



Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA PARA DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE:

A EXPERIÊNCIA DA INOVAÇÃO-FORMAÇÃO
EM SERVIÇO DO ESPÍRITO SANTO

editora

redeunida

Italo dos Santos Rocha
Fabiano Ribeiro dos Santos
Quelen Tanize Alves da Silva
Alcindo Antônio Ferla

ORGANIZADORES



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORES
Italo dos Santos Rocha
Fabiano Ribeiro dos Santos
Quelen Tanize Alves da Silva
Alcindo Antônio Ferla

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA PARA DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA INOVAÇÃO-FORMAÇÃO EM SERVIÇO DO ESPÍRITO SANTO

1ª Edição
Porto Alegre
2022



Coordenador Nacional da Rede UNIDA
Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrove.

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bóer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Liliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Rossana Staeve Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial
Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Márcia Regina Cardoso Torres
Renata Riffel Bitencourt

Arte Capa | Projeto Gráfico | Diagramação
Lucia Pouchain



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

A654

Aprendizagem significativa para desenvolvimento dos sistemas locais de saúde: a experiência da inovação-formação em serviço do Espírito Santo/ Organizadores: Italo dos Santos Rocha; Fabiano Ribeiro dos Santos; Quelen Tanize Alves da Silva; Alcindo Antônio Ferla. – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

191 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 30).
E-book: 2.75 Mb; PDF

Inclui bibliografia.
ISBN: 978-65-54462-018-5
DOI: 10.18310/9786554620185

1. Administração de Serviços de Saúde. 2. Internato e Residência. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 550
CDU 614(815.2)

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde Pública / Medicina preventiva; Estado do Espírito Santo.
2. Medicina: Saúde pública (Estado do Espírito Santo).

Catálogo elaborado pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Sumário

A INOVAÇÃO COMO APRENDIZAGEM NO COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE: QUANDO AS INICIATIVAS DE FORMAÇÃO TRANSFORMAM O TRABALHO!..... 10

Italo dos Santos Rocha, Fabiano Ribeiro dos Santos, Quelen Tanize Alves da Silva, Alcindo Antônio Ferla

A NARRATIVA DO PROVIMENTO: UMA HISTÓRIA DE INOVAÇÃO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO..... 17

Agleildes Arichele Leal de Queirós, Ana Carolina Menezes da Silva Braga, Ana Laurita Nunes Maia, Giovanni Zanquetto Olmo, Laís Coelho Caser, Mirela Dias Gonçalves, Silvio José Santana

IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA 31

Clarice Sampaio Cunha, Juliana da Silva Mariano, Luiz Cláudio Oliveira da Silva, Marcello Dala Bernardina Dalla

DESAFIOS DE IMPLANTAR PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE NUMA CONCEPÇÃO CRÍTICO REFLEXIVA..... 45

Manoela Cassa Libardi, Célia Márcia Birchler, Daniele Stange Calente, Gilton Luiz Almada, Marcello Dala Bernardina Dalla, Ariane Ribeiro Pinheiro

A DESCENTRALIZAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA: UMA ALTERNATIVA PARA A DESIGUALDADE NA DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS? 61

Ariane Ribeiro Pinheiro, Clarice Sampaio Cunha, Juliana da Silva Mariano, Marcello Dala Bernardina Dalla

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA: ESPAÇO DE CONSTRUÇÃO COLETIVA E FORMAÇÃO EM SAÚDE 80

Danuza Barros Gomes, Mariana Lisboa Costa, Roseli Ferreira da Silva, Silvana Assis Machado

O PAPEL DA PRECEPTORIA NA CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA INTER E TRANSDISCIPLINAR EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS 94

Luciana Machado Duarte, Aryanna Rezende Albani Antonucci, Renata Abdalla Pires

PROJETO APLICATIVO COMO ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO: EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA 109

Amanda Del Caro Sulti, Ana Paula Brioschi dos Santos, Célia Márcia Birchler, Júlia Fabres do Carmo, Tânia Mara Ribeiro dos Santos

A INSERÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM CONTEXTO DE PANDEMIA EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR CAPIXABA..... 126

Jhienifer Virginio Barbosa, Lairane Barros Caxias, Regiany Silva Calassara Santiago

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO CAMPO DE PRÁTICA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS 141

Paola Karolyne Jandrey, Gabriela Pôrto Marques, Kelen Borchardt da Silva, Lívia Rosas Ferreira, Frederico Felipe Costa Tebas de Freitas

TRAJETÓRIA DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE FARMÁCIA CLÍNICA NO ÂMBITO HOSPITALAR, A PARTIR DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS 161

Danila de Sousa Silva, Renata Abdalla Pires

ÍNDICE REMISSIVO 176

SOBRE OS AUTORES 178

Os capítulos desse livro foram produzidos a partir dos manuscritos selecionados da Chamada Pública nº 01/2021, resultado de parceria interinstitucional entre a Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA), o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SES/ES), e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Os manuscritos recebidos foram submetidos à avaliação de pares. Atuaram como avaliadoras ad hoc as seguintes pessoas: Alcindo Antônio Ferla, Amanda Del Caro Sulti, Ana Paula Brioschi dos Santos, Célia Márcia Birchler, Cristiano Soares da Silva Dell'Antonio, Gabriel Calazans Baptista, Gilton Luiz Almada, Italo dos Santos Rocha, Jaqueline Miotto Guarnieri, Julia Fabres do Carmo, Juliana da Silva Mariano, Juliana Rodrigues Tovar Garbin, Larissa Soares Dell'Antonio, Manoela Cassa Libardi, Marcello Dala Bernardina Dalla, Margareth Pandolfi, Quelen Tanize Alves da Silva, Renata Riffel Bitencourt, Ricardo Burg Ceccim, Tânia Mara Ribeiro dos Santos, Virginia de Menezes Portes.

A INOVAÇÃO COMO APRENDIZAGEM NO COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE: QUANDO AS INICIATIVAS DE FORMAÇÃO TRANSFORMAM O TRABALHO!

Italo dos Santos Rocha
Fabiano Ribeiro dos Santos
Quelen Tanize Alves da Silva
Alcindo Antônio Ferla

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o desenvolvimento do trabalho e da educação na saúde foi produzido muito fortemente em experiências locais, que associaram teorias e recomendações pedagógicas, normas legais e operacionais dos ministérios da saúde e educação, protocolos de atenção e gestão, com a complexidade local, produzindo inovações e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

As iniciativas mais criativas, por certo, envolveram a implantação de programas de residência médica e em área profissional da saúde que, por dever de ofício, fazem um enlace muito forte entre as áreas de educação e saúde, mas também com a complexidade do andar da vida nos territórios. Não há que reivindicar modelos e condições ideais, quando se faz a saúde e a educação a quente, no cotidiano, tendo que inventar os que-fazer e os se-fazer, na medida em que aprender é transformar a si e ao mundo.

Muito se pode teorizar e profetizar sobre essas condições, mas o fato é que o percurso por um programa de residência, com um desenho pedagógico encharcado de educação permanente em saúde, em serviços que se misturam aos territórios, é uma experiência que marca a formação dos profissionais e a própria configuração assistencial dos territórios.

Por isso, resolvemos fazer uma chamada de artigos sobre esses fazeres no território, no âmbito de uma iniciativa que envolveu a parceria da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (SES/ES), a Organização Panamericana da

Saúde (OPAS) e a Rede Unida, para colecionar relatos relevantes de experiências. A camada operacional ficou a cargo do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) e da Editora Rede Unida. Após sucessivas rodadas de avaliação de pares, como convém às boas práticas de disseminação científica, apresentamos uma coleção de artigos da generosa experiência da gestão estadual do SUS no Espírito Santo, que cumpre uma dupla função: a) produzir análises sobre o fazer da inovação no cotidiano do trabalho, demonstrando que os fazeres densos também produzem conhecimentos e tecnologias que podem ser documentadas e compartilhadas, demonstrando o generoso ciclo de cooperação horizontal entre trabalhadores no SUS e no sistema educacional brasileiro; e b) documentar a experiência como tecnologia do fazer a inovação no cotidiano, que os ciclos de gestão podem se descontinuar e, com eles, muitas experiências importantes são descartadas.

A INOVAÇÃO COMO SUPERAÇÃO DOS IMPASSES TEÓRICOS E OPERACIONAIS

O livro “Aprendizagem Significativa para o desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde: a experiência da Inovação-Formação no Espírito Santo” permite que possamos refletir sobre a Educação Permanente em Saúde (EPS) como um potente dispositivo para organização da atenção em saúde. O encontro entre a educação, como pesquisa e aprendizagem, com o trabalho em saúde, que preenche serviços e redes de atenção, encontrando frequentemente barreiras para a integralidade, a descentralização e a participação.

A leitura dos artigos que selecionamos permite compreender a aposta de atores locais de colocar a EPS como catalisador de uma política de saúde na construção de processos disruptivos com os modelos hegemônicos de cuidado em saúde. A ruptura aqui é superação responsável, sem descontinuar o cuidado e a produção de redes de atenção nos territórios. Um processo de Educação Permanente que, conforme Ceccim (2005), disputa pela atualização cotidiana das práticas e, ao mesmo tempo, insere-se na construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta às práticas organizacionais e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais; implicando políticas públicas que contemplam o conceito ampliado de saúde.

Na experiência da SES/ES, a aposta da mudança deu-se por meio da criação do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, um espaço da gestão da saúde que colocou como prioridade dentro do Sistema de Saúde Local a Educação na Saúde, compreendendo nessa a inovação e pesquisa. A partir desse espaço aconteceram inúmeros e infinitas possibilidades de construção de fazeres de saúde, permitiu o encontro de atores desejantes com as mesmas apostas. Assim, temos aqui relatos dessas vivências, que mesmo em um cenário com dificuldades e estrangulamento das políticas sociais e de Pandemia nos faz acreditar nas possibilidades e constrói tecitura para novos tempos na política de saúde e em nosso País.

Na leitura das escritas que configuram esse livro visualizamos as vivências de um (re)encontro entre a educação e saúde; vivências que demonstram as inquietações, as incertezas, os desafios, as dificuldades avanços e as potencialidades nas interfaces entre os atores e lugares na construção de processos que permeiam a educação e saúde no Sistema Único de Saúde.

Assim, vamos nesse livro realizando, através da leitura, um percurso na qual nos possibilita compreender a política elaborada, suas diretrizes e suas apostas, o formato que a mesma se configura no cotidiano; os encontros e articulações entre diferentes atores, o pensar e a reflexão no desenvolvimento dos processos, as dificuldades e avanços de uma política que por meio da inovação e formação em saúde busca induzir a configuração de novos processos de atenção em saúde a partir de uma aprendizagem significativa para os envolvidos, comprometida com uma transformação social, que significa uma maior inclusão e acolhimento.

FALAS DOS TERRITÓRIOS: AS METODOLOGIAS COMPARTILHADAS NA COLETÂNEA

O primeiro capítulo “A narrativa do provimento: uma história de inovação em Educação Permanente no Estado do Espírito Santo” que abre esse livro apresenta a experiência do desenvolvimento do Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualifica-APS), uma cooperação entre municípios e Estado que objetiva a qualificação da Atenção Primária à Saúde com base no desenvolvimento de competência dos profissionais em formação, ampliando a resolutividade da atenção à saúde. Dentre os eixos do Qualifica – APS, as Residências em Saúde na Atenção Primária como dispositivo de qualificação do acesso e resolutividade

dos serviços. Essa história contada pelos atores que construíram e conduziram o processo de implantação do programa, expressa os esforços e investimentos em formação de equipes multiprofissionais, reorganização de processo e uma forma colaborativa de atuação entre os entes federados

No capítulo, denominado “Implantação de Programas de Residência Médica e Multiprofissional no Estado do Espírito Santo: Relato de Experiência” nos apresenta o relato da experiência da implantação de programas de Residência Médica e Multiprofissional no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo; programas que tinham a intencionalidade de formar profissionais de saúde especialistas com visão humanista, reflexiva e crítica, qualificados para o exercício na especialidade escolhida, pautados em princípios éticos e conhecedores dos diferentes cenários da rede de saúde. Por esse motivo, foram implantados de forma descentralizadas e desenvolvidos currículos inovadores que privilegiam o aprendizado crítico-reflexivo. A implantação desses programas vem mostrando-se como um grande avanço para o fortalecimento da educação permanente do estado e para o Sistema Único de Saúde capixaba.

O terceiro capítulo “Desafios de implantar Programas de Residência Médica numa concepção crítica reflexiva” é uma narrativa por seis coordenadores de programas de residências médica e multiprofissionais do ICEPi/SESA contando sobre a construção dos Programas de Residência em Saúde, um texto que nos mostra que durante o processo de implantação dos Programas de Residência em Saúde, estiveram interfaceados e produzindo junto os coordenadores, revisando conceitos, realizando questionamentos, construindo entre eles síntese-provisórias, que permitia o movimento, a abertura.

O quarto capítulo “A descentralização de Programas de Residência Médica: uma alternativa para a desigualdade na distribuição de médicos especialistas?” nos apresenta o debate da desigualdade de distribuição de médicos e a estratégia adotada, por meio de um Programa de Residência Médica de MFC (PRMMFC) descentralizado nas regiões, para fixação de profissionais. Essa experiência demonstrou que um dos grandes aprendizados desse processo de implantação do Programa tem sido a construção e implantação de forma coletiva.

“Coordenação Pedagógica: espaço de construção coletiva e formação em saúde” é o texto que nos traz reflexões sobre novas formas de ensino-aprendizagem

que contemplem e estimulem o desenvolvimento científico e do pensamento reflexivo visando atender às exigências contemporâneas. Essa reflexão colocou a área da saúde a necessidade de constituição de um espaço que pense o pedagógico e a formação docente-assistencial. Assim, esse capítulo apresenta o relato de experiência da Coordenação Pedagógica na Escola de Saúde Pública no Instituto Capixaba de Ensino e Pesquisa e Inovação.

O capítulo “O papel do preceptor na construção de uma prática inter e transdisciplinar em um Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos” traz o debate sobre o papel e desafios da preceptoria, sendo uma função que articula o ensino e a saúde, a teoria e prática e apoia no desenvolvimento de competência e habilidades na atuação em práticas de saúde.

O capítulo o “Projeto Aplicativo como estratégia de integração ensino e serviço experiência do programa de residência multiprofissional de saúde da família” faz o relato da experiência da construção coletiva de aprendizado da Unidade Educacional Gestão e Cuidados Coletivos que compõe Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) buscando a transformação de uma determinada realidade de saúde, por meio da concepção e método de planejamento participativo. O desafio de uma tutoria em tempos de Pandemia, a construção de estratégias de monitoramento e avaliação, o território como espaço de produção de conhecimento para organização do cuidado são elementos que emergem do texto para a reflexão.

“A inserção do Programa de Residência em Saúde da Família em contexto de Pandemia em um município do interior capixaba” é a reflexão da experiência de Residentes em Saúde em um contexto de Pandemia, as súbitas mudanças, dificuldades e potencialidades desse cenário no processo formativo. Um cenário de formação que permitiu, a partir da problemas cotidianos do mundo do trabalho, a reflexão sobre gestão em saúde, processos de trabalho e cuidado em saúde.

A escrita do relato de uma residente “Trajetória de implantação das ações de farmácia clínica do âmbito hospitalar, a partir da Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos” no apoio na reflexão de estruturação de processos de trabalhos a partir de processos formativos. Essa experiência nos apresenta a Residência em Saúde como um dispositivo de organização de processos de trabalho em hospital que significam qualificação da atenção em saúde.

Assim, os textos organizados nesse livro nos fornecem um pouco de oxigênio para pensar um pensar-fazer em saúde em defesa da vida, em tempos de uma política que nega a vida e suas diferenças. Mas, também, demonstra não ser fácil a construção de processos de educação e inovação na área da saúde, pois temos uma cultura, uma forma hegemônica de pensar fazer que tem sua sustentação em processos formativos.

No entanto, apostas em políticas que têm a cidadania como valor e assim permitem a emergência das condições que se relaciona a mesma, tal como a democracia, a equidade, a justiça social são potentes na construção de outras possibilidades de fazer saúde, essa confirmação que vamos verificando nas escritas das experiências relatadas.

POR FIM...

A produção do livro, com os capítulos descritos, buscou materializar a ideia da inovação como um fazer local, superando obstáculos teóricos, metodológicos e operacionais com fazeres da gestão, da atenção, da produção das redes nos territórios e da pesquisa e formação em ato, a quente, no cotidiano. Muitas experiências dos programas de residência médica e na área profissional ilustram esse fazer a inovação no cotidiano. Não poderia ser diferente, que as residências em saúde colocam em contato os mundos da educação e do trabalho em saúde. Como placas tectônicas nas falhas geológicas (sim, que o mundo do trabalho e da educação na saúde são processos sempre abertos!) jorram desse encontro inovações, novas tecnologias, aprendizagens significativas para estudantes, trabalhadores e usuários. O encontro reinventa o território, fazendo-o ainda mais vivo.

