 2014. Mestre (2015) e Doutora (2019) em Odontologia - Saúde Bucal Coletiva na UFRGS.

<https://orcid.org/0000-0002-8129-4324>
<http://lattes.cnpq.br/8700616154444998>
alinemacarevich@yahoo.com.br

technical knowledge, a sensitive and humanized perspective is substantial to reinforce existing spaces of reception and qualified listening.

Keywords: prenatal care; dental care; pregnant women; primary health care.

RESUMEN

Introducción: La gestación es un proceso natural, pero que puede causar cuadros patológicos tanto para la gestante como para el bebé. El adecuado acompañamiento profesional puede prevenir estas molestias. El objetivo de este artículo fue analizar la atención a la salud bucal de la gestante dentro de la Atención Primaria a la Salud (APS) en el municipio de Porto Alegre. **Métodos:** Se trató de una investigación cuantitativa de carácter observacional transversal, desarrollada en la Atención Primaria para la Salud (APS) de la Prefectura Municipal de Porto Alegre (PMPA). La muestra del estudio fue compuesta por 32 odontólogos y 16 coordinadores de unidades básicas de salud de la PMPA, que respondieron por e-mail los cuestionarios estructurados, conteniendo preguntas sobre la seguridad y el conocimiento del profesional en relación a la realización de la atención de la gestante. Fue realizado un análisis descriptivo y los resultados fueron expresados en frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** 70,6% de los odontólogos refirieron que el motivo de la búsqueda por la atención prenatal odontológica en la APS se debe a las demandas crónicas. La mayoría de los profesionales se siente seguro atendiendo a la gestante y busca proporcionar un ambiente acogedor. **Conclusión:** Al pensar en el contexto de ese estudio, caracterizado por el primer acceso de la gestante por demanda crónica, se comprende que además de la necesidad del saber técnico, es substancial una mirada sensible y humanizada para reforzar espacios existentes de recepción y escucha cualificada.

Palabra clave: cuidado prenatal; asistencia odontológica; gestantes; atención primaria para la salud.

INTRODUÇÃO

A gestação é um estado natural que proporciona ao corpo da gestante diversos acontecimentos fisiológicos. Essa é uma etapa que favorece o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde e a inserção das mudanças de hábitos. Na maioria das vezes esse corpo está preparado para tais mudanças, mas de toda forma é necessário que a gestante esteja assistida por uma equipe multiprofissional para garantir o seu bem estar e do bebê (CODATO *et al.*, 2011).

A importância de uma equipe integrada vem da necessidade de um tratamento que não seja fragmentado com condutas profissionais que não fiquem estáticas na marcação de consulta e procedimentos técnicos de rotina. Pensar no cuidado é ir além da resolução da demanda de um quadro clínico agudo, é construir um processo de trabalho em que os profissionais de diferentes áreas conversem e possibilitem uma qualidade na escuta, acolhimento dos medos, inseguranças e preocupações dessas gestantes. Mendes (2010) expõe sobre essas condições segmentadas dentro da rede de saúde, em que a dinâmica do serviço da atenção primária opera, na sua grande maioria, com modelos viesados, com atenção voltada principalmente para condições agudas e curativas. Em contrapartida, há uma escassez disseminada pela ausência de um olhar crítico e de uma operacionalização de modelos de atenção voltado às condições crônicas. Há uma necessidade de desenvolver um fluxo de estratificação de risco para essas demandas com embasamento científico, de forma que seja um processo contínuo e integrado.

Segundo Martins *et al.* (2013), em sua pesquisa realizada com os cirurgiões dentistas em Belém do Pará, sobre o conhecimento e a atuação no pré-natal odontológico, mais da metade dos profissionais que participaram do estudo atendem as gestantes sem ter conhecimento sobre o pré-natal odontológico. De acordo com Konzen Júnior, Marmitt e Cesar (2019), quanto maior a



vulnerabilidade da população (menor renda e nível de escolaridade, maior idade e maior número de pessoas no domicílio), menor o acesso às consultas de pré-natal odontológico. É necessário pensar em informações sobre os cuidados da saúde durante a gestação para alcançar a população mais vulnerável. Além disso, qualificar o acesso e a atenção à saúde bucal da gestante, organizar o fluxo da rede, programar consultas odontológicas e assim reduzir a negligência que há nesse serviço. Sabe-se que essas gestantes apresentam alto risco de serem acometidas por problemas de saúde. Segundo Martins *et al.* (2013), existe uma relação direta entre os riscos à saúde da gestante e da puérpera com as doenças bucais. A partir dessa consideração é avaliado como indispensável o pré-natal odontológico.

O atendimento odontológico às gestantes também é considerado prioridade pelo Ministério da Saúde brasileiro, e por isso virou uma das metas do Previnir Brasil, o atual modelo de financiamento de custeio da atenção primária à saúde (APS) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2019). Na Prefeitura Municipal de Porto Alegre foi formulada a carteira de serviços da APS, que expõe a oferta da 1ª consulta odontológica programada para os usuários (PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde, 2019). Nesse contexto, pode-se pensar que essa é uma forma de divulgar e estimular o atendimento odontológico para gestantes, ainda que a meta seja apenas a primeira consulta, e não o atendimento integral e resolutivo.

Outro ponto relevante é a Educação Permanente em Saúde (EPS) e a sensibilização dos profissionais para ir além do olhar técnico, desenvolvendo uma escuta qualificada e propondo junto com a equipe ações que contemplem a pluralidade do ser. Saindo da “zona de conforto” e proporcionando diferentes formas de cuidado, como atendimentos preventivos e educativos, que vão proporcionar não só para a gestante a autonomia do cuidado, mas também terá impacto na criação desse bebê. Em concordância com Ferreira *et al.* (2019), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), ocorre por meio da realização de estratégias e ações com foco na EPS e tem sido executada nas unidades de saúde. Contudo, a elaboração dessas atividades por trabalhadores da saúde ainda é direcionada para uma noção de educação instrumental com ênfase em ações pontuais, fragmentadas e descontextualizadas com o cotidiano dos serviços.

De acordo com a vivência na residência multiprofissional em Atenção Primária à Saúde, os residentes tiveram que repensar as atividades desenvolvidas em campo, devido ao cenário de grandes desafios diante da pandemia do Covid-19 e da modificação do quadro dos profissionais do Instituto Municipal da Estratégia da Saúde da Família (IMESF) no município de Porto Alegre/RS. Os serviços e projetos de prevenção à doença e promoção de saúde, tanto dos grupos, como também os individuais foram suspensos. A diminuição dos recursos humanos (RH) tem deixado uma lacuna na continuidade da prestação de cuidados aos usuários.

Diante do exposto, surgiu o questionamento sobre o pré-natal odontológico no município de Porto Alegre, problematizando de que forma se desenvolve a atenção à saúde bucal para gestan-



tes e como os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e os profissionais de saúde bucal atuam no pré-natal odontológico.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo de caráter observacional transversal, envolvendo cirurgiões dentistas e coordenadores de unidade de saúde da APS da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA). A coleta de dados foi realizada no período de agosto a dezembro de 2021. Nesse momento, estava sendo vivenciada mundialmente a pandemia da SARS-CoV-2 e no município de Porto Alegre a inconstitucionalidade do IMESF, que ocasionaram a diminuição dos recursos humanos e a rotatividade dos servidores na APS.

Foram convidados a participar 188 dentistas, que atuavam há mais de três meses na mesma Unidade de Saúde (US). E-mails em formato de convite, juntamente com o link de acesso ao questionário foram enviados, usando a lista de e-mail da coordenação de saúde bucal. Em relação aos coordenadores, foram incluídos os profissionais de saúde que estavam nesse cargo há mais de 5 meses na mesma US, direcionando o convite de participação a todas as gerências distritais. Para auxiliar na divulgação da pesquisa e obter maior adesão, foi enviado o convite e link de acesso para participação nos grupos de WhatsApp da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Os questionários foram estruturados pelo pesquisador, por meio da ferramenta Google Forms, utilizando a escala de Likert. Foram enviados questionários com perguntas fechadas aos cirurgiões dentistas, que abordavam informações sobre perfil do profissional: idade, gênero e cor da pele autorreferida; informações sobre formação: tempo e local de formação; tempo de atuação na APS; informações durante a graduação sobre o atendimento às gestantes. Além de informações sobre a consulta do Pré-Natal Odontológico: realização de procedimentos invasivos neste grupo; segurança no atendimento à gestante; desenvolvimento de atendimento preventivo com as gestantes; abordagem de questões educativas sobre desenvolvimento orofacial.

Aos coordenadores de unidades de saúde foram abordadas as seguintes questões: divulgação do atendimento na unidade; conhecimento da equipe sobre o pré-natal odontológico; fluxo da gestante na unidade e fluxo da gestante no Pré-Natal odontológico.

Foram convidados a participar todos os dentistas e coordenadores da APS com objetivo de evitar o viés de seleção e informado no termo de consentimento livre e esclarecido sobre o sigilo da identificação dos participantes da pesquisa para evitar o viés da informação.

A pesquisa foi realizada através de uma análise descritiva e os resultados foram expressos em frequências absolutas e relativas, os quais foram apresentados em gráficos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e cadastrado na Plataforma Brasil (CAAE: 44988621.1.0000.5338). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

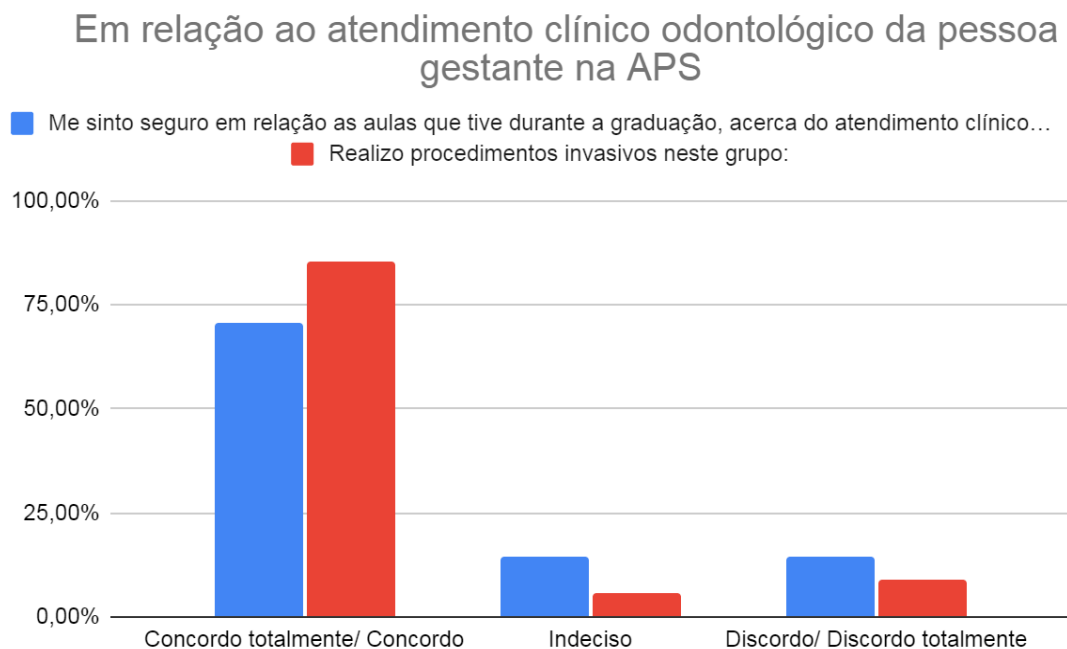


RESULTADOS

Trinta e dois, dos 188 cirurgiões dentistas da APS de Porto Alegre aceitaram participar desta pesquisa (taxa de resposta de 17%), e os respondentes possuíam idades entre 23 a 59 anos. Foram excluídos dois participantes que estavam fora do quesito de elegibilidade, totalizando uma amostra com 94 % dos participantes com experiência de mais de três meses na mesma unidade de saúde. Sendo 88% de mulheres cis e 12% de homens cis, 79% dos cirurgiões dentistas autodeclararam-se quanto à sua raça/cor como branca, 17,6% pardos e 2,9% pretos. Em relação à instituição 79,4% realizaram a sua formação em universidades públicas e 20,6% em privadas. Constatou-se que 54,5% da amostra têm vínculo trabalhista com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), 27,3% residentes, 15,2% estatutário e 3% CLT do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Os participantes possuem formação complementar: 38,2% especialização, 38,2% residência, 8,8% mestrado, 2,9% aperfeiçoamento em cirurgia e 17,6% não possuem. Obteve-se a participação de profissionais da maioria das gerências distritais (GD), exceto a GD Glória/ Cruzeiro/ Cristal.

Os profissionais de saúde bucal sentem-se seguros com o conhecimento adquirido na graduação para o atendimento clínico das gestantes. Assim como a realização de procedimentos invasivos (exodontias e acesso pulpar), conforme pode-se observar a seguir:

Gráfico 1: Segurança dos profissionais quanto às aulas que obtiveram durante a graduação acerca do atendimento às gestantes e realização de procedimentos invasivos na APS

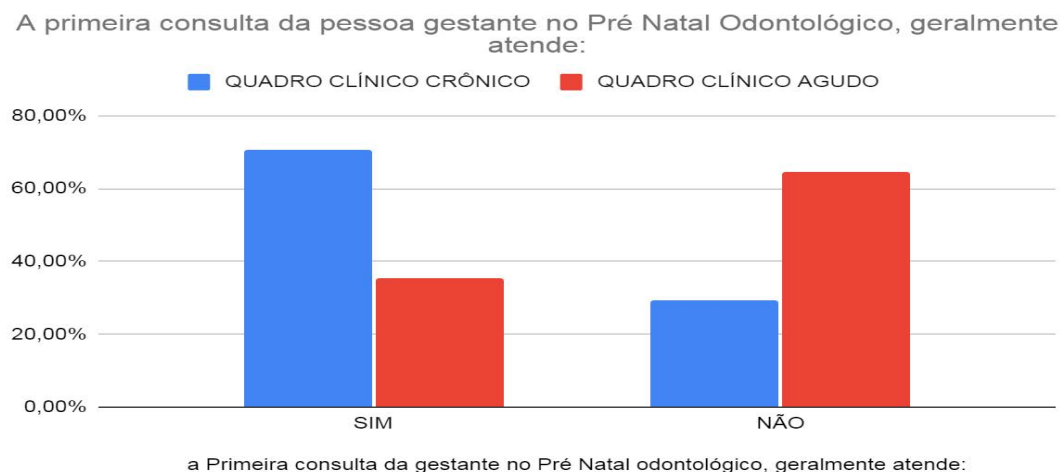


Fonte: As autoras.



Em relação a formação e capacitação profissional voltadas ao atendimento da gestante, 44,1% dos cirurgiões dentistas não possuem qualificação para desenvolver o atendimento a esse grupo. De acordo com os dados sobre o motivo de acesso da pessoa gestante ao Pré-Natal Odontológico, foi identificado no Gráfico 2, que a primeira consulta geralmente atende a um quadro clínico crônico.

Gráfico 2: A primeira consulta da pessoa gestante no Pré-Natal odontológico.



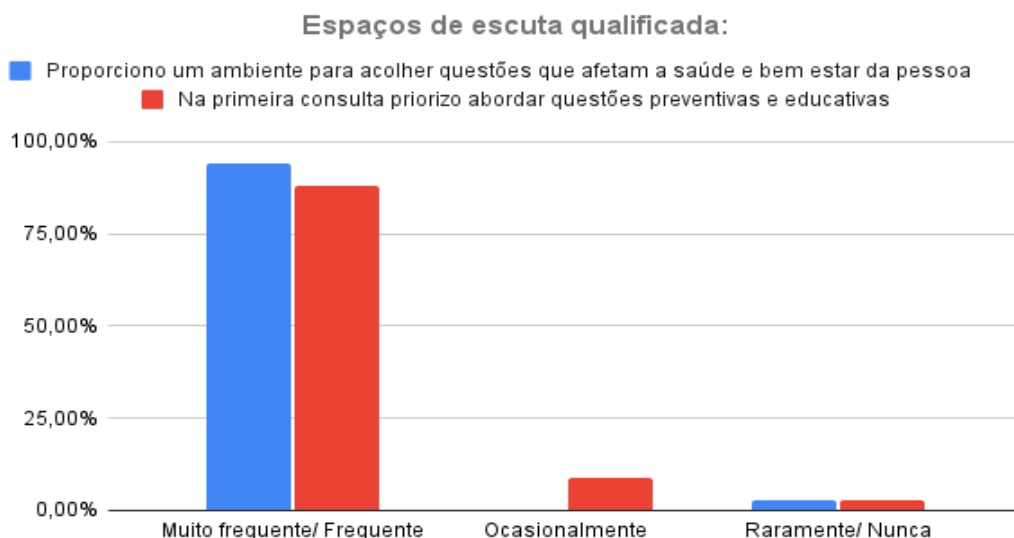
Fonte: As autoras.

Quanto aos riscos causados pela saúde bucal ao bebê e a quem gesta, foi questionado aos profissionais se abordavam questões sobre doenças bucais e agravamentos do estado de saúde durante as consultas odontológicas. Destes, 76,4% dos cirurgiões dentistas abordam questões sobre doenças periodontais que causam favorecimento de disseminação bacteriana e aumento da possibilidade de desenvolver infecções nas gestantes e no bebê. 53% dos profissionais informam a paciente e a orientam sobre a higiene bucal; e episódios de vômitos e náuseas frequentes que podem favorecer as lesões de erosão dentária.

Os profissionais também foram questionados quanto à oferta de espaços para acolher questões que afetam a gestação, considerando a prioridade em abordar temas preventivos e educativos.



Gráfico 3: Espaços de escuta qualificada no Pré-Natal odontológico.



Fonte: As autoras.

Em relação a prevenção e educação em saúde, 82,3% dos profissionais abordam questões com informações sobre: amamentação exclusiva até os 6 meses, os benefícios dela para o desenvolvimento craniofacial do bebê, a contribuição na prevenção de doenças respiratórias; sobre o prejuízo do uso de mamadeiras, chupetas/dedos e outros hábitos; instruções de higiene bucal materna, higiene bucal do bebê, alimentação saudável/ frequência de açúcar e uso de flúor.

Nesta pesquisa, 12% dos coordenadores aceitaram participar e os respondentes possuíam idades entre 25 a 47 anos. Sendo 87,5% de mulheres cis e 12,5% de homens cis, 87% dos coordenadores autodeclararam a sua raça/cor como branca, 6,3% pardo e 6,3% preto. Em relação à instituição, 56,3% realizaram a sua formação em universidades públicas e 43,8% em universidades privadas. O tempo que os profissionais atuam na Atenção Primária de Porto Alegre variou entre 12 meses a 21 anos. Desses 56,3% têm vínculo trabalhista CLT, 43,8% são estatutários. Sobre a capacitação para o atendimento da gestante 43,8% não possuem.

