



Revista Brasileira de Bioética

Viviane Xavier de Lima e Silva

Núcleo de Ciências da Vida,
Universidade Federal de Pernambuco,
Campus Caruaru, Pernambuco, Brasil
vivianexavier09@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-9985-680X>

Marianna Assunção Figueiredo Holanda

Universidade de Brasília, Campus
Ceilândia, Brasília-DF, Brasil
marianna.holanda@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-5174-6855>

Bruna Pessoa de Melo Pereira

Núcleo de Ciências da Vida,
Universidade Federal de Pernambuco,
Campus Caruaru, Pernambuco, Brasil
brunapessoapereira@outlook.com
<https://orcid.org/0000-0002-2148-0029>

Considerações Bioéticas sobre o Acolhimento por Whatsapp na Atenção Primária à Saúde em tempos de COVID-19

Bioethical Considerations about User embracement by Whatsapp in Primary Health Care in times of COVID-19

Resumo: O acolhimento à demanda espontânea é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização e sua implantação nas unidades de Atenção Primária à Saúde é uma das maneiras de acompanhar a implementação da própria política. No contexto do distanciamento social pela pandemia de COVID-19, as tecnologias de comunicação remota entre população e equipes de saúde podem ser úteis para sua realização. Este artigo analisa a implantação do dispositivo de acesso acolhimento pelo aplicativo Whatsapp Business em duas unidades de saúde da família do agreste pernambucano, na vigência da pandemia, através da Bioética de Intervenção e da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco. Conclui-se que a ação pode colaborar com a manutenção do acesso, da longitudinalidade e da integralidade do cuidado, em consonância com os artigos 5, 10, 12 e 14 da declaração, porém tem dificuldades de atender os artigos 4, 9, 16 e 17, referentes ao sigilo das informações, minimização dos riscos, proteção das gerações futuras e do meio ambiente.

Palavras-chave: Bioética de Intervenção. Acolhimento. Telemedicina. Humanização. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

Abstract: User embracement is one of the guidelines of the National Humanization Policy and its implantation in Primary Health Care units is one of the ways to monitor the implementation of the policy itself. In the context of social detachment due to the COVID-19 pandemic, remote communication technologies between the population and health teams can be useful for its realization. This article analyzes the implantation of the user embracement access device by the Whatsapp Business application in two family health units of the brazilian northeastern state Pernambuco, during the pandemic, through the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights of Unesco. It is concluded that the action can collaborate with the maintenance of access, longitudinality and integrality of care, in line with articles 5, 10, 12 and 14 of the declaration, but it has difficulties in meeting articles 4, 9, 16 and 17, regarding the confidentiality of information, minimizing risks, protecting future generations and the environment.

Keywords: Intervention Bioethics. User embracement. Telemedicine. Humanization. Primary Health Care. Unified Health System

Introdução

A humanização da atenção à saúde é uma questão de importância para pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários há algumas décadas, como resposta às preocupações com a qualidade e a dignidade do cuidado (Moreira et al, 2015). A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde brasileiro (Brasil, 2004) a define como a valorização de todas as pessoas envolvidas neste cuidado, sejam usuários, trabalhadores ou gestores, com fortalecimento de seus vínculos e promovendo autonomia e corresponsabilização.

Ainda que haja um desafio conceitual e metodológico quanto ao seu ideário, seu fortalecimento dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) perpassa a construção de saúde e de sujeitos, consolidando-o como política pública (Benevides e Passos, 2005). Apesar de seu caráter subjetivo e multidimensional, pode-se afirmar que a humanização na saúde exige uma ampliação da qualidade do cuidado oferecido que envolva, além da qualidade técnica-científica, uma qualidade atitudinal reflexiva (Simões et al, 2007). Na prática, representa um modo de arquitetar uma nova forma de convivência entre pessoas envolvidas no cuidado em saúde, na medida em que possibilita perceber interesses e desejos que precisam ser levados em consideração nas composições deste cuidado (Campos, 2005).

Esta perspectiva entra em consonância com a defesa da saúde como direito humano, expressa na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da Unesco (2005), segundo a qual as práticas desenvolvidas devem ser pautadas por vários princípios éticos, incluindo autonomia e responsabilidade individual, igualdade, justiça e equidade, não-discriminação e não-estigmatização e responsabilidade social, entre outros. Desde uma perspectiva bioética anti-hegemônica, buscamos as melhores soluções possíveis para os dilemas surgidos no cuidado em saúde corroborando com a humanização da atenção. Nessa seara, a Bioética de Intervenção propõe tomadas de decisão no campo coletivo e público, que privilegiem o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo possível e que resultem nas melhores consequências coletivas, mesmo levando em consideração circunstâncias e situações individuais, com exceções pontuais a serem discutidas. No campo individual e privado, propõe a busca de soluções viáveis para os conflitos identificados, levando em consideração o contexto em que acontecem, bem como as contradições que os sustentam (Garrafa e Porto, 2003).