Documentar e compartilhar essas experiências refletidas, que se transformam em metodologias e tecnologias do fazer para o cotidiano, a inovação assume o formato de disseminação científica e tecnológica, num fluxo generoso de cooperação horizontal. A experiência não se pode trocar, que sua viabilidade inclui as condições exatas em que foi vivida, mas a experiência refletida, no formato de conhecimento vivo, se pode fazer. E é necessário fazer, que o desenvolvimento do SUS, entre tantos percalços dos nossos processos civilizatórios contemporâneos,

produz novos problemas e agudiza problemas velhos, que, na forma de necessidades de saúde, aportam nos serviços e redes do território. Desenvolver o trabalho no interior de serviços, redes e sistemas também é afirmar o trabalho em saúde e seus agentes como operadores dos protocolos e políticas, mas também como artífices da renovação das mesmas. E, como se sabe, o trabalho em saúde tem uma potência civilizatória para além da assistência às doenças e o cuidado aos doentes; ele faz, no cotidiano, a função de um observatório dos processos civilizatórios nos territórios em que cada ator se insere. Certo que não cabe nenhum romantismo aqui, que os agentes do trabalho em saúde não são semideuses e tampouco superiores às contradições da sociedade. Mas a inovação, como demonstrado nos diferentes textos do livro, é alcançada com dispositivos para a gestão do trabalho voltados para o cuidar da vida, para superar obstáculos e para libertar as pessoas do que as impede de andar a vida com autonomia, acessar políticas públicas que reduzem as injustiças produzidas pelos vetores de vulnerabilização que estão por toda a volta e aprender com o cotidiano.

Pois bem, uma gestão comprometida com esses mesmos valores dá intensidade e escala para a inovação, e essa é a mais evidente conclusão do que pudemos colecionar aqui. Se o fizemos, foi para que pudesse ganhar escala a leitura e, como tecnologia leve e aberta, tornar cada aspecto das tecnologias e metodologias compartilhadas aqui, agente para fecundar novas iniciativas. Por isso, ao dizermos a tradicional “boa leitura”, também convocamos a *arregaçar as mangas* e ativar novos fazeres para o desenvolvimento e a inovação no SUS! Estamos convictos que há potência nessa coleção de textos para alavancar outras inovações no cotidiano do SUS.

REFERÊNCIAS

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>. Acesso em: 05 dez. 2022.

A NARRATIVA DO PROVIMENTO: UMA HISTÓRIA DE INOVAÇÃO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Agleildes Arichele Leal de Queirós
Ana Carolina Menezes da Silva Braga
Ana Laurita Nunes Maia
Giovani Zanquetto Olmo
Laís Coelho Caser
Mirela Dias Gonçalves
Silvio José Santana

FUNDAMENTOS

Essa história começa em 2019 quando iniciava o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi). Nascia o desejo em fazer algo inovador que contribuísse para qualificação da Atenção Primária Capixaba, era a oportunidade de acompanhar de perto o cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família. Pudemos vivenciar a construção desse projeto, que ao longo do tempo foi incorporando mais membros e ganhando espaço em todo território do Estado. Neste período foi possível compreender a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) para o processo de qualificação profissional no SUS.

Para contar essa história vamos começar com um resgate sobre Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e no Mundo, a partir do olhar da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O marco histórico mundial da APS foi em 1978, na Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada em Alma-Ata no Cazaquistão, onde consagrou seu lema para construção de novos modelos de atenção pautados nos cuidados primários à saúde. O objetivo era construir modelos mais racionais, mais produtivos, mais abrangentes no que tange a cobertura, de menores custos, e participação popular.

Na declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS definiu Atenção Primária como atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente

acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios adequados, a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar. A OMS tem reforçado o desenvolvimento da APS com o compromisso da justiça social e da equidade na atenção à saúde. Neste sentido, visto a necessidade de reinterpretar o conceito de APS, a OMS nos apresenta uma definição coesa caracterizada em três componentes:

Garantir que as pessoas tenham acesso a serviços abrangentes de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos ao longo da vida, priorizando estrategicamente as principais funções do sistema voltadas para indivíduos, famílias e para a população em geral como elementos centrais da prestação de serviços integrados em todos os níveis de atenção. Agir de forma sistemática sobre os determinantes mais amplos de saúde (incluindo características e comportamentos sociais, econômicos, ambientais, bem como das pessoas), por meio de políticas públicas e ações baseadas em evidências em todos os setores. Empoderar indivíduos, famílias e comunidades para otimizar sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como codesenvolvedores de serviços sociais e de saúde por meio de sua participação e como cuidadores de saúde de si mesmos e de outras pessoas (OMS, 2021, p. 01).

A OPAS coloca a APS no centro dos esforços para melhorar a saúde e o bem-estar da população, e aponta três motivos fundamentais para renovação:

A atenção primária à saúde está bem posicionada para poder responder às rápidas mudanças econômicas, tecnológicas e demográficas, que impactam a saúde e o bem-estar. A atenção primária à saúde é uma forma altamente eficaz e eficiente de agir sobre as principais causas de problemas de saúde e riscos ao bem-estar, bem como de lidar com os desafios emergentes que ameaçam a saúde e o bem-estar no futuro. Também tem se mostrado um investimento custo-efetivo, pois há evidências de que a atenção primária de qualidade reduz os gastos totais em saúde e melhora a eficiência, por exemplo, reduzindo as internações hospitalares. Uma atenção primária à saúde mais forte no mundo é essencial para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados à saúde e à cobertura universal de saúde. Contribuirá para alcançar objetivos que vão além do objetivo específico de saúde (ODS3), incluindo aqueles ligados à pobreza, fome, educação, igualdade de gênero, água potável e saneamento, trabalho e crescimento econômico, redução da desigualdade e ação climática (OMS, 2021, p. 01).

A opção brasileira na implantação da APS se materializou com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), experiência de sucesso principalmente na região nordeste do país. Mais tarde, em 1994, considerando a implantação do SUS, outras ações agregaram chegando em 2017, com a última revisão da Política Nacional da Atenção Básica com um escopo de atuação caracterizado por um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das pessoas e das coletividades (BRASIL, 2017).

Para o desenvolvimento da APS são definidas atribuições de competências dos três entes federados: Ministério da Saúde, Estado e Município. O Ministério da Saúde tem por responsabilidade definir as diretrizes da política, garantir o custeio que compõe o financiamento, desenvolver sistemas que integrem as informações e articular estratégias de formação de profissionais e gestores com perfil adequado à APS. Ao município cabe a responsabilidade de organizar, executar e gerenciar os serviços e ações da APS, além de compor o financiamento tripartite e de garantir espaços de participação social. Ao Estado compete pactuar na Comissão Intergestores Bipartite, articular a formação das Redes de Atenção à Saúde, monitorar os indicadores de saúde, divulgar as informações e resultados, prestar apoio institucional e cofinanciar ações de APS aos municípios, e é a partir desta lente que vamos narrar nossa experiência (BRASIL, 2017).

No Brasil, o modelo de implantação da APS foi a Estratégia Saúde da Família (ESF), uma estratégia que possibilita a integralidade e a organização das atividades em um território definido, de acordo com a perspectiva da vigilância em saúde, devendo ser entendido como substitutivo da rede básica tradicional e como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento, do desenvolvimento de habilidades e de mudança de atitude (PAIM, 2014).

Capaz de incorporar tecnologias leves e duras, a APS tem o potencial de resolver até 90% dos problemas de saúde de uma comunidade, ou seja, sem a necessidade de encaminhamento para outros pontos de atenção da rede de saúde,

possibilitando ao indivíduo ter sua demanda de saúde resolvida sem sair do seu território, e o fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde (COELHO; JORGE, 2009). Nesse sentido, a ESF passa a desempenhar um papel estratégico no Sistema Único de Saúde, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população. Mas não pode ser o único lugar de acolhimento, pois todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas. Mas pode-se afirmar que, especialmente em países com sistemas públicos universais, como o Brasil, esse nível de atenção é tanto a base de sustentação do sistema de saúde, como a função de ser o coordenador do cuidado no percurso terapêutico dos indivíduos a outros níveis de atenção da Rede (MENDES, 2011).

A efetivação da oferta de serviços de saúde em um nível de atenção de tamanha complexidade não é tarefa simples, ainda mais em um país de dimensões continentais como o nosso. Em aproximadamente 28 anos de história, a APS vem se consolidando. Nesse cenário, um dos maiores desafios diz respeito à disponibilidade e qualificação dos profissionais para atuação de acordo com os princípios da APS, motivo pelo qual o artigo 6º da Lei 8080/90 estabelece como atribuição do SUS a ordenação da formação de recursos humanos para a saúde. Foi buscando essa qualificação para APS capixaba que foi lançado o Componente de Provimento e Fixação de Profissionais do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde - Qualifica-APS.

MARCO LEGAL

O Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi/ SESA), instituído pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) do Espírito Santo, foi criado em abril de 2019 através da Lei Complementar nº 909. Além do ICEPi, essa mesma lei institui o Subsistema Estadual de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o Programa de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no Sistema Único de Saúde (PEPSUS).

O ICEPi é responsável por um conjunto de políticas de inovação em saúde pela qual a SESA passa a investir de maneira robusta na qualificação e modernização das práticas de cuidado da rede própria e no apoio aos municípios.

O objetivo é reestruturar a atenção à saúde no estado com o fortalecimento das gestões municipais, atuando no apoio à qualificação do cuidado em saúde para ampliar e garantir o acesso da população capixaba.

O campo de atuação do ICEPi é integrado a várias áreas de interesse do Sistema Único de Saúde e, dentre estas, estamos presentes na formação e no desenvolvimento de trabalhadores para o SUS; na educação permanente; na integração entre ensino, serviço e comunidade; na pesquisa científica e inovação tecnológica; no dimensionamento, provimento e fixação de profissionais da saúde; na tecnologia da informação e comunicação para a saúde; e na formação e qualificação dos trabalhadores da saúde de nível médio. Além disso, o campo de atuação incorpora áreas de tecnologia para colaborar com os municípios com a implantação do prontuário eletrônico e-SUS versão multimunicipal.

Para o planejamento e organização das ações foi realizado um levantamento e constatada grande desigualdade na distribuição de médicos e outros profissionais de saúde entre a capital e outros municípios em virtude de não se desenvolver uma política de gestão de trabalho para o SUS, cujas estratégias de provimento de profissionais para a APS são frágeis. Isso foi considerado um problema que se reflete na alta rotatividade dos profissionais onerando o sistema e na descontinuidade da atenção à saúde, tendo como efeito uma baixa resolutividade no cuidado dos usuários.

Com base nessa fragmentação do cuidado e na baixa integração da oferta da Atenção Primária com a Atenção Especializada, pode-se verificar um alto índice de internações por condições sensíveis à APS, além de uma grande fila de espera por consultas especializadas decorrentes de encaminhamentos inadequados, com alto percentual de absenteísmo.

Foi nesse contexto, como uma possibilidade de responder e qualificar a APS, que o ICEPi lançou o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde - Qualifica-APS, instituído pela Portaria Nº 059-R, de 06 de agosto de 2019, cuja natureza é educacional, de pesquisa e inovação em saúde.

O Qualifica-APS possui alguns componentes, aqui vamos contar como se desenvolveu o Componente de Provimento e Fixação de Profissionais no qual atuamos.

COMO INICIOU

Contar algo que foi vivenciado é bem prazeroso e gratificante, mas quando se trata de um recurso metodológico, é preciso grande esforço e trabalho. Escolhemos contar a partir da linha do tempo do programa. Essa história será contada a partir de várias mãos, mãos essas que fazem parte da coordenação do programa, que têm como principal atribuição fazer a gestão do programa através das articulações com os diversos atores, da elaboração e execução dos editais de adesão municipal, da seleção dos docentes-assistenciais e da seleção dos profissionais em formação, sendo também responsáveis pela formação de todos os envolvidos.

Os primeiros passos para a efetivação do programa tiveram início em meados de 2019, quando a equipe de gestão da Secretaria de Estado da Saúde percorreu as regiões nas Comissões Intergestores Regionais para apresentar a proposta e realizar as pactuações iniciais, como, por exemplo, os valores das bolsas de formação.

Inicialmente a proposta era para provimento e formação de profissionais apenas da categoria médica, principalmente em decorrência dos vazios desses profissionais nas regiões mais remotas e interioranas do estado. Nesse período sentia-se em contexto nacional a descontinuidade do Programa Mais Médicos, o que resultaria em desassistência em muitas equipes de saúde em diversos municípios. Contudo, os gestores municipais, nos espaços de governança, solicitaram a inclusão dos demais profissionais de nível superior que compõem a equipe de Estratégia Saúde da Família e, dessa forma, o Componente de Provimento também passou a ser elaborado para as categorias de enfermagem e odontologia.

O Provimento é uma das principais iniciativas promovida pelo ICEPi de cooperação entre o Estado e os municípios. O programa tem o objetivo de favorecer a qualificação da APS com base no desenvolvimento uniforme de competência dos profissionais em formação através da atuação em equipes de Estratégia Saúde da Família/Atenção Primária, ampliando a resolutividade da atenção à saúde pela efetivação da política de educação permanente, favorecendo a integração sistêmica de ações e serviços de saúde por provisão de atenção preventiva, contínua, integral e humanizada, que assegure acesso, equidade,

eficácia clínica e sanitária, bem como a eficiência econômica e social. Além disso, visa estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

A cooperação se dá por meio do desenvolvimento de mecanismos de recrutamento, formação, remuneração e supervisão, voltada à educação permanente e ao treinamento em serviço. O programa propõe diminuir a carência de profissionais de saúde, em regiões de difícil fixação, com a finalidade de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde.

Em setembro de 2019 foram publicados os primeiros editais para adesão municipal. Nesses editais de adesão, os municípios reafirmavam que estavam de acordo com as regras do programa e informavam a necessidade a ser preenchida por categoria profissional. Em seguida, ainda no mesmo mês, foi lançado o edital de seleção de docentes-assistenciais, profissionais que estariam acompanhando todo o processo de formação dos profissionais que atuariam nos municípios.

Os profissionais docentes-assistenciais são profissionais especialistas em Saúde da Família ou Atenção Primária. Eles são fundamentais para o programa, pois sua função é realizar atividades de supervisão, preceptoria e tutoria dos profissionais em formação, com a finalidade de aperfeiçoar os profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde, contribuindo para a qualificação da Atenção Primária do estado do Espírito Santo.

Em outubro foi realizado o primeiro edital para seleção de profissionais para atuar nos municípios, que aqui chamaremos de profissionais em formação. No início do programa, a formação de cada categoria possuía algumas peculiaridades. Para os médicos, os docentes atuavam realizando atividades de tutoria e supervisão com visita *in loco*. Já para as categorias de enfermagem e odontologia os docentes atuavam apenas realizando encontros de tutoria. Outra diferença ocorreu na duração dos primeiros editais: enquanto para médicos e cirurgiões-dentistas a formação foi projetada para durar três anos, para a enfermagem o primeiro edital previa a formação no período de dois anos. Cabe ressaltar que, por se tratar de um processo de formação e qualificação, todos os profissionais envolvidos no programa deveriam realizar o Plano de Trabalho Individual (PTI) em que constem suas atividades de acordo com os objetivos do programa.

Os meses de outubro e novembro tiveram como foco a formação inicial dos docentes-assistenciais. Foram vivenciados os primeiros contatos com a Educação

Permanente em Saúde com profissionais da APS do Estado. A expectativa era grande, todos estavam motivados em transformar a realidade e contribuir para melhoria da qualidade da atenção no território. Na época foi desenvolvido um curso de formação dos docentes com recursos pedagógicos para atuação juntos aos profissionais em formação. Após iniciarmos as atividades presenciais, discutimos durante três meses, em encontros quinzenais, sobre temas relacionados ao processo de trabalho no território, permitindo diferentes reflexões e produção de sentidos.

O formato do programa difere dos cursos tradicionalmente ofertados para formação em saúde, nos quais os estudantes assumem uma postura passiva de receber o aprendizado, que nem sempre é posteriormente aplicado à prática. O programa propõe um ensino que integre teoria e prática por meio de um ensino reflexivo, baseado no processo de reflexão-na-ação, em que o aprender seja privilegiado no fazer e cuja capacidade de refletir seja estimulada pela interação professor-estudante nas diferentes situações da prática. As metodologias ativas foram escolhidas pelo instituto por atenderem ao propósito de estimular o profissional em sua participação e comprometimento com os objetivos de aprendizado, uma vez que os processos educacionais são voltados para uma reflexão crítica e promovem aproximação reflexiva do profissional com a realidade, gerando problematizações sobre os desafios, identificando soluções adequadas às situações e às suas aplicações.