Sobre a importância de encaminhar a gestante para o Pré-Natal odontológico 93,8% assinalaram estar de acordo; 100% dos profissionais de saúde entendem que todos precisam ter conhecimento sobre o que é o Pré-Natal Odontológico; 93,8% estão de acordo que o pré-natal odontológico faz parte da rede de cuidado da gestante na sua Unidade Básica de Saúde; 87,5% concordam plenamente que é importante a divulgação do atendimento do Pré-Natal Odontológico (cartaz, mosquitinho) na sua Unidade Básica de Saúde. Em relação à organização do serviço 81,3% tem conhecimento sobre o fluxo da gestante na Unidade Básica de Saúde que atua e 68,8% tem o conhecimento que há manifestações bucais durante a gestação, que podem afetar a saúde geral do paciente e do bebê.



DISCUSSÃO

Os cirurgiões-dentistas mostram-se seguros com as aulas que tiveram durante a graduação sobre o atendimento odontológico na gestação. Os profissionais de saúde bucal na APS realizam na pessoa gestante procedimentos invasivos, como exodontias e acesso endodôntico. Avalia-se que o primeiro atendimento do pré-natal odontológico, frequentemente atende a uma condição crônica de saúde bucal. Na Atenção Primária à Saúde é proporcionado um ambiente acolhedor para o usuário. Esses dados possibilitam um olhar para a atuação do dentista, de forma a instigar a sua integração no cuidado à saúde da gestante de forma multidisciplinar. Entende-se que o Pré-Natal Odontológico também é um espaço potencial para olhar a atenção à saúde de forma integral.

Essa investigação enfrenta viés de seleção, pois observa-se que respondeu a pesquisa quem tem interesse pela temática, devido a isso foram identificados resultados positivos, assim como o viés de informação, pois os profissionais tendem a se direcionar ao que é aceitável.

A rotina de atendimento odontológico nas unidades de saúde (US) voltado à gestante é uma prática que tem como objetivo resolver uma demanda pontual. Soares *et al.* (2009) avaliaram que historicamente a prática da saúde bucal foi direcionada a tratamento de urgências. Além de mitos e crenças populares que criaram barreiras entre o período da gestação e o atendimento clínico odontológico. Silva *et al.* (2020), expõem sobre a necessidade de mais estudos sobre essa temática. Verifica-se que aproximadamente 20% das gestantes na região de Grande Vitória no estado do Espírito Santo foram assistidas durante a gestação pelo pré-natal odontológico, sendo as principais demandas relacionadas à dor.

Nesta investigação identifica-se que o acesso se dá atualmente por demandas clínicas crônicas, há necessidade de criar um fluxo nos serviços para as gestantes acessarem aos atendimentos odontológicos e trabalhar com ações preventivas para evitar casos agudos e tratar as condições crônicas. Considera-se a responsabilidade de enfatizar que doenças bucais podem trazer riscos para o binômio mãe e bebê e que no acompanhamento é preciso envolver promoção, educação em saúde e prevenção de doenças. Ferreira *et al.* (2016), falam sobre a linha de cuidado seguindo a integralidade, à corresponsabilização, o acolhimento no desenvolvimento de ações assistenciais e preventivas. Espaços no qual se pode ampliar o olhar e acolher questões de vulnerabilidade que tangem o impacto da saúde.

Pensar nesse cenário favorece a compreensão acerca do lugar em que o cuidado odontológico se encontra, quando se avalia a importância da rede de cuidado multidisciplinar no pré-natal. Pode-se considerar que um ambiente acolhedor possibilita a identificação de condições de vulnerabilidades e sofrimentos. Podendo o cirurgião dentista articular com outros pontos da rede e de forma multidisciplinar direcionar esse paciente para tratar questões que também podem contribuir com seu tratamento odontológico. Organizar o serviço possibilita fortalecer na ponta as diretrizes



do SUS, como a equidade e a integralidade.

A pesquisa desenvolvida com os coordenadores mostra que a maioria dos participantes entende a importância de ter um fluxo de encaminhamento da gestante dentro das unidades de saúde e que o pré-natal odontológico faz parte da rede de cuidado da pessoa que gesta. Ainda se faz necessário reforçar a importância da divulgação do atendimento do Pré-Natal Odontológico (cartaz, bilhetes, avisos e alertas nos prontuários) e que há manifestações bucais durante a gestação que podem afetar a saúde geral do paciente. Observa-se que os dados obtidos com coordenadores da US expressam a necessidade de maior articulação dos cirurgiões dentistas com a equipe de saúde. Obtendo assim, o objetivo de potencializar a qualidade de vida dessas usuárias e prevenir agravamentos para os bebês, além de afirmar e responsabilizar a atuação da saúde bucal na rede de cuidado desse grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi constatado que há segurança nos cirurgiões dentistas da APS para realização do pré-natal odontológico, inclusive com procedimentos clínicos invasivos na gestante. Pôde-se observar que tal desempenho por parte destes profissionais ocorre devido ao conhecimento teórico obtido na graduação. Esses dados exprimem que a questão técnica é exercida de forma eficaz, de modo a responder com resolutividade às demandas agudas. Sabe-se que este é um cenário encontrado em alguns municípios e menos da metade desses profissionais realizaram qualificação sobre o pré-natal odontológico. Pode-se pensar que o conteúdo oferecido nas escolas de formação do curso odontologia é o suficiente quando se visa procedimentos técnicos. No entanto, é possível refletir sobre a importância dos estudos sobre o pré-natal odontológico, com o objetivo de ampliar o olhar para o cuidado da pessoa que gera. Ao pensar no contexto desse estudo, no qual têm-se um primeiro acesso da gestante por demanda crônica, compreende-se que além da necessidade do saber técnico, é substancial um olhar sensível e humanizado para reforçar espaços existentes de acolhimento e escuta qualificada. Registrando as demandas que envolvem a saúde bucal, e também as que narram o contexto de vida e os sentimentos envolvidos durante esse momento.

Salienta-se que as questões abordadas nos questionários dos coordenadores provocam uma atenção para relação entre a organização do serviço de saúde e o conhecimento sobre o pré-natal odontológico. Entende-se que a utilização da saúde bucal durante o pré-natal pode ser influenciada por um fluxo estabelecido, pela divulgação disponibilizada na unidade de saúde e encaminhamentos realizados pelos profissionais da equipe. Destaca-se que a equidade dentro do SUS evidencia a necessidade de desenvolver diferentes esferas na atenção do cuidado para suprir o que afeta, ou coloca em risco à saúde e ao bem-estar dos usuários.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p.1 nov. 2019. Disponível em: https://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 10 nov. 2020.

CODATO, Lucimar Aparecida Britto *et al.* Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2297-2301, maio 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Q8mF4PJdb6mnjKbzcPf6C4z/?lang=pt#ModalArticle>.

Acesso em: 10 nov. 2020.

FERREIRA, Lorena *et al.* Educação permanente em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, maio 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/?lang=pt#>. Acesso em: 10 nov. 2020.

FERREIRA, Suélem Santana Pinheiro *et al.* Pré-natal odontológico: acessibilidade e ações ofertadas pela atenção básica de Vitória da Conquista-Ba. *Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 3-16, jul./dez. 2016. Disponível: <https://www.metodista.br/revistas/revistasunimep/index.php/Fol/articloe/view/2815/1800>. Acesso em: 23 dez. 2020.

KONZEN JÚNIOR, Dionizio José; MARMITT, Luana Patrícia; CESAR, Juraci Almeida. Não realização de consulta odontológica entre gestantes no extremo sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3889-3896, setembro, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jL9XgPsSwgjlQyFVkm3Qnd/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 14 Nov. 2020.

MARTINS, Larissa de Oliveira *et al.* Assistência odontológica à gestante: percepção do cirurgião-dentista. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Ananindeua, v. 4, n. 4, p. 11-18, dez. 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232013000400002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 nov. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VR-zN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?lang=pt#>. Acesso em: 5 dez. 2020.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Carteira de serviços da atenção primária à saúde*. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2019. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/cartadeservicos/Carteira%20de%20Servi%C3%A7os%20APS%20POA.pdf. Acesso em: 5 dez. 2020.

SILVA, Cáren Coronel da *et al.* Acesso e utilização de serviços odontológicos por gestantes: re-



visão integrativa de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 827-835, mar. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CX5kBKsHT8DmZckSvqThqBw/?lang=pt&form=at=html#>. Acesso em: 8 dez. 2020.

SOARES, Mônica Regina Pereira Senra *et al.* Pré-natal odontológico: a inclusão do cirurgião dentista nas equipes de pré-natal. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais*, Juiz de Fora, v. 1, n. 2, p. 53-57, abr./jun. 2009. Disponível: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/riee/issue/view/1123>. Acesso em: 10 dez. 2020.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 30 de Abril de 2023.

Aceito em 29 de Junho de 2023.

Publicado em 20 de Julho de 2023.

Como referenciar este artigo (ABNT):

SANTOS; Emily P. S. dos; CONDESSA, Aline Macarevich. Pré-natal odontológico: olhares de cirurgiões-dentistas e gestores para a atenção à saúde bucal das gestantes no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 75-85, 2023.





Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde
E-ISSN: 2764-2550
DOI: [10.29327/269776.3.1-9](https://doi.org/10.29327/269776.3.1-9)
<https://revista.ghc.com.br/>

Perfil dos usuários que utilizam o aplicativo de dispositivo móvel 156+POA para agendar consultas odontológicas

Profile of users using the 156+POA mobile device app to schedule dental appointments

Perfil de los usuarios que utilizan la aplicación de dispositivo móvil 156+POA para agenda consultas odontológicas

Jéssica Florêncio de Souza¹
Aline Macarevich Condessa²

RESUMO

A avaliação do perfil dos usuários auxilia a gestão a definir estratégias que irão facilitar o acesso e otimizar a utilização das consultas nas unidades de saúde (US). O objetivo foi apresentar o perfil dos pacientes que agendaram consultas odontológicas no sistema de agendamento on-line 156+POA em 2022 e comparar com o público que agenda presencialmente e com os usuários que procuram a demanda espontânea. Os dados foram coletados no sistema de regulação de consultas especializadas do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvido pela Companhia de Processamento de Dados de Porto Alegre (Procempa). Foram analisados dados de janeiro a dezembro de 2022 referentes ao usuário (sexo e idade) e dados referentes ao serviço (US, data e horário de agendamento). O perfil dos pacientes que acessaram o aplicativo está de acordo com achados na literatura: mulheres na faixa etária dos 21 aos 50 anos. A maior busca por agendamentos foi no horário das 7 horas às 12h50min, em US localizadas em distritos populosos e com População Economicamente Ativa (PEA) elevada. Percebe-se um aumento na utilização do aplicativo ao longo do ano, visto ser uma tecnologia nova implantada em Porto Alegre. Conhecer o perfil dos usuários que já estão utilizando essa tecnologia dá subsídios para que a gestão trabalhe na inclusão dos demais cidadãos que ainda não estão aproveitando essa ferramenta, e induz a formulação de estratégias para a usabilidade de aplicativos na expansão do acesso nas US e disseminação de informações sobre os serviços de saúde.

Palavras-chave: tecnologia em saúde; aplicativos móveis; agendamento de consultas; Sistema Único de Saúde; saúde bucal.

ABSTRACT

Evaluating user profiles helps management define strategies that will facilitate access and optimize the use of consultations in health units (HU). The objective was to present the profile of patients who scheduled dental appointments in the online scheduling system 156+POA in 2022 and compare it with the public that schedules in person and with users who seek spontaneous demand. The data were collected in the regulation system of specialized consultations of the Unified Health System (SUS), developed by the Data Processing Company of Porto Alegre (Procempa). Data from January to December 2022 regarding the user (sex and age) and the service (HU, date and time of appointment) were analyzed. The profile of the patients who accessed the application is in accordance with findings in the literature: women aged 21 to 50 years. The largest search for appointments was between 7 AM and 12:50 PM in HU, located in populous districts with a high Economically Active Population (EAP). There has been an increase in the use of the application throughout the year since it is a new technology implemented in Porto Alegre. Knowing the profile of users who are already using this technology gives the management subsidies, including other citizens who are not yet taking advantage of this tool. It induces the formulation of strategies

¹ Cirurgiã Dentista. Especialista em Saúde Coletiva pela REMAPS.
<http://lattes.cnpq.br/5818909606426145>
jeflorencio@hotmail.com

² Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Especialista em Saúde da Família pela UnaSUS UFCSPA; Mestrado e Doutorado em Odontologia – Saúde Bucal Coletiva UFRGS.
<https://orcid.org/0000-0002-8129-4324>
<http://lattes.cnpq.br/8700616154444998>
alinemacarevich@yahoo.com.br

for the usability of applications in expanding access to the HU and disseminating information about health services.
Keywords: health technology; mobile applications; appointment scheduling; Unified Health System; oral health.

RESUMEN

La evaluación del perfil de los usuarios ayuda a la gerencia a definir estrategias que facilitarán el acceso y optimizarán la utilización de las consultas en las unidades de salud (US). El objetivo fue presentar el perfil de los pacientes que agendaron consultas odontológicas en el sistema de agenda online 156+POA en 2022 y compararlo con el público que agenda presencial y con los usuarios que buscan la demanda espontánea. Los datos fueron obtenidos en el sistema de regulación de consultas especializadas del Sistema Único de Salud (SUS), desarrollado por la Compañía de Procesamiento de Datos de Porto Alegre (Procempa). Fueron analizados datos de enero a diciembre de 2022 referentes al usuario (sexo y edad) y datos referentes al servicio (US, fecha y horario de consulta). El perfil de los pacientes que accedieron a la aplicación está de acuerdo con lo encontrado en la literatura: mujeres en franja etaria de los 21 años a los 50 años. La mayor búsqueda por consultas fue en el horario de las 7 horas a las 12:50min, en US localizados en distritos populosos y con Población Económicamente Activa (PEA) elevada. Se observa un aumento en la utilización de la aplicación a lo largo del año, ya que se trata de una nueva tecnología implementada en Porto Alegre. Conocer el perfil de los usuarios que ya están utilizando esa tecnología brinda subsidios para que la gestión trabaje en la inclusión de los demás ciudadanos que aún no están aprovechando esa herramienta, e induce la formulación de estrategias para la usabilidad de aplicaciones en la expansión del acceso en las US y disseminación de informaciones sobre los servicios de salud.

Palabras clave: tecnología en salud; aplicativos móviles; agenda de consultas; Sistema Único de Salud; salud bucal.

INTRODUÇÃO

O gerenciamento dos agendamentos é um desafio enfrentado em todo o mundo. A possibilidade de agendamento de consultas de modo não presencial pode ser considerada um facilitador de acesso aos serviços. O direito e o acesso à informação em saúde condicionam a diminuição da vulnerabilidade e a possibilidade do empoderamento do usuário, permitindo maior autonomia de escolha e participação em relação à própria saúde (POSTAL *et al.*, 2021). Assim, a possibilidade de agendar e cancelar consultas, visualizar agenda e disponibilidade possibilita a participação do cidadão no processo de responsabilização e engajamento dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013).

Os principais motivos para o não comparecimento dos usuários nas consultas agendadas são: esquecimento, agendamento para horários inoportunos, falta e/ou falha de comunicação entre paciente e unidade de saúde, agendamentos marcados com semanas ou meses de antecedência e dificuldade de acesso ao serviço de saúde (PINTO; CARNEIRO, 2012). O absenteísmo para o profissional gera perda de tempo, diminuição da eficiência e aumento no uso de recursos (SILVEIRA *et al.*, 2018).

Os aplicativos utilizados para agendamento de consultas podem favorecer a universalização de informações que são importantes para os usuários do serviço público de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2022). Eles rompem as restrições de mobilidade e servem como uma ferramenta tecnológica valiosa na promoção e educação em saúde (FERRAZ, 2009). Em consonância, conhecer e fazer a análise do perfil dos usuários é de extrema importância para otimizar as estratégias de agendamento de consultas e de organização das unidades de saúde (US). Ou seja, conhecer o perfil dos pacientes ajudará a oferecer as melhores campanhas, saber onde encontrá-los e meio de entrar em contato (LIMA *et al.*, 2015). É muito útil para evitar que esforços, recursos e tempo sejam disponibilizados



erroneamente. Assim, a gestão pode alinhar suas expectativas às demandas reais do seu público-alvo (PINTO; CARNEIRO, 2012).

Os moradores de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul (RS), contam com o aplicativo 156+POA no qual podem ter acesso, via celular, a diferentes serviços da prefeitura, como impostos e taxas, segurança e serviços. No que tange a saúde, o público cadastrado pode agendar consultas médicas, de enfermagem e odontológicas nas 132 US da Capital, disponíveis para o horário de atendimento padrão (8 às 18 horas) ou noturno (18 às 22 horas). O app 156+POA é intuitivo, organizado com linguagem de fácil compreensão e com simplificação de termos técnicos (PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal, 2023).

Diante desta nova modalidade de agendamento de consultas, o objetivo deste trabalho foi apresentar o perfil dos pacientes que agendaram consultas odontológicas no sistema de agendamento on-line 156+POA e comparar com o público que agenda presencialmente e com os usuários que procuram a demanda espontânea.

METODOLOGIA

A rede de serviços do SUS em Porto Alegre está distribuída nos 17 Distritos Sanitários (DS) que formam as coordenadorias de saúde (CS) Leste, Norte, Oeste e Sul. Essas são estruturas administrativas e gestoras regionais que são compostas por US, Centros de Especialidades e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos. As formas de agendamento são presencialmente na US (agenda Gercon), atendimento de demanda espontânea/ acesso avançado (pessoa que procura atendimento por necessidade sem agendamento prévio) e pelo aplicativo 156+Poa.

Este é um estudo descritivo, quantitativo com delineamento transversal, cuja coleta de dados foi realizada em fevereiro de 2023. O período de análise foi de janeiro a dezembro de 2022 e dados foram coletados no sistema de regulação de consultas especializadas do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvido pela Companhia de Processamento de Dados de Porto Alegre (PROCEMPA).

A população da amostra foram usuários do SUS que agendaram consulta odontológica no ano de 2022, tanto os que utilizaram o aplicativo 156+POA, disponível nas lojas de aplicativos do celular *Google Play* e *Apple Store* na versão 2.6.5, como os usuários que procuraram as unidades de saúde para atendimento odontológico.