É nesse sentido que discutiremos aqui o uso de novas tecnologias em comunicação como uma ferramenta complementar de universalização da assistência primária à saúde, sobretudo em contextos de acirramento de distâncias e de desigualdades – como na presente pandemia de COVID-19. A partir de experiência de acolhimento por Whatsapp de médicas da família e da comunidade de duas Unidades de Saúde da Família (USF), uma urbana e outra rural, na cidade de Caruaru, no agreste pernambucano, propôs-se refletir acerca desta estratégia como instrumento de humanização dos serviços e de intervenção em prol das populações mais vulneráveis.

Um dos dispositivos que dão concretude ao conceito de humanização nos serviços de saúde é o acolhimento. Este é definido como uma prática presente que perpassa as relações de cuidado durante os encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, ao receber e escutar as pessoas (Brasil, 2013). Ele é uma das diretrizes da PNH e sua implantação nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), otimizando os serviços, hierarquizando riscos e promovendo o acesso a demais pontos de atenção da rede de saúde, é uma das maneiras de acompanhar a implementação da própria política (Brasil, 2004).

Não existe uma forma única de realizá-lo na prática, ele pode ser encarado como uma tecnologia de cuidado que amplia o acesso aos serviços de saúde e reorganiza o processo de trabalho dos profissionais (Brasil, 2013). Pode ser efetuado pela adoção de protocolos que visem estratificar os riscos das pessoas de morrer, adoecer ou ter a qualidade de vida comprometida e assim priorizar os atendimentos (Mitre et al, 2012). Mas pode ser entendido também como método que permite às pessoas acesso a uma atenção equânime e integral, colaborando assim para a efetivação dos princípios do SUS (Coutinho et al, 2015), também em sintonia com a artigo 14 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos – Responsabilidade Social e Saúde – sobretudo no que se refere ao papel dos governos (e, portanto, aos seus serviços públicos) de promoção da saúde como um direito fundamental de todo ser humano. Nesse sentido, em particular os incisos i e iv abordam o papel do progresso da ciência e da tecnologia que devem ampliar: (i) o direito ao acesso a cuidados de saúde de qualidade uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano e (iv) a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo (Unesco, 2005).

Gomide et al (2018) afirmam que quando as pessoas se sentem acolhidas e ouvidas, não há demora no agendamento e atendimento de consultas e há atendimento

da demanda espontânea, a satisfação dos usuários com o serviço é maior. Assim, possibilitando uma escuta mais qualificada e comprometida com as demandas da população, o acolhimento pode ser capaz de promover autonomia e responsabilização dos usuários com seus cuidados em saúde (Mitre et al, 2012). O artigo 5 da DUBDH – Autonomia e Responsabilidade Individual – ainda que enfatize a proteção dos direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer sua autonomia propõe que “deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais” (Unesco, 2005). Contudo, em um sentido mais amplo, autonomia também abarca o acesso a direitos e, conseqüentemente, seu exercício torna-se um maximizador da cidadania e também da responsabilidade individual e social.

Um desafio à humanização dos serviços de saúde são as dificuldades de manejo de recursos e de comunicação com os usuários, traduzidos em esperas longas, privacidade insuficiente, aglomerações, adiamentos de consultas e exames e despersonalização (Simões et al, 2007). Estas questões administrativas, políticas e subjetivas podem ser melhoradas por meio de novas tecnologias. É necessário que os serviços de APS as acolham, utilizando-as em benefício das pessoas (Young, 2016).

Uma das ferramentas com potencial para facilitar o cuidado das equipes de saúde com os usuários são as novas tecnologias em comunicação, mediadas por smartphones. Segundo a Fundação Getúlio Vargas (2019), existem 230 milhões de smartphones em uso no Brasil, empregados em usos diversos, como transações bancárias, compras e redes sociais. A inclusão destas novas tecnologias no trabalho da APS pode auxiliar esta interação com as comunidades (Primo et al, 2017). Contudo, é preciso conhecer as necessidades de saúde das pessoas para que o planejamento e a implementação de novas tecnologias em saúde se dê de forma adequada e coerente (Tibes et al, 2014). Por exemplo, a saúde das populações que não vivem em centros urbanos guarda particularidades em relação aos tipos de problemas de saúde e às formas de lidar com eles, aos modos de vida e ao acesso à rede de saúde (Targa, 2019).

Nestes casos, a utilização de tecnologias de comunicação entre equipes e comunidades seria ainda mais vantajosa, aumentando o acesso e melhorando a qualidade (Maldonado et al, 2016; Mehotra et al, 2016), porém estas localidades historicamente têm menos acesso aos recursos de comunicação. Isso permite uma discussão sobre o artigo 10 da DUBDH – Igualdade, Justiça e Equidade – na medida em que compreende

a igualdade como base fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos, de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa; assim como com o artigo 12 – Respeito pela Diversidade Cultural e pelo Pluralismo – considerando também que o uso do aplicativo WhatsApp é hoje uma das ferramentas de comunicação mais populares no Brasil, sendo dominante na categoria de mensagens instantâneas e utilizado por todas as classes sociais, com destaque para as classes C e B.