A formação acontece por meio de uma estratégia de integração ensino-serviço na qual a atuação dos profissionais é dividida entre um componente assistencial, correspondente a 80% da carga horária, e um componente de formação, correspondente aos 20% restantes da carga horária. Os profissionais em formação realizam suas atividades assistenciais nas equipes de Estratégia de Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde e espera-se que eles desenvolvam princípios e habilidades inerentes à APS além de ampliar a resolutividade e o acesso à Atenção Primária em municípios do Estado do Espírito Santo. Como o profissional integra uma equipe de Atenção Primária, sua atuação proporciona uma maior experiência no campo de práticas interprofissionais e desenvolve conhecimento sobre a realidade da saúde da população na qual ele atua.

Na medicina, o processo de formação se iniciou com os docentes-assistenciais realizando a supervisão *in loco* individual e as atividades de tutorias nos

grupos presenciais semanalmente. Nas categorias de enfermagem e odontologia, por sua vez, os tutores atuavam realizando as oficinas de tutoria presencial nos polos formativos nas regiões de saúde. Em cada região de saúde foi elencado um município polo onde os profissionais realizavam as atividades presenciais quinzenalmente. Os polos formativos aconteceram nos municípios de Cachoeiro de Itapemirim, na região sul; Vitória, na região metropolitana; e Colatina, Nova Venécia e São Mateus, na região central/norte. Os profissionais foram divididos em turmas por categoria profissional e cada tutor ficou responsável por um grupo de até 20 participantes.

Entendendo a importância de considerar a realidade do cotidiano da prática em saúde, a formação dos profissionais foi pautada na interação teoria e prática, adotando uma concepção crítico reflexiva e a utilização de metodologias ativas. Nos processos educacionais voltados para uma concepção crítico-reflexiva, as metodologias ativas são estratégias com propósito de estimular o profissional em sua participação e comprometimento com os objetivos de aprendizagem.

Em 11 de março de 2020, a OMS classificou a doença causada pelo novo coronavírus (Covid-19) como pandemia. Nesse momento foi necessário aplicar as medidas de distanciamento social, o que demandou uma reinvenção do programa, que ainda estava em fase inicial. Nossa equipe reuniu esforços para replanejar as atividades desenvolvidas com os profissionais em formação. Como maneira de superar os obstáculos apresentados pela impossibilidade de realizar os encontros presenciais, propôs-se a realização de encontros síncronos on-line através de videoconferência. Os PTIs foram reajustados devido à nova situação de saúde e as atividades foram adequadas para serem realizadas a distância.

A base do desenvolvimento do método continuou com a mesma concepção crítico-reflexiva, utilizando como ferramenta a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). A proposta pedagógica adotada foi a de trabalhar por ciclos de vida, utilizando as histórias clínicas como disparadoras das questões de aprendizagem.

Também em decorrência da pandemia, os municípios capixabas passaram a perceber no programa uma possibilidade de compor equipes no momento crítico pelo qual estávamos passando. Isso resultou em demandas cada vez mais frequentes de editais para seleção de profissionais para atuar nos municípios, assim como o encurtamento dos prazos para a execução dos mesmos.

O contexto da pandemia impactou diretamente o desenvolvimento do programa — na odontologia, por exemplo, foram suspensos os tratamentos eletivos, o que prejudicou as ações que necessitam de intervenção na cadeira odontológica. No entanto, possibilitou vivenciar outras experiências, como a participação ativa frente ao novo coronavírus nas barreiras sanitárias e a participação no inquérito epidemiológico realizado na época.

Os profissionais envolvidos no programa tiveram participação ativa no enfrentamento da pandemia, pois atuavam na linha de frente, executando monitoramento, atendimento, testagem, orientação aos casos suspeitos e confirmados de Covid-19. A equipe da coordenação do programa ainda contribuiu na elaboração do Instrumento da Agenda de Resposta Rápida para o enfrentamento da Covid-19, material lançado pela SESA para apoiar os municípios na organização para enfrentamento à pandemia.

Durante todo esse período mais turbulento da pandemia, mesmo sem poder ir ao território, os docentes-assistenciais permaneceram dando apoio pedagógico aos profissionais em formação, de forma remota. Em maio de 2020 houve uma retomada parcial da carga horária teórica e teórico-prática, porém apenas em setembro do mesmo ano houve a retomada total das oito horas de formação, por meio da Portaria ICEPi N° 009-R/2020. Durante esse tempo, a equipe que coordena o programa elaborou o instrumento que possibilitasse esse retorno, através da Plataforma Virtual Moodle.

Avaliamos que em 2020 tivemos fases significativas que impactaram no desenvolvimento do programa, sendo o grande exemplo a reorganização da APS devido à pandemia. Mas sabemos que outros fatores também influenciaram o processo, como a execução dos editais, a estruturação do Instituto, o caráter inovador do programa, o empoderamento dos municípios por parte do programa, dos órgãos externos e da própria SESA. Tudo isso resultou na necessidade de um novo começo. Nesse sentido, a partir do segundo semestre de 2020 passamos a pensar em mudanças, pois era necessário incorporar os vários avanços e adaptações de que o programa necessitava.

Sendo assim, no segundo semestre de 2020 foram realizados novos editais para docentes para as três categorias, e em outubro os novos supervisores ingressaram e participaram do curso de formação inicial, sendo que para

enfermeiros e cirurgiões-dentistas houve uma reformulação na proposta pedagógica e estes passaram a atuar realizando a supervisão *in loco* junto aos profissionais em formação.

Espera-se com essa iniciativa levar profissionais qualificados para atuar na assistência à saúde da população em termos de prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos ao longo da vida. Uma APS estruturada e qualificada é capaz de resolver grande parte dos problemas de saúde de uma comunidade.

COMO ESTÁ NO MOMENTO

O programa novamente precisou se reinventar e, em abril de 2021, foi iniciada uma nova fase de elaboração e amadurecimento das ideologias educacionais propostas pelo programa tendo em vista a importância de ressignificar a prática profissional e atender à realidade local.

No período de 2019 a 2021 o programa teve um crescimento expressivo, passou a atuar em 67 municípios o que corresponde a 86% de todo território estadual. Chegou a contar com 1.000 profissionais em formação atuando no programa e com uma equipe reduzida de docentes-assistenciais. Assim, devido à grande velocidade de crescimento de profissionais em formação, precisávamos repensar em novas estratégias educacionais.

Em abril de 2021 foi iniciado um trabalho de reestruturação da formação. Para tornar essa reformulação em realidade, foi necessária a contribuição da coordenação pedagógica do ICEPi, que juntos elaboramos uma proposta.

O IMPACTO DO PROGRAMA NOS MUNICÍPIOS

Podemos citar alguns impactos que podem ser percebidos durante esse período de execução:

- Ampliação de atividades assistenciais nos municípios;
- Apoio à organização do processo de trabalho dos profissionais nos municípios durante a pandemia de Covid-19;
- Melhoria do acesso e do acolhimento com classificação de risco;
- Ampliação do monitoramento dos casos suspeitos e confirmados de

- Covid-19 em domicílio - orientação de telemonitoramento;
- Capacitação dos profissionais da APS na organização de campanha de vacina contra Covid-19, melhorando a qualidade do serviço de saúde e despertando-o para o compromisso com a vida;
- Estímulo à produção científica a partir de relatos de experiência e compartilhamento, resgatando a importância do fazer acadêmico no processo ensino aprendizagem em serviço e contribuindo com a comunidade científica expondo experiências exitosas dos profissionais que atuam no programa;
- Apoio na implantação do sistema de Autorregulação Formativa Territorial;
- Diálogos e cooperação intrasetorial a fim de unir esforços para efetividade das ações em saúde na APS.

DESAFIOS PARA CONSOLIDAR A ESTRATÉGIA (FUTURO)

Cabe pontuar que, para tirar o programa do papel, houve um esforço tremendo de diversas pessoas envolvidas no processo. Tivemos a realização de investimentos em formação de equipes de condução com iniciativas de organização e administração internas, falamos da organização do nosso próprio processo de trabalho, de atores externos, como as áreas técnicas e os municípios.

As equipes propuseram um cenário de trabalho colaborativo, somando esforços na realização da proposta maior de estreitar a relação ensino-serviço e concretização de uma Política Estadual de Educação Permanente no estado do Espírito Santo. O período inicial do programa levou a equipe a amadurecer e compreender a importância da união e do aprendizado. A equipe vem crescendo e agregando novos atores. Nosso maior desafio e nova motivação é buscar caminhos para melhoria da qualidade da atenção prestada à população capixaba. Seguiremos buscando:

- Aprimorar os profissionais para ampliação do acesso do usuário ao sistema de saúde;
- Apoiar no desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais do programa;

- Realizar articulação e esforços entre estado e municípios, de forma colaborativa, para realizar uma formação de qualidade para os profissionais em formação, nos princípios da Educação Permanente em Saúde em uma dimensão formativa voltada para a visão crítico-reflexiva de suas práticas.

Por fim, deixamos um registro da recepção da primeira turma de docentes-assistenciais do programa em 2019, no Palácio Anchieta:



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2019.

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). **Diário Oficial da União**, 2017. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 23 ago. 2021.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento

humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p. 1523- 1531, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/F8cMBSY8RtNZw3349gRrLqR/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 23 ago. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 059-R, de 06 de agosto de 2019. Institui o Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial dos Poderes do Estado**, 2019. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/ICEPi/2019_08-06_Portaria_059-R_ProgramaEstadualAPS.pdf. Acesso em: 23 ago. 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 549, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.PDF Acesso em: 23 ago. 2021.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v. 27, n. 65, Rio de Janeiro, set/dez 2003. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em: 23 ago. 2021.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. IN: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO I. (orgs.). **Política e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p 459-292, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Atenção Primária à Saúde. **O que é atenção primária à saúde?** 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 23 ago. 2021.

IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Clarice Sampaio Cunha
Juliana da Silva Mariano
Luiz Cláudio Oliveira da Silva
Marcello Dala Bernadina Dalla

O Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) da Secretaria do Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA/ES) foi instituído pela Lei Complementar nº 909/2019 e compete a ele atuar nas áreas de interesse do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, educação permanente, integração entre ensino, serviço e comunidade, pesquisa científica e inovação tecnológica, dimensionamento, provimento e fixação de profissionais da saúde, tecnologia da informação e comunicação para a saúde formação e qualificação dos trabalhadores da saúde de nível médio (ESPÍRITO SANTO, 2019a).

De acordo com a Resolução CNRM N° 2 de 13 de abril de 2012, os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde constituem modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, destinado às profissões da saúde, excetuada a médica, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, duração mínima de 02 (dois) anos e em regime de dedicação exclusiva (BRASIL, 2012). Já a residência médica, instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização (BRASIL, 1997). Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerado o “padrão ouro” da especialização médica.

O maior diferencial dos programas de Residência em relação a outras modalidades de especialização é o fato de que 80% da carga horária da formação

ocorre no serviço de saúde, o que possibilita que o profissional residente esteja imerso no cotidiano do trabalho diariamente. Por isso, a equipe gestora do ICEPi/ SESA optou por implantar programas de residência médica e multiprofissional.

Assim, em 2019 foram constituídos grupos de trabalho para discutir e avaliar quais seriam as áreas prioritárias. Após debates e análises de diversas informações, conclui-se que os programas prioritários seriam em Psiquiatria e Medicina de Família e Comunidade (área médica) e Saúde da Família, Saúde Coletiva com Ênfase em Vigilância, Saúde Mental e Cuidados Paliativos (área Multiprofissional). Em 2020 os programas foram implantados. Outra questão considerada foi o fato de haver grande concentração de especialistas na região metropolitana do estado, daí a opção por instituir programas descentralizados, de modo que seja possível contribuir para a formação e fixação de profissionais fora dessa região.

O objetivo desses programas é formar profissionais de saúde especialistas com visão humanista, reflexiva e crítica, qualificados para o exercício na especialidade escolhida, pautados em princípios éticos e conhecedores dos diferentes cenários da rede de saúde. Para isso, a concepção pedagógica adotada é a que privilegia o aprendizado crítico-reflexivo.

Cabe destacar que vários desafios se colocaram no início da implantação, tais como: equipe reduzida, ausência de fluxos e documentos administrativos definidos, ausência de sistema de gestão acadêmica e equipe pedagógica. Após aproximadamente dois anos de implantação boa parte destas questões já foram solucionadas e seguimos firmes no propósito de consolidar estes programas no âmbito estadual.

DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Com o objetivo de qualificar e fortalecer a atenção primária em saúde capixaba, foi instituído, por meio da portaria SESA/059-R/2019, o Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, denominado Qualifica-APS (ESPÍRITO SANTO, 2019c). O programa consiste em um conjunto de iniciativas que visam a integração sistêmica de ações e serviços de saúde por meio da provisão de atenção preventiva, contínua, integral e humanizada, que favoreçam o acesso, a equidade, a eficácia clínica e sanitária, bem como a eficiência econômica e social.

O Qualifica-APS tem os seguintes objetivos:

- I. ampliar a cobertura e a resolutividade da Atenção Primária à Saúde com foco na Estratégia de Saúde da Família, fortalecendo a prestação de serviços nesse nível de atenção;
- II. efetivar a política de educação permanente por meio da integração ensino-serviço, proporcionando a formação de profissionais de saúde para atuação no SUS;
- III. cooperar com o provimento de profissionais de saúde em regiões com dificuldade de fixação, com a finalidade de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- IV. promover a integração entre a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde, fortalecendo o planejamento em saúde;
- V. estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS;
- VI. promover o uso intensivo da tecnologia da informação na gestão das políticas públicas, no processo de trabalho dos profissionais e no cuidado dos cidadãos;
- VII. colaborar com o fornecimento de infraestrutura tecnológica, assistência técnica, suporte, treinamento e serviços de Tecnologia da Informação, que possibilitem a implantação e a manutenção de prontuário eletrônico nas Unidades Básicas de Saúde - UBS dos municípios do Espírito Santo, assim como o uso de outros sistemas de informação em saúde.

Os componentes do Qualificação-APS são:

- I. Formação em saúde: a oferta de Programas de Residências de Medicina e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, de atividades docente-assistenciais, de desenvolvimento de cursos de aperfeiçoamento para profissionais de saúde, na modalidade de formação em serviço;
- II. Provimento e Fixação de Profissionais: a cooperação entre o Estado e os Municípios por meio do desenvolvimento de mecanismos recrutamento, formação, remuneração e supervisão.
- III. Informação em saúde: a disponibilização, implantação, treinamento e uso do prontuário eletrônico, e de aplicações nas áreas de Vigilância

em Saúde e Regulação Ambulatorial, dentre outras que possam vir a ser desenvolvidas;

- IV. Apoio Institucional: a qualificação da gestão municipal por meio de apoio institucional.
- V. Infraestrutura tecnológica: o desenvolvimento de política e programa de informatização das Unidades Básicas de Saúde do Estado do Espírito Santo, envolvendo inclusive a aquisição e manutenção de equipamento computacional, com os seus acessórios e dispositivos complementares, em quantidade suficiente para todos os ambientes de cuidado e acolhimento.

Dessa forma, cabe destacar que os programas de Residência fazem parte deste programa de qualificação da atenção primária.

DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS

De acordo com a Portaria ICEPi 002-R/2019:

Art.1º - Fica instituído o PLANO ESTADUAL DE FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS PARA O SUS, como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde sob gestão Estadual e da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde.

O Plano Estadual de Formação de Especialistas para o SUS tem como objetivos:

- I - reduzir as desigualdades regionais na fixação de especialistas no Sistema Estadual de Saúde;
- II - fortalecer a prestação de serviços de saúde pública, ampliando o acesso às consultas, exames e procedimentos especializados no Sistema Único de Saúde (SUS);
- III - estimular a formação de especialistas, com alto padrão de qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, a partir de uma reflexão crítica como premissa para modificar a realidade de acordo com as necessidades sociais;
- IV - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço;
- V - aperfeiçoar profissionais de saúde para atuação nas políticas públicas

de saúde do Estado e na organização e no funcionamento do SUS; e VI - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Art.3º Para a consecução dos objetivos do Plano Estadual de Formação de Especialistas, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações:

- I - formação de especialistas, priorizando as especialidades com maior escassez de alocação e fixação de profissionais, observando o preconizado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
- II - estruturação de Programas de Residências em Saúde, a partir da ordenação e apoio na oferta de vagas para Residência Médica e de Residência em Área Profissional da Saúde, priorizando regiões de saúde com maior necessidade na qualificação de indicadores da saúde e com estrutura de serviços em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os residentes;
- III - qualificação docente assistencial, a partir de um processo pedagógico supervisionado; e IV - incentivo à pesquisa aplicada ao SUS.