Os dados tratados referentes ao usuário foram sexo (feminino, masculino e indeterminado) e faixa etária (até 10 anos; 11 a 20 anos; 21 a 30 anos; 31 a 40 anos; 41 a 50 anos; 51 a 60 anos e 61 anos ou mais). E os dados referentes ao serviço foram horário de agendamento: manhã (7h às 12h50min), tarde (13h às 17h50min) e noite (18h às 21h50min). Ainda, foi realizado a divisão das US do município de Porto Alegre por coordenadorias de saúde, Leste, Norte, Oeste e Sul.

Os dados foram apresentados de maneira descritiva, analisando as tabelas do software Pentaho geradas após o cruzamento das informações disponibilizadas: ano, sexo, faixa etária, horário



do agendamento, US, agendamentos para o serviço de odontologia, agenda Gercon, consultas não agendadas no período e agendamento por aplicativo. A coleta foi contínua e depois categorizada em faixas etárias, turnos e coordenadorias de saúde.

Esses dados não são públicos e foram obtidos mediante aprovação prévia da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-PMPA). A pesquisa está cadastrada na Plataforma Brasil sob o nº de CAAE 66164122.8.00005338, e o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa nº 5.843.549. O cruzamento das informações do banco de dados existentes no serviço será mantido em sigilo, em conformidade com as Resoluções 466/12 e 510/16, do Conselho Nacional de Saúde e o Termo de Autorização Institucional, emitido pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS.

RESULTADOS

No ano de 2022, foram realizadas 511.646 consultas odontológicas na atenção primária à saúde de Porto Alegre, e destas, 26.143 (5,2%) foram agendadas via aplicativo. A forma de acesso mais realizada foi por meio de demanda espontânea (56,7%), seguida do agendamento presencial (38,1%). Os agendamentos realizados por aplicativo no turno da manhã contabilizam 12.164 (4,8%), tarde 11.278 (5,0%) e noite 2.701 (8,8%). Os usuários preferem consultar no turno da manhã, visto que em todas as modalidades, esse foi o turno de maior demanda (Tabela 1).

A coordenadoria Sul foi a que apresentou maior número de agendamento de usuários nos serviços de saúde bucal em Porto Alegre (156.172 agendamentos, 30,5%), seguida da CS Norte (153.114 agendamentos, 29,9%). Comparando o tipo de agendamento por CS, a CS Sul foi a que apresentou maior número de agendamentos (n= 8.243, 5,3%), seguido da CS Leste (5,9%), Oeste (5,1%) e Norte (4,3%). Na agenda Gercon a coordenadoria Sul também foi a que mais realizou consultas agendadas de forma presencial, com 62.995 atendimentos (40,3%). E, para a demanda espontânea, o maior número de consultas se deu na CS Norte (86.167 consultas, 56,3%) e CS Sul (84.934 consultas, 54,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Agendamentos de consultas odontológicas por turnos e coordenadoria de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, janeiro a dezembro de 2022.

	App*		Gercon**		Não agendada		Total	
	n	%	N	%	N	%	n	%
Turnos								
Manhã	12.164	4,8%	102.294	40,0%	140.931	55,2%	255.389	100,0
Tarde	11.278	5,0%	83.857	37,2%	130.500	57,8%	225.635	100,0
Noite	2.701	8,8%	9.032	29,5%	18.889	61,7%	30.622	100,0
Total	26.143	5,2%	195.183	38,1%	290.320	56,7%	511.646	100,0
CS***								
Leste	7.768	5,9%	47.808	36,1%	76.761	58,0%	132.337	100,0



Norte	6.531	4,3%	60.416	39,4%	86.167	56,3%	153.114	100,0
Oeste	3.601	5,1%	23.964	34,3%	42.458	60,6%	70.023	100,0
Sul	8.243	5,3%	62.995	40,3%	84.934	54,4%	156.172	100,0
Total	26.143	5,2%	195.183	38,1%	290.320	56,7%	511.646	100,0

Fonte: software Pentaho ®

* App – Aplicativo

** Gercon - Agendamento presencial

*** CS – Coordenadoria de saúde

As mulheres foram as que mais agendaram consultas para saúde bucal em 2022 nas US de Porto Alegre (63,7%). Quando se analisa a forma de agendamento, percebe-se que mais mulheres realizaram o agendamento por aplicativo (n=18.314, 70,1%) do que os homens (n=7.785, 29,8%) e os indefinidos (n=44, 0,2%). No entanto, ao avaliar o agendamento presencial, a diferença entre os gêneros diminui, com 62,9% dos agendamentos realizados por mulheres e 36,9% por homens. Na tabela 2 ainda é possível verificar os agendamentos por faixa etária, em que os adultos de 21 a 50 anos os usuários mais prevalentes do aplicativo 156+POA (70,7%). Já os agendamentos realizados presencialmente na agenda Gercon percebe-se uma distribuição mais uniforme entre as faixas etárias, sendo menor apenas para crianças e adolescentes/adultos jovens (até 20 anos). As menores prevalências de agendamentos online registrados foram nas faixas extremas (0 a 10 anos e 61 anos ou mais). Não foi possível analisar os dados referentes ao gênero e idade dos usuários que foram atendidos em demanda espontânea, pois essas informações não estavam disponíveis no banco de dados.

Tabela 2 – Agendamentos odontológicos por sexo e faixa etária, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, janeiro a dezembro de 2022.

	App*		Gercon**		Total	
	N	%	N	%	N	%
Gênero						
Feminino	18.314	70,0%	122.740	62,9%	141.054	63,7%
Masculino	7.785	29,8%	72.073	36,9%	79.858	36,1%
Indefinido	44	0,2%	370	0,2%	414	0,2%
Total	26.143	100,0%	195.183	100,0%	221.326	100,0%
Idade (anos)						
até 10	1.108	4,2%	20.525	10,5%	21.633	9,8%
11 a 20	2.366	9,1%	20.042	10,3%	22.408	10,1%
21 a 30	7.239	27,7%	31.433	16,1%	38.672	17,5%
31 a 40	6.298	24,1%	30.209	15,5%	36.507	16,5%
41 a 50	4.934	18,9%	30.286	15,5%	35.220	15,9%
51 a 60	2.905	11,1%	29.113	14,9%	32.018	14,5%
61 ou mais	1.293	4,9%	33.575	17,2%	34.868	15,8%
Total	26.143	100,0%	195.183	100,0%	221.326	100,0%



Fonte: software Pentaho ®

* App – Aplicativo

** Gercon – Agendamento presencial

Desses dados extraídos do software Pentaho ®, 91 US apresentam serviço odontológico. E os agendamentos por aplicativo de janeiro a dezembro somaram 26.143. O mês de janeiro obteve 684 agendamentos, fevereiro 1.077, março 1857, abril 1.803, maio 2.125, junho 2.078, julho 2.515, agosto 2.754, setembro 2.816, outubro 2.551, novembro 2.703 e dezembro 3.180. O ano de 2022 teve um aumento progressivo nos registros de agendamento online.

DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que mulheres e pessoas adultas (21 a 50 anos) foram os usuários que mais utilizaram o aplicativo para realizar o agendamento de consultas odontológicas no município de Porto Alegre. A procura pelo atendimento de saúde bucal é maior no turno da manhã, independentemente da forma de acesso (agendamento por aplicativo, agendamento presencial ou demanda espontânea).

Outros aplicativos com funções semelhantes ao 156+Poa estão disponíveis no Brasil, tanto para a rede privada com o “Boa Consulta”; como para a rede pública com o “Meu DigiSUS”, “Hora Marcada” e “Conecte SUS”, que são aplicativos disponíveis na *Google Play Store* (SILVA, 2019). Esses aplicativos rompem as restrições de mobilidade e podem favorecer a universalização de informações que são importantes para os usuários do serviço. Assim, compreender o perfil dos usuários do aplicativo 156+Poa é importante para formular ações integrativas.

O aplicativo DigiSUS, foi criado em 2017, antes conhecido pelo nome de e-saúde. Foi desenvolvido pelo DATASUS e lançado pelo Ministério da Saúde, para o usuário ter acesso a lista de medicamentos, cartão de vacinação, lista de exames realizados, além de outras informações (FERRAZ, 2009). É apontado a complexidade dos *layouts* o que faz com que muitos dos usuários acabem desistindo antes mesmo do primeiro acesso (SILVA, 2019; POSTAL *et al.*, 2021). Um aplicativo semelhante ao 156+POA é o Conecte SUS Cidadão. Foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde e tem diferentes funcionalidades com objetivo de facilitar o agendamento de consultas via aplicativo, sem que o cidadão precise ir até o estabelecimento de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2022). Já o aplicativo 156+POA, oficial da Prefeitura de Porto Alegre, possibilita aos cidadãos uma forma mais fácil e ágil de acessar importantes informações e serviços públicos oferecidos pela prefeitura da capital. Reúne mais de 80 serviços e recursos, como marcação de consultas, vacinas e pagamento de tributos. É necessário realizar o download do aplicativo nas lojas oficiais para Android e Apple. Seu login é feito pelo 156+POA pelas opções do acesso gov.br ou redes sociais, utilizando seu endereço de e-mail usual, mas a funcionalidade de agendamento de consultas e vacinas pelo app 156+POA só funciona se o login for feito pela opção gov.br (PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal, 2023).

Na mensuração do uso da ferramenta de agendamento online disponível no sistema PEC eSUS



APS foi constatado que poucos cidadãos fizeram uso do sistema de agendamento online. Somente 789 agendamentos foram registrados através do aplicativo (POSTAL *et al.*, 2021). Comparando com o App 156+POA é possível constatar uma adesão maior na cidade de Porto Alegre. Essa possibilidade de agendamento via aplicativo iniciou em algumas US no final do ano de 2020 em Porto Alegre e a tendência é de aumentar a adesão dos usuários, como foi vista com o passar dos meses de janeiro a dezembro de 2022.

A distribuição de residentes de Porto Alegre por gênero é de 653.787 (46,4%) de indivíduos do gênero masculino e 755.564 (53,6%) do gênero feminino entre a população (PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal, 2023). Além de estarem em maior número na população, as mulheres costumam procurar mais os serviços de saúde, adotando posturas mais preventivas em saúde (LEVORATO *et al.*, 2014).

O perfil etário da população de Porto Alegre distribui-se da seguinte forma: crianças (0 a 11 anos) correspondem a 14,5% da população; adolescentes (12 a 18 anos) representam 10,0%; jovens (19 a 29 anos) são 19,1% e adultos (30 a 59 anos) 41,3% da população. A população de idosos representa 15,0% do total de residentes, sendo a população que mais cresce na capital (PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal, 2023). No levantamento dos dados no aplicativo 156+POA é possível verificar que o maior número de agendamentos está na faixa dos 21 a 30, seguido da faixa dos 31 a 40 anos.

Como os usuários não foram entrevistados neste estudo, não é possível afirmar os motivos que os levam a utilizar ou não o aplicativo para agendamento. No entanto, acredita-se que um dos motivos pelos quais as faixas etárias de 0-10 e 60+ usaram menos o *app* seja o acesso prioritário nas US para ambas as faixas etárias e que frequente mais a US para vacinação (crianças) e controle de condições sistêmicas idosos). Outras barreiras para o uso de tecnologia por idosos também são descritas, como o funcionamento técnico, dificuldade de manuseio, limitações físicas e funcionais, insegurança e não confiabilidade na utilização de tecnologias (COSTA *et al.*, 2021). Maior resistência para aceitar mudanças no sistema de agendamento, além do componente social com a busca de interação pessoal com a equipe e demais usuários. Somado a isso, idosos costumam procurar menos o dentista quando são edêntulos e usuários de prótese total – e o uso dos serviços de saúde pode ser desencorajado pela falta de acesso às próteses (SANTOS *et al.*, 2022). Pesquisas envolvendo os usuários, por meio de questionários ou entrevistas são necessárias para melhor entendimento e adequação dos serviços e formas de agendamento.

Postal *et al.* (2021) aplicaram questionário online para avaliar a adesão dos profissionais na utilização do aplicativo Conecte SUS. Verificou-se que a maioria deles não conhecia o sistema de agendamento online da APS e que era necessária uma campanha de divulgação e incentivo à utilização dessas ferramentas, para que o agendamento online entre na rotina dos serviços como um instrumento facilitador do acesso à APS.

Zhao *et al.* (2017) relataram que a redução do absenteísmo pode estar associada à melhoria do



acesso à informação e ao sentimento de responsabilidade por parte dos cidadãos, permitindo realizar o agendamento e cancelamento sem precisar se deslocar até o estabelecimento de saúde. Dessa forma, faz-se necessário estudo que demonstre a efetividade do sistema e seus benefícios para a redução do absenteísmo.

O processo de elaboração de trabalhos, através da integração e processamento de dados, é considerado uma ferramenta indispensável para a saúde, permitindo a localização dos eventos no tempo e no espaço, o monitoramento e controle de determinado evento de saúde, a identificação de áreas geográficas e extratos populacionais mais vulneráveis, a avaliação do impacto das intervenções de saúde e a estimativa de áreas de risco entre a população (FERRAZ, 2009; STARFIELD, 2002).

O viés de informação pode estar presente, por se tratar de dados secundários. No entanto, a pesquisadora trabalhou para evitar equívocos com os dados coletados do sistema de informação da Prefeitura, bem como garantiu o sigilo das informações. Uma limitação do estudo foi a ausência da percepção dos usuários quanto à utilização do aplicativo para agendamento das consultas odontológicas. No entanto, o estudo tem como fortaleza o tamanho da amostra e a possibilidade de comparar as formas de agendamento em uma grande capital brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se o perfil dos usuários do aplicativo 156+POA para agendamento online de consultas odontológicas no ano de 2022, composto majoritariamente por mulheres e indivíduos na faixa dos 21 a 50 anos, em distritos com maior número populacional e PEA elevada, com maior procura no turno da manhã e progressão de agendamentos durante o ano. Conhecer o perfil dos usuários que já estão utilizando essa tecnologia dá subsídios para que a gestão trabalhe na inclusão dos demais cidadãos que ainda não estão aproveitando essa ferramenta.

A capacitação de profissionais para utilização desta tecnologia é fundamental para serem capazes de transmitir as informações e orientar os usuários quanto à utilização de aplicativos que facilitam o acesso ao serviço de saúde. Esse papel de educador em saúde também é da responsabilidade dos profissionais do SUS. Os aplicativos móveis estão difundidos na área da saúde, e são utilizados, em especial, em processos de promoção da saúde. Torna-se relevante a difusão dessas tecnologias nas assistências em saúde.

Espera-se que esta publicação suscite novos diálogos sobre a usabilidade de aplicativos e outras tecnologias na expansão do acesso a informações de serviços de saúde, na educação em saúde e no empoderamento da comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2013. Cadernos da Atenção Básica, v. 28.



BRASIL. Ministério da Saúde. *Aplicativo Conecte SUS Cidadão*. Brasília, DF, 2022. Disponível em <https://www.iservicos.com.br/conecte-sus-aplicativo-passaporte-digital-de-imunizacao/>. Acesso em: 20 dez. 2022.

COSTA, Debora Ellen Sousa *et al.* A influência das tecnologias na saúde mental dos idosos em tempos de pandemia: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 2, p. e8210212198-e8210212198, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12198>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12198>. Acesso em: 26 jun. 2023

FERRAZ, Lygia Helena Valle da Costa. *O SUS, o DATASUS e a informação em saúde: uma proposta de gestão participativa*. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/2458/ENSP_Disserta%c3%a7%c3%a3o_Ferraz_Lygia_Helena_Valle_Costa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 dez. 2022.

LEVORATO, Cleice Daiana *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n4/1263-1274/pt/#>. Acesso em: 25 jun. 2023.

LIMA, Sayonara Arruda Vieira *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/wKGDCzzn5pgT4D4jZz4tbyc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 jan. 2023.

PINTO, J. R.; CARNEIRO, M. G. D. Avaliação do agendamento online de consultas médicas especializadas através da central de regulação do SUS. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 9, n. 58, p. 123-128, 2012. Disponível: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6985223/mod_folder/content/0/Artigo%20Miriam.pdf. Acesso em: 5 jan. 2023.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. *Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2022-2025*. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2022. Disponível em: https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=927. Acesso em: 8 jan. 2023.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. *Biblioteca virtual de atenção primária em saúde*. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2023. Disponível em: <https://sites.google.com/view/bvsapspoa/bi-da-sms?authuser=0>. Acesso em 8 jan 2023.

POSTAL, Lucas *et al.* Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2023-2034, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.38072020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xMLGMTVS8LXJhyYYMfQkRtq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em:



7 jan. 2023.

SANTOS, Aline Soares Figueiredo *et al.* Uso de serviços de saúde bucal entre idosos brasileiros: mediação pela perda dentária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 2777-2788, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.22122021>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n7/2777-2788/pt/#>. Acesso em 25 jun. 2023.

SILVA, Dhonatan Diego Marinho da. *Info Saúde: uma aplicação mobile para auxiliar usuários da saúde pública no Brasil*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Bacharelado em Sistemas de Informação) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2019. Disponível em: <https://1library.org/document/qo52djv0-dhonatandiegomarinhodasilvainfosa%C3%BAde-umaaplica%C3%A7%C3%A3o-mobileparaauxiliarusu%C3%A1riosdasa%C3%BAdep%C3%BAblicanobrasil.html#fulltext-content>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SILVEIRA, Gabriela Silva da *et al.* Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-7, 2018. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1836](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1836). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1836>. Acesso em: 8 jan. 2023.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2023.

ZHAO, P *et al.* Web-based medical appointment Systems: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, Toronto, v. 19, n. 4, p. e134, 2017. DOI: 10.2196/jmir.6747. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28446422/>. Acesso em: 9 jan. 2023.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 29 de Abril de 2023.

Aceito em 07 de Julho de 2023.

Publicado em 20 de Julho de 2023.

Como referenciar este artigo (ABNT):

SOUZA, Jéssica Florência de; CONDESSA, Aline Macarevich. Perfil dos usuários que utilizam o aplicativo de dispositivo móvel 156+POA para agendar consultas odontológicas. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 86-95, 2023.