Além disso, toda incorporação de tecnologia no cuidado deve ser feita respeitando-se preceitos éticos. Desde o seu nascimento, a Bioética ocupa-se de analisar os avanços científicos e tecnológicos na saúde, ocorridos especialmente após a Segunda Guerra Mundial (Garrafa, 2008). Estas tecnologias em comunicação mediadas por smartphones podem representar grandes vantagens para a atenção à saúde, porém também têm seus desafios. A telemedicina apresenta pontos positivos, como redução de custos e economia de tempo, todavia também guarda fragilidades que necessitam ser superadas, como a segurança da informação e a gestão da identidade (Almeida et al, 2019), que constituem questões bioéticas.

Necessidades de saúde específicas surgiram também com o aparecimento da pandemia de COVID-19. Ao mesmo tempo que é preciso reforçar medidas educativas para mudanças de hábitos da população, como as de etiqueta respiratória, lavagem correta de mãos e uso de máscaras (Brasil, 2020), emergiu a recomendação de distanciamento social pelo risco de contágio, inclusive pelos trabalhadores de saúde. Este fato alterou a dinâmica de trabalho das equipes de APS (Castro et al, 2020) em um momento em que sua atuação tem sido muito importante, tanto do ponto de vista educativo, quanto do curativo. A telessaúde tem mostrado um papel relevante neste contexto, pois permite expandir o número de provedores de saúde, realizar a triagem de casos, facilitando o cuidado na linha de frente, oportuniza o atendimento quando os serviços habituais estão sobrecarregados ou são inexistentes e diminui o risco de contágio por contato pessoa a pessoa (Smith et al, 2020).

Uma vez mais, é importante chamar a atenção para preceitos éticos e deontológicos quanto a questão. A Resolução nº 1.643/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que define e disciplina a prestação de serviços através de telemedicina, exige o cumprimento das mesmas normas técnicas em relação à “guarda, manuseio, transmissão de dados, confidencialidade, privacidade e garantia do sigilo profissional” (CFM, 2002, p. 2) que para os atendimentos presenciais. Em virtude da pandemia de

COVID-19, esta foi complementada pelo Ofício nº 1756/2020 do CFM, no qual fica reconhecida a possibilidade de utilização da telemedicina, nos termos de teleorientação, telemonitoramento e teleinterconsulta. E, para além das questões estritamente deontológicas, os quatro 'Ps' descritos pela Bioética de Intervenção - Prevenção contra possíveis danos, Proteção dos mais frágeis, Prudência nos avanços e Precaução diante do desconhecido (Garrafa, 2008) – instam à reflexão sobre a incorporação da telemedicina aos serviços.

Desta forma, as tecnologias de comunicação remota entre população e equipes de saúde tem o potencial de colaborar para que a atenção à saúde seja realizada da melhor forma possível, respeitando as particularidades do momento (Castro et al, 2020). Este artigo objetivou analisar a implantação do dispositivo de acesso acolhimento através do aplicativo Whatsapp Business em duas unidades de saúde da família no agreste pernambucano, na vigência da pandemia de COVID-19, em diálogo com a Bioética de Intervenção e a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da Unesco (2005).

Método

Trata-se de um estudo analítico, retrospectivo, do tipo estudo de caso exploratório (Maffezzolli, Boehs, 2008). Este tipo de trabalho é bastante aplicável quando se deseja o conhecimento de fenômenos organizacionais, especialmente quando a situação em pauta revela casos decisivos, raros, típicos, reveladores ou longitudinais (Freitas, Jabbour, 2011).

Os dados foram coletados a partir de planilhas já existentes, elaboradas pelas médicas de duas Unidades de Saúde da Família (USF), uma urbana e outra rural, na cidade de Caruaru, no agreste pernambucano, com informações relativas ao acolhimento por Whatsapp, nas três semanas que se sucederam a sua implantação. Foram descritos apenas de forma coletiva, para resguardar o sigilo dos usuários, e analisados à luz dos artigos da DUBDH.

Resultados

A implantação do acolhimento por Whatsapp se iniciou em março de 2020, no dia seguinte ao que foram anunciadas as medidas oficiais de distanciamento social na cidade de Caruru/PE – suspensão de aulas em escolas e universidades, eventos com

público superior a cem pessoas, férias de servidores de áreas consideradas essenciais, etc. Foram adquiridos chips de telefonia celular da operadora que tem melhor cobertura no local por uma das médicas de cada Unidade de Saúde da Família (USF) e instalado o software Whatsapp Business em seus smartphones, visto não se dispor de aparelho funcional.

Para divulgação do novo serviço na USF urbana, foi utilizado um vídeo rápido confeccionado com o próprio smartphone, no qual a médica orientava as medidas de distanciamento social e divulgava o número para contato com a USF. Este vídeo foi distribuído para a população local através do próprio aplicativo Whatsapp pelos Agentes Comunitários de Saúde e pela Associação de Moradores, reforçando que o horário de acolhimento pelo aplicativo coincide com o horário de funcionamento da USF. O número também foi entregue por escrito aos usuários que ainda procuravam a unidade de saúde pessoalmente nos dias subsequentes.