CAPÍTULO II DA FORMAÇÃO PARA O SUS Seção

Subseção 1 - Das Residências em Saúde

§1º O Programa Estadual de fortalecimento das Residências em Saúde compreenderá uma rede integrada de Programas de Residências Médicas - PRM e Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, nas modalidades multiprofissional e uniprofissional - PRMS, a partir da estruturação de espaços de reflexão aprendizagem pedagogicamente estruturados, da integração dos processos formativos aos serviços assistenciais organizados em redes de atenção em saúde e o desenvolvimento de habilidades e competências para formação do especialista capaz de agir na produção de autonomia, protagonismo social e atuação interprofissional em saúde.

§ 2º O Programa Estadual de fortalecimento das Residências em Saúde será composto por Programas executados pela gestão estadual do SUS por meio de credenciamento próprio ou parcerias com instituições de ensino e pesquisa ou outros estabelecimentos de saúde devidamente credenciados em âmbito federal.

Art.7º O Programa Estadual de fortalecimento das Residências em Saúde contemplará os seguintes eixos norteadores:

- I - organização dos cenários de aprendizagem configurados em

itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;

II - abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;

III - integração ensino-serviço comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;

IV - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;

V - articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica e sua integração com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde;

VI - estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS; (ESPÍRITO SANTO, 2019b).

Conforme estabelecido nessa portaria, há intenção expressa de que seja investido na formação de especialistas para o SUS, principalmente nos locais de difícil fixação. A gestão da SESA tem investido de forma robusta na implantação dos programas de Residência, principalmente no que tange ao financiamento, visto que grande parte do custeio dos programas é financiado com recursos próprios.

CONCEPÇÃO PEDAGÓGICA DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA

Os programas de Residência em Saúde seguem a proposta pedagógica de formação docente assistencial do ICEPi que, por sua vez, atende ao que preconiza a educação permanente enquanto prática transformadora com o intuito de despertar nos profissionais de saúde uma construção de consciência crítica e raciocínio reflexivo para lidar com a realidade e transformá-la, se responsabilizando com a saúde da população (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Na educação permanente o aprender e o ensinar devem se incorporar ao cotidiano tanto das organizações como do trabalho. O objetivo destas vivências

de debate e ensino-aprendizagem no trabalho é a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho advindas da problematização do próprio processo de trabalho (BRASIL, 2004). Nesse contexto a aprendizagem no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, a partir de problemas enfrentados na realidade de cada serviço, propicia reflexão coletiva, oferecendo instrumentos para sua transformação (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Entendendo a importância de considerar a realidade do cotidiano da prática em saúde, o ICEPi faz a opção de elaborar os processos educacionais a partir da abordagem pedagógica com base na Aprendizagem Reflexiva, conduzindo a uma formação que integra as dimensões pessoal e profissional, desenvolvendo no indivíduo a criticidade e o seu comprometimento com as transformações sociais. Uma formação profissional que interaja teoria e prática, por meio de um ensino reflexivo, baseado no processo de reflexão-na-ação, em que o aprender seja privilegiado por meio do fazer e cuja capacidade de refletir seja estimulada pela interação professor estudante nas diferentes situações práticas (NETTO; SILVA; RUA, 2018 apud SCHON, 2000).

Sua teoria de prática reflexiva, para a formação de um profissional reflexivo, divide-se em três ideias centrais: a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação. Sendo: a reflexão na ação ocorre durante a prática e a reflexão sobre a ação após o acontecimento, quando este é revisto fora do seu cenário, levando-o a reformular seu pensamento. Ao refletir sobre a reflexão na ação profissional se desenvolve e constrói sua forma pessoal de conhecer algo, observando o que aconteceu e atribuindo novos significados. Constitui uma reflexão orientada para ação futura, que ajuda a compreender novos problemas e a descobrir novas soluções (ALARCÃO, 2007).

Nos processos educacionais voltados para uma concepção crítico-reflexiva, as metodologias ativas são as que melhor atendem ao propósito de estimular o profissional em sua participação e comprometimento com os objetivos de aprendizagem. Propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do profissional com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidades e desafios; a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e à aplicação dessas soluções (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

As metodologias ativas remetem a uma forma de construção coletiva do saber, em que a realidade possibilita a busca do conhecimento e, a partir desse contexto, a interação de todos os atores na busca de evolução. O grande desafio das metodologias ativas é a utilização de ferramentas que possibilitem a dinâmica do aprendizado e que possam fornecer bases conceituais, fundamentando o sujeito em seu conhecimento, potencializando-o como agente transformador, valorizando e fortalecendo o aprendizado significativo (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem constituem um recurso importante na trajetória de mudar o atual modelo de assistência à saúde, juntamente com o trabalho em equipe, sendo também um recurso para efetivar as demandas nas relações humanas, ou seja, na troca de informação, no respeito, na comunicação e na colaboração (MARIN *et al.*, 2010).

O ato de ensinar-aprender deve ser um conjunto de atividades articuladas, nas quais esses diferentes atores compartilham, cada vez mais, parcelas de responsabilidade e comprometimento (MITRE *et al.*, 2008). As metodologias ativas possibilitam a interação entre os atores na construção do conhecimento, com valorização dos diferentes pontos de vista (MARIN *et al.*, 2010; MITRE *et al.*, 2008).

Será adotada a estratégia da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) em pequenos grupos, na qual se preparam situações, ou seja, temas de estudo que se transformam em problemas para ser discutido em grupo (PRADO *et al.*, 2012). A partir da discussão desses problemas, os participantes identificam seus saberes prévios e as lacunas de sua aprendizagem, o que estimula novas buscas de conhecimento.

Apoiado na fundamentação teórica da ABP e visando atender aos objetivos propostos nos processos de ensino aprendizagem, o ICEPi utiliza a espiral construtivista como ferramenta. A representação do processo ensino-aprendizagem na forma de uma espiral traduz a relevância das diferentes etapas educacionais desse processo como movimentos articulados que se retroalimentam.

1º Passo: Síntese-provisória, que contempla os seguintes movimentos: identificação de problemas e formulação de explicações. A identificação de problemas, a partir de um estímulo educacional, permite que cada participante explicita suas ideias, percepções, sentimentos e valores prévios, trazendo à tona os fenômenos e evidências que já conhece e que podem ser utilizados para melhor explicar uma determinada situação. As explicações iniciais e a formulação de

hipóteses permitem explorar as fronteiras de aprendizagem em relação a um dado problema ou conjunto de problemas, possibilitando identificar as capacidades presentes e as necessidades de aprendizagem.

O exercício de suposições, conjecturas e proposições favorece a expansão das fronteiras de aprendizagem e auxilia na elaboração das questões de aprendizagem que irão desafiar as fronteiras identificadas. Movimento: elaborando questões de aprendizagens.

As questões formuladas representam as necessidades de aprendizagem e orientam a busca de novas informações. A seleção e pactuação no coletivo das questões consideradas mais potentes e significativas para o atendimento dessas necessidades, bem como a ampliação das capacidades de enfrentamento dos problemas identificados, trazem objetividade e foco para o estudo individual dos participantes.

2º Movimento: Avaliação. O processo de Avaliação formativa é realizado verbalmente ao final de cada atividade e assume um papel fundamental na melhoria do processo. Todos devem fazer a autoavaliação. 2º Questões voltadas à compreensão, aplicação, análise, síntese ou avaliação implicam o estudo dos aspectos conceituais e os aprofundam. 3º A avaliação, incluindo seu processo individual de aprendizagem. Também devem avaliar a atuação de seus pares e dos facilitadores nas interações e produções de novos significados desse processo.

2º Passo: Atividade Auto Dirigida (AAD) Movimento: buscando novas informações. A busca por novas informações deve ser realizada individualmente pelos participantes. O acesso às bases remotas de dados é estimulado. A análise da estratégia de busca utilizada pelos participantes e o grau de confiabilidade das fontes e informações fazem parte do processo de ampliação da capacidade de aprender ao longo da vida.

3º Passo: Nova Síntese, que contempla os seguintes movimentos: construindo novos significados. A construção de novos significados é um produto do confronto entre os saberes prévios e as novas informações trazidas pelas pesquisas/buscas realizadas. A construção de novos sentidos não se restringe ao movimento de compartilhamento de novas informações. Ela ocorre durante todo o momento no qual uma interação produza uma descoberta ou revela uma perspectiva diferente das ideias que costumamos utilizar com mais frequência. Todos os conteúdos compartilhados devem receber um tratamento de análise e

crítica, devendo-se considerar as evidências apresentadas. Movimento: avaliando o processo. A avaliação formativa é realizada, verbalmente ao final de cada atividade, e assume um papel fundamental na melhoria do processo. Todos devem fazer a autoavaliação, incluindo seu processo individual de aprendizagem. Também devem avaliar a atuação de seus pares e dos facilitadores nas interações e produções de novos significados desse processo.

Os movimentos são desencadeados por disparadores que simulam ou retratam problemas da realidade, como as Situações Problemas e Narrativas da prática descritas a seguir: - Situações-problema - SP: elaboradas pelos autores do respectivo curso para explorar problemas encontrados no processo de facilitação; essa atividade é organizada por meio de encontros presenciais, em pequenos grupos, voltados ao processamento de situações problema. Essas situações cumprem o papel de disparadoras do processo ensino-aprendizagem, sendo trabalhadas pelos participantes e docentes em dois momentos, sendo o primeiro, denominado síntese provisória, ao gerar uma questão de aprendizagem e o segundo nova síntese que se dá após o processamento da busca; - Narrativas de práticas - NP: relato reflexivo de situações vivenciadas pelos participantes, a partir de suas próprias experiências em tutoria. Essa atividade também é organizada por meio de encontros presenciais, em pequenos grupos. Proporciona, de forma mais direta e intensa, a reflexão sobre os contextos locais dos participantes, além de abrir um espaço significativo para o desenvolvimento de algumas capacidades, como ampliação dos sentidos (escuta, olhar, sentir, percepção) e das dimensões intelectual e afetiva. As narrativas também são processadas em dois momentos: síntese provisória e o segundo nova síntese.

Durante o curso também serão utilizadas outras estratégias, como:

- Oficinas de trabalho (OT): atividade presencial orientada ao desenvolvimento de capacidades de caráter instrumental e de conhecimentos operacionais, podendo ser realizada em pequenos ou grandes grupos;
- Viagens educacionais (VE): atividade com caráter social e artístico, dentro de um contexto que contribui para a aprendizagem, por meio da ativação de emoções. Pode ser organizada de maneira articulada a uma oficina de trabalho ou ao compartilhamento das emoções

vivenciadas. Favorece a articulação das emoções vivenciadas com um processo reflexivo sobre o desenvolvimento de capacidades relacionadas ao perfil de competência;

- Portfólio reflexivo: O portfólio busca explicitar as experiências singulares desenvolvidas pelos participantes frente às inovações tecnológicas educacionais para a capacitação de profissionais de saúde. Possibilita análise em relação à apropriação de novos saberes relacionados ao perfil de competência, no cotidiano do trabalho em saúde.
- Aprendizagem baseada em equipe – *team based learning* – (TBL): é uma ação educacional que promove a construção de conhecimento, especialmente focalizada na resolução de problemas. Favorece o desenvolvimento de aprendizagem colaborativa, uma vez que utiliza atividade de discussão, considerando distintos saberes e experiências dos participantes, organizados em equipes. É desencadeada a partir de um contexto que funcione como disparador de aprendizagem. Cada participante analisa individualmente o contexto ou materiais indicados para um estudo prévio. Após esse estudo, os participantes respondem a um conjunto de testes que abordam a tomada de decisão, frente ao contexto em questão. Após compartilharem suas escolhas individuais, cada equipe discute as alternativas e busca um consenso ou pacto para a discussão dos resultados por equipe. As alternativas definidas pelas equipes são debatidas por um ou mais especialistas.

AVALIAÇÃO DO RESIDENTE

A opção metodológica adotada é a avaliação critério-referenciada, pois compreende que a complexidade de formação na área da saúde perpassa pela necessidade de introduzir novos instrumentos de mensuração que possibilitem avaliar não apenas o desempenho de indivíduos submetidos à instrução, mas também a própria eficiência do processo educacional (VIANNA; 1980).

Busca-se um conceito absoluto de qualidade, mensurado no desempenho do indivíduo quanto à capacidade própria de realização das tarefas propostas, por meio da adoção de instrumentos para coleta de dados com padrões de desempenho

e critérios definidos, superando a utilização de escores que promovam as comparações entre os componentes do grupo, como preconizada quando utiliza-se a medida referenciada à norma, indicando apenas se o indivíduo é mais ou menos capaz do que outros não avaliando a capacidade para a realização das tarefas exigidas.

Outro fator relevante para adoção da medida critério referenciada é a oportunidade de considerar as diferenças individuais, enquanto o sistema tradicional considera os indivíduos indiferentemente, como grupos homogêneos, os submetendo a um único tratamento na perspectiva de que todos alcançariam os mesmos resultados ao mesmo tempo. Portanto, a opção do ICEPi pela medida criteriosa referenciada em suas atividades educacionais busca a qualificação permanente dos processos, em todos os componentes que visam a melhoria da prática assistencial.

RESULTADOS PRELIMINARES

Atualmente contamos com 241 (duzentos e quarenta um) residentes em nove municípios capixabas (São Mateus, Colatina, Aracruz, Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra, Cachoeiro de Itapemirim e Jerônimo Monteiro) e em todas as regiões de saúde, o que tem proporcionado apoio na qualificação da rede de saúde, a reorganização dos processos de trabalho e a reestruturação dos cenários de prática.

A qualificação Docente-Assistencial ocorre através de metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem (currículo integrado), com 258 profissionais (tutores, preceptores, docentes e coordenadores) em capacitação permanente. Além disso, houve a ampliação da interlocução com os gestores locais.

APRENDIZADOS E DESAFIOS

Os principais aprendizados relatados pela equipe foram a construção coletiva, a potência do trabalho em equipe, a implantação de programas descentralizados, o desenvolvimento de metodologias inovadoras de ensino e a adoção de currículos integrados.

Diversos desafios ainda estão no caminho, entre os quais podemos destacar: a integração entre todos os programas de residência — especialmente entre os médicos

e multiprofissionais — estruturação da secretaria acadêmica e da coordenação pedagógica, a organização das tutorias presenciais, que devido ao contexto de pandemia/Covid-19, ocorrem à distância, o fortalecimento da interlocução com os municípios/serviços que são campos de práticas para os programas.

CONCLUSÃO

Até o ano de 2020 a secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo contava apenas com um programa de residência na área médica (Pediatria). Em 2020 foram implantados mais sete, tanto na área Médica, como na área Multiprofissional, e de forma descentralizada. Isso representa um grande avanço para o fortalecimento da educação permanente do estado e para o SUS capixaba. Atualmente temos 241 residentes em diversos serviços de saúde do estado. Além de coordenadores de programas, preceptores, tutores e docentes.

Alguns desafios ainda estão colocados para a consolidação desses programas, mas seguimos firmes na superação de todos os obstáculos para o fortalecimento do sistema único de saúde capixaba.

REFERÊNCIAS

- ALARCÃO, I. (org.). **Escola reflexiva e nova racionalidade**. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2007. 144 p.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977**. 1977. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>. Acesso em: 18 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor Saúde e de outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRM Nº 2 de 13 de abril de 2012**. 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/>. Acesso em: 18 jul. 2021.
- CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R. de; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery** [online], v. 21, n. 4, e20160317, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0317>. Acesso em: 10 set. 2021.
- ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA/ES). Lei Complementar nº 909/2019. Cria o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI) e institui o Subsistema Estadual de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o Programa de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no Sistema Único de Saúde (PEPSUS). **Diário Oficial**

do Espírito Santo, Vitória/ES, 2019a. Disponível em: www.saude.es.gov.br. Acesso em: 16 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA/ES). Portaria ICEPi 002-R/2019. Institui o Plano Estadual de Formação de Especialistas para o SUS. **Diário Oficial do Espírito Santo**, Vitória/ES, 2019b.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA/ES). Portaria 059-R/2019. Fica instituído o Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial do Espírito Santo**, Vitória/ES, 2019c. Disponível em: www.saude.es.gov.br. Acesso em: 20 jul. 2021.

MARIN, M. J. S. *et al.* Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Rev. bras. educ. med.**, v. 34, n. 1, p. 13-20, mar. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/PgYxhjqpFYqvYK8HvQkDtP/?lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2021.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência, Saúde Coletiva.**, v. 13, n. 2, p. 2133- 2144, 2008.

NETTO, L.; SILVA, K. L.; RUA, M. S. Prática reflexiva e formação profissional. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 1, p. 1-6, 2018.

PRADO M. L., *et al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 172-177, mar. 2012.