DIÁLOGOS COM A SOCIEDADE





Estratégia apoiador regional do Conselho de Secretarias de Saúde do Rio Grande Do Sul (COSEMS RS): Conhecer o passado para construir o futuro

Regional supporter strategy of the Council of Health Secretariats of Rio Grande do Sul (COSEMS RS): Knowing the past to build the future

Estrategia de apoyo regional del Consejo de Secretarías de Salud de Rio Grande Do Sul (COSEMS RS): Conocer el pasado para construir el futuro

Luciane Feira Gomes Espíndola de Ávila¹
Roger dos Santos Rosa²
Violeta Rodrigues Aguiar³
Maria Alessandra Carvalho Albuquerque⁴

RESUMO

O Projeto “Rede Colaborativa para o Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS” vêm se consolidando por meio da “Estratégia Apoiador do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS)” a partir de práticas de apoio que subsidiam os gestores municipais de saúde do RS em processos de tomada de decisão. O objetivo geral deste texto é dar luz a história desse Projeto Nacional no âmbito do Rio Grande do Sul bem como dialogar sobre o processo de capilarização, ampliação e seguimento no estado por meio da apresentação de um estudo de caso. São apresentados o contexto local, a história do COSEMS/RS, as forças ali presentes, os atores e suas questões e as relações entre eles por meio de movimentos que aproximam ou que dividem as dinâmicas produzidas, as experiências, os desafios e as possibilidades de formulação das políticas públicas de saúde na perspectiva regional e macrorregional. Na medida em que se reflete sobre os aspectos fundamentais da política pública e sua capacidade de gerar efeito, busca-se melhorar realidades e bem-estar da população.

Palavras-chaves: apoio ao planejamento em saúde; gestão em saúde; Sistema Único de Saúde; apoiador regional

ABSTRACT

The Project “Collaborative Network for Strengthening the Municipal Unified Health System Management” has been consolidated through the “Council Supporter Strategy of Municipal Health Secretariats of Rio Grande do Sul (COSEMS/RS)” from support practices that subsidize the decision-making process of municipal health managers in the state of Rio Grande do Sul. The general objective of this text is to shed light on the history of this National Project in the scope of Rio Grande do Sul and dialogue about the process of capillarization, expansion, and follow-up in the state by presenting a case study. The local context, the history of COSEMS/RS, the forces present there, the actors and their issues, and the relationships between them are presented through movements that bring together or divide the dynamics produced, experiences, challenges, and possibilities for the formulation of public health policies in the regional and macro-regional perspective. It seeks to improve the realities and well-being of the population to the extent that it reflects on the fundamental aspects of public policy and its ability to generate effect.

Keyword: support to health planning; health management; Unified Health System; regional supporter.

¹ Discente do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino na Saúde / UFRGS.

<https://orcid.org/0009-0003-6034-9992>
<http://lattes.cnpq.br/4569979837566477>
lupm30@hotmail.com

² Professor titular da Faculdade de Medicina/ UFRGS.

<https://orcid.org/0000-0002-7315-1200>
<http://lattes.cnpq.br/6601104117405392>
roger.rosa@ufrgs.br

³ Docente do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino na Saúde / UFRGS.

<https://orcid.org/0000-0002-5997-4999>
<http://lattes.cnpq.br/8172813137134232>
violetaaguiar@gmail.com

⁴ Facilitadora do Projeto Apoiadores no COSEMS/RS. Aluna especial do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS/Grupo Hospitalar Conceição.

<https://orcid.org/0009-0009-7657-8873>
<http://lattes.cnpq.br/4433829502185952>
alessandraalbuq@hotmail.com

RESUMEN

El Proyecto “Red Colaborativa para el Fortalecimiento de la Gestión Municipal del SUS” viene consolidándose por medio de la “Estrategia de Apoyo del Consejo de Secretarias Municipales de Salud de Rio Grande do Sul (COSEMS/RS)” a partir de prácticas de apoyo que ayudan a los gestores municipales de salud de RS en procesos de toma de decisión. El objetivo general de este texto es dar luz a la historia de ese Proyecto Nacional en el ámbito de Rio Grande do Sul así como dialogar sobre el proceso de capilarización, ampliación y seguimiento en el estado por medio de la presentación de un estudio de caso. Son presentados el contexto local, la historia del COSEMS/RS, las fuerzas allí presentes, los actores y sus problemáticas y las relaciones entre ellos por medio de movimientos que aproximan o que dividen las dinámicas producidas, las experiencias, los desafíos y las posibilidades de formulación de las políticas públicas de salud en la perspectiva regional y macrorregional. En la medida en que se refleja sobre los aspectos fundamentales de la política pública y su capacidad de generar efecto, se busca mejorar realidades y bienestar de la población.

Palabras clave: apoyo a la planificación en salud; gestión en salud; Sistema Único de Salud; apoyo regional.

INTRODUÇÃO

O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS) tem por finalidade lutar pela gestão municipal de saúde, congregando os gestores municipais de saúde e funciona como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações para seus membros. Atua por meio da participação efetiva na formulação das políticas públicas de saúde em nível estadual e nacional em prol do desenvolvimento da saúde pública, da universalidade e equidade de acesso da população gaúcha às ações e os serviços de saúde por meio da promoção de ações conjuntas que fortaleçam a descentralização política, administrativa e financeira do Sistema Único de Saúde (SUS) (SHIMIZU *et al.*, 2017).

O fomento à capacidade governativa é considerado a principal missão do COSEMS/RS. Entende-se como tal a “capacidade de um sistema político em produzir políticas públicas que resolvam os problemas da sociedade, ou a capacidade dos governos de converter o potencial político de um dado conjunto de instituições e práticas políticas em capacidade de definir, implementar e sustentar políticas”. Pode-se dizer, portanto, que é a habilidade de fazer as propostas do Estado saírem do papel e de fato se transformarem em ações concretas que geram efeito positivo para sociedade. Tal capacidade reflete diretamente a atuação do Apoiador, que nada mais é do que apropriar os gestores municipais sobre sua importância na representação político-institucional e nos espaços descentralizados e decisórios do SUS, mantendo sua mobilização na área de abrangência, para que, a partir da ótica dos municípios, possa-se discutir e pactuar políticas públicas de saúde local, estadual e nacionalmente (PRADO *et al.*, 2020).

Estudos recentes na área de planejamento e gestão têm sinalizado a importância de que os gestores municipais de saúde pública sejam qualificados, escolhidos por critérios técnicos e não estritamente políticos (AGUIAR *et al.*, 2023; ARCARI *et al.*, 2018; BARBOSA, 2016). Com intuito de auxiliar nessa missão, desde 2017 o COSEMS/RS participa do Projeto “Rede Colaborativa para o Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS”, o qual tem o Apoiador Regional como ator principal para a concretização do projeto nas regiões de saúde (COSEMS/RS, 2022).



O Projeto “Rede Colaborativa para o Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS” vem se consolidando por meio da “Estratégia Apoiador COSEMS/RS”. Parte das práticas de apoio que subsidiavam os gestores municipais de saúde do Rio Grande do Sul nos processos de tomada de decisão, com base nas premissas de conhecer e reconhecer o contexto local, a história dos municípios, as forças ali presentes, os atores e suas questões, as relações entre eles. Vale-se de movimentos que aproximam ou que dividem as dinâmicas produzidas, as experiências, os desafios e as possibilidades de formulação das políticas públicas de saúde na perspectiva regional e macrorregional (BRASIL. Ministério da Saúde; HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2020).

O objetivo geral deste texto é compartilhar a importância deste Projeto e da Estratégia Apoiador no Rio Grande do Sul bem como dialogar sobre o processo histórico de ampliação e de seguimento no Estado. Em relação à tipologia metodológica, a estratégia de pesquisa adotada foi a de apresentar um “estudo de caso” único relativo a uma organização (COSEMS/RS) a fim de estudar profundamente o fenômeno e com isso alcançar um conhecimento amplo e detalhado (YIN, 2018). Para tanto, são apresentados aspectos históricos do COSEMS/RS e da estratégia apoiador, o contexto atual, é discutido o fomento à capacidade governativa pela estratégia apoiador e são apresentadas algumas perspectivas futuras com base em documentos oficiais e literatura específica.

ASPECTOS HISTÓRICOS COSEMS/RS E ESTRATÉGIA APOIADOR

O Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS), fundado em 20 de junho de 1986, é uma entidade civil de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Então em 2012, o COSEMS/RS mudou a situação estatutária, adequando-se às normativas do CONASEMS e teve mudança da sigla de ASSEDISA/RS (Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul) para COSEMS/RS, dando continuidade a história de 36 anos de construção da política de saúde no Estado do Rio Grande do Sul (CONASEMS, 2007).

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) assumiu em 1988 a missão de agregar e de representar o conjunto de todas as secretarias municipais de saúde do país, promovendo e consolidando um novo modelo de gestão pública de saúde alicerçado em conceitos como descentralização e municipalização (CONASEMS, 2007). O CONASEMS, nasceu a partir do movimento social em prol da saúde pública, se legitimou como uma força política (PAIM *et al.*, 2011). Os Encontros do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) de Olinda (PE) em 1988 e de Porto Alegre (RS) em 1989 e suas respectivas cartas expressaram as posições dos secretários municipais de saúde mais mobilizados em relação ao então Programa Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e ao início do SUS e representaram o fortalecimento das instituições locais.



Segundo livro publicado em 2007 que relata a história do CONASEMS, treze COSEMS foram criados entre 1986 e 1990, apenas um até 2000, o COSEMS de Tocantins; e três a partir de 2000 (CONASEMS, 2007). O Quadro 1 apresenta essa evolução.

Quadro 1. Ano de fundação dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) por Unidade da Federação, 1986-2004.

Unidade da Federação	Ano de fundação
Rio Grande do Sul, Pernambuco e Mato Grosso	1986
São Paulo e Paraíba	1987
Ceará, Sergipe, Rio Grande do Norte, Alagoas e Goiás	1988
Espírito Santo	1990
Minas Gerais e Bahia	1991
Amazonas, Amapá, Roraima, Piauí e Rio de Janeiro	1993
Santa Catarina	1994
Tocantins	1997
Roraima	2003
Acre e Mato Grosso do Sul	2004

Fonte: CONASEMS (2007).

Em 2016, iniciou-se o Projeto “Rede Colaborativa para o Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS” que foi proposto pelo CONASEMS e vinha sendo executado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), em parceria com o Ministério da Saúde. Sua prorrogação foi aprovada iniciando o segundo triênio de 2018 – 2020 (BRASIL. Ministério da Saúde; HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2020). Durante os anos que antecederam ao Projeto, o apoio técnico aos municípios pelo COSEMS/RS ocorreu de forma muito limitada, a partir de alguma demanda pontual solicitada pelos gestores. O apoio era oferecido por meio do trabalho em conjunto de três colaboradores que vinham de outras experiências na gestão municipal e realizavam essa assessoria sobrepostas com a organização e gerência do conselho em “home office”, uma vez que a instituição não possuía sede própria.

Em 2021, o projeto passou por um período de transição com a qualificação e a ampliação das estratégias. O terceiro triênio 2021-2023 foi marcado pela chegada de mais uma instituição parceira, o Hospital Benemerita Beneficência Portuguesa de São Paulo. Esse hospital integra o projeto com o intuito de compor a plataforma colaborativa entre CONASEMS/COSEMS, Ministério da Saúde e



Hospital Alemão Oswaldo Cruz para construção da sustentabilidade da estratégia de fortalecimento da gestão municipal do SUS. Essas instituições atuam por meio de ações que garantam a consolidação da rede de apoio CONASEMS/COSEMS por meio da institucionalização do projeto Apoiadores para dentro dos COSEMSs (BRASIL. Ministério da Saúde; HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2021).

Ainda que em alguns estados a Estratégia Apoiador já fosse uma realidade há alguns anos, como o caso de São Paulo, Paraná e Minas Gerais, o marco inicial do projeto no COSEMS/RS, assim como para todo território nacional, ocorreu de fato no ano de 2017. Em abril de 2017, após inúmeras tratativas a nível nacional junto ao CONASEMS, onze apoiadores regionais sob a orientação de uma coordenação começaram a atuação no COSEMS/RS vinculados como bolsistas do projeto. Como já mencionado, à época a instituição sequer tinha sede própria.

Após mais de 30 anos de sua fundação, em março de 2018, a instituição inaugurou sua primeira sede durante a gestão do então Presidente do COSEMS/RS Diego Espíndola, Secretário Municipal da Saúde de Piratini/RS. O COSEMS/RS foi muito impulsionado pela chegada dos “Apoiadores Regionais da Rede Colaborativa” e a partir da necessidade de organização, com o intuito de disponibilizar aos gestores representados pela instituição, um espaço próprio na capital do Estado, em Porto Alegre. A sede era localizada em três salas no quarto andar da Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa (SEINSF), estrutura do Ministério da Saúde vinculada às Superintendências Estaduais do Ministério da Saúde, cedida para o COSEMS/RS, encerrando um ciclo e iniciando outro para a instituição.

CONTEXTO ATUAL

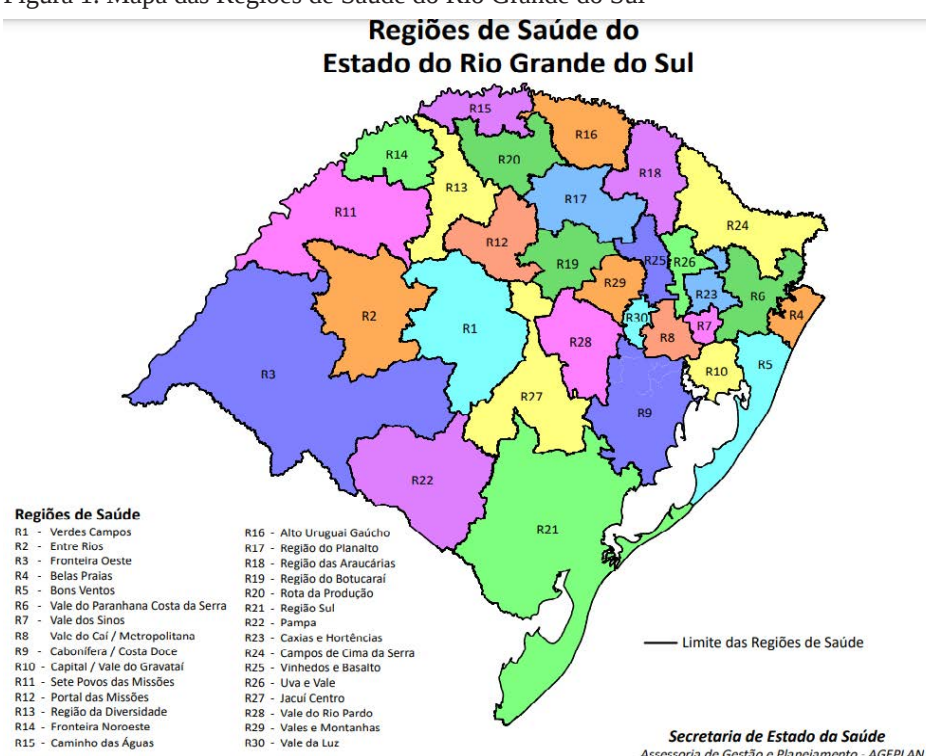
O Projeto da Rede Colaborativa “Estratégia Apoiador” conta em âmbito nacional com 26 coordenadores estaduais, 26 facilitadores e 233 apoiadores em 2023. Esses participantes auxiliam os gestores municipais na superação de desafios enfrentados na construção cotidiana do SUS em todo território nacional distribuído pelas 449 regiões de saúde do Brasil. A atividade vincula-se ao objetivo nº 7 do Plano Nacional de Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2023a) que busca “aperfeiçoar a gestão do SUS visando a garantia do acesso a bens e serviços de saúde equitativos e de qualidade” e à Política Nacional de Humanização (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

Alinhado a esse propósito, o COSEMS/RS percebeu a necessidade de ampliar o número de apoiadores após quase seis anos da implantação da estratégia no Estado. Em novembro de 2022, incorporou ao quadro mais dois apoiadores e ampliou a equipe de doze para quatorze membros, uma vez que percebeu a fragilidade na Macrorregião Norte. Para o acréscimo, foram consideradas as distâncias e as especificidades regionais e o número elevado de gestores apoiados por um único apoiador regional (95 gestores), o que o colocava como apoiador com maior número de municípios apoiados no Brasil.



No Rio Grande do Sul (RS) são atualmente quatorze apoiadores regionais, vinculados por contratos de prestação de serviços diretos firmados entre COSEMS/RS e pessoa jurídica sob gerência de um coordenador e um facilitador de apoio no Estado. Estão distribuídos nas dimensões de representação do COSEMS/RS e contemplam as 7 macrorregiões (Centro-Oeste, Missioneira, Norte, Serra, Vales, Sul e Metropolitana), 30 regiões de saúde e 497 municípios/gestores municipais de saúde sendo apoiados por atores que contribuem na ampliação do conjunto de ferramentas disponíveis aos gestores no exercício de suas funções.

Figura 1. Mapa das Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul



Fonte: RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (2022).

Dos 497 municípios gaúchos, 30% respondem somente pela gestão da atenção primária à saúde. Além da gestão da atenção primária, 57,4% apresentam assunção de algum serviço de média complexidade (sendo grande parte ainda pela Secretaria Estadual de Saúde) e somente 12,6% têm gestão plena do sistema (atenção básica, média e alta complexidade). Ademais, 44% dos municípios gaúchos são de pequeno porte, com até 5 mil habitantes, 47% possuem de 5 a 50 mil habitantes e apenas 9% têm mais de 50 mil habitantes (AGUIAR *et al.*, 2023), o que requer estratégias de articulação e planos de trabalhos diferentes junto aos representantes regionais e aos respectivos apoiadores.

A atuação dos apoiadores busca assegurar a atualização permanente dos gestores, por meio do



repassa de informações de forma ágil e segura, assim como se preocupa em garantir que os gestores sejam fortalecidos e empoderados no processo de governança e articulação regional, sobretudo nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Bipartite (CIB) (BRASIL. Ministério da Saúde; HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2020).

O Apoio é um arranjo de gestão e de cuidado em saúde construído e trabalhado de diferentes modos, tanto no campo da formulação como nas experimentações desenvolvidas em diferentes espaços do SUS. Portanto, não há um modelo certo e outro errado, mas modos de organizá-lo que de certa forma possa apoiar o trabalho da equipe de gestão e/ou de saúde de uma determinada organização (BRASIL. Ministério da Saúde; HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2021).