No caso da USF rural, pelas distâncias geográficas e dificuldade de comunicação entre os moradores da área, já existiam grupos de Whatsapp criados entre profissionais da USF e usuários de diferentes microáreas. Assim, a divulgação da nova ferramenta de contato se deu pela entrada da médica nestes grupos com o número vinculado ao Whatsapp Business, além da divulgação direta pelos ACS e recepcionista da USF. Além de estar disponível para o acolhimento, a médica buscava ativamente o usuário em chat privado quando identifica nos grupos demandas que precisassem de interação.

O monitoramento das mensagens recebidas foi realizado pelas médicas das duas USFs, utilizando o modo Web Whatsapp. Ao receber o contato da pessoa, seja por mensagem de texto ou de áudio, a profissional que estava monitorando o aplicativo solicitava uma foto do Cartão Nacional de Saúde ou de algum outro documento de identificação através do qual fosse possível inserir o atendimento no Prontuário Eletrônico do Cidadão como escuta inicial. No campo adequado, foi realizado o registro de que a escuta foi efetuada pelo Whatsapp. Para manter o registro do conteúdo da interação, optou-se por não atender chamadas de voz ou de vídeo realizadas através do aplicativo pelos usuários.

Assim como no acolhimento presencial, a partir da identificação da demanda, foi oferecida à pessoa a melhor alternativa disponível na rede de saúde para a resolução de sua questão, considerando suas particularidades. Como vários serviços, inclusive

de saúde, estavam com atividades suspensas na cidade, a interação pelo aplicativo foi usada como mais uma oportunidade para reforçar a recomendação das medidas de distanciamento social e permanência em casa. Não foram realizadas teleconsultas, mas sim teleorientação e telemonitoramento. Pessoas com quadros agudos, que demandavam exame físico, passaram a ser agendados por horário para consulta presencial na USF, de forma que não houvesse mais do que um paciente em atendimento, evitando aglomerações.

Especificamente para os pacientes com síndrome gripal, parte da anamnese já passou a ser realizada pelo próprio aplicativo, diminuindo seu tempo de permanência na USF. Além disso, com o conhecimento prévio de que se trata de um quadro respiratório, a pessoa já recebia máscara cirúrgica assim que chegava na unidade de saúde e era direcionada para sala de atendimento diferente da que os demais usuários eram atendidos. A ferramenta também vem sendo utilizada para acompanhar a evolução destes pacientes em domicílio.

Quanto à resposta da população, em três semanas de funcionamento, foram realizadas 59 interações em chat privado, com 45 diferentes usuários na USF rural. A maior parte delas foi realizada por mulheres (97%), com demandas próprias (53%), para pessoas que não pertencem a grupos considerados de maior risco para a infecção pela COVID-19 (73%). Em 54% delas, foram utilizadas mensagens de áudio. As demandas principais foram pacientes com questões agudas sem sintomas respiratórios (61%), pessoas pedindo informações sobre vacinas, exames, consultas ou medicamentos (17%), pacientes com questões agudas respiratórias - não necessariamente classificados como síndrome gripal nas consultas (14%) e pessoas que fazem uso de medicações contínuas demandando a renovação da receita (7%). Apenas em 29% das interações, foi necessário o comparecimento da pessoa à USF para consulta. Mesmo com o agendamento dos pacientes sendo feito pelo aplicativo, ainda permaneceram chegando usuários diretamente na recepção da USF, seja porque não tem smartphones ou não usam o aplicativo de mensagens, ou por ainda não estarem sabendo da existência da ferramenta. Ressalta-se que o processo de acolhimento presencial ainda não estava implantado nesta USF.

Na USF urbana, que já contava com acolhimento presencial há 5 anos, o aplicativo recebeu 302 interações vindas de 191 diferentes usuários no mesmo período. A maior parte delas também foi realizada por mulheres (89%), com demandas próprias (51%), para pessoas que não pertencem a grupos considerados de maior risco para a

infecção pelo COVID-19 (57%) e também em 54% delas foram utilizadas mensagens de áudio. As demandas principais foram pacientes com questões agudas sem sintomas respiratórios (27%), pessoas pedindo informações sobre vacinas, exames, consultas ou medicamentos (27%), pacientes com questões agudas respiratórias (20%) e pessoas que fazem uso de medicações contínuas demandando a renovação da receita (20%). Apenas em 32% das interações, foi necessário o comparecimento da pessoa à USF para consulta. A demanda de comparecimento direto à recepção da USF foi reduzida praticamente a zero.

Discussão

Mesmo em situação de distanciamento social pela pandemia de COVID-19, o acolhimento continua sendo uma importante ferramenta de garantia de acesso da população ao sistema de saúde. A partir do conceito de que o ato de “acolher” não se resume apenas a um processo de prestação de serviços entre usuários e profissionais de saúde (Brasil, 2013), o fato de continuar contando com sua USF, mesmo em distanciamento social, favorece o exercício do direito à saúde, com o SUS como executor, pautado pelo princípio organizativo da universalidade do acesso (Gomide et al, 2018).