SCHON, D. **Formar professores como profissionais reflexivos.** In: NÓVOA, A. (org.). *Os professores e a sua formação*. 3ª ed. Lisboa: Dom Quixote, 1997. p. 79- 91.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Portaria **002-R/2019**. Disponível em: www.saude.es.gov.br. Acesso em: 20 jul. 2021.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. The use of active methodology in nursing care and teaching in national productions: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 208-218, 2012.

VIANNA, H. M. A Perspectiva das Medidas Diferenciadas a Critério. **Educação e Seleção**, n. 2, p. 5-14, 1980.

DESAFIOS DE IMPLANTAR PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE NUMA CONCEPÇÃO CRÍTICO REFLEXIVA

Manoela Cassa Libardi
Célia Márcia Birchler
Daniele Stange Calente
Gilton Luiz Almada
Marcello Dala Bernardina Dalla
Ariane Ribeiro Pinheiro

Tenho o privilégio de não saber quase tudo. E isso explica o resto.

(Manoel de Barros)

O convite à escrita de um texto que apresente a experiência do grupo de coordenadores dos programas de residência em saúde do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (Icepi), da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES) na construção e implementação desses programas é um convite a narrar histórias de trabalho que permeiam histórias de vida e de transformação.

O Icepi foi criado pela Lei Complementar nº 909/2019, sendo:

caracterizado como Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação nos termos da Lei Federal nº 10.973/2004 e da Lei Complementar Estadual nº 642/2012, e como Escola de Governo em Saúde, nos termos do § 2º do art. 39 da Constituição Federal, cabendo-lhe a formação, o desenvolvimento de pessoal e a pesquisa básica ou aplicada, de caráter científico e tecnológico, destinados a aumentar a eficácia e a qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Os autores desta narrativa são seis coordenadores de programas de residências médica e multiprofissionais que, desde meados de 2019, quando ainda eram construídos projetos pedagógicos inovadores, vêm trabalhando juntos em sua implantação e, nesse processo, vêm aprendendo e ensinando, transformando e sendo transformados. É por isso que, para escrever essa

história, partimos da concepção *foucaultiana* acerca da experiência: ela é algo que transforma os indivíduos.

Da mesma forma, acreditamos que a própria escrita deste texto é, para nós, experiência que “tem o poder de transformar o indivíduo que o escreve” (BRANDÃO, 2016, p. 82). E não é sem motivos que podemos fazer essa afirmação: após decidirmos escrever sobre a nossa experiência na construção e na implantação dos programas de residência em saúde, participamos de uma oficina de escrita realizada pelo Icepi/SESA em parceria com a Rede Unida. Nesta oficina, foram discutidos aspectos relacionados à construção de narrativas.

Encerrada a oficina, reunimo-nos para definir sobre a produção do texto, no qual refletimos sobre como as narrativas nos possibilitariam expressar a experiência vivenciada sem o rigor de um texto científico tradicional. Enquanto parte do grupo discutia sobre a utilização de trechos de poesia e o tempo verbal a ser utilizado no texto, um dos autores surpreendeu o grupo dizendo o quanto aprende ao trabalhar com os demais, pois ele, até então, só havia escrito textos acadêmicos fundamentados em dura estatística e cujos resultados seriam de fácil reprodução em ambiente controlado.

Ora, mesmo que essa experiência não possa ser reproduzida em outro local e nem levar às mesmas transformações em sujeitos que venham a ser envolvidos, ainda assim o texto tem a intenção de levar à reflexão sobre concepções pedagógicas e metodologias de ensino-aprendizagem para formação dos profissionais de saúde do SUS. Reconhecemo-nos incluídos, enquanto gestores dos programas que ocorrem nos cenários de prática do SUS e que estão em formação através dessa experiência e da escrita deste texto pois, tal como afirmam Passos, Kastrup e Escóssia (2012), as narrativas nos convocam a colocar em análise a experiência em curso, sendo a produção do conhecimento a invenção de si e do mundo.

Assim, tendo definido que escreveríamos sobre nossa experiência numa narrativa e utilizando a terceira pessoa do plural, dividimos, como estamos habituados desde que nos constituímos como grupo de coordenadores na construção e implantação dos programas de residência, as atividades. Optamos por escrever este texto em nuvem, de modo online, síncrono ou não. E para identificar as contribuições de cada um, optamos por escrever cada um com uma cor. Isso fez do nosso texto, ainda em nuvem, um arco-íris, símbolo de vida, esperança e transformação em diversas culturas.

Esta narrativa já não está mais em nuvem e não haverá pote de ouro ao final de sua leitura. Almejamos, contudo, que a riqueza esteja em sua travessia e que sua leitura conduza a uma valiosa experiência.

**O olho vê, a lembrança revê, e a imaginação transvê.
É preciso transver o mundo.**

(Manoel de Barros)

O processo de implantação dos programas de residência médica e multiprofissionais reuniu profissionais provenientes de diferentes locais e categorias profissionais, e se iniciou pela construção dos projetos pedagógicos, tarefa para a qual foi necessária a criação de um grupo condutor. Tal grupo, como era de se esperar, foi se constituindo aos poucos, com a chegada de diferentes atores envolvidos e a partir da necessidade de reuniões frequentes. Nesses momentos, além de conhecermos os participantes, suas histórias e experiências, encontramos-nos em um desafio de também entender novos conceitos e o lugar de cada um dentro do grupo.

Neste grupo, além da composição dos seis coordenadores aqui identificados, contamos também com uma consultora e outros profissionais de apoio. Vale ressaltar que a consultora tinha como função não apenas o apoio na construção dos projetos pedagógicos dos programas, mas a própria formação do grupo dos coordenadores através da aprendizagem reflexiva. Sendo um grupo bastante heterogêneo, logo entendemos que assim como a necessidade da concepção dos programas se voltar para a atuação multiprofissional, estávamos nós mesmos vivendo na prática a própria ideia. Entendemos então que a primeira ação para unir as ideias e os projetos seria aprender a fazer diferente. Diferente do comum, diferente do que estávamos acostumados, de forma a definir um novo caminho, aperfeiçoando o antigo.

A primeira compreensão que tivemos sobre as novas concepções pedagógicas com que trabalhávamos era que concepções são passíveis de mudanças e que, nesse devir, passaríamos por processos frequentes de desconstrução e reconstrução das ideias, dos objetivos e dos conhecimentos prévios, e que, conforme dito inúmeras vezes, a aprendizagem se daria pelas sucessivas aproximações com a realidade.

Assim, precisávamos pensar na formação em saúde sob uma nova lente, mais aproximada e real, que conversasse com a prática e que fosse factível. Sabíamos então da necessidade de esse pensamento quebrar paradigmas sobre a educação em saúde.

Percebemos desde o início que um dos pontos de grande importância identificados nesse grupo é a articulação entre os programas de residência médica e multiprofissionais. Nesse contexto, trabalhamos o conceito de interprofissionalidade que buscamos imprimir nos projetos pedagógicos, no entendimento de que as trocas existentes nos processos de trabalho levam à ampliação dos conhecimentos. Segundo Fortuna (1999, p. 30), “a produção em saúde se faz também em relações, produzindo e produto de relações”. A mesma autora também diz que:

Esse processo de interrelação de pessoas pressupõe encontros, e os encontros de pessoas são na verdade reencontros. Entre duas pessoas em relação estarão presentes mais que duas pessoas, estarão presentes uma das pessoas, a imagem fantasiada que faz de si e da outra (que inclusive a remete a lembranças de encontros anteriores) e a outra pessoa também com suas imagens (FORTUNA, 1999, p. 30).

Estavam presentes as relações, os ideais, o conhecimento e a motivação de promover o encontro desses elementos e desses atores na construção de um projeto pedagógico com o objetivo de reordenar as ofertas de residência em saúde no estado, priorizando assim áreas estratégicas de maior necessidade de formação e assistência em saúde, visando a formação de profissionais de saúde especialistas com visão humanista, reflexiva e crítica, qualificados para o exercício na especialidade escolhida, com base no rigor científico e intelectual, pautados em princípios éticos, com ênfase no desenvolvimento de práticas interprofissionais.

Precisávamos apoiar a mudança de modelo de atenção em saúde, tomando por base a inovação e a formação em saúde. No entanto, a inovação é algo que não está pronto, acontece a partir da relação dos diferentes sujeitos sociais.

Segundo o filósofo Heráclito de Éfeso (aproximadamente 500 a 450 anos a.C.):

Ninguém pode entrar duas vezes no mesmo rio, pois quando nele se entra novamente, não se encontra as mesmas águas, e o próprio ser já se

modificou. Assim, tudo é regido pela dialética, a tensão e o revezamento dos opostos. Portanto, o real é sempre fruto da mudança, ou seja, do combate entre os contrários.

Nesse sentido, a compreensão de que todos os processos de aprendizagem envolvidos na construção dos programas de residência em saúde levou a mudanças importantes dos atores envolvidos nestas etapas, quando identificamos que já não somos mais os mesmos de antes e que tivemos grandes desafios e oportunidades nas relações e às circunstâncias encontradas no caminho.

Propusemos, assim, a implantação dos Programas de Residência em Saúde do Icepi/SESA com a utilização de estratégias pedagógicas capazes de promover o desenvolvimento do pensamento crítico reflexivo e a formação integral e interdisciplinar.

Para tanto, um dos primeiros conceitos que precisamos compreender, no grupo de coordenadores foi o de competência, dentro de uma abordagem dialógica em que “a construção de significado pressupõe a transferência da aprendizagem baseada nos conteúdos para uma aprendizagem baseada na integração teoria-prática” (LIMA, 2005, p. 374) e que nos permitisse assim construir um currículo integrado por competência.

Para Lima (2005, p. 372):

A concepção dialógica de competência trabalha com o desenvolvimento de capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional. Assim, diferentes combinações podem responder aos padrões de excelência que regem essa prática profissional, permitindo que as pessoas desenvolvam um estilo próprio, adequado e eficaz para enfrentar situações profissionais familiares ou não familiares. Essa abordagem, considerada holística, precisa ser construída no diálogo entre a formação e o mundo do trabalho, na qual as práticas profissionais são desenvolvidas.

Desenhemos, portanto, os projetos pedagógicos dando ênfase na integração de saberes e práticas de modo a desenvolver competência e contribuir com a consolidação do processo de formação e colaboração em equipe, tendo

em vista as necessidades de mudanças nas práticas de formação, atenção e gestão na saúde.

Entendendo a importância de considerar a realidade do cotidiano da prática em saúde, fizemos a escolha de elaborar as unidades educacionais a partir da abordagem pedagógica com base na aprendizagem reflexiva conduzindo a uma formação que integra as dimensões pessoal e profissional, desenvolvendo no indivíduo a criticidade e o seu comprometimento com as transformações sociais.

Segundo Freire (2001), a Aprendizagem Reflexiva está ligada a um movimento entre o fazer e o pensar, entre o pensar e o fazer, ou seja, no pensar para o fazer e no pensar sobre o fazer, em que se pretende uma aprendizagem voltada à liberdade e à autonomia.

Assim, na produção de saúde, a aprendizagem reflexiva torna-se essencial ao profissional, pois permite que consiga lidar com a complexidade do cuidar em saúde, no dia-a-dia do seu trabalho.

Buscamos uma formação profissional que envolva teoria e prática, por meio de um ensino reflexivo, pautado no processo de reflexão-na-ação, em que o aprender seja privilegiado por meio do fazer e cuja capacidade de refletir seja estimulada pela interação professor-estudante nas diversas situações práticas (SCHON, 2000 apud NETTO; SILVA; RUA, 2018).

Para Schon, a formação de um profissional reflexivo divide-se em três ideias centrais: a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação. A reflexão na ação ocorre durante a prática e a reflexão sobre a ação após o acontecimento, quando este for revisto fora do seu cenário, levando-o a reformular seu pensamento. Ao refletir sobre a reflexão na ação, o profissional se desenvolve e constrói sua forma pessoal de conhecer algo, observando o que aconteceu e atribuindo novos significados. Constitui uma reflexão orientada para ação futura, que ajuda a compreender novos problemas e a descobrir novas soluções (ALARCÃO, 2007).

Nesse sentido, a produção do conhecimento oportuniza a obtenção da autonomia, da criatividade, da pluralidade de interpretação, da reflexão e da crítica. É a partir daí que se constroem experiências coletivas e as configuram numa situação em que cada um contribui a seu modo para o processo de aprendizado, desenvolvendo assim o espírito crítico no indivíduo. A aprendizagem de um indivíduo se forma quando de seu contato com a sociedade, ocasião em que

modifica o ambiente e ao mesmo tempo é modificado por ele. O que importa nesse processo é a experiência pessoal de cada indivíduo com seu ambiente.

Considerando esses aspectos, sobre os quais aprendemos em nossos encontros, construímos as matrizes curriculares baseadas em atividades e experiências da prática profissional, tomando como princípio as necessidades e interesses individuais dos profissionais residentes e do contexto onde a prática profissional é desenvolvida.

Para darmos o alinhamento necessário aos projetos pedagógicos, não bastava apenas decidir qual a linha pedagógica que iríamos buscar, mas também qual seria o formato metodológico a ser adotado, favorecendo um melhor aprendizado durante o percurso da residência, lembrando que os coordenadores também estão incluídos no processo de educação permanente. Dessa maneira, compreendemos na concepção crítico-reflexiva as metodologias ativas de ensino-aprendizagem constituíam um recurso importante na trajetória de mudar o atual modelo de assistência à saúde, juntamente com o trabalho em equipe, sendo também um recurso para efetivar as demandas nas relações humanas, ou seja, na troca de informação, no respeito, na comunicação e na colaboração. As metodologias ativas possibilitam a interação entre os atores na construção do conhecimento, com valorização dos diferentes pontos de vista (MARIN *et al.*, 2010).

As metodologias ativas remetem a uma forma de construção coletiva do saber em que a realidade possibilita a busca do conhecimento e a partir desse contexto, a interação de todos os atores na busca de evolução. O grande desafio das metodologias ativas é a utilização de ferramentas que possibilitem a dinâmica do aprendizado e que possam fornecer bases conceituais, fundamentando o sujeito em seu conhecimento, potencializando-o como agente transformador, valorizando e fortalecendo o aprendizado significativo (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Dentre as metodologias ativas, organizamos nossos programas optando em ter como principal estratégia pedagógica a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) em pequenos grupos em que se preparam situações, ou seja, temas de estudo que se transformam em problemas para ser discutido em grupo (PRADO *et al.*, 2012). A partir da discussão desses problemas, os participantes identificam seus saberes prévios e as lacunas de sua aprendizagem, o que estimula novas buscas de conhecimento, que também são compartilhadas com todos os envolvidos.

O processo de ensino e aprendizagem é complementado por outras estratégias educacionais, tendo como foco a problematização e reflexão do saber e do fazer como ponto de partida para mudança de prática. Essa opção metodológica subsidia não só a formação dos profissionais residentes, mas de todo o corpo docente composto por preceptores e tutores, além dos próprios coordenadores.

Todo esse movimento, portanto, de construir e reconstruir saberes e fazeres, evoluir do modelo tradicional de formação em saúde a que estávamos habituados e oferecer novas perspectivas para além do formato tecnicista, mexeu diretamente com nossas pré-concepções e nos colocou no lugar de aprender, numa verdadeira concepção dialógica sobre o potencial da educação que transforma, como algo em constante mutação, ora aprendendo, ora ensinando. E continuamos aprendendo, “transvendo” o mundo e a forma de aprender sobre ele, num movimento constante em que sempre teremos lacunas a preencher.

Que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem barômetros. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós.

(Manoel de Barros)

Nesse trajeto de construção de novos saberes, foi necessário visitarmos e revisitarmos conceitos de forma a incorporá-los em nossa prática enquanto coordenadores de programas de residência, de modo que pudéssemos nos apropriar da proposta pedagógica para além dos aspectos conceituais. Esse processo de rever padrões pré-concebidos de formação seguiu-se pela compreensão do que significa elaborar uma matriz curricular a partir de um perfil de competência e desempenhos, com foco num currículo integrando teoria e prática em contraposição a um formato de grade com disciplinas e conteúdos pré-definidos.

Na perspectiva de vencermos os desafios de estruturar programas de residência num formato que visa contribuir com a formação de profissionais cujo perfil de competência permite intervir no contexto de trabalho de forma crítica, coletiva e integradora, foi preciso romper com o paradigma de

racionalidade técnica, caracterizado por modelos tendencialmente uniformizados e de matriz reprodutora não é suficiente, nas suas lógicas

e pressupostos, para enfrentar o desafio da formação de enfermeiros e médicos (e de todos os profissionais de saúde – acréscimo nosso), numa perspectiva humanista e, como tal, integradora das dimensões pessoal e profissional da formação e do desenvolvimento humano (SILVA; SÁ-CHAVES, 2008, p. 721).