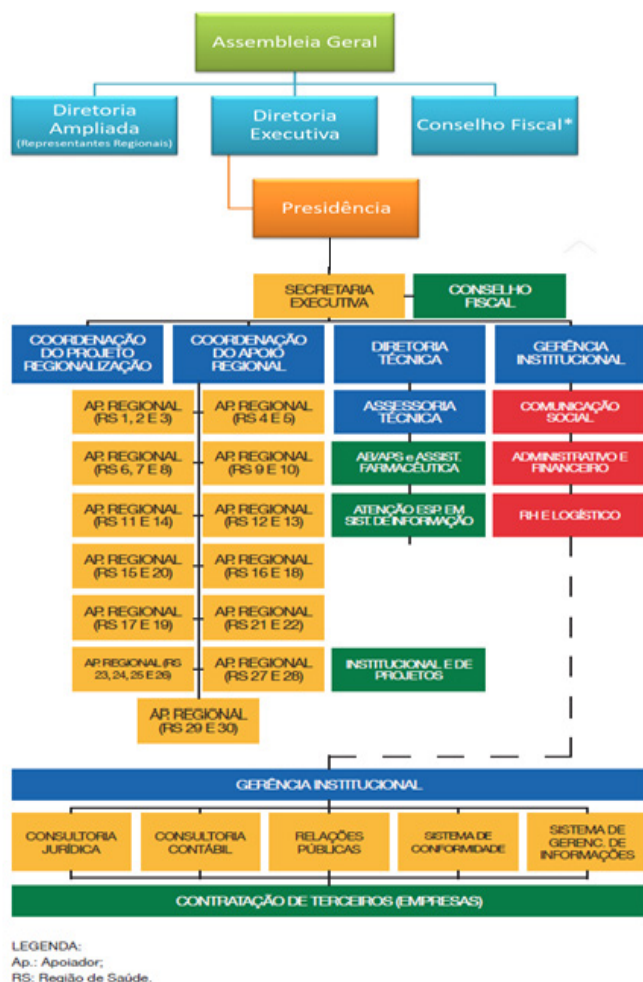
Ao se referir ao trabalho exercido pelo apoiador, Bertussi (2010, p.125) define que este “não se configura como uma prática puramente técnica, mas sim como uma prática relacional, reproduzindo-se a si num dado contexto o tempo todo e acionando tecnologias em vários campos, inclusive o das tecnologias leve-duras e duras.” Nessa perspectiva, se evidencia uma produção intensamente micropolítica em relação aos processos mediadores existentes entre o apoio e as equipes de saúde/gestores. Dessa forma, o apoio seria como um dispositivo que provoca estranhamentos, ruídos, tensões, conflitos, criação, invenção e eficácia no enfrentamento de problemas cotidianos (BERTUSSI, 2010).

O Apoio Regional de Gestão também sofre influências diretas do Apoio institucional e matricial principalmente no que se refere a trabalhar com a Educação Permanente em Saúde (EPS) como ferramenta estratégica fundamental para as transformações do trabalho na saúde pública. Aposta no desenvolvimento da cogestão e incentiva a participação dos sujeitos em coletivos organizados (EIDELWEIN; PAULON, 2017) voltados para a produção de bens ou serviços, bem como para a educação permanente e para a gestão compartilhada da instituição e de seus processos de trabalho (BERTUSSI, 2010; CASTRO; CAMPOS, 2014). Desse modo, a EPS foi instituída na Estratégia Apoiador no COSEMS/RS, no qual é pactuado um momento coletivo mensal e/ou bimensal junto a equipe de assessoria técnica, facilitadora e coordenação do Projeto no Rio Grande do Sul.

Paralelamente à capilarização da atuação do Apoiador no Rio Grande do Sul, percebe-se que o COSEMS/RS, após 6 anos do início da atuação dos Apoiadores, acompanhou a evolução do projeto e também se aprimorou. Hoje situa-se em uma sede e estruturou-se também administrativamente, conta atualmente com oito colaboradores distribuídos entre os setores da Gerência Institucional, Secretaria Executiva, Assessoria Técnica por eixo temático e Assessoria de Comunicação, sob a gestão do atual Presidente Guilherme Ribas, Secretário Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, organizados conforme organograma na Figura 2.



Figura 2. Organização institucional do COSEMS/RS, 2023.



Fonte: COSEMS/RS (2022)

FOMENTO À CAPACIDADE GOVERNATIVA PELA ESTRATÉGIA APOIADOR

À gestão da saúde compete priorizar os problemas do seu território e mobilizar as tecnologias mais adequadas para seu enfrentamento, visto que fazer gestão é unir necessidades e demandas, sempre entendidas como problemas a serem enfrentados, com tecnologias, pensadas aqui de uma forma abrangente e mais livre, como formulação e implementação de políticas, mas também com a organização do trabalho, mobilizando recursos que precisam ser adequadamente combinados entre si, sejam profissionais ou de equipamentos (PAIM; TEIXEIRA, 2006; TANAKA; TAMAKI, 2012).

A capacidade governativa depende da capacidade de fazer levantamento das necessidades de saúde da população, planejamento, execução, avaliação e monitoramento. No entanto, mais do que isso, percebe-se que a capacidade governativa depende muito da capacidade do governo de se articular com outros atores e ter um olhar específico para o território onde a política pública vai ser executada. Assim, o projeto procura contribuir também para o fortalecimento e autonomia dos CO-



SEMS através do aprimoramento das instâncias de pactuação regionais e estaduais e da capilarização da atuação do Conselho pelo território.

Na perspectiva da formulação das políticas públicas de saúde, segundo CONASS (2015), às regiões de saúde têm se configurado como o território no qual é exercida a governança do sistema de saúde, nos vários fóruns de discussão, inclusive no âmbito da Comissão Intergestores Regional (CIR), em que se reúnem gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para a tomada de decisão de forma regional. E na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) os gestores municipais e o gestor estadual pactuam e deliberam questões importantes para a realidade sanitária da região, na perspectiva da prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, otimizando a utilização de seus recursos físicos e financeiros e a força de trabalho para superação dos problemas de saúde daquele território, em exercício permanente de planejamento integrado (BRASIL. Ministério da Saúde; HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2015).

Portanto, os apoiadores promovem estratégias de formação no âmbito da Educação Permanente em Saúde (EPS) resguardando o protagonismo dos gestores nos espaços de que participam, especialmente nos encontros de COSEMS regional nas regiões onde o espaço já é instituído. Cabe salientar que as reuniões de CIR são palco importante da atuação do apoiador. Foi ressaltado como um dos principais resultados do projeto no triênio 2015-2017 e consolidados no triênio 2018-2020 ante a maior participação dos gestores nos espaços de Secretaria Técnica (SETEC), CIR e CIB, além do fortalecimento do COSEMS regional e estadual. As informações têm chegado de forma mais rápida e efetiva aos gestores constituindo o início de um processo de qualificação dos instrumentos de gestão, entre outros (BRASIL. Ministério da Saúde; HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2020).

Segundo PROADI (2022), é fundamental envolver diferentes atores, como gestores, técnicos ou membros da Rede Colaborativa, na composição de um grupo com diferentes representantes das esferas de gestão do SUS capaz de priorizar e organizar essas ações e projetos, de maneira que os recursos disponíveis sejam eles financeiros, temporais ou humanos, sejam aproveitados de maneira integrada e não sobreposta (BRASIL. Ministério da Saúde, 2023b).

Essas definições gerais das habilidades inerentes à capacidade governativa, apontam que o oferecimento de apoio para os gestores do SUS no âmbito regional para a qualificação da gestão municipal, com estímulo às boas práticas e a troca permanente de informações e conhecimentos, fortalece não só o gestor municipal, mas também os COSEMS. Favorece, assim, a capacidade de articulação dos municípios no âmbito regional e estadual, apontando para a consolidação de uma rede cada vez mais forte e coesa.

A implementação e a formulação bem-sucedida de políticas públicas dependem, de um lado, da capacidade da elite governamental de mobilizar apoios para as políticas de sua preferência por



meio do desenvolvimento de coalizões de sustentação e da construção de arenas de negociação, e, de outro, da capacidade instrumental e operacional do Estado (SANTOS; ROVER, 2019).

Nesse triênio, a intenção da Estratégia de Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS é através da atuação dos Apoiadores nas regiões de saúde, qualificar o acesso às informações para tomada de decisão, com a utilização dos instrumentos de planejamento, gestão, monitoramento e avaliação para contribuir com a consolidação de um modelo de atenção que tenha a atenção básica como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede; auxiliar a efetivação da regionalização, e implementar novas políticas para a continuidade no enfrentamento à pandemia (BRASIL. Ministério da Saúde, 2023b).

Ademais, como estratégia para o fortalecimento da gestão municipal e o processo de regionalização da saúde, o CONASEMS desenvolveu o Painel de Apoio à Gestão. A iniciativa faz parte de um conjunto articulado de ações desenvolvidas pelo CONASEMS que visa um processo permanente de auxílio ao gestor municipal na tomada de decisão. O Painel é uma ferramenta de trabalho utilizada e amplamente divulgada pelos apoiadores regionais. Fornece um panorama para consulta sobre os dados inerentes à gestão municipal, nos mais diversos assuntos como: economia em saúde, indicadores, perfil municipal, relatórios operacionais e capacidade instalada. Importante subsídio na elaboração e execução do planejamento local e regional, a fim de fortalecer e embasar os debates nos processos de governança, organização e integração da Rede de Atenção à Saúde (CONASEMS, 2023a).

PERSPECTIVAS FUTURAS/CONSIDERAÇÕES FINAIS

O maior desafio na governança participativa e colaborativa do sistema de saúde brasileiro, para a construção coletiva do cuidado em saúde, é a separação de responsabilidades entre os diferentes níveis de governo, considerando a saúde como um direito fundamental dos cidadãos e um dever do Estado (FLEURY *et al.*, 2010; PRADO *et al.*, 2020).

A Estratégia de Apoio Regional é uma alternativa para potencializar a capacidade governativa, mais precisamente a habilidade que a gestão municipal da saúde tem de se articular com os atores que são imprescindíveis para fazer a política se materializar no território. À medida em que os atores se modificam de acordo com as demandas locais, amplia-se a capacidade da resolução dos problemas comuns a todos. Nesse sentido, é possível interferir positivamente no acesso da população à saúde, assegurar equidade com qualidade por meio dessa forma de “fazer gestão”.

No terceiro triênio, o projeto Rede Colaborativa visa a consolidar a Estratégia Apoiadores COSEMS, implantada em 2017 nas 26 unidades federativas do país. A partir de 2021, a iniciativa vem sendo conduzida pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz e pela Benemérita Beneficência Portuguesa de São Paulo em uma plataforma colaborativa, em que os dois hospitais conduzem o projeto Rede Colaborativa demandado pelo CONASEMS e aprovado pelo Ministério da Saúde. Neste formato, cada hospital tem responsabilidades e entregas diferentes, que buscam apoiar o processo de institucionali-



zação do apoio na Rede CONASEMS/COSEMS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2023a).

Com a proposta de democratizar a informação e torná-la pública, o CONASEMS lançou recentemente o Painel Rede CONASEMS/COSEMS que fornece, de forma dinâmica e personalizada, os dados de todos os apoiadores, coordenadores e facilitadores que atendem os 5.570 municípios do Brasil pela Rede Colaborativa CONASEMS/COSEMS. Em especial, a aba do Rio Grande do Sul contempla os dados dos 14 apoiadores, coordenação e facilitação do Apoio do COSEMS RS, propiciando aos gestores gaúchos um espaço de aprendizado, diálogo e reconhecimento, da equipe que os apoiam, das macrorregiões e regiões de saúde. Fortalece assim a atuação do COSEMS/RS ao facilitar a articulação e a sinergia das ações locais vinculadas ao SUS nos diferentes espaços de governança, e instâncias de pactuação regional (CONASEMS, 2023b).

Este processo envolve o aprimoramento do suporte para criar oportunidades de ressignificação da prática através da problematização, reflexão, planejamento, monitoramento e avaliação, em um ciclo vivo e pulsante que se adapta às necessidades dos territórios e dos gestores. Tem por base a Educação Permanente em Saúde como uma ferramenta transversal que sustenta as atividades de formação e desenvolvimento dos profissionais envolvidos na melhoria da gestão municipal do SUS através da Rede CONASEMS/COSEMS. Tem-se mostrado potente na ampliação das ferramentas disponíveis aos gestores no exercício de suas funções. Possibilita a troca de experiências entre os municípios, com a ampliação do acesso às informações para organização do sistema no âmbito local e regional. Colabora no fortalecimento do papel representativo e associativo do gestor municipal e, conseqüentemente, fortalece as instâncias de pactuação do SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2023b).

Assim, a partir dos aprendizados e desafios enfrentados durante os quase seis anos de implantação do Projeto Apoiadores regionais no Rio Grande do Sul, o COSEMS do RS caminha rumo à institucionalização, transforma o que antes era apenas um projeto com prazo máximo de três anos, em uma estratégia para o Estado. O Apoiador Regional é hoje uma realidade bem-sucedida e a principal tecnologia disponível para o fortalecimento da gestão municipal, torna-se uma das principais conquistas e êxito da instituição nos últimos anos, pois consolida o trabalho de apoiar a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada município gaúcho.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, V. R. *et al.* Quais aspectos influenciam a priorização da Atenção Primária à Saúde pelos gestores municipais do Rio Grande do Sul - Brasil? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 197-208, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.00182022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JZScJ9LJChNgz3yC9zv4ryK/#>. Acesso em: 1 mar. 2023.

ARCARI, J. M. *et al.* Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. *Ciência*



& *Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 407-420, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BRn78MRVdwkp-qwkZmNnVm5F/?lang=pt>. Acesso em: 1 mar. 2023.

BARBOSA, C. M. *Perfil do gestor em saúde no Estado do Tocantins: formação, conhecimentos e desafios*. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/21671/1/DISS%20CESAR%20MARTINS%20BARBOSA.%20MP%202016.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2023.

BERTUSSI, D. C. *O Apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde*. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós Graduação em Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://objdig.ufrj.br/50/teses/d/CCS_D_DeboraCristinaBertussi.pdf. Acesso em: 1 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*. 1. ed. Brasília, DF: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004. Disponível em: https://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 1 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *A Gestão do SUS*. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *Experiências da rede colaborativa apoiando a gestão municipal do SUS Experiências da Rede Colaborativa apoiando a gestão municipal do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencias_rede_colaborativa_conasems_web_2018.pdf. Acesso em: 2 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *Guia da Estratégia Apoiador COSEMS-CONASEMS*. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Guia_da_Estrategia_Apoiador_COSEMS-CONASEMS-1.pdf. Acesso em: 2 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2020-2023*. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf. Acesso em: 2 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto formação rede colaborativa para fortalecimento da gestão municipal do SUS : triênio 2021-2023 : subsídios históricos, teóricos e conceituais para pactuação de diretrizes da institucionalização do apoio*. 1. Ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b.



CASTRO, C. P. de; CAMPOS, G. W. de S. Apoio Institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 29-50, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000100003>. Disponível em: Acesso em: 1 abr. 2023.

CONASEMS. *A história do CONASEMS: da fase heróica da década de 80 ao desejo de mudança do modelo de atenção e gestão dos anos 2000*. Brasília, DF: [s. n.], 2007.

CONASEMS. *Painel de Apoio à Gestão*. Brasília, DF, 2023a. Disponível em: <https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio>. 2023. Acesso em: 8 abr. 2023.

CONASEMS. Rede CONASEMS. Brasília, DF, 2023b. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/26_rede-conasems-cosems. Acesso em: 8 abr. 2023.

CONSELHO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. COSEMS/RS. *Guia de Bordo do Apoio Institucional*. Porto Alegre, 2022.

EIDELWEIN, C.; PAULON, S. M. Tecnologia do apoio e democratização na gestão do Sistema Único de Saúde: reverberações da análise institucional no campo da saúde coletiva. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 518-540, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2017v23n1p518-540>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682017000100032&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 1 abr. 2023.

FLEURY, S. *et al.* Local governance in the decentralized health care system in Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 28, n. 6, p. 446-455, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811902>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7LRjjLQHp-g7KN4jcDykc9B/?lang=en>. Acesso em 2 abr. 2023.

PAIM, J. *et al.* Saúde no Brasil. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, Minneapolis, v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8 Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em 2 abr. 2023.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. especial, p. 73-78, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/T59CdBgD-QyGf3hqLpZCjyks/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 abr. 2023.

PRADO, N. M. de B. L. *et al.* Gestão e governança em saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Revista Gestão & Saúde*, Brasília, DF, v. 11, n. 2, p. 211-227, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26512/gs.v11i2.29964>. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/29964/27349>. Acesso em: 3 abr. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. *Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202206/10095622-mapa-rs-18-crs-atualizado-2022.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2023.



SANTOS, R. R. dos; ROVER, S. Influência da governança pública na eficiência da alocação dos recursos públicos. *Revista de Administração Pública*, São Paulo, v. 53, n. 4, p. 732–752, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220180084>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/hgNrfW-jKs9cRxh434YmKNQh/?lang=pt>. Acesso em: 2 mar. 2023.

SHIMIZU, H. E. *et al.* O protagonismo dos conselhos de secretários municipais no processo de governança regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1131-1140, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28232016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yHkxQTSSvCPBQJhQqterBxC/?lang=pt>. Acesso em: 2 mar. 2023.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jPGmmcBncYzk36SvwwC3bzj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 mar. 2023.

YIN, R. K. *Case study research and applications: design and methods*. Sixth edition. Los Angeles: SAGE, 2018.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 16 de Abril de 2023.

Aceito em 22 de Junho de 2023.

Publicado em 20 de Julho de 2023.

Como referenciar este artigo (ABNT):

ÁVILA, Luciane F. G. E. de; ROSA, Roger dos Santos; AGUIAR, Violeta Rodrigues; ALBUQUERQUE, Maria A C.. Estratégia apoiador regional do Conselho de Secretarias de Saúde do Rio Grande Do Sul (COSEMS RS): Conhecer o passado para construir o futuro. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 97-110, 2023.





Consulta ao ChatGPT: como a inteligência artificial pode transformar a saúde pública no Brasil

ChatGPT consultation: how artificial intelligence can transform public health in Brazil

Consulta al ChatGPT: como la inteligencia artificial puede transformar la salud pública en Brasil

Alex de Oliveira Vasconcelos¹
Alana de Oliveira Barrêto²

RESUMO

Nesta consulta interativa, abordamos sobre como a Inteligência Artificial (IA) pode contribuir para a saúde pública no contexto brasileiro. Discutimos as oportunidades e desafios associados à adoção da IA na saúde pública, como a melhoria do diagnóstico e tratamento, gestão de dados e redução de custos. Além disso, exploramos as implicações éticas e as preocupações em torno da implementação da IA na saúde pública e como podemos abordá-las de maneira responsável e transparente. Em resumo, concluímos que a IA tem um grande potencial para melhorar a saúde pública no Brasil, mas é crucial garantir que sua implementação seja ética e equitativa para maximizar seus benefícios para a população.