As bioéticas latino-americanas se relacionam com o direito das pessoas ao acesso à saúde desde sua criação (Garrafa et al, 2018). Sua relação com o movimento da Reforma Sanitária brasileira não só influenciou a criação de linhas autóctones de pensamento, como a Bioética de Intervenção, mas também deu contribuições decisivas à própria formulação da DUBDH (Porto e Garrafa, 2011), especialmente no seu artigo 14, relativo à Responsabilidade social e saúde. Este orienta que o progresso da ciência e tecnologia deve ampliar o acesso a cuidados de saúde de qualidade assim como aborda a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo (Unesco, 2005) preceitos que, em nossa análise, vem sendo corroborados pela implantação do acolhimento por Whatsapp.

A Bioética de Intervenção se apresenta como proposta de libertação, que leva em conta as injustas relações estabelecidas não apenas entre o Norte e o Sul globais – evidenciando as desigualdades sociais que distinguem os países centrais dos países periféricos do sistema-mundo – mas também atua como um instrumento de denúncia e discussão sobre as situações de injustiça no acesso a direitos, se propondo a ser um instrumento útil para colaborar na busca de alternativas às desigualdades e iniquidades

em saúde (Feitosa e Flor do Nascimento, 2015).

Dessa maneira, a BI reconhece e valoriza a dimensão social do processo saúde-doença, considerando a diversidade e o pluralismo como desafios estruturadores para o processo de discussão, elaboração e execução das políticas públicas de saúde. (Holanda e Feitosa, 2015). A ampliação do acesso à saúde demanda, por seu turno, o desenvolvimento de maior conhecimento e sensibilidade dos trabalhadores das equipes com relação às necessidades das pessoas acompanhadas a partir da implantação do acolhimento (Mitre et al, 2012). Especialmente na USF rural, onde o acolhimento ainda não existia, foi importante para a equipe perceber as necessidades de saúde que mais motivam o contato e algumas características biopsicossociais das populações sob sua responsabilidade. Assim, o acolhimento também tem colaborado com a organização do processo de trabalho das equipes, objetivando que os usuários tenham um cuidado mais justo e integral (Coutinho et al, 2015).

Um dos objetivos da DUBDH é “promover o acesso equitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos” (Unesco, 2005). Em seu artigo 10, que trata sobre igualdade, justiça e equidade, refere ainda que “a igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa” (Unesco, 2005). Percebe-se que o ideário do SUS, baseado na Reforma Sanitária brasileira, e a Bioética compartilham o reconhecimento da dignidade humana como um valor (Porto e Garrafa, 2011), calcado no direito à saúde e na justiça. Considerando a equidade e justiça como conceitos com grande similitude, a equidade pode ser considerada um marco ético nas questões bioéticas em saúde pública (Corgozinho e Oliveira, 2016). Compreendemos que a manutenção do acesso aos cuidados em saúde promovida pelo acolhimento por Whatsapp colabora no sentido da promoção desta equidade. Porém, a exigência de um aparelho de alto custo para boa parte da população assistida, um smartphone, é um limitador do usufruto deste direito. É necessário que as equipes continuem acolhendo de outras formas os usuários que não puderem utilizar esta ferramenta. É nesse sentido que podemos fazer um debate mais aprofundado sobre o artigo 5 da DUBDH, que trata sobre autonomia e responsabilidade individual. Desde a Bioética de Intervenção e das bioéticas latino-americanas em geral pensamos além da autonomia individualista e da ética médica, abordando também questões de saúde pública e de justiça social (Seletti e Garrafa, 2005). Por meio dessa compreensão, a autonomia e responsabilidade individual encontram o equilíbrio entre o individualismo e o universalismo de algumas normas bioéticas com a demanda por

responsabilidade social e o respeito pela diversidade cultural.

Ainda considerando a colaboração do acolhimento para a manutenção da integridade do cuidado à saúde da população (Souza et al, 2008), mesmo em momento de emergência sanitária, foi relevante manter a atenção às situações que não envolviam pessoas suspeitas de COVID-19, de modo que o cuidado e preocupações individuais bem como a qualidade da assistência à saúde comprometem o coletivo, acentuando a responsabilidade social. Analisamos que foi essencial manter o atendimento das queixas agudas não respiratórias, a continuidade do acesso aos medicamentos de uso contínuo, evitando descompensação em pacientes de grupos de maior risco de complicações, e as orientações frente às outras demandas não agudas, que compuseram a maioria das solicitações em ambas as USFs, respeitando-se as orientações para evitar o contágio respiratório dentro das unidades (Brasil, 2020).

Desde a primeira Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006, Brasil, 2012, Brasil, 2017), o vínculo entre equipes de APS e usuários e a longitudinalidade do cuidado são considerados princípios orientadores de suas práticas. Isto pode explicar a diferente adesão da população usuária das duas USFs ao acolhimento por Whatsapp. Na USF urbana, onde o acolhimento presencial já existia e o vínculo já estava construído, os usuários aderiram com facilidade à nova forma de acessar sua equipe de referência. Poderia-se pensar inicialmente que a principal dificuldade no ambiente rural fosse o pouco acesso à tecnologia, porém a equipe já se utilizava do aplicativo Whatsapp como forma de comunicação com a população. O que ainda não era conhecido era o dispositivo organizador da demanda espontânea da equipe denominado acolhimento.