Organizar os programas de residência a partir do perfil de competência permitiu que nos aproximássemos da discussão de integração ensino-serviço que permeia a área da saúde, sendo o processo de ensino-aprendizagem percebido como o conjunto de atividades que transforma o programa em prática para produzir aprendizagem, num modelo curricular que se realiza e ganha sentido na prática, de forma a superar a dicotomia entre teoria e prática sustentada pela corrente tecnicista (SILVA, 2000 *apud* SILVA; SÁ-CHAVES, 2008; LIBÂNEO, 1998 *apud* SILVA; SÁ-CHAVES, 2008).

A matriz curricular é vista, portanto, como uma práxis. Esse enfoque é considerado integrador de conteúdos e formas: o currículo e o ensino estão juntos. O ensino é visto como o conjunto de atividades que transformam a matriz curricular na prática para produzir aprendizagem, que se realiza na prática supera a dicotomia entre teoria e prática (LIBÂNEO, 1998).

A matriz curricular é organizada por atividades e experiências, proporcionando oportunidades educativas em domínios múltiplos, de acordo com características, necessidades e interesses progressivamente desenvolvidos, e promove experiências que exercitam a construção do conhecimento de forma autônoma e em convivência com seus outros pares (RIBEIRO, 1992).

A organização da matriz curricular por competência busca selecionar os conteúdos legítimos e relevantes para a formação e define seus processos pedagógicos para o desenvolvimento prioritário:

- a. de tarefas e resultados fundamentadas por um modelo comportamental da educação e psicologia.
- b. de atributos fortemente centrados no conhecimento, uma vez que quem sabe ou conhece é capaz de fazer.
- c. da prática profissional em diferentes contextos, por uma combinação de atributos empregados para a realização de ações, segundo padrões de excelência socialmente construídos (LIMA, 2005).

Assim, a escolha da matriz curricular na concepção dialógica de competência, que trabalha com o desenvolvimento de capacidades ou atributos combinados (cognitivos, psicomotores e afetivos) que conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional (LIMA, 2005) dentro de um campo de saber.

Diante dessa compreensão, as matrizes curriculares dos programas de residência em saúde do Icepi foram organizadas considerando quatro áreas de competência: cuidado (individual e coletivo), gestão (do trabalho em saúde e do cuidado), educação (em saúde e na saúde) e investigação em saúde.

Consideramos perfil de competência do profissional residente a combinação de capacidades ou atributos cognitivos, psicomotores e afetivos que serão desenvolvidos nesse processo formativo.

Dando consistência à proposta pedagógica inovadora, foi necessário incorporar conceitos, formatos e instrumentos de avaliação aos programas que fossem coerentes com o propósito de formação. Assim como, por coerência, optamos por adotar avaliação formativa e somativa com a utilização de critérios e seguimos por longo tempo nos reunindo para desenvolvê-los.

As abordagens formativas e somativas são as estratégias de avaliação utilizadas neste programa. Harlen (2005) estabeleceu a existência de duas funções essenciais na avaliação: avaliar para ajudar a aprender e avaliar para sintetizar a aprendizagem: “a mesma informação, recolhida do mesmo modo, chamar-se-á formativa se for usada para apoiar a aprendizagem e o ensino, ou somativa se não for utilizada deste modo, mas apenas para registrar e reportar”.

A avaliação formativa é aquela que acontece durante todo o processo de ensino e aprendizagem, na qual o feedback oportuno entre os sujeitos da aprendizagem possibilita a proximidade, o conhecimento mútuo e o diálogo entre professor e aluno. A avaliação formativa é entendida “como uma prática de avaliação contínua que objetiva desenvolver aprendizagens” (CASEIRO; GEBRAN, 2008, p. 3). Situa-se no centro da formação, proporcionando o levantamento de informações úteis à regulação do processo ensino-aprendizagem e contribuindo com a efetivação da atividade de ensino (HADIJ, 1994 *apud* CASEIRO; GEBRAN, 2008).

A avaliação formativa é definida por Allal, Cardinet e Perrenoud (1986) *apud* Caseiro e Gebran (2008) como a que visa orientar o aluno acerca da atividade,

procurando localizar suas dificuldades e como poderá contribuir com sua progressão no ensino. Considera os erros como normais e característicos de um determinado nível de desenvolvimento na aprendizagem. Já a avaliação somativa é aquela que cumpre o sentido de tornar visíveis as aprendizagens realizadas e o desenvolvimento de competência, indicando certificação no curso proposto, ao qual pretende, ao final de um período, dar uma visão geral do desempenho do aluno (CARVALHO; MARTINEZ; 2005). Dessa forma, a avaliação somativa é um momento específico da avaliação e deve estar condizente com os objetivos de aprendizagem estabelecidos no curso, podendo ser usada com propósitos formativos de acordo com os resultados esperados.

Entendendo que uma não suprime a outra, adotamos nos programas de residência as avaliações somativas e formativas, tendo critérios como medida referenciada, dada através dos conceitos: satisfatório ou precisa melhorar ou insatisfatório.

Os instrumentos de avaliação foram estruturados a partir dos objetivos de aprendizagem de cada Unidade Educacional (UE), sendo disponibilizados para os profissionais residentes e discutidos nos momentos de tutoria.

Buscamos um conceito absoluto de qualidade, mensurado no desempenho do indivíduo quanto à capacidade própria de realização das tarefas propostas por meio da adoção de instrumentos para coleta de dados com padrões de desempenho e critérios definidos, superando a utilização de escores que promovam as comparações entre os componentes do grupo, como preconizada quando é utilizada a medida referenciada à norma, indicando apenas se o indivíduo é mais ou menos capaz do que outros e não avaliando a capacidade para a realização das tarefas exigidas.

Assim, a avaliação critério-referenciada foi, para nós, a opção para as atividades educacionais do Icepi, pois compreendemos que a complexidade de formação na área da saúde perpassa pela necessidade de introduzir novos instrumentos de mensuração que possibilitem avaliar não apenas o desempenho de indivíduos submetidos à instrução, mas também a própria eficiência do processo educacional (VIANNA, 1980).

Outro fator relevante para adoção da medida critério referenciada é a oportunidade de considerar as diferenças individuais, enquanto o sistema tradicional considera os indivíduos indiferentemente, como grupos homogêneos, os submetendo a um único tratamento na perspectiva de que todos alcançariam os mesmos resultados ao mesmo tempo.

Diante da opção do Icepi pela medida critério-referenciada em suas atividades educacionais, buscamos a qualificação permanente dos processos, em todos os componentes que visam a melhoria da prática assistencial. Dessa maneira, enquanto implantamos os programas de residência, também o avaliamos e modificamos, trazendo para o junto do grupo de coordenadores, todo o corpo docente e os residentes nessa construção.

Não gosto de dar confiança para a razão, ela diminui a poesia.

(Manoel de Barros)

Vencida a etapa de elaboração dos projetos pedagógicos e de aprovação dos programas de residência pelas comissões nacionais médica e multiprofissional, iniciamos os trabalhos com os profissionais residentes. Muitas eram as expectativas de todos os atores envolvidos, com mais de 150 residentes nos cinco programas.

No entanto, fomos surpreendidos pela emergência da pandemia de Covid-19 e, novamente, tivemos que nos reinventar. As atividades teóricas presenciais precisaram ser adaptadas. Primeiramente, houve uma readequação da matriz curricular em função da necessidade de desenvolver nos residentes as habilidades necessárias para o trabalho em saúde na prevenção do contágio e no cuidado aos usuários acometidos com a Covid-19, bem como quanto à reconfiguração dos processos de trabalho para o enfrentamento da pandemia nos diferentes cenários de prática dos municípios em que os programas de residência estão implantados.

Também foi mandatória a transição do formato de ensino presencial para o remoto, conforme as orientações sanitárias vigentes para as Instituições de Ensino no ano de 2020, além do desafio extra da manutenção da aprendizagem crítico-reflexiva preconizada no projeto pedagógico das residências em saúde do Icepi-Sesa. A razão nos dizia que seria impossível seguir com o formato que vínhamos dando aos nossos programas. Não conhecíamos experiências com metodologias ativas de modo remoto. Contudo, não queríamos mais voltar atrás. Estávamos bem fundamentados e seguros com a potência que percebíamos, pelo nosso próprio processo de aprendizagem junto à consultora, com o uso da aprendizagem reflexiva. Optamos, assim, por sustentar o uso de metodologias

ativas em encontros de tutoria síncronos e buscar recursos inovadores de interação à distância e segurança sanitária em atividades presenciais.

Para tanto, as atividades teóricas tutoriais foram norteadas por “Termos de Referência” (TR). Os TRs foram documentos elaborados pelos coordenadores de residência que tinham o propósito de orientar os tutores para o conteúdo da matriz curricular a ser abordado naquela sessão, além de alinhar coordenação e tutoria quanto aos objetivos de aprendizagem a serem alcançados e sugerir a estratégia metodológica a ser utilizada. Também era confeccionada uma versão do TR para os residentes, de modo que eles pudessem se preparar previamente para a sessão tutorial, com a informação da data, horário e link da tutoria (nas plataformas Zoom ou Google Meet).

Situações-problema, vídeos, web palestras, textos, protocolos e dados epidemiológicos foram utilizados como “disparadores” do processo de ensino-aprendizagem durante a web tutoria e como encomendas para atividades autogeridas. A partir daí, os profissionais residentes eram guiados através das etapas da aprendizagem baseada em problemas. O ponto alto das reflexões se dava no compartilhamento das dificuldades e potencialidades de cada realidade para o enfrentamento do Covid-19 e, posteriormente às sessões tutoriais, dos relatos sobre o desenvolvimento de novas atividades frente aos desafios impostos às equipes de saúde pela pandemia.

Além de contribuir com a qualificação dos residentes no atendimento direto aos usuários, as atividades propostas nas tutorias contribuíram na organização da prestação de serviços. A implementação do *fast-track* nas UBSs, o uso de redes sociais para comunicação com as populações dos territórios de cada Unidade e a oferta de serviços relacionados à saúde mental para as comunidades assistidas pelos profissionais residentes são exemplos dos resultados dessas intervenções educacionais.

A ressignificação das plataformas educacionais e dos objetivos de aprendizagem para residências em saúde desde o primeiro semestre do ano de 2020 incitou a resiliência e a criatividade de todos os envolvidos nessa modalidade de pós-graduação. Essas novas “roupagens” educacionais vieram, contudo, mostrando-se inicialmente como alternativas, mas se incorporaram às realidades, mostrando-se viáveis e tornando-se indispensáveis para o desenvolvimento de habilidades compatíveis com a matriz de competência dos programas de residência.

A pandemia trouxe a necessidade de repensar de forma rápida a mudança na formação de residentes em saúde, sendo impactante para os residentes e os responsáveis pela condução das tutorias que precisaram se adequar a esse cenário de pandemia e aprender a utilizar novas ferramentas de ensino, levando todos os envolvidos a criar um novo normal para os projetos de formação em andamento.

Ao mesmo tempo em que o novo se fez necessário, também foi importante manter o foco na aprendizagem crítico-reflexiva, tendo a reflexão da prática, na prática e pela prática como centralidade na formação. Preocupamo-nos em desenvolver modos de encontro entre residentes e tutores, tutores e coordenadores e residentes e coordenadores para acompanhar o processo de ensino-aprendizagem, buscando garantir o desempenho de habilidades coerentes com o perfil de competência, formar profissionais capazes de fazer a leitura da realidade, de se adaptar às necessidades que se apresentavam nesse cenário de forma inventiva e proativa.

A realização das atividades propostas possibilitou maior integração entre os programas de residência em saúde entre si e com preceptores e demais profissionais que atuam nos cenários de prática onde os programas estão inseridos, provocando mudanças no processo de trabalho vigente e trazendo também esses profissionais para o processo de nos fazer (re)pensar os programas e o nosso próprio fazer.

Agora não quero saber mais nada, só quero aperfeiçoar o que não sei.

(Manoel de Barros)

Fica em evidência, quando apresentamos nossa trajetória até aqui, a poucos meses de completar dois anos de implantação dos programas de residência do Icepi-Sesa, como a coesão entre o grupo de coordenadores dos programas no que tange à aprendizagem reflexiva e ao projeto pedagógico permitiu — e continua a permitir — que a implementação dos programas acolha tanta fluidez em seus processos de gestão. Muitos são os atores — residentes, tutores, preceptores, profissionais dos cenários de prática — que ao longo dessa travessia têm se somado ao grupo de coordenadores na construção dos programas, pois temos buscado, em todos os momentos, refletir sobre o que estamos construindo a tantas mãos.

O desafio de implantar programas de residência que utilizem metodologias inovadoras para a formação do profissional de saúde foi acentuado pela pandemia.

Contudo, não nos furtamos de enfrentá-lo e seguimos mantendo nossas reuniões frequentes que são, atualmente, espaços coletivos de gestão dos programas já instituídos mas ainda não acabados. Muitas são as necessidades que se apresentam e se apresentarão, pois estamos em processo de avaliação constante. Talvez não tenhamos ideia de quais sejam essas necessidades. Todavia, como afirma Manoel de Barros, queremos aperfeiçoar o que não sabemos: este é o nosso compromisso. O pote de ouro dessa experiência, arco-íris de muitas cores, é todo aprendizado adquirido por cada um de nós e compartilhado entre nós.

REFERÊNCIAS

- ALARCÃO, I. (org.). **Escola reflexiva e nova racionalidade**. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2007. 144 p.
- BRANDÃO, R. T. P. Experiência e transformação de si: Foucault e a estetização da vida. **Interespaço**, v. 2, n. 4, p. 81-96, jun. 2016. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/interespaço/article/view/4921>. Acesso em: 26 jul. 2021.
- CARVALHO, L. M. O.; MARTINEZ, C. L. P. Avaliação Formativa: a autoavaliação do aluno e a auto formação de professores. **Ciênc. Educ.**, v. 11, n. 1, p. 133-144, abr. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/KM5pNgvBFLwHGCHsxdqwn6w/?lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2021
- CASEIRO, C. C. F.; GEBRAN, R. A. Avaliação formativa: concepção, práticas e dificuldades. **Nuances: Estudo sobre Educação**, v. 15, n. 16, p. 141-161, jan.dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.14572/nuances.v15i16.181>. Acesso em: 26 jul. 2021.
- ESPÍRITO SANTO. Lei Complementar nº 909, de 26 de abril de 2019. Cria o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde e institui o Subsistema Estadual de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o Programa de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial do Espírito Santo**, Vitória/ES, ed. n. 24970, p. 04, 2019. Disponível em: <http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEC9092019.html>. Acesso em: 26 jul. 2021.
- FORTUNA, C. M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde**: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. 1999. 247 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-03022009-103507/pt-br.php>. Acesso em: 26 jul. 2021
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 31. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001. 253 p.
- HARLEN, W. Teachers' summative practices and assessment for learning – tensions and synergies. **Curriculum Journal**, v. 16, n. 2 (special issue), p. 207-223, jun. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09585170500136093>. Acesso em: 26 jul. 2021.
- LIBÂNEO, J. C. **Adeus professor, adeus professora?** Novas exigências educacionais e profissão docente. São Paulo: Cortez, 1998. 104 p.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface comun. saúde educ.**, v. 9, n. 17, p. 369-79, ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SyGLRpTYVbwm7sTgTfK6V8n/?lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2021.

MARIN, M. J. S. *et al.* Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Rev. bras. educ. med.**, v. 34, n. 1, p. 13-20, mar. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/PgYxhjqpFYqvYK8HvQkDtP/?lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2021.

NETTO, L.; SILVA, K. L.; RUA, M. S. Prática reflexiva e formação profissional. **Esc. Anna Nery**, v. 22, n. 1, p. 1-6, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/4PmZBWVqVGydRV7xpKtGCNP/?lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2021.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012. 207 p.

PRADO M. L., *et al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 172-177, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/89NXfW4dC7vWdXwdKffmf4N/?lang=pt#>. Acesso em: 26 jul. 2021.

RIBEIRO, M. I. L. O ensino de gramática: uma prática sem sentido? **Sitientibus**, n. 10, p. 79-88, 1992. Disponível em: http://www2.uefs.br/sitientibus/pdf/10/o_ensino_de_gramatica_uma_pratica_sem_sentido.pdf. Acesso em: 26 jul. 2021.

SILVA, R. F.; SÁ-CHAVES, I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. **Interface comun. saúde educ.**, v. 12, n. 17, p. 721-34, out./dez. 2008.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. The use of active methodology in nursing care and teaching in national productions: an integrative review. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 208-218, fev. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/KfMTxTNdQt7fjTZznwWFCcv/?lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2021.

VIANNA, H. M. A Perspectiva das Medidas Diferenciadas a Critério. **Educação e Seleção**, São Paulo, n. 2, p. 5-14, 1980. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/index.php/edusel/article/view/2496>. Acesso em: 26 jul. 2021.

A DESCENTRALIZAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA: UMA ALTERNATIVA PARA A DESIGUALDADE NA DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS?