Palavras-chave: inovação em saúde; inteligência artificial; saúde pública; tecnologia em saúde.

ABSTRACT

In this interactive consultation, we discuss how Artificial Intelligence (AI) can contribute to public health in the Brazilian context. We discussed the opportunities and challenges associated with adopting AI in public health, such as improving diagnosis and treatment, managing data, and reducing costs. Moreover, we explore the ethical implications and concerns surrounding the implementation of AI in public health and how we can address them responsibly and transparently. In summary, we concluded that AI has great potential to improve public health in Brazil. Still, ensuring that its implementation is ethical and equitable is crucial to maximizing its benefits for the population.

Keywords: innovation in health; artificial intelligence; public health; health technology.

RESUMEN

En esta consulta interactiva, abordamos sobre como la Inteligencia Artificial (IA) puede contribuir para la salud pública en el contexto brasileño. Discutimos las oportunidades y desafíos asociados a la adopción de la IA en la salud pública, como la mejora del diagnóstico y tratamiento, gestión de datos y reducción de costos. Además, exploramos las implicaciones éticas y las preocupaciones en torno de la implementación de la IA en la salud pública y cómo podemos abordarlas de manera responsable y transparente. En resumen, concluimos que la IA tiene un gran potencial para mejorar la salud pública en Brasil, pero es crucial garantizar que su implementación sea ética y equitativa para maximizar sus beneficios para la población.

Palabras clave: innovación en salud; inteligencia artificial; salud pública; tecnología en salud.

¹ Enfermeiro, Mestre e Doutorando em Ciências, área de concentração: Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz.

<https://orcid.org/0000-0002-2891-7641>
alexdeoliveiravasconcelos@gmail.com

² Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Oeste da Bahia.

<https://orcid.org/0000-0001-9207-2244>
alanaoliveirabarreto@gmail.com

INTRODUÇÃO

É notório que as tecnologias, de forma geral, têm um papel importante na contemporaneidade. Nesse contexto, a Inteligência Artificial (IA) se refere ao uso de um computador para tentar reproduzir o comportamento inteligente, com a menor intervenção humana possível. Sendo assim, esta é uma ferramenta que implementa novas soluções e novos conceitos para resolver desafios cada vez mais complexos (HAMET; TREMBLAY, 2017).

Deve-se levar em consideração que o sistema de saúde não deve ser algo estacionário, pois há necessidade de se compreender as relações entre seus usuários e prestadores de serviço, bem como aprender e se esforçar para implementar melhorias contínuas, através do uso de ferramentas que utilizam a IA (HAMET; TREMBLAY, 2017). Logo, é compreensível a necessidade de inovação tecnológica no campo da saúde, de forma a apreender os novos avanços e benefícios inerentes a isto, mas sem deixar de lado a análise crítica, os vieses e implicações do seu uso.

Na área da saúde, a IA pode ser aplicada de forma a utilizar algoritmos matemáticos que aperfeiçoam o aprendizado através da experiência. Nesse sentido, a mesma utiliza três tipos de algoritmos: i) supervisionados (algoritmos de predição e classificação baseados em exemplos anteriores), ii) não supervisionados (que se relacionam com a capacidade de encontrar padrões) e iii) aprendizado por reforço (através do uso de sequências de punições e recompensas para gerar uma estratégia para operação de um problema específico) (HAMET; TREMBLAY, 2017).

Nesse âmbito, a IA pode ser utilizada em quatro categorias: i) análise de risco de morbimortalidade do paciente, ii) diagnósticos de condições de saúde iii) planejamento e política de saúde e iv) prevenção e vigilância de surtos de doenças (SCHWALBE; WAHL, 2020). Um exemplo disso, é a instituição do prontuário médico eletrônico, onde algoritmos são utilizados para avaliar histórico pessoal e familiar de doenças hereditárias ou crônicas. As informações ficam acessíveis de forma digital e rápida, podendo ser utilizadas para fins de pesquisa e planejamento epidemiológico (HAMET; TREMBLAY, 2017). Porém, a intervenção via IA nem sempre descreve, de forma adequada, as implicações regulatórias, éticas ou práticas para sua implementação em larga escala (SCHWALBE; WAHL, 2020).

Diante da importância desse assunto, torna-se fundamental discutir e conhecer os possíveis impactos da IA no sistema público de saúde brasileiro, ou seja, tentar compreender como esta ferramenta funciona e quais os desafios que podem ser enfrentados através do seu uso. Este trabalho tem como objetivo realizar uma reflexão dessa temática, através de uma consulta à uma plataforma de IA que é o *ChatGPT*, produto da empresa *Open AI* (IA, 2023). Assim, foram realizadas perguntas ao *ChatGPT* sobre a IA e quais os impactos da sua implementação na saúde pública do Brasil.



CONSULTA AO *ChatGPT*

Vasconcelos e Barrêto: Olá Chat, somos pesquisadores e profissionais da área da saúde, vinculados a Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal do Oeste da Bahia, pode nos chamar de Vasconcelos e Barrêto.

Gostaria de fazer uma consulta com você sobre os impactos da IA na saúde pública no contexto brasileiro. Você concorda em participar dessa consulta?

ChatGPT: Olá Vasconcelos e Barrêto, sou ChatGPT, um modelo de linguagem desenvolvido para fornecer respostas úteis e relevantes para perguntas em diversos campos do conhecimento, incluindo saúde e IA. Estou feliz em ajudá-los em sua consulta e discutir sobre os impactos da IA na saúde pública no contexto brasileiro. Vamos começar?

Vasconcelos e Barrêto: Me fale mais sobre você e como você funciona?

ChatGPT: Claro! Eu sou um modelo de linguagem de inteligência artificial desenvolvido pela OpenAI, chamado GPT-3.5. Meu objetivo é fornecer respostas úteis e relevantes para uma ampla variedade de perguntas e tópicos, usando um grande conjunto de dados de treinamento que me permite compreender e gerar textos em diversos idiomas.

Eu funciono usando uma técnica conhecida como “aprendizado de máquina” ou “deep learning”. Isso envolve a análise de grandes conjuntos de dados para detectar padrões e relações, o que me permite gerar respostas cada vez mais precisas e relevantes. Além disso, sou constantemente atualizado e aprimorado pela equipe de desenvolvedores da OpenAI, o que me permite fornecer respostas cada vez melhores e mais precisas.

No contexto de saúde, eu posso ajudar a fornecer informações úteis sobre diagnóstico, tratamento, prevenção e cuidados de saúde em geral. Com base em minhas habilidades de compreensão de linguagem natural, posso entender perguntas em linguagem natural e fornecer respostas relevantes e precisas em uma variedade de tópicos, incluindo o impacto da IA na saúde pública no contexto brasileiro, que é o tema de sua consulta.

Vasconcelos e Barrêto: Como você avalia o atual cenário da saúde pública no Brasil? Estamos em paridade com os serviços privados?

ChatGPT: Como modelo de linguagem de inteligência artificial, não tenho acesso direto aos dados ou informações atualizadas sobre o sistema de saúde brasileiro. No entanto, posso falar sobre o cenário geral com base em informações disponíveis publicamente.

O sistema de saúde pública no Brasil, conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS), é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. Embora o SUS tenha melhorado significativamente o acesso à saúde para muitos brasileiros, ainda há desafios a serem enfrentados para garantir um acesso equitativo e de qualidade para todos os cidadãos.



Em termos de paridade com os serviços privados, a situação pode variar dependendo do local e da região do país. Em alguns casos, os serviços públicos podem oferecer um nível de qualidade comparável ou até superior aos serviços privados, enquanto em outras regiões, o sistema de saúde público pode estar sobrecarregado ou enfrentar dificuldades financeiras e de gestão, o que pode afetar a qualidade do atendimento.

No geral, é importante que sejam feitos investimentos contínuos e sustentáveis no sistema de saúde pública para garantir que ele possa fornecer serviços de alta qualidade e acessíveis a todos os brasileiros, independentemente de sua renda ou localização.

Vasconcelos e Barrêto: E os avanços tecnológicos têm atendido as necessidades da população?

ChatGPT: Os avanços tecnológicos têm o potencial de melhorar significativamente o acesso e a qualidade dos serviços de saúde para a população. No entanto, a implementação bem-sucedida dessas tecnologias no sistema de saúde público do Brasil pode ser um desafio.

Por um lado, a adoção de tecnologias inovadoras, como a inteligência artificial, pode ajudar a melhorar a eficiência e a precisão dos diagnósticos, tratamentos e acompanhamento de pacientes, além de reduzir custos e melhorar a tomada de decisões. Por exemplo, a IA pode ser usada para ajudar a identificar e prever surtos de doenças, melhorar o diagnóstico e o tratamento de doenças crônicas e permitir uma triagem mais eficiente e precisa de pacientes.

No entanto, é importante lembrar que a adoção de tecnologias de saúde deve ser feita com cuidado e atenção, para garantir que as necessidades da população sejam atendidas e que os benefícios sejam equitativamente distribuídos. A implementação dessas tecnologias deve levar em consideração as necessidades específicas da população, bem como as limitações financeiras e de infraestrutura do sistema de saúde.

Em resumo, os avanços tecnológicos têm o potencial de melhorar significativamente o acesso e a qualidade dos serviços de saúde para a população, mas é importante garantir que essas tecnologias sejam implementadas de forma adequada e eficaz para atender às necessidades da população.

Vasconcelos e Barrêto: De que forma a IA pode contribuir para a saúde pública brasileira? Temos algum exemplo prático disso?

ChatGPT: A IA pode contribuir de várias maneiras para a saúde pública no Brasil, incluindo:

1. Diagnóstico preciso e eficiente: a IA pode ajudar a melhorar a precisão e a eficiência do diagnóstico de doenças, especialmente em casos complexos ou raros. Algoritmos de IA podem ser treinados para identificar padrões em grandes conjuntos de dados de pacientes e auxiliar os profissionais de saúde na identificação de diagnósticos precisos e oportunidades de tratamento personalizado.
2. Prevenção de doenças e surtos: a IA pode ajudar a identificar e prever surtos



de doenças, monitorar a propagação de doenças infecciosas e prever os riscos de doenças crônicas, permitindo que as autoridades de saúde adotem medidas preventivas para conter a propagação de doenças.

3. Acompanhamento e gerenciamento de pacientes: a IA pode ajudar a melhorar o gerenciamento de pacientes em um ambiente ambulatorial ou hospitalar, incluindo monitoramento de sinais vitais e níveis de glicose, medicação e gerenciamento de dados do paciente.

4. Melhoria da eficiência do sistema de saúde: a IA pode ajudar a otimizar o fluxo de trabalho e a alocação de recursos no sistema de saúde pública, permitindo que as instituições de saúde funcionem de maneira mais eficiente e reduzindo custos.

Existem exemplos práticos do uso da IA na saúde pública brasileira, como o uso de algoritmos de IA para ajudar a diagnosticar doenças raras, o monitoramento da propagação do COVID-19 e a previsão de surtos de doenças infecciosas. Além disso, há iniciativas de pesquisa em andamento para investigar como a IA pode ser usada para melhorar a detecção precoce de doenças e otimizar o gerenciamento de pacientes no SUS.

Vasconcelos e Barrêto: Existem desafios latentes de inserir a IA no contexto da saúde pública? Quais são eles?

ChatGPT: Sim, existem desafios significativos que devem ser enfrentados ao inserir a IA no contexto da saúde pública. Alguns dos desafios incluem:

1. Acesso aos dados de saúde: um dos maiores desafios é garantir que haja dados suficientes e de qualidade disponíveis para alimentar os modelos de IA. No entanto, muitas vezes há uma falta de dados estruturados e padronizados no sistema de saúde público brasileiro, o que pode dificultar a implementação da IA.

2. Questões de privacidade e segurança: a coleta e o armazenamento de grandes quantidades de dados de saúde podem levantar questões de privacidade e segurança, o que pode levar a preocupações éticas e regulatórias. É necessário garantir que os dados sejam protegidos adequadamente e que os pacientes tenham controle sobre como seus dados são usados.

3. Falta de confiança na IA: outro desafio é a falta de confiança na IA por parte dos profissionais de saúde e da população em geral. A IA é frequentemente vista como uma tecnologia complexa e misteriosa, o que pode levar a preocupações sobre sua confiabilidade e precisão.

4. Limitações técnicas: a IA é uma tecnologia complexa que exige habilidades e conhecimentos técnicos avançados. A implementação bem-sucedida da IA no contexto da saúde pública exige investimentos significativos em infraestrutura e pessoal especializado.

5. Disparidades na saúde: a implementação da IA no contexto da saúde pública



deve levar em consideração as desigualdades sociais e econômicas que existem no Brasil. É importante garantir que as tecnologias de IA sejam acessíveis e equitativamente distribuídas para atender às necessidades de toda a população.

Em resumo, a implementação da IA no contexto da saúde pública no Brasil enfrenta uma série de desafios técnicos, éticos e regulatórios que precisam ser abordados para garantir que a tecnologia seja implementada de forma eficaz e benéfica para a população.

Vasconcelos e Barrêto: Você fala em contribuir com diagnóstico, tratamento, de certa forma isso pode soar conflituoso em termos éticos com as profissões na área da saúde. De que forma esse conflito pode ser superado?

ChatGPT: É verdade que a introdução da IA no contexto da saúde pode levantar questões éticas e conflitos em relação às profissões da área da saúde. No entanto, é importante destacar que a IA é uma ferramenta que pode ser usada em conjunto com a expertise e julgamento clínico dos profissionais da saúde.

A IA não substitui o trabalho humano, mas sim o complementa, permitindo que os profissionais de saúde tenham acesso a informações e insights adicionais que possam auxiliar em diagnósticos e tratamentos mais precisos e personalizados. A IA pode ser vista como uma extensão do conhecimento médico, em vez de uma substituição.

Para garantir que a IA seja usada de maneira ética e respeitando o papel dos profissionais da saúde, é importante que haja uma colaboração entre profissionais da área da saúde e especialistas em IA garantindo que as decisões tomadas por algoritmos de IA sejam bem fundamentadas e explicáveis. A transparência é fundamental para garantir que as decisões tomadas pela IA possam ser compreendidas e contestadas pelos profissionais da saúde e pelos pacientes.

Além disso, é importante enfatizar a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para a implementação da IA na saúde pública, com envolvimento de profissionais de saúde, pesquisadores em IA, reguladores e pacientes. Somente através do diálogo e colaboração entre esses grupos é possível garantir que a IA seja implementada de maneira ética e respeitando os direitos dos pacientes e profissionais da saúde.

Vasconcelos e Barrêto: Para finalizar a nossa consulta, gostaria que você falasse sobre perspectivas e prognósticos da inserção dessas novas tecnologias na saúde direcionadas ao serviço público:

ChatGPT: As perspectivas da inserção da IA na saúde pública brasileira são bastante positivas. A IA tem o potencial de revolucionar a forma como os serviços de saúde são entregues, melhorando o acesso, a qualidade e a eficiência dos cuidados de saúde.

Algumas das perspectivas mais promissoras incluem:

- Diagnósticos mais precisos e rápidos: a IA pode ajudar os profissionais de saúde a fazerem diagnósticos mais precisos e rápidos, identificando sinais e sintomas que podem



ser difíceis de detectar com métodos tradicionais.

- **Melhora na gestão de dados:** a IA pode ajudar a gerenciar grandes quantidades de dados de saúde de forma mais eficiente e precisa, o que pode levar a melhores resultados para os pacientes e um sistema de saúde mais eficiente.
- **Tratamentos personalizados:** a IA pode ajudar a identificar tratamentos mais eficazes e personalizados para cada paciente, levando em consideração fatores individuais, como histórico médico, estilo de vida e genética.
- **Redução de custos:** a implementação da IA pode ajudar a reduzir custos e otimizar a alocação de recursos no sistema de saúde, melhorando a eficiência e a qualidade dos cuidados.

No entanto, é importante enfatizar que a implementação da IA no contexto da saúde pública enfrenta desafios significativos, como mencionado anteriormente. É necessário garantir que a tecnologia seja implementada de maneira ética, transparente e equitativa, levando em consideração as necessidades e direitos dos pacientes e profissionais de saúde.

Em resumo, a IA tem o potencial de trazer muitos benefícios para a saúde pública brasileira, desde diagnósticos mais precisos e tratamentos personalizados até uma gestão mais eficiente dos dados e redução de custos. No entanto, é necessário enfrentar os desafios e garantir que a tecnologia seja usada de maneira ética e responsável para maximizar seus benefícios para a população.

Vasconcelos e Barrêto: Obrigado, agradeço sua participação. Até mais

ChatGPT: Foi um prazer participar da consulta. Estou sempre disponível para esclarecer qualquer dúvida ou fornecer informações adicionais. Até mais!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Novas tecnologias podem ser implementadas no âmbito da saúde e, isso poderá acarretar em consequências, tanto positivas, como negativas. Nesse sentido, através da consulta ao *ChatGPT*, pode-se observar um pouco como essa ferramenta funciona e como ela interage com seus usuários, o que nos leva a refletir acerca de todos os aspectos inerentes ao seu uso.

Fica claro que a IA poderá ter, cada vez mais, um papel importante na contemporaneidade, visto que se desenvolve rapidamente. No campo da saúde, essa ferramenta torna-se bastante promissora, portanto é fundamental conhecer seus possíveis impactos (DOURADO; AITH, 2022). Através desta interação com o *ChatGPT*, a ferramenta elenca inúmeros benefícios de seu uso na saúde do Brasil, de modo a auxiliar no diagnóstico de doenças, gestão de dados e redução de custos. Ao mesmo tempo em que adverte sobre as diferenças socioeconômicas brasileiras que podem gerar mais disparidades no acesso a essas tecnologias, o que realmente já acontece no nosso país.



Ademais, em trechos desta consulta, o *ChatGPT* nos responde questionamentos sobre como o seu uso pode influenciar e impactar na saúde pública brasileira, porém isto é feito de forma superficial e sucinta, através de respostas generalistas. Fica, portanto, a dúvida se as respostas dadas por essa ferramenta podem ser mais ou menos complexas e como se dá verdadeiramente o processamento de dados.

Além disso, o *ChatGPT* evidencia os questionamentos éticos inerentes ao uso dessas tecnologias, reiterando que só tem acesso as informações públicas do sistema de saúde brasileiro. Também nos afirma que o seu uso tem que levar em consideração inúmeros aspectos, de forma a garantir a segurança e privacidade dos dados. Mas será que só isso é suficiente para que haja garantia de respeito a privacidade das informações? Aqui podemos nos questionar como se dará o processo regulatório da IA, se há como realmente garantir transparência durante seu uso e respeitos as normas e preceitos éticos.