A preferência pelo uso de mensagens de áudio, ao invés do texto escrito, também pode ser vislumbrada na perspectiva de manutenção e fortalecimento destes vínculos. É possível que os usuários considerem esta forma de comunicação mais eficaz, pois além de permitir suplantar dificuldades de escolarização e uso da língua escrita, é uma maneira mais pessoal de se comunicar. Ouvir a voz, a entonação, as subjetividades envolvidas no ato comunicativo humaniza o contato e traz a familiaridade de estar sendo atendido por uma profissional conhecida, mesmo que à distância.

Neste sentido, a comunicação dialógica (Coriolano-Marinus et al, 2014) é essencial ao desenvolvimento da confiança entre profissionais e usuários e da construção compartilhada do cuidado. As equipes, compreendendo o uso das mensagens de áudio como preferencial para parte dos usuários, passaram a responder estas demandas

também com mensagens de áudio. A comunicação adequada também foi uma preocupação presente no vídeo confeccionado para a divulgação do serviço na USF urbana.

Um outro atributo da APS (Gusso, Machado, 2019) que dialoga com estes achados é a competência cultural das equipes de APS, definida como reconhecimento de que padrões de socialização em diferentes grupos humanos interferem nas suas formas de encarar o processo saúde-adoecimento (Gouveia et al, 2019). Este atributo dialoga com os artigos 11, que trata da não-discriminação e não-estigmatização, e 12, que trata sobre respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo, da DUBDH (Unesco, 2005). Assim, a necessidade dos serviços e profissionais de saúde dialogarem com o universo cultural das pessoas cuidadas, entendendo inclusive o momento de apreensão vivido por todos frente a ameaça que representa uma doença nova e como a população está pensando (ou não) seu cuidado frente a isto, pode ser atendida com o uso adequado do acolhimento por Whatsapp.

Exatamente como para o acolhimento presencial, os dados da experiência estão em consonância com a literatura que aponta uma procura maior pelos serviços de saúde das mulheres em relação aos homens. É possível que, também para estas populações, a construção social do homem como menos vulnerável esteja colaborando para o comportamento de menor cuidado com a saúde (Gomes et al, 2007). Faz parte das tarefas das equipes construir processos e ferramentas que ampliem o acesso destes homens aos serviços, como revisão dos horários de funcionamento das unidades, e que questionem este senso comum de invulnerabilidade masculina ao adoecimento (Gomes et al, 2007, Levorato et al, 2014). Um dos eixos temáticos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é justamente o acesso e acolhimento, que favoreça a inclusão e vinculação dos homens aos serviços de saúde (Coelho et al, 2018). A ampliação de possibilidades de acesso e uso dos serviços através do aplicativo Whatsapp pode colaborar também neste sentido.

A resolutividade das questões trazidas pela população no próprio acolhimento, com a baixa necessidade de realização de consultas presenciais, é mais uma fortaleza da experiência (Castro et al, 2020) que colabora para a manutenção do necessário distanciamento social no contexto da pandemia de COVID-19 (Brasil, 2020). Mesmo com usuários e trabalhadores imersos no modelo biomédico hegemônico, com espaço desprivilegiado para educação, prevenção e promoção da saúde (Mitre et al, 2012) e conseqüentemente focados na consulta médica como forma preferencial de resolver demandas, a necessidade de afastamento oportunizou novas formas de

orientação pelos profissionais e fortalecimento dos saberes e autonomia da população, o que dialoga com artigo 5 da DUBDH, que trata sobre autonomia e responsabilidade individual (Unesco, 2005). Este fato é bastante relevante num momento em que o engajamento social é crucial para o enfrentamento da epidemia.

Adicionalmente, a identificação de portadores de síndrome gripal através do acolhimento pelo Whatsapp possibilitou colher a história clínica necessária à estratificação de risco (Brasil, 2020) do caso antes de sua chegada à USF, favorecendo o uso racional e correto de equipamentos de proteção individual e redução do tempo de permanência da pessoa na USF. A ferramenta também facilita a comunicação entre trabalhadores e sintomáticos respiratórios para o monitoramento durante o período de isolamento domiciliar, atendendo às questões deontológicas previstas pelo CFM (2020).

Alguns limites da experiência também podem ser observados. O principal deles diz respeito a confidencialidade das informações. Mesmo as profissionais que monitoram o acolhimento por Whatsapp sendo as mesmas que realizam a escuta qualificada no atendimento presencial, a solicitação de foto do cartão nacional de saúde do usuário não permite a confirmação de sua identidade, o que pode permitir fraudes e compartilhamento indevido de informações. Isto contraria o artigo 9 da DUBDH, que trata de privacidade e confidencialidade das informações provenientes dos indivíduos (Unesco, 2005). É importante que as equipes se atentem para isto, pois a razão da existência da telessaúde são as pessoas assistidas (Mourão, 2016) e seu direito ao sigilo deve ser respeitado. O artigo 4 da DUBDH também deve ser observado, já que menciona ser necessário maximizar benefícios e minimizar danos possíveis aos indivíduos “quando se trate da aplicação e do avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e tecnologias associadas” (Unesco, 2005).