Ariane Ribeiro Pinheiro
Clarice Sampaio Cunha
Juliana da Silva Mariano
Marcello Dala Bernardina Dalla

A DISTRIBUIÇÃO DESIGUAL DE MÉDICOS

A desigualdade na distribuição de médicos entre os estados brasileiros é uma situação persistente, complexa e que repercute diretamente na prestação de serviços em saúde equânime no país. Em 2020, o Brasil contava com 478.010 médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina (CRM), e apesar de apresentar média de 2,27 médicos por mil habitantes, essa distribuição não ocorre de forma igualitária entre os estados e regiões do país. Enquanto a Região Norte apresentava razão de 1,3 médicos por mil habitantes e a Nordeste 1,69, a Região Sudeste concentrava mais da metade dos médicos do país (278.325 – 53,2%), com razão de 3,15 médicos por mil habitantes (CFM; USP, 2020). Mesmo dentre os estados dessa região, a discrepância entre a distribuição é gritante: enquanto São Paulo contava com 146.970 médicos (28,1% dos médicos do Brasil), o Espírito Santo (ES) possuía apenas 11.070 médicos (2,1%), com razões de 3,20 e 2,75. por mil habitantes respectivamente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA [CFM]; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO [USP], 2020).

A disparidade também é demonstrada ao compararmos os grandes centros urbanos com os municípios do interior do Brasil. A razão de médicos por mil habitantes é de 5,65 nas capitais e encontra-se muito acima da média nacional. No município de Vitória, capital do Estado do Espírito Santo (ES), observa-se uma taxa de 13,71 médicos por mil habitantes, que é pelo menos seis vezes maior que a razão nacional (2,27) e duas vezes maior que a média das capitais brasileiras. Estes dados fazem de Vitória a capital com a maior razão de médicos por mil habitantes do país (CFM; USP, 2020).

Conforme demonstrado, apesar do alto índice de concentração de profissionais médicos na Capital Capixaba, essa realidade não se vê representada em todo o cenário Estadual, uma vez que os municípios do interior contam com uma razão de médicos por mil habitantes oito vezes menor do que a média da capital (1,67). Por esse motivo, o ES tem o maior indicador de desigualdade de distribuição de médicos entre a capital e interior da Região Sudeste (8,22), sendo 2,8 vezes maior do que a média da Região, entre duas e três vezes maior que a média dos demais estados da Região (CFM; USP, 2020).

A DISTRIBUIÇÃO DESIGUAL DE ESPECIALISTAS

De acordo com o estudo Demografia Médica no Brasil (CFM; USP, 2020), até janeiro de 2020, o Brasil contava com 478.010 médicos ativos e destes 61,3% (293.946) possuíam algum título de especialista. Considera-se especialista o médico que tenha concluído Programa de Residência Médica (PRM) ou tenha obtido título emitido por uma Sociedade de Especialidade Médica. Sobre os médicos generalistas, aqueles que concluíram a graduação, porém não obtiveram titulação, o Brasil contava com 184.064 médicos que representavam 38,7% dos profissionais, numa razão de 1,58 especialista para cada generalista.

Ainda segundo esse estudo a distribuição de especialistas no território nacional também é desigual. Por exemplo: A Região Sul contava com 2,07 especialistas para cada generalista, enquanto no Nordeste essa taxa era de apenas 1,25. A Região Sudeste apresentava razão de 1,59 especialista para cada generalista, com o Espírito Santo apresentando a maior média regional (1,98), ocupando o quarto lugar em relação à concentração de especialistas dentre os estados, atrás apenas do Distrito Federal, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Avaliando-se apenas Vitória, essa razão chegava a 2,63 médicos especialistas para cada generalista (CFM; USP, 2020).

Em 2020, no Espírito Santo (ES) 66,5% dos médicos eram titulados em alguma especialidade. A distribuição destes médicos especialistas ocorria principalmente entre as seguintes especialidades: Pediatria (15,83%), Clínica Médica (14,95%), Cirurgia Geral (11,8%), Ginecologia e Obstetrícia (11,18%) e Medicina do Trabalho (9,9%). Os Médicos de Família e Comunidade (MFCs) representavam

1,87% de todos os especialistas do Estado. O ES contava com razão de 183,07 especialistas por 100.000 habitantes, sendo as maiores taxas de concentração nas seguintes especialidades: Pediatria (28,98), Clínica Médica (27,37), Cirurgia Geral (21,62) e Ginecologia e Obstetrícia (20,47). A Medicina de Família e Comunidade (MFC) apresentava razão de 3,4 especialistas/100 mil hab (CFM; USP, 2020).

Em relação à distribuição geográfica de especialistas, percebia-se situação similar ao já observado na concentração médica, com as capitais agregando a maior parte dos especialistas. Em Vitória, havia 4.934 médicos, sendo 3.572 especialistas. Indicando que dos 7.357 médicos especialistas inscritos do CRM-ES, quase a metade encontra-se na Capital Capixaba (CFM; USP, 2020). Essa desproporção se aplica também às especialidades básicas, como MFC. Conforme informações coletadas no site do CRM-ES, em agosto de 2021, o Espírito Santo contava com 162 MFCs ativos no conselho e 69% desses encontravam-se lotados na Região Metropolitana (RM).

A RESIDÊNCIA MÉDICA

Instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, a Residência Médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos. Funciona sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão ouro” da especialização médica (BRASIL, 1977; ANDERSON; RODRIGUES, 2011).

A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) regulamenta, credencia e fiscaliza todos os Programas de Residência Médica. Essa comissão encontra-se vinculada ao Ministério da Educação e conta com representantes das entidades médicas, da área da saúde, educação e Residentes. Apenas podem ser chamados de Residência Médica os programas que foram credenciados pela CNRM. Os Programas de Residência Médica são fiscalizados pelas Comissões Estaduais de Residência - CEREM (BRASIL, 2005).

Para ingressar em um Programa de Residência Médica, é necessário que o candidato se submeta a um processo seletivo público com regras determinadas pela CNRM (BRASIL, 1981). A duração dos programas é variável, de acordo com a especialidade, podendo durar de dois a cinco anos (BRASIL, 2006).

Cada residente fará jus ao recebimento de uma bolsa no valor de R\$ 3.330,43 (julho de 2020) num esquema de treinamento em serviço de 60 horas semanais (BRASIL, 2016). Vale ressaltar que o financiamento de Programas de Residência é majoritariamente público, seja através do Ministério da Saúde com o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas – Pró-Residência ou através do financiamento pelo Ministério da Educação nos Hospitais Universitários Federais, ou através das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O Ministério da Saúde é o principal financiador, seguido das Secretarias Estaduais de Saúde (CFM; USP, 2020).

A carga horária dos Programas de Residência é subdividida em atividades práticas (80-90%) e teóricas (10-20%). A Residência Médica é caracterizada pela formação em serviço e pela educação pelo trabalho. Ou seja, o médico em formação desenvolve atividades de assistência/atividades práticas, para adquirir competências necessárias a um especialista na área (MEC, 2006). Essas atividades são realizadas sob a supervisão atenta de um médico preceptor, que deve ser corresponsável no processo de aprendizagem do residente, atuando na inserção nas equipes de atenção, no cenário de prática, na apresentação dos serviços, nas retiradas de dúvida e na avaliação criteriosa (BRASIL, 2006, 2011).

Não há uma determinação clara de como devem ocorrer as atividades teóricas, podendo ser desenvolvidas em diversas modalidades e sem determinação de um profissional responsável. Em geral, são realizadas por parte da equipe técnica da Instituição Proponente/Responsável do Programa ou mesmo pelos próprios preceptores (BRASIL, 2006).

A RESIDÊNCIA MÉDICA - CENÁRIO ATUAL DE DESIGUALDADE

O Brasil contava em 2019 com 53.776 médicos cursando algum Programa de Residência, sendo 4.862 Programas Credenciados pela CNRM em 809 instituições. Apesar do grande número de residentes e programas credenciados, eram distribuídos de forma desigual (CFM; USP, 2020).

A Região Sudeste concentra 57,3% de todos os médicos residentes e mais da metade de todos os programas credenciados. Quando somada à Região Sul (16%), estas concentram aproximadamente três quartos dos residentes do

Brasil. Esse padrão é bastante similar ao observado na distribuição de médicos e especialistas (CFM; USP, 2020).

Entretanto, devemos ressaltar que mesmo dentre os estados da Região Sudeste existem discrepâncias entre a distribuição de Programas de Residência e Médicos Residentes. Apesar de concentrar 51,3% dos Programas de Residência Médica do Brasil, essa distribuição se dá de forma desigual, já que apenas 2% dos Programas encontram-se no Espírito Santo, enquanto 24,8% se encontram em São Paulo. O mesmo se demonstra para o quantitativo de médicos residentes: enquanto a Região Sudeste é responsável por 57,3% de todos os residentes no território nacional, apenas 1,6% encontram-se vinculados a Programas Capixabas (CFM; USP, 2020).

Quando comparamos o quantitativo de médicos residentes em relação ao tamanho da população, percebemos que as diferenças locais ainda permanecem. A Região Sudeste tem uma taxa de 34,86 residentes por 100 mil habitantes, a maior taxa entre as regiões brasileiras. No entanto, quando observamos os registros em cada estado, notamos que, em São Paulo, essa taxa é 39,71 e no Espírito Santo de 21,05, este último estando abaixo da média nacional que é de 25,59. As regiões Norte e Nordeste apresentam densidades ainda menores, com 10,81 e 14,83 respectivamente (CFM; USP, 2020).

Ao observarmos o total de residentes, 67,3% encontram-se nas capitais e 36,1% atuam no interior. Dentre os residentes, 97,5% estão em regiões urbanas, com forte concentração (83,1% do total) nas regiões metropolitanas. Região urbana aqui é caracterizada como municípios com população superior a 100 mil habitantes (CFM; USP, 2020). Um exemplo disso é que, no Espírito Santo, segundo informações do Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SISCNRM), das nove instituições que ofertam Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC), seis estão na Região Metropolitana.

Em relação à especialidade cursada, mantém-se a relação observada de distribuição dos médicos titulados, com a concentração de maior número de residentes nos Programas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia. Os programas com menor número de residentes eram: Angiologia (4), Medicina de Tráfego (6), Homeopatia (9), Nutrologia (16) e Acupuntura (24). Cabe ressaltar que os Programas em MFC contavam com 2.419 (4,5%) residentes matriculados (CFM; USP, 2020).

Apesar de apresentarem números inferiores de residentes quando comparados às especialidades clássicas, os PRMMFC tiveram a maior evolução em 10 anos, expandindo em 469,6% a ocupação de vagas no primeiro ano. Das 181 vagas ocupadas em 2010, o Brasil progrediu para 1.031 em 2019. Porém, o número de vagas ocupadas mantém-se menor que o quantitativo de vagas credenciadas pela CNRM, com dados que apontam para a não disponibilização ou ocupação de cerca de um quarto de todas as vagas. Vale ressaltar ainda, que aproximadamente 6,7% dos médicos ingressantes no R1 em 2019 desistiram de continuar cursando o Programa (CFM; USP, 2020).

Historicamente, há uma procura bem menor de residentes pela especialidade (MFC) e apesar da oferta crescente de vagas, essa ascensão não foi acompanhada por sua ocupação. As possíveis explicações para esse fenômeno podem se relacionar a diversos fatores que podem estar ligados às instituições proponentes, que por vezes desistem de ofertar vagas do programa, à inadequação de campos de prática ou de preceptoria, ou aos problemas relacionados à bolsa de residência (CFM; USP, 2020). Outras explicações são fornecidas por Storti, Oliveira e Xavier (2017), que descreve fatores como o estímulo que os estudantes de medicina recebem para escolha de determinadas especialidades e também das instituições durante formação médica, além do baixo investimento em ferramentas de trabalho e ambiência na atenção básica, ausência de planos de cargos, carreiras e salários e a baixa valorização da formação do médico de família e comunidade no trabalho da ESF.

AS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS NO BRASIL E NO ESPÍRITO SANTO: MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Os Sistemas de Saúde baseados em uma Atenção Primária à Saúde resolutiva, com atribuição de porta de entrada e coordenação do cuidado, dependem da formação de especialistas específicos para essa atuação (SARTI; FONTENELLE; GUSSO, 2018). Atualmente apenas 5% dos Serviços Primários de Saúde contam com médicos titulados em MFC (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2011).

Em estudo realizado por López-Valcárcel *et al.* (2011), a oferta de especialistas em MFC no Brasil foi estabelecida em 1,3 médicos especialistas por 100 mil habitantes, com a perspectiva de aumento para 1,6 especialistas por 100 mil habitantes em 2020.

Entretanto, a demanda por esse tipo de especialista foi calculada em 67,8 médicos por 100 mil habitantes, o que demonstra déficit grave na oferta de MFCs no país.

No Brasil, o especialista é o médico que concluiu o Programa de Residência Médica (PRM) ou obteve título emitido por uma Sociedade de Especialidade Médica. Nesse caso, o especialista em MFC deve ter concluído o Programa de Residência (com duração de dois anos) ou ter sido aprovado em prova de título organizada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Diversos são os benefícios relacionados à vinculação a um PRMMFC: pontuação adicional de 10% em processo seletivo para outros Programas de Residência após a conclusão do PRMMFC; curso de Formação para Preceptores com bolsa complementar; complementação de bolsa de residência, com aumento da remuneração mensal; aumento na oferta de PRMMFC para cidades antes não contempladas, com maior possibilidade de proximidade com local de moradia inicial. Entretanto, a ocupação de vagas para os PRMMFC continua muito baixa, podendo chegar a 72% de vagas desocupadas (SIMAS *et al.*, 2018).

A escassez de MFCs é, portanto, uma realidade que deve ser enfrentada devido à crescente demanda por qualificação de profissionais médicos especialistas em APS. Os autores deste capítulo realizaram um cálculo para estimar a demanda de MFCs para o Estado do Espírito Santo a partir da análise dos estudos da necessidade de especialistas por López-Valcárcel (2011) e de dados levantados junto ao site do Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo (CRM-ES). Percebeu-se uma necessidade de 2.806 médicos titulados para o ano de 2020. No entanto, o Estado contava com apenas 138 MFCs inscritos no CRM-ES nesse mesmo ano de 2020, aproximadamente 3,4 especialistas por 100 mil habitantes. Em relação à distribuição de MFCs, 69% (112) desses encontram-se em 6 municípios da Grande Vitória (Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra, Viana e Guarapari), enquanto os 31% restantes estão distribuídos pelos demais 72 municípios.

DESCENTRALIZAÇÃO X DESCONCENTRAÇÃO

A descentralização é descrita como a ação ou efeito de dispersar ou distribuir funções e poderes de um governo ou autoridade central, pelos corpos governantes ou administrativos regionais ou locais (TAVEIRA, 2011).

A descentralização dos programas de residência implica a redistribuição do poder, com consequente autonomia dos municípios ou mesmo serviços de saúde para gerir programas de residência fora do nível central. Ela é geralmente realizada através da instituição de Comissões de Residência localmente. Dessa forma, a gestão do Programa de Residência se dá no âmbito local (por exemplo, em hospitais), municipal ou mesmo no âmbito do serviço de saúde envolvido (TAVEIRA, 2011; BAUMVOL; DALLEGRAVE, 2018).

A desconcentração, entretanto, ocorre quando há transferência de competências sem deslocamento de poder de decisão, mantendo-se assim a hierarquia. Nesse caso, o serviço de saúde ou o município não possuem poder de decisão sobre as questões administrativas, financeiras e político-pedagógicas de um programa de residência. Tanto a descentralização como a desconcentração, no entanto, são decisões políticas que incentivam a existência de programas de residência em cenários de prática diferentes daqueles onde está localizada a instituição proponente do programa (TAVEIRA, 2011; BAUMVOL; DALLEGRAVE, 2018).

A SESA/ES optou por utilizar o termo descentralização para se referir às duas situações: quando há e quando não há transferência de poder ao nível local do programa de residência. Dessa forma, iremos manter a padronização já existente, descrevendo nossos programas como descentralizados.

O CENÁRIO ESTADUAL - ARCABOUÇO LEGAL

A partir da criação do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi, unidade administrativa integrante da SESA/ES, pela Lei Complementar 909, de 30 de abril de 2019, foi-lhe designada a função de garantir a formação, o desenvolvimento de pessoal e a pesquisa básica ou aplicada, de caráter científico e tecnológico, buscando aumentar a eficácia e a qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde - SUS (ESPÍRITO SANTO, 2019a).