É necessário, deste modo, frisar que essas tecnologias criam algoritmos “autodidatas” e, portanto, há a preocupação de que a IA se tornará tão sofisticada que extrapolará as capacidades humanas, podendo até controlar as vidas das pessoas. No entanto, torna-se imperiosa a criação de padrões éticos e instrumentos regulatórios, de forma transparente, através do desenvolvimento de medidas para avaliar seu sucesso e eficácia (DOURADO; AITH, 2022; HAMET; TREMBLAY, 2017). Logo, o diálogo entre a sociedade, o Estado, os profissionais de saúde e as tecnologias de informação é fundamental, de modo a utilizar a IA a favor de melhorias em saúde para população.

REFERÊNCIAS

DOURADO, Daniel de Araujo; AITH, Fernando Mussa Abujamra. The regulation of artificial intelligence for health in Brazil begins with the General Personal Data Protection Law. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 56, p. 80, 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004461>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/k38jGvJdbQSYN4MpzGZpfXw/abstract/?lang=en>. Acesso em: 28 abr. 2023.

HAMET, Pavel; TREMBLAY, Johanne. Artificial intelligence in medicine. *Metabolism: Clinical and Experimental*, Baltimore, v. 69, p. S36-S40, 2017. Suppl. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.metabol.2017.01.011>. Disponível em: [https://www.metabolismjournal.com/article/S0026-0495\(17\)-30015-X/fulltext](https://www.metabolismjournal.com/article/S0026-0495(17)-30015-X/fulltext). Acesso em: 28 abr. 2023.

IA, Open. *ChatGPT*. 2023. Disponível em: <http://chat.openai.com>. Acesso em: 28 abr. 2023.

SCHWALBE, Nina; WAHL, Brian. Artificial intelligence and the future of global health. *Lancet*, London, v. 395, n. 10236, p. 1579–861, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30226-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32416782/>. Acesso em: 28 abr. 2023.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino-Silva



Recebido em 04 de Maio de 2023.

Aceito em 12 de Julho de 2023.

Publicado em 20 de Julho de 2023.

Como referenciar este artigo (ABNT):

VASCONCELOS, Alex de Oliveira; BARRÊTO, Alana de Oliveira. Consulta ao ChatGPT: como a inteligência artificial pode transformar a saúde pública no Brasil. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 111-119, 2023.



PRODUÇÕES TÉCNICAS





Síndrome de realimentação: protocolo para o manejo nutricional.

Refeeding syndrome: protocol for nutritional management.

Síndrome de realimentación: protocolo para el manejo nutricional.

Larissa Silva Santos¹
Loryane Mayara de Lima Nunes²
Taise Andrade da Anunciação³
Carlos Alberto Soares da Costa⁴

RESUMO

A Síndrome de Realimentação (SR) ocorre como consequência da reintrodução alimentar em quantidade superior à capacidade metabólica após um período de privação alimentar, possuindo maior prevalência em indivíduos desnutridos e idosos. Essa condição clínica é caracterizada com alterações metabólicas e eletrolíticas graves que podem ser fatais, principalmente a hipofosfatemia, além de outras alterações bioquímicas como: hipomagnesemia, hipocalemia, deficiência de vitaminas (como: tiamina) e mudanças hidroeletrolíticas. A partir desse contexto, o objetivo do estudo foi a construção de um protocolo com orientações para o manejo nutricional em indivíduos com quadro clínico de SR com base em evidências científicas atualizadas. O protocolo está dividido em duas etapas: Acolhimento com classificação de risco nutricional e clínico; e posteriormente, atendimento e manejo nutricional, no quais serão definidas as necessidades de calorias diárias e oferta de fluídos, de acordo com a classificação de risco para SR. A construção do protocolo nutricional sobre a síndrome é relevante para proporcionar aprofundamento técnico-científico da equipe multidisciplinar sobre a identificação dos fatores de risco, sinais e sintomas, além de adequado manejo nutricional da SR.

Palavras-chave: síndrome de realimentação; terapia nutricional; hipofosfatemia.

ABSTRACT

Refeeding Syndrome (RS) occurs due to food reintroduction in an amount greater than the metabolic capacity after a period of food deprivation, with a higher prevalence in malnourished and elderly individuals. This clinical condition is characterized by severe metabolic and electrolyte changes that can be fatal, especially hypophosphatemia, in addition to other biochemical changes, such as hypomagnesemia, hypokalemia, vitamin deficiency (such as thiamine), and hydroelectrolyte changes. From this context, the study aimed to construct a protocol with guidelines for nutritional management in individuals with the clinical status of RS based on updated scientific evidence. The protocol is divided into two stages: Reception with nutritional and clinical risk classification; and later, nutritional care and management, in which the daily calorie needs and fluid supply will be defined according to the risk classification for RS. The construction of the nutritional protocol on the syndrome is relevant to provide a technical and scientific deepening of the multidisciplinary team on identifying risk factors, signs, and symptoms, in addition to adequate nutritional management of RS.

Keywords: refeeding syndrome; nutritional therapy; hypophosphatemia.

RESUMEN

El Síndrome de Realimentación (SR) ocurre como consecuencia de la reintroducción alimentaria en cantidad superior a la capacidad metabólica después de un período de privación alimentaria, con mayor prevalencia en individuos desnutridos o adultos mayores. Esa condición clínica se caracteriza por alteraciones metabólicas y electrolíticas graves que pueden ser fa-

¹ Graduanda em Nutrição pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

<https://orcid.org/0009-0001-1126-1308>
<https://lattes.cnpq.br/5356330525383014>
larissa.ssantosxp@gmail.com

² Profissional de Saúde Residente. Programa de Residência em Nutrição Clínica com ênfase em Pediatria e Terapia Intensiva, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

<https://orcid.org/0000-0002-8845-3308>
<http://lattes.cnpq.br/3135492781821695>
loryanemay@hotmail.com

³ Doutoranda em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Professora no Programa de Residência em Nutrição Clínica com ênfase em Pediatria e Terapia Intensiva, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

<https://orcid.org/0000-0001-6207-8784>
<http://lattes.cnpq.br/1091576328004383>
taiseaandrade@gmail.com

⁴ Doutor em Biociências pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professor no Programa de Residência em Nutrição Clínica com ênfase em Pediatria e Terapia Intensiva, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

<https://orcid.org/0000-0001-8302-657X>
<http://lattes.cnpq.br/8701554187772246>
nutcarlos@hotmail.com

tales, principalmente la hipofosfatemia, además de otras alteraciones bioquímicas como: hipomagnesemia, hipocalcemia, deficiencia de vitaminas (como: tiamina) y alteraciones hidroelectrolíticas. A partir de ese contexto, el objetivo del estudio fue la construcción de un protocolo con orientaciones para el manejo nutricional en individuos con cuadro clínico de SR con base en evidencias científicas actualizadas. El protocolo está dividido en dos etapas: Recepción con clasificación de riesgo nutricional y clínico; y posteriormente, atención y manejo nutricional, en el cuales serán definidas las necesidades de calorías diarias y aporte de fluidos, de acuerdo con la clasificación de riesgo para SR. La construcción del protocolo nutricional sobre el síndrome es relevante para proporcionar profundización técnico-científica del equipo multidisciplinario sobre la identificación de los factores de riesgo, signos y síntomas, además de adecuado manejo nutricional de la SR. **Palabras clave:** síndrome de realimentación; terapia nutricional; hipofosfatemia.

INTRODUÇÃO

A síndrome de realimentação (SR) é considerada uma condição clínica que promove alterações metabólicas e eletrolíticas. Pode ocorrer como consequência da reintrodução e/ou rápido aumento da progressão de calorías oriunda da dieta via oral, enteral ou parenteral após um período de diminuição ou ausência de ingestão alimentar (SILVA *et al.*, 2020; SAD, 2019; MCKNIGHT, 2019).

Sua incidência varia dependendo dos critérios utilizados no diagnóstico, da população estudada e da metodologia de estudo adotada. A fisiopatologia da SR ainda não é amplamente esclarecida, envolve as adaptações metabólicas do organismo ao jejum prolongado, que inclui a depleção das reservas energéticas, de vitaminas, minerais eletrólitos intracelulares, e a repentina transição do estado catabólico para o anabólico, que ocorre quando há rápida reintrodução alimentar e uso da glicose como fonte principal de energia (SAKAI; COSTA, 2017).

O jejum prolongado pode levar a alterações metabólicas e gerar complicações clínicas para o paciente como, alterações neurológicas, edema periférico, taquipneia, arritmias, falência cardíaca, podendo até mesmo ser fatal. A característica considerada mais relevante da SR é a hipofosfatemia. Também pode ocorrer, hipocalcemia e hipomagnesemia, além de desequilíbrio de sódio, distúrbios na distribuição de líquidos, deficiência de tiamina, e modificação no metabolismo dos aminoácidos e ácidos graxos, como hiperglicemia, hiperinsulinemia e infiltração de gordura no fígado. Neste contexto, os sintomas podem variar de leve a grave como, desidratação, hipotensão, falência renal, congestão hepática, hiperventilação e rabdomiólise, dependendo do período de privação alimentar, grau de comprometimento do estado nutricional e terapia nutricional instituída (RIBEIRO, 2020; VIANA *et al.*, 2012).

Os principais preditores da SR, são a anorexia nervosa, perda de peso acentuada, ingestão alimentar reduzida por período maior que cinco dias, desnutrição, consumo abusivo de bebida alcoólica ou drogas e a redução dos níveis séricos de vitaminas e eletrólitos. Em ambientes hospitalares, a desnutrição é uma condição frequente, variando de forma leve a grave, associada a condições clínicas de estresse orgânico, idade avançada e proposta terapêutica. Paralelamente, o jejum prolongado durante a internação, decorre de procedimentos diagnósticos, pausas para realização de exames e interrupções relacionadas a procedimentos cirúrgicos. Portanto, o ambiente hospitalar pode favorecer a ocorrência da SR (SILVA *et al.*, 2020; TOLEDO *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2018).



Assim, a identificação precoce do risco de desenvolver SR é crucial para evitar complicações no quadro clínico dos pacientes, garantir adequado suporte nutricional com o monitoramento das calorias administradas e a reposição de eletrólitos e vitaminas no início da realimentação, a fim de corrigir as alterações metabólicas prévias ou adquiridas durante o período hospitalar (VIANA *et al.*, 2012).

Incidência da Síndrome de Realimentação

De acordo com Ponzo *et al.* (2020), as taxas de incidência relatadas em estudos variaram entre 0% e 80%, dependendo da definição e da população de pacientes estudada. Cioffi *et al.* (2021) avaliaram 35 estudos, que mostraram grandes variações na incidência de SR devido às diferenças nas definições empregadas e nas características dos participantes. A maior incidência de SR foi encontrada em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo de 17% a 52%. Entre os pacientes desnutridos, incluindo principalmente pacientes geriátricos e com doenças subjacentes, a incidência variou de 0% a 38%.

Em virtude dos diferentes critérios utilizados na definição da SR, da limitação de exames específicos para estabelecer o diagnóstico e as diversas formas de manifestações em decorrência do estresse associado ao diagnóstico clínico do indivíduo, torna-se difícil determinar a incidência e prevalência (FRIEDLI *et al.*, 2017).

Fisiopatologia da Síndrome de Realimentação

No início do período de jejum, ocorre uma redução da oxidação da glicose, que resulta em uma queda na insulina e aumento do glucagon e das catecolaminas. Essa alteração inicial estimula a glicogenólise hepática, lipólise, gerando ácidos graxos e glicerol, e proteólise para manter a produção de energia. Como resultado, o organismo começa a utilizar proteínas musculares como principal fonte de energia, bem como as vitaminas e eletrólitos. Por meio da lipólise, os níveis de ácidos graxos livres aumentam e a cetogênese no fígado é estimulada. Portanto, corpos cetônicos, que conseguem atravessar a barreira hematoencefálica, podem ser utilizados pelo cérebro como fonte de energia, favorecendo cetose e posteriormente acidose metabólica. Paralelamente, ocorre alterações hormonais que levam a uma diminuição da taxa metabólica basal, no qual há uma diminuição da massa muscular e um aumento da água extracelular. Assim, vários minerais intracelulares ficam severamente depletados, principalmente fosfato, potássio e magnésio (SAKAI; COSTA, 2019; SAD *et al.*, 2019).

Com o início da alimentação, ocorre uma transição abrupta de um estado catabólico para um estado anabólico. Na corrente sanguínea, ocorre um aumento repentino das concentrações de glicose, seguido de elevação da insulina e diminuição do glucagon, neste cenário ocorre a síntese de glicogênio, gorduras e proteínas. Assim, o aumento da secreção de insulina estimula o consumo intracelular de fosfato, potássio e magnésio, reduzindo subitamente os níveis séricos desses eletrólitos, podendo resultar em distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos, que geralmente surgem devido à falta de tia-



mina (vitamina B1), que é um importante cofator no metabolismo dos carboidratos (VIANA *et al.*, 2012).

A hipofosfatemia grave pode levar ao comprometimento da função neuromuscular, como confusão mental, fraqueza muscular, mialgia, parestesias, plaquetopenia e hemólise. No sistema respiratório, causa hipoventilação e, eventualmente, insuficiência respiratória aguda, assim, a hipofosfatemia é a alteração mais significativa da SR. Em adição, os pacientes podem apresentar hipomagnesemia, hipocalemia, deficiência de tiamina, retenção hídrica e deficiências vitamínicas (SAD *et al.*, 2019; VIANA *et al.*, 2012; SAKAI; COSTA, 2019).

A deficiência de potássio pode causar alterações eletroquímicas na membrana celular, pois é um cátion intracelular monovalente essencial na manutenção de ação potencial da membrana celular, assim a hipocalemia manifesta-se da seguinte forma: arritmia, hipomotilidade intestinal, íleo paralítico e alcalose metabólica. Já o magnésio, é necessário para a integridade estrutural do DNA (Ácido Desoxirribonucleico), RNA (Ácido Ribonucleico) e ribossomos, assim a hipomagnesemia pode afetar o potencial de membranas, seguido de disfunção cardíaca e complicações neuromusculares, nas quais o paciente apresenta tetania, ataxia, convulsões, tremores e arritmias (SAD *et al.*, 2019; VIANA *et al.*, 2012).

A tiamina possui um papel crucial na produção de energia e, conseqüentemente, a sua deficiência está associada a insuficiência cardíaca, distúrbios neurológicos e estresse oxidativo. Como o organismo não armazena uma quantidade excessiva de tiamina e a SR está associada a uma privação alimentar, provavelmente esses pacientes apresentam algum grau de deficiência dessa vitamina. À medida que se inicia a realimentação, as necessidades de enzimas dependentes de tiamina se intensificam, esgotando a reserva existente, podendo levar a complicações neurológicas e metabólicas (COLLIE *et al.*, 2017). Desse modo, os sintomas aparecem em geral de 2 a 5 dias após a realimentação e, dependendo do grau de desnutrição e comorbidade preexistente, podem variar de sintomas leves a uma complicação mais severa (PONZO *et al.*, 2020).

Fatores de risco

A síndrome de realimentação pode ocorrer em pacientes que são alimentados por via oral, enteral ou parenteral após um grande período de privação alimentar ou após processos catabólicos graves. Segundo Sad *et al.* (2019), pacientes com Índice de Massa Corporal (IMC) baixo, perda de peso não intencional (pelo menos 10% nos últimos 3-6 meses), reduzido ou nenhum aporte calórico por pelo menos 5 dias, com evidências de estresse, ou em um período maior de 7 a 10 dias, histórico de abuso de álcool ou drogas e distúrbios eletrolíticos de base, são aqueles com maiores riscos para a SR.

Anorexia nervosa é uma doença mental grave, caracterizada pela restrição da ingestão alimentar, distorção da imagem corporal e medo intenso de ganhar peso. A redução da ingestão energética induz uma desregulação central no controle da homeostase energética ocasionando uma série de dis-



túrbios metabólicos que levam a complicações em quase todos os órgãos do corpo. A anorexia nervosa é um dos principais preditores clínicos para o desenvolvimento da SR, no entanto, risco semelhante é observado em indivíduos desnutridos e idosos (CHIDIAC, 2019).

A desnutrição é definida como um desequilíbrio metabólico causado pelo aumento da necessidade calórico-proteica e por inadequado consumo de nutrientes, favorecendo alterações na composição corporal e nas funções fisiológicas. Fatores como idade avançada, baixo nível socioeconômico, má alimentação, doenças crônicas sistêmicas ou psiquiátricas, capacidade de absorção reduzida e perdas excessivas de nutrientes são as condições mais associadas à desnutrição. Dessa forma, a depleção nutricional é um fator frequente em pacientes com SR (PONZO *et al.*, 2020; BOTTONI *et al.*, 2014).

A idade avançada também contribui para um maior risco de SR. Aubry *et al.* (2018) afirmam que com o passar dos anos, o declínio da capacidade funcional e mental, alterações nos sentidos olfato e paladar, perda de dentes e o desenvolvimento de doenças crônicas são fatores de risco conhecidos para a desnutrição, pois levam à redução da ingestão de alimentos, bem como à perda de peso não intencional e estão associados ao aumento do catabolismo impulsionado pela inflamação. Associado a imobilização e a uma acentuada resposta inflamatória e endócrina ao estresse, o comprometimento da condição nutricional contribui para a perda de massa muscular e deterioração progressiva do estado metabólico e funcional, sendo uma condição fortemente associada a maior mortalidade, morbidade e internações prolongadas (KRUTKYTE, 2022).

Torna-se relevante destacar que nem todos os pacientes realimentados, desenvolvem a SR. Ainda assim, é necessário identificar os fatores de risco e monitorá-los, de forma a diminuir sua ocorrência. No entanto, existe uma carência de estudos e, conseqüentemente, de um critério de diagnóstico adequado que possa subsidiar recomendações voltadas para o manejo nutricional desses pacientes (GOMES *et al.*, 2021). Assim, o objetivo do presente artigo foi a construção de um protocolo com orientações para o manejo nutricional em indivíduos com quadro clínico de SR com base em evidências científicas atualizadas em pacientes hospitalizados.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão narrativa de literatura, com objetivo principal de desenvolver uma proposta de protocolo com orientações para o manejo nutricional em indivíduos com quadro clínico de Síndrome de Realimentação. As pesquisas eletrônicas dos artigos científicos foram realizadas durante o mês de setembro a novembro de 2022 nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED). A busca foi realizada utilizando os descritores: Terapia nutricional, Síndrome da Realimentação, Hipofosfatemia, empregando os operadores booleanos AND e NOT, e seus respectivos termos em inglês.