Ainda nesta temática, existe um percentual importante de pessoas que acessam a ferramenta para demandas de outros usuários cuidados por elas, o que também compromete a privacidade de certa forma. Isto pode ser interpretado como um padrão cultural das comunidades, visto que também pode ser observado no acolhimento presencial, e desta forma, o acolhimento por Whatsapp estaria respeitando esta característica, em consonância com o artigo 12 da DUBDH, que trata sobre o respeito pela diversidade cultural (Unesco, 2005). Mas o limite pelas questões de privacidade e confidencialidade permanece. Este é um desafio técnico e ético para práticas que envolvem a telemedicina (Maldonado et al, 2016).

Apesar dos recursos necessários para a experiência serem de fácil acesso e o aplicativo Whatsapp ser de ampla utilização pela população, a experiência demonstra a carência de financiamento estatal para os insumos necessários. Associada à possibilidade de problemas técnicos com os computadores, smartphones ou rede de internet, esta limitação pode comprometer o sucesso da implantação do acolhimento por Whatsapp. É necessária uma mudança na cultura institucional gerencial que seja possível a continuidade e consolidação das experiências que envolvem a telemedicina (Maldonado et al, 2016).

Especificamente em relação ao momento da pandemia, outro entrave à consolidação da experiência foi a redução de ofertas da rede de saúde, com o fechamento de ambulatórios especializados e serviços hospitalares não urgentes. Este novo arranjo reduziu a capacidade da APS de coordenar o cuidado das pessoas, um outro atributo nuclear de sua atuação (Gusso, Machado, 2019), e pode comprometer a resolutividade do acolhimento por Whatsapp, quanto presencial.

Considerações finais

Este artigo buscou sistematizar um estudo de caso exploratório visando refletir sobre o uso da ferramenta de WhatsApp no acolhimento e assistência à saúde em contexto de pandemia e isolamento social. Os dados foram organizados pelas médicas de duas Unidades de Saúde da Família (USF), uma urbana e outra rural, na cidade de Caruaru, no agreste pernambucano. Observou-se uma grande adesão à ferramenta – que já vinha sendo utilizada como forma de comunicação complementar entre as médicas de família e comunidade e sua rede de usuários do SUS.

Observou-se que a implantação do aplicativo WhatsApp na realização do acolhimento à demanda espontânea é uma ferramenta que pode colaborar com a manutenção do acesso, da longitudinalidade, e da integralidade do cuidado, no contexto de distanciamento social provocado pela pandemia de COVID-19, humanizando-o e colaborando para o cumprimento do direito à saúde e no fortalecimento de princípios expressos na DUBDH como: Autonomia e Responsabilidade Individual (Art.5), Igualdade, Justiça e Equidade (Art.10), Respeito pela diversidade cultural e pelo Pluralismo (art. 12) e Responsabilidade Social em Saúde (art.14).

Ainda que a ferramenta, se não utilizada adequadamente, possa permitir a vulnerabilidade ou a desproteção do sigilo das informações, avalia-se que há mais benefícios do que riscos. Visando reduzir os últimos, sugere-se que as equipes de saúde

estudem formas de incorporar o uso de novas tecnologias em comunicação como ferramenta da assistência primária, considerando as particularidades de cada contexto social e da rede de usuários, mesmo após a cessação da situação de pandemia atual. Avaliamos que a tecnologia permite também envolver outros profissionais no trabalho de escuta aos usuários, assim como no acolhimento presencial, evitando a centralização na figura do médico. Sugere-se ainda novos estudos de percepção ou satisfação dos usuários, profissionais e gestores com a nova ferramenta que permitam somar as análises de seu impacto no processo de trabalho das equipes.

Ressaltamos, por fim, a necessidade de atenção ao cumprimento de normativas deontológicas em relação à telemedicina aliadas aos princípios presentes na DUBDH.

Referências

1. Almeida JP, Vieira LTQ, Diniz LTG, Martinelle MFS. Telemedicina e bioética: o futuro é agora. *Revista Bioética Cremego*, 2019; 01(1): 41-45. Acessível em: <https://rbc.emnuvens.com.br/cremego/issue/view/1/1>
2. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 2005; 9(17):389-406. Acessível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2005.v9n17/389-394/pt>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Acessível em: <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/pnh-2004.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Acessível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acessível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Acessível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Acessível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Acessível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200504_ProtocoloManejo_ver09.pdf
 9. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface - Comunic, Saúde, Educ, 2005; 9(17):398-400. Acessível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf>
 10. Castro FAG, Santos AO, Reis, GVL, Viveiros LB, Torres MH, Oliveira Junior PP. Telemedicina rural e COVID-19: ampliando o acesso onde a distância já era regra. Rev Bras Med Fam Comunidade, 2020; 15(42):1-14. Acessível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2484/1551>
 11. Coelho EBS, Schwarz E, Bolsoni CC, Conceição TB. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. Acessível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/livro-Pol--ticas-2018.pdf>
 12. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.643/2002. Brasília, 2002. Acessível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1643_2002.pdf
 13. Conselho Federal de Medicina (CFM). Ofício CFM Nº 1756/2020 – COJUR. Brasília, 2020. Acessível em: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf
 14. Corgozinho MM, Oliveira AAS. Equidade em saúde como marco ético da bioética. Saúde Soc. São Paulo, 2016; 25(2): 431-441. Acessível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00431.pdf>
 15. Coriolano-Marinus MWL, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. Saúde Soc, 2014; 23(4):1356-1369. Acessível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1356.pdf>
 16. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. Saúde Debate, 2015; 39(105):514-524. Acessível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00514.pdf>
 17. Feitosa SF, Flor do Nascimento W. A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. Rev. bioét. (Impr.). 2015; 23 (2): 277-84.
 18. Francisconi CF, Goldim JR, Lopes MHI. O papel dos Comitês de Bioética na humanização da assistência à saúde. Revista Bioética, 2002; 10(2): 147-157. Acessível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/219/220
 19. Freitas WRS, Jabbour CJC. Utilizando Estudo de Caso(s) como Estratégia de pes-