Nesse sentido, seria de competência do ICEPi a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS; a educação permanente; a integração entre o ensino, serviço e comunidade; e o dimensionamento, provimento e fixação de profissionais da saúde. Estes objetivos seriam contemplados através do desenvolvimento de

programas de capacitação, formação profissional, aperfeiçoamento, residências médica e multiprofissional e de pós-graduação. Além da elaboração de estudo de dimensionamento da força de trabalho no SUS com o diagnóstico permanente das necessidades de formação, de aperfeiçoamento e de provimento de profissionais de saúde para o estado e municípios. O ICEPi deveria então passar a organizar campos de prática nos serviços públicos de saúde e realizar acordos de cooperação e intercâmbio com outras instituições (municipais, estaduais, nacionais e internacionais, públicas ou privadas) para garantir a execução de suas competências (ESPÍRITO SANTO, 2019a).

Para tanto, em 06 de agosto de 2019, o ICEPi torna pública a Portaria nº 059-R, que institui o Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualifica-APS). Entre seus objetivos estavam: a ampliação da cobertura e resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS), com foco na Estratégia Saúde da Família; a efetivação da política de educação permanente por meio da integração ensino-serviço, permitindo a formação de profissionais de saúde para atuação no SUS; e o provimento de profissionais de saúde em regiões com dificuldade de fixação, com a finalidade de reduzir as desigualdades regionais (ESPÍRITO SANTO, 2019b).

Os principais componentes desse novo programa seriam a formação em saúde e o provimento e a fixação de profissionais. A formação em saúde ocorre através da criação de programas de residência médica e multiprofissional em saúde da família e comunidade; da realização de atividades docente-assistenciais e do oferecimento de cursos de aperfeiçoamento para profissionais de saúde, na modalidade formação em serviço (ESPÍRITO SANTO, 2019b).

O provimento e a fixação de profissionais se configuram através da cooperação entre o estado e os municípios para desenvolvimento de mecanismos de recrutamento, formação, remuneração e supervisão. A participação municipal ocorreria através da assinatura de um Termo de Adesão ao Programa Qualifica-APS (ESPÍRITO SANTO, 2019b).

Além do foco na APS, o ICEPi publicou a Portaria Nº 002-R, de 07 de agosto de 2019, instituindo o Plano Estadual de Formação de Especialistas para o SUS, através do qual todas as unidades da administração direta e indireta sob gestão estadual do SUS passam a ser consideradas espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional (ESPÍRITO SANTO, 2019c).

Mais do que determinar que todos os serviços estaduais de saúde se tornem potenciais espaços de formação em serviço, esse plano objetiva reduzir as desigualdades regionais de fixação de especialistas no Sistema Estadual de Saúde; fortalecer a prestação de serviços de saúde pública, ampliando o acesso a consultas, exames e procedimentos especializados no SUS, além de estimular a formação de especialistas com alto padrão de qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica (ESPÍRITO SANTO, 2019c).

A partir desses marcos legais, a atual gestão da SESA/ES almeja garantir o desenvolvimento de estratégias que favoreçam a formação de especialistas para as áreas (especialidades e regiões) de maior dificuldade de alocação e fixação de profissionais. Nesse sentido, a estruturação de programas de residências em saúde se voltou para regiões estratégicas com grande necessidade de qualificação de indicadores da saúde e com uma rede de atenção à saúde estruturada para ofertar campo de prática qualificado para os residentes.

Através deste cenário que o ICEPi inicia a construção e pactuação de programas de residência médica e multiprofissional a partir de uma lógica de alocação de recursos para áreas de formação prioritárias, como a MFC, além de alocá-los em regiões com maior necessidade desses especialistas.

A EXPERIÊNCIA DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DESCENTRALIZADOS: MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do ICEPi inicia suas pactuações junto aos municípios da Região Metropolitana e do interior do Estado desde julho de 2019, através da assinatura de termos de cooperação que explicitavam os compromissos de cada parte (estado e município) para o funcionamento previsto para o desenvolvimento do projeto. Na ocasião, os seguintes municípios demonstraram interesse e assinaram o termo: Aracruz, Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, Guaçuí, Laranja da Terra, Linhares, São Mateus, Serra, Vila Velha e Vitória.

Após avaliação pela Coordenação do PRMMFC e dos Programas de Residência em Saúde do ICEPi/SESA quanto à viabilidade operacional para implantação do Projeto Político Pedagógico (PPP), além da confirmação do interesse genuíno pela gestão municipal em investir no PRMMFC, permaneceram

no projeto final e tiveram a pactuação firmada os municípios de Aracruz, Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, Linhares e São Mateus.

A viabilidade foi acessada a partir da avaliação de fatores como número de habitantes, a adequação da rede de atenção à saúde para o PPP, a capacidade instalada de unidades de saúde, a presença de profissionais qualificados para preceptoría e o compromisso do gestor municipal em complementar a bolsa de residência (R\$ 4.500,00). Todos esses parâmetros foram discutidos com os municípios e, em alguns casos, ficou claro que os critérios não seriam atendidos; já em outros casos, o próprio município declarava não ter interesse em continuar no processo, seja por questões financeiras ou pela intenção de instituir um programa de residência próprio.

O Processo de Credenciamento Provisório foi aberto junto ao Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SISCNRM) em agosto de 2019 e o PRMMFC obteve aprovação de 35 vagas em janeiro de 2020.

Após nova avaliação de viabilidade junto aos municípios e solicitação de saída por parte do município de Cachoeiro de Itapemirim, permaneceram para implantação os municípios de Aracruz, Colatina, Linhares e São Mateus.

O PRMMFC do ICEPi/SESA, mantendo o alinhamento com as competências elencadas a partir da lei de criação do ICEPi, pactua seus campos de estágio somente em municípios do interior do estado do Espírito Santo. As cidades de Aracruz, Colatina e Linhares pertenciam à Região Central e São Mateus à Região Norte. Porém, após redefinição da regionalização em 2021, Aracruz foi agregada à Região Metropolitana, enquanto Colatina, Linhares e São Mateus passaram a pertencer à Região Norte (ou Centro-Norte).

Apesar de estarem no interior, todos os municípios apresentam características predominantemente urbanas, com população estimada em mais de 100 mil habitantes, rede de atenção à saúde bem estabelecida, com capacidade instalada para recebimento de residentes e disponibilidade para o pagamento da complementação de bolsa (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE], 2017, 2018, 2021).

Nesses municípios há um reduzido número de especialistas em MFC, quando comparados aos inseridos na Região Metropolitana. Os números representam os especialistas inscritos no CRM-ES, encontrando-se distribuídos

conforme o esquema: Aracruz - 3 MFCs, Colatina - 8 MFCs, Linhares - 5 MFCs, São Mateus - 1 MFCs, Região Metropolitana (Vitória, Vila Velha, Cariacica e Serra) - 112 MFCs.

O PRMMFC foi planejado de modo a diminuir a desigualdade de distribuição desses especialistas nos municípios do interior do Espírito Santo ao se constituir de modo descentralizado. A presença de programas de residência é um fator de atração e fixação de profissionais (STRALEN *et al.*, 2016). Sendo assim, além do objetivo de formar especialistas para a região, também é intuito atrair especialistas formados em outras regiões para atuação no programa. Pode-se inferir também que o PRMMFC é desconcentrado uma vez que utiliza os municípios como campo de prática, porém sem transferência da gestão do mesmo, que se mantém à nível da SESA/ES.

Em 27 de janeiro de 2020, foi lançado o primeiro Edital para seleção de Residentes, com 24 vagas: Aracruz - 9 vagas, Colatina - 5 vagas, Linhares - 9 vagas e São Mateus - 1 vaga. Das 24 vagas, 10 foram ocupadas, no ato da matrícula, para início do Programa em 01 de março de 2020: Aracruz - 6 vagas, Colatina - 3 vagas e São Mateus - 1 vaga.

No ano de implantação do programa foram enfrentadas grandes dificuldades pela coordenação do PRMMFC e dos Programas de Residências em Saúde, principalmente quanto à pactuação de preceptoria nos campos de prática inicialmente elencados. Apesar dos acertos iniciais, que demonstravam a presença de profissionais qualificados para essa atuação, muitos não confirmaram a intenção de permanecer vinculados ao projeto. Sendo assim, a preceptoria e os campos de prática precisaram ser repactuados diversas vezes.

Observou-se que essa é uma das maiores dificuldades relacionadas à implementação de programa de residência médica descentralizados: é limitada a presença de preceptores qualificados, uma vez que esses profissionais estão alocados nas capitais. Além disso, as unidades de saúde inicialmente acordadas para serem campos de prática não apresentaram as condições ideais para a formação de MFCs, sendo necessário realizar o remanejamento de residentes dentro dos municípios.

Progressivamente também se observava que as gestões municipais não tinham muita clareza sobre as condições necessárias para implantação de programas

de residência em geral e de PRMMFC. Durante as discussões com as coordenações das APS locais também se notava a dificuldade de alcance dos municípios em compreender o que seria um programa de residência e a logística envolvida para seu bom funcionamento, especialmente quanto ao processo de preceptoria ativa e qualificada, além das especificidades relacionadas ao campo de prática. Enfim, muitas das pactuações iniciais tornaram-se problemáticas ao longo do tempo.

Observa-se que a exceção a essa regra foi o município de Colatina, pois o mesmo conta com um PRMMFC cujo proponente é o Centro Universitário do Espírito Santo - UNESC, que forma MFCs desde 2012. Neste município os preceptores encontram-se vinculados ao Programa desde seu início e os médicos residentes mantêm-se na mesma Unidade de Saúde.

Ainda em relação ao PRMMFC ICEPi/SESA, no primeiro ano da implantação ocorreram desligamentos de residentes, grande parte logo após a matrícula. As razões foram: a distância do campo em relação à região metropolitana; a necessidade de realocação em novo município; a remuneração considerada aquém do desejado (mesmo com a complementação de bolsa); a incompatibilidade da carga horária da residência com a realização de outras atividades; a insatisfação em relação às características da unidade e/ou preceptoria; e ainda questões relacionadas à adoecimentos. Ao final do primeiro ano, o programa contava com quatro residentes para ingresso ao R2, assim distribuídos: Aracruz - 1 Residente, Colatina - 2 Residentes e São Mateus - 1 Residente.

De acordo com Stralen *et al.* (2016), as questões acima elencadas como fatores que dificultam a ocupação de vagas em PRMMFC encontram-se relacionadas à fixação de médicos em áreas remotas. De acordo com seus achados, a remuneração parece ser o fator de maior impacto sobre a fixação; porém essa não garante a atração de profissionais de forma isolada pois precisa estar acompanhado de questões relacionadas ao modo de vida no município, como as opções de lazer, serviços disponíveis, condições de trabalho e até mesmo distância em relação à família ou aos grandes centros.

Em relação às condições de trabalho, os fatores que parecem ter maior influência sobre a retenção de médicos em localidades remotas são: a presença de equipamentos e infraestrutura locais, além de uma rede de atenção à saúde bem estruturada. Também parece ser importante a integração com outros médicos,

bem como ausência de sobrecarga de atendimentos diários e flexibilidade de carga horária ou de jornada de trabalho (STRALEN *et al.*, 2016).

Uma observação dos autores que parece divergir do estudo em questão é a própria implantação de um programa de residência, uma vez que o estudo faz relato de que os médicos tendem a se deslocar para localidades de trabalho que ofereçam oportunidades de formação, principalmente na modalidade de residência. Porém, até o momento apresentamos baixa ocupação de vagas de residência e dificuldade de deslocar MFCs da região metropolitana para o interior com o objetivo de realizar preceptoria. É preciso, no entanto, que se considere a menor procura por programas de residência em medicina de família e comunidade, historicamente baixa como anteriormente ressaltado neste capítulo, quando comparada a outras especialidades. Além disso, é preciso lembrar que o Espírito Santo conta com seis Instituições com oferta de PRMMFC na Região Metropolitana e que essas também não apresentam ocupação total de suas vagas.

O ano de 2020, além de marcar o início do PRMMFC nos municípios, também marcou o primeiro ano de pandemia de coronavírus. Diante desse cenário, as atividades teóricas passaram a ser realizadas remotamente. A manutenção da integridade dos preceitos pedagógicos do ICEPi, baseados nas Metodologias Ativas, dentro do ensino a distância é um desafio que vem sendo superado e se mostra possível ao longo dos 16 meses desde a implantação do PRMMFC.

O ano de 2021 iniciou-se com novo processo seletivo para o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, apresentando a mesma disponibilização de vagas do ano anterior. A ocupação no ato da matrícula foi menor do que no ano anterior, porém todos os residentes matriculados iniciaram o Programa e permanecem vinculados a ele. Houve, então, a ocupação de cinco vagas: Aracruz - quatro residentes e Colatina - um residente.

Os desafios para a manutenção do programa permanecem, com a dificuldade para realizar as pactuações junto aos municípios e campos de prática necessários ao programa. Apesar das inúmeras aproximações realizadas junto às gestões municipais, ainda é possível perceber a incompreensão quanto às atribuições e benefícios da implantação de um PRMMFC.

Em relação à preceptoria, a solução encontrada pela coordenação do PRMMFC e dos Programas de Residência em Saúde do ICEPi/SESA foi de

encontro à ampliação dos requisitos para que um profissional médico ocupasse a função de preceptoria. Assim, em meados de 2020, médicos que apresentassem experiência profissional na Atenção Primária à Saúde (APS) de no mínimo quatro anos poderiam ser selecionados para desempenho da função, e não somente médicos especialistas em MFC. Esse critério foi estabelecido com base no tempo de experiência em APS que é necessário a um médico para estar apto para realização da prova de título da SBMFC.

Essa pactuação está alinhada às Recomendações da Sociedade Brasileira e Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) que

reconhecendo a necessidade de provimento e que no atual momento nem todos os programas têm esse perfil de preceptores no momento de sua autorização pela CNRM, sugere-se uma transição, com prazo máximo de quatro anos, desde a aprovação da abertura do PRMFC, para que todos os seus preceptores tenham essa titulação (SBMFC, 2020).

Além disso, é importante frisar que a realização de atividade de preceptoria conta pontos para a titulação na especialidade, fator que serve de incentivo para que esses preceptores se efetivem como MFCs.

A partir dessas prerrogativas, a coordenação do PRMMFC e dos Programas de Residência em Saúde pactua junto ao Componente de Provimento do Qualifica-APS (Cooperação entre Estado e Municípios para recrutamento, formação, remuneração e supervisão de médicos, enfermeiros e dentistas para atuação na Atenção Primária Municipal) uma articulação de impacto ao propor uma seleção interna de médicos participantes desse programa para serem preceptores voluntários. Juntamente às gestões municipais, foram identificados profissionais que tivessem uma experiência maior do que quatro anos em APS e que tivessem, preferencialmente, alguma formação complementar na área. Dessa maneira, podem-se identificar médicos que tivessem um perfil adequado para participarem do processo de preceptoria.

Ao longo desses quase dois anos, tivemos algumas dificuldades de manutenção desse ator crucial na formação de um médico residente. Na localidade de São Mateus, por exemplo, a residente transitou por quatro unidades básicas de saúde até o momento, em função da desistência de um preceptor da função e

saída do outro preceptor do Programa Qualifica-APS. Ainda assim, no momento, o programa conta com cinco preceptores vinculados ao programa de provimento que se encontram desenvolvendo de forma concomitante a função de preceptoria.

CONCLUSÃO

A descentralização de um programa de residência médica é um desafio que se impõe frente à realidade, ainda absurda, da enorme desproporção de médicos que estão nas capitais em relação aos que se encontram no interior. Conforme constatado a partir dos dados do Demografia Médica 2020 (CFM; USP, 2020), essa situação se replica em todos os Estados brasileiros e, em especial, no estado do ES.

Os autores deste capítulo são também os coordenadores desse projeto de residência que tem como cerne sua descentralização, numa perspectiva de que gestores do Sistema de Saúde Único brasileiro devem estar comprometidos com uma prestação de serviços de saúde de alto desempenho, atentando-se para a equidade geográfica dessa oferta, uma vez que boa parte dos cidadãos brasileiros não tem acesso a saúde em função do local onde moram.

Apesar da nobreza dos objetivos dessa residência, sua operacionalização demandou e ainda demanda múltiplas competências das pessoas envolvidas em sua gestão, especialmente em relação à lida com outras pessoas e instituições e suas necessidades.

Observa-se que o estabelecimento da residência em MFC no interior do ES foi assentada no desejo de gestores locais em aumentar especialmente o número de consultas ofertadas, de preferência a baixo custo para os cofres públicos municipais. Assim, nem sempre observamos um cuidado das coordenações em APS em incentivar que os profissionais de saúde realizem atendimentos de qualidade quando comparamos com o desejo desses gestores por quantidade de consulta.

Essa situação tensiona muito o médico residente que é demandado pela preceptoria, pelos tutores e coordenadores a aumentar seu desempenho clínico, sanitário e investigativo para os patamares da excelência, enquanto os representantes locais das gestões municipais continuam desejosos por números. Nesse sentido, a interlocução dessa coordenação com todas as partes envolvidas,

através de diálogos com as equipes e