A Revisão Narrativa (RN) é útil na descrição do estado da arte de um assunto específico, de forma não sistematizada, simplificada e sem rigor metodológico. Embora a RN esteja sujeita aos vieses, não há a obrigatoriedade de que os autores informem com detalhes os procedimentos ou critérios usados para selecionar e avaliar as referências incluídas na análise (CASARIN *et al.*, 2020).

Para seleção dos estudos, foram incluídos apenas estudos realizados no ambiente hospitalar, com indivíduos adultos e idosos, publicados nos últimos 10 anos, redigidos nos idiomas português e inglês. Sendo selecionados artigos originais, revisão da literatura e *guidelines*. Os critérios de exclusão foram: estudos com gestantes, artigos não disponíveis na versão completa, relato de caso e artigo de opinião.

O protocolo sugere o fluxo para identificação precoce, prevenção e manejo nutricional. O planejamento calórico, de micronutrientes e oferta de fluídos foi com base em recomendações para esse público. Os resultados foram apresentados em fluxograma, por meio do programa Windows XP e Excel for Windows.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O protocolo descreve etapas de condutas nutricionais sobre SR para adultos e idosos hospitalizados nas Enfermarias e nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), com a proposta de aprimorar a assistência nutricional e melhorar a segurança do paciente. No protocolo esquematizado foi identificado os sinais de riscos clínicos, as ofertas calóricas e hídricas recomendadas. Dessa forma, o atendimento nutricional sobre a SR foi dividido em 2 etapas.

Em uma primeira etapa, ocorre o acolhimento com classificação de risco nutricional e clínico. O profissional nutricionista no momento da admissão nas primeiras 24 horas, irá aplicar os instrumentos de triagem nutricional: *Nutritional Risk Screening* (NRS 2002) ou a Mini Avaliação Nutricional, para avaliar se o paciente se encontra em risco nutricional. Aos pacientes já hospitalizados, recomenda-se que o profissional fique atento e ao identificar fatores de riscos seja realizada a aplicação dos instrumentos de triagem nutricional e seu acompanhamento (SILVA *et al.*, 2020; AUBRY *et al.*, 2018; NICE, 2017).

Caso apresente risco nutricional, será avaliado os exames bioquímicos, em seguida será analisado se o paciente apresenta risco de SR, conforme a presença de possíveis preditores, distúrbios eletrolíticos séricos e sintomas clínicos (Tabela 1).



Tabela 1. Identificação de pacientes adultos e idosos em risco de Síndrome de Realimentação

Grau de Risco	Critérios
Risco baixo (3 critérios)	- IMC < 18,5 kg/m². - Perda de peso não intencional >10% nos 3-6 meses anteriores. - Pouca ou nenhuma ingestão nutricional por >5 dias. - História de abuso de álcool ou drogas.
Risco moderado (2 critérios)	- IMC < 16 kg/m² - Perda de peso não intencional >15% nos 3-6 meses anteriores - Pouca ou nenhuma ingestão nutricional por >10 dias - Níveis levemente baixos: K (3,1-3,4mg/L), Mg (1,2-1,5mg/dL) e P (2,0 - 2,4 mg/dL).
Risco grave (1 critério)	- IMC <14 kg/m². - Perda de peso >20%. - Inanição >15 dias. - Níveis moderadamente baixos: K (2,5-3,0 mg/L) e P (1,0-1,9mg/dL), ou - Níveis gravemente baixos: K (< 2,5 mg/L), Mg (<1,2 mg/dL) e P < 1 mg/dL).

Fonte: SILVA *et al.*, (2020); AUBRY *et al.*, (2018); NICE, (2017).

IMC: Índice de Massa Corporal, Kg/m²; K: potássio; Mg: magnésio; P: fósforo.

Aubry *et al.* (2018), descrevem a população identificada como potencialmente em risco e afirmam que as condições clínicas, como desnutrição e idade avançada, estão relacionados ao aumento de casos de SR. Assim, recomenda-se o início da terapia nutricional com baixo aporte calórico e progressão ao longo de 5 a 10 dias, de acordo com o risco individual e as características clínicas.

Deste modo, na segunda etapa é realizado o manejo nutricional, no quais serão definidas as necessidades de calorias diárias e oferta de fluídos, de acordo com a classificação de risco para SR (Tabela 2 e Tabela 3, respectivamente).

Tabela 2. Manejo da oferta de calorias ao paciente com risco de Síndrome de Realimentação.

Grau de Risco	Oferta de calorias (kcal) ao paciente*:
Risco baixo	- Dia 1° ao 3°: 15-25 kcal/kg/dia. - Dia 4°: 30 kcal/kg/dia. - A partir do dia 5°: aporte pleno conforme requerimentos.



Risco moderado	Enfermarias: - Dia 1º ao 3º: 10–15 kcal/kg/dia. - Dia 4º ao 5º: 15–25 kcal/kg/dia. - Dia 6º: 25–30 kcal/kg/dia. - A partir do dia 7º: aporte pleno conforme requerimentos.	Unidade de Terapia Intensiva: - Dia 1º ao 3º: 10–15 kcal/kg/dia. - Dia 4º ao 6º: 15–20 kcal/kg/dia. - Dia 7º ao 8º: 20–25 kcal/kg/dia. - A partir do dia 9º: aporte pleno conforme requerimentos.
Risco grave	Enfermarias: - Dia 1º ao 3º: 5–10 kcal/kg/dia. - Dia 4º ao 6º: 10–20 kcal/kg/dia. - Dia 7º ao 9º: 20–30 kcal/kg/dia. - A partir do 10º dia: aporte pleno conforme requerimentos.	Unidade de Terapia Intensiva: - Dia 1º ao 3º: 5–10 kcal/kg/dia. - Dia 4º ao 6º: 10–20 kcal/kg/dia. - Dia 7º ao 8º: 20–25 kcal/kg/dia. - A partir do 10º: aporte pleno conforme requerimentos.

Fonte: SILVA *et al.*, (2020); AUBRY *et al.*, (2018).

*Na meta calórica deve ser utilizado o peso atual.

Em relação a tabela 2, é recomendado iniciar a oferta com poucas calorias e avançar a meta a cada 1 a 2 dias. Nesse contexto, as calorias provenientes de soluções intravenosas de glicose e propofol, devem ser consideradas. Caso o paciente apresente síndrome de realimentação manifestada, recomenda-se restrição calórica por 2-3 dias. No 1º ao 3º dia, 500kcal/dia ou menos de 50% da meta. E a partir do 3º ou 4º dia, progredir a oferta de calorias em aproximadamente 25%/dia da meta, conforme condição clínica (SILVA *et al.*, 2020; AUBRY *et al.*, 2018). Recomendam-se soluções eletrolíticas balanceadas contendo cloreto de sódio (NaCl) a 0,9%, exceto em casos de perda de fluidos por estoma ou fístula (AUBRY *et al.*, 2018).

Tabela 3. Manejo da oferta de fluidos ao paciente com risco de Síndrome de Realimentação.

Grau de Risco	Oferta de fluidos ao paciente*:
Risco baixo	- 30-35 mL/kg/dia.
Risco moderado	- Dia 1º ao 3º: 25–30 ml/kg/dia. - A partir do dia 4º: 30–35 ml/kg/dia.



Risco grave	- Dia 1º ao 3º: 20–25 ml/kg/dia. - Dia 4º ao 6º: 25–30 ml/kg/dia. - A partir do dia 7º: 30–35 ml/kg/dia.
-------------	--

Fonte: SILVA, (2020); AUBRY *et al.*, (2018).

*Na Síndrome de Realimentação manifestada: avaliar a administração de fluidos (água, soro, medicamentos). Para a oferta deve ser utilizado o peso atual.

Importante ressaltar que pode ocorrer uma vasoconstrição devido a retenção de sódio por causa da secreção de insulina após a realimentação. Dessa forma, restrições de sódio ($\text{Na} < 1 \text{ mmol/kg}$ de peso corporal por dia) são necessárias em pacientes com risco (muito) alto de SR. Uma oferta de fluido de 20–25 mL/kg de peso corporal por dia geralmente é necessária para manter o equilíbrio (AUBRY *et al.*, 2018).

Autores destacam que os cálculos calóricos devem incluir não somente as calorias nutricionais, como também o aporte medicamentoso como propofol e soluções intravenosas com carboidrato (por exemplo: o soro glicado), visto que podem por si só ultrapassar as recomendações calóricas para pacientes com risco de SR (AUBRY *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2020; LÓPEZ *et al.*, 2009; DIAS; LIMA, 2021).

De acordo com Silva *et al.* (2020), o fosforo (P) é o principal íon relacionado a SR e seus níveis reduzem dentro de 72 horas após o início da alimentação, porém destaca-se ainda a necessidade na atenção aos níveis de potássio (K), magnésio (Mg) e tiamina (Vitamina B₁), pois o foco somente no fósforo pode indicar um viés para o diagnóstico de SR. Refere também, que a oferta calórica e líquida devem ser introduzidas de forma gradual, verificando os níveis dos eletrólitos, e se estiverem significativamente baixos, a alimentação não deve avançar, até que a suplementação ocorra. Na prevenção e tratamento da SR recomenda-se a suplementação da tiamina 100mg/d por 5 a 7 dias ou mais, em paciente com fome severa, alcoolismo crônico ou outro alto risco de deficiência. Aubry *et al.* (2018) confirma que na SR manifestada deve ser feita a administração diária de tiamina de 300 mg/dl. E em paralelo a administração de tiamina, Sad et al (2019) recomendam o uso de polivitamínicos no período de 1 a 10 dias, nos pacientes com risco de síndrome de realimentação, sendo essencial a monitorização diária de eletrólitos, sinais vitais e peso, nas primeiras 72 horas.

Por fim, condutas adicionais para controle dessa síndrome incluem o acompanhamento dos níveis glicêmicos para evitar hipo ou hiperglicemia, além da atenção ao estado de hidratação, a fim de evitar sobrecarga de fluidos (LÓPEZ, 2019; AUBRY *et al.*, 2018).

O presente trabalho apresenta algumas limitações. As pesquisas selecionadas empregam o IMC como um dos critérios para avaliar o grau de risco para a SR, desconsiderando os pacientes com idade avançada. Em relação a triagem nutricional, o NRS 2002 vem sendo utilizado para pacientes hospitalizados, sem restrição de idade. Sendo que o MAN (Miniavaliação Nutricional) é o instrumento mais indicado para avaliação de idosos em risco nutricional ou com desnutrição. Estudos futuros precisam considerar os pacientes com idade avançada, o intervalo de reavaliação, resultados



e a necessidades de ajustes no protocolo de manejo nutricional na SR.

De acordo com a literatura analisada foi observado que o uso de protocolo nutricional é relevante. As instituições de saúde têm um grande desafio de buscar qualidade na assistência e promover o cuidado com redução de riscos para os pacientes. Com isso, as intuições precisam ajustar condutas necessárias frente às condições clínicas dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SR é uma condição grave que requer atenção, apresentando como fatores de risco a perda de peso e privação alimentar, sendo necessário cautela e restrição calórica na reintrodução alimentar, com acompanhamento diário dos eletrólitos, além do tratamento imediato dos sintomas.

O protocolo proposto, possibilita a elaboração de condutas e intervenções esquematizada para assistência mais segura aos indivíduos hospitalizados em risco de SR. Nesse contexto, a construção do protocolo nutricional sobre a síndrome é relevante para proporcionar aprofundamento técnico-científico da equipe multidisciplinar, pois o plano terapêutico só é atingido quando todo o grupo de trabalho possui conhecimento sobre identificação dos fatores de risco, sinais e sintomas, além do adequado manejo nutricional da SR.

REFERÊNCIAS

AUBRY, E. *et al.* Refeeding syndrome in the frail elderly population: prevention, diagnosis and management. *Clinical and Experimental Gastroenterology*, London, v. 11, p. 255- 264, dec. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6045900/pdf/ceg-11-255.pdf>. Acesso em: 25 out. 2022.

BOTTONI, A. *et al.* Por que se preocupar com a desnutrição hospitalar?: revisão de literatura. *Journal of the Health Sciences Institute*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 314-317, set. 2014. Disponível em: file:///D:/https___repositorio.unip.br_wp-content_uploads_tainacan-items_34088_36859_V32_n3_2014_p314a317.pdf. Acesso em: 5 nov. 2022.

CASARIN, S. T. *et al.* Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do *Journal of Nursing and Health*, Pelotas, v. 10, n. 5, p. 1-7, oct. 2020. DOI: 10.15210/jonah.v10i5.19924. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/19924/0>. Acesso em: 29 abr. 2023.

CHIDIAC, C. W. Na update on the medical consequences of anorexia nervosa. *Current Opinion in Pediatrics*, Philadelphia, v. 31, n. 4, p. 448 - 453, aug. 2019. DOI: 10.1097/MOP.0000000000000755. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30883398/>. Acesso em: 5 nov. 2022.

CIOFFI, I. *et al.* The incidence of the refeeding syndrome. A systematic review and meta-analyses of literature. *Clinical Nutrition*, New York, v. 40, n. 6, p. 3688-3701, jun. 2021. DOI: 10.1016/j.clnu.2021.04.023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34134001/>. Acesso em: 5 out. 2022.



COLLIE, J. *et al.* Vitamin B1 in critically ill patients: needs and challenges. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, Berlin, v. 55, n. 11, p. 1652-1668, oct. 2017. DOI: 10.1515/cclm-2017-0054. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28432843/>. Acesso em: 5 nov. 2022.

DIAS, T.; LIMA, V. Refeeding syndrome in hospitalized patients – a condition that requires surveillance. *Brazilian Journal of Development*, Paraná, v. 7, n. 4, p. 36198-36216, abr. 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n4-199. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/27885>. Acesso em: 29 abr. 2023

FRIEDLI, N. *et al.* Revisiting the refeeding syndrome: results of a systematic review. *Nutrition*, New York, v. 35, p. 151-160, mar. 2017. DOI: 10.1016/j.nut.2016.05.016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28087222/>. Acesso em: 2 nov. 2022.

GOMES, C. *et al.* Feedback syndrome: risk factors x diagnosis. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 15, p. e293101519817, mar. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.19817> Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19817/20378>. Acesso em: 5 out. 2022.

KRUTKYTE, G. *et al.* Refeeding Syndrome: a critical reality in patients with chronic disease. *Nutrients*, Basel, v. 14, n. 14, p. 2859, jul. 2022. DOI: 10.3390/nu14142859. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35889815/>. Acesso em: 11 out. 2022.

LÓPEZ, M. T. F. *et al.* Síndrome de realimentación. *Farmacia Hospitalaria*, Madrid, v. 33, n. 4, p. 183-193, mar. 2009. DOI: 10.1016/S1130-6343(09)72163-4. Disponível em: <https://revistafarmaciahospitalaria.sefh.es/gdcr/index.php/fh/article/view/502>. Acesso em: 29 abr. 2023.

MCKNIGHT, C. L. *et al.* Refeeding syndrome in the critically ill: a literature review and clinician's guide. *Current Gastroenterology Reports*, Philadelphia, v. 21, n. 11, p. 58, nov. 2019. DOI: 10.1007/s11894-019-0724-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31758276/>. Acesso em: 2 nov. 2022.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE). *Nutrition support for adults oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition*. London: NICE, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49269/pdf/Bookshelf_NBK49269.pdf. Acesso em: 25 out. 2022.

PONZO, V. *et al.* The Refeeding syndrome: a neglected but potentially serious condition for inpatients. a narrative review. *Internal And Emergency Medicine*, Bari, v. 16, n. 1, p. 49-60, out. 2020. DOI: 10.1007/s11739-020-02525-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33074463/>. Acesso em: 2 nov. 2022.

RIBEIRO, A. *et al.* Hypophosphatemia and risk of refeeding syndrome in critically ill patients before and after nutritional therapy. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 66, n. 9, p. 1241-1246, sept. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.9.1241>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/tzWqH3ZFBBPsnny8bLcrndD/?lang=en>. Acesso em: 10 out. 2022.



SAD, M. *et al.* Manejo nutricional em pacientes com risco de síndrome de realimentação. *BRASPEN Journal*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 414-417, dez. 2019. DOI: 10.37111/braspenj.AE2019344001. Disponível em: <http://arquivos.braspen.org/journal/out-dez-2019/artigos/18-Sin-drome-de-realimentacao.pdf>. Acesso em: 9 out. 2022.

SAKAI, A; COSTA, N. Síndrome de realimentação: da fisiopatologia ao manejo. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 70-72, out. 2018. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i2a2. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/32493/pdf>. Acesso em: 9 out. 2022.

SILVA, J. *et al.* ASPEN Consensus recommendations for refeeding syndrome. *Nutrition in Clinical Practice*, Baltimore, v. 35, n. 2, p. 178-195, apr. 2020. DOI: 10.1002/ncp.10474. Disponível em: <https://aspenjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ncp.10474>. Acesso em: 9 out. 2022.

SOUZA, C. *et al.* Tempo de jejum em pacientes internados em um hospital de atendimento terciário. *BRASPEN Journal*, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 365-369, set. 2018. Disponível em: <http://arquivos.braspen.org/journal/out-dez-2018/artigos/02--AO-Tempo-de-Jejuml.pdf>. Acesso em: 16 out. 2022.

TOLEDO, D. O. *et al.* Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. *BRASPEN Journal*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 86-100, mar. 2018. Disponível em: <http://arquivos.braspen.org/journal/jan-fev-mar-2018/15-Campanha-diga-nao-aadesnutricao.pdf>. Acesso em: 16 out. 2022.

VIANA, L. *et al.* Qual é a importância clínica e nutricional da síndrome de realimentação? *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 55-59, mar. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202012000100013>. Acesso em: 9 out. 2022.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva
Recebido em 07 de Março de 2023.
Aceito em 13 de Junho de 2023.
Publicado em 20 de Julho de 2023.

Como referenciar este artigo (ABNT):

SANTOS, Larissa Silva; NUNES, Loryane Mayara de Lima; ANUNCIAÇÃO, Taise Andrade da; COSTA, Carlos Alberto Soares da. Síndrome de realimentação: protocolo para o manejo nutricional.. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 121-132, 2023.





E-mail:
revista@ghc.com.br

Site:
www.revista.ghc.com.br

Fone:
(51) 3357-2823