- quisa Qualitativa: Boas Práticas e Sugestões. *Estudo & Debate*, 2011; 18(2): 07-22. Acessível em: <http://www.meep.univates.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/view/560/550>
20. Fundação Getúlio Vargas. 30ª Pesquisa Anual do Uso de TI. São Paulo, 2019. Acessível em: <https://eaesp.fgv.br/ensinoeconhecimento/centros/cia/pesquisa>
21. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, London, v. 17, n. 5/6, p. 399-415, 2003.
22. Garrafa V. Bioética. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI (org). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2008: 741-757.
23. Garrafa V, Cunha TR, Manchola C. Acesso aos Cuidados de Saúde – questão central na bioética brasileira. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2018; 27: 431-439.
24. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(3):565-574. Acessível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>
25. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface*, 2018; 22(65):387-398. Acessível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2018.v22n65/387-398/pt>
26. Gouveia EAH, Silva RO, Pessoa BHS. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. *RBEM*, 2019; 43(1 Supl. 1): 82-90. Acessível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000500082
27. Gusso G, Machado, LBM. Atenção Primária à Saúde. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2019: 172-196.
28. Holanda MAF, Feitosa SF. A Pluralidade Sociocultural no Brasil e os Desafios para a Implantação das Políticas Públicas de Saúde. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*. V.7 n.4 (2013): Saúde Indígena e Controle Social. Acessível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1415>
29. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014; 19(4): 1263-1274. Acessível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000401263&script=sci_arttext&lng=pt
30. Maffezzolli ECF, Boehs CGE. Uma reflexão sobre o estudo de caso como método

- de pesquisa. Rev. FAE, 2008; 11(1):95-110. Acessível em: <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/262/180>
31. Maldonado JMSV, Marques AB, Cruz A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. Cad. Saúde Pública, 2016; 32(Sup 2:e00155615): S1-12. Acessível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v32s2/pt_1678-4464-csp-32-s2-e00155615.pdf
 32. Mehotra A, Jena AB, Busch AB, Souza J, Uscher-Pines L, Landon BE. Utilization of Telemedicine Among Rural Medicare Beneficiaries. JAMA, 2016; 315(18): 2015-2016. Acessível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943212/>
 33. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2012; 17(8): 2071-2085. Acessível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/18.pdf>
 34. Moreira MADM, Lustosa AM, Dutra F, Barros EO, Batista JBV, Duarte MCS. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 2015; 20(10): 3231-3242. Acessível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3231.pdf>
 35. Mourão NAL. Telessaúde à luz da Bioética: subsídios para a universalidade de acesso à saúde (tese). Brasília: Universidade de Brasília; 2016. Acessível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/20920>
 36. Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva, 2011; 16(S1): 719-729. Acessível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a02v16s1.pdf>
 37. Porto D. Bioética de intervenção: retrospectiva de uma utopia. In: Porto D, Garrafa V, Martins GZ, Barbosa SN, coordenadores. Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois. Brasília: CFM; 2012.
 38. Primo PPB, Miranda AEB, Santana HC. Uso de Novas Tecnologias para Conscientização da População em Temáticas da Área de Saúde: O Caso Do Aplicativo Aedes Zero. Revista Guará, 2017; 7:163-170. Acessível em: <http://teste.periodicos.ufes.br/guara/article/view/17523/12075>
 39. Seletti JC e Garrafa V. As raízes cristãs da autonomia. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.
 40. Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. Texto Contexto Enferm, 2007; 16(3): 439-44. Acessível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a09v16n3.pdf>
 41. Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, Haydon H, Mehrotra A, Clemensen J, Caffery LJ. Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (CO-

- VID-19). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2020; 26(5): 309-313. Acessível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1357633X20916567>
42. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2008; 24(Sup 1): S100-S110. Acessível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>
43. Targa LV. Área rural. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2019: 1532-1559.
44. Tibes CMS, Dias JD, Zem-Mascarenhas SH. Aplicativos móveis desenvolvidos para a área da saúde no Brasil: revisão integrativa da literatura. *REME*, 2014; 18(2):479-486. Acessível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/940>
45. Unesco. *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*. 2005. Acessível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf
46. Young, AJ. New technologies and general practice. *Br J Gen Pract*, 2016; 66(653): 601-602. Acessível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5198640/>

Recebido em: 02/08/2020. Aprovado: 10/10/2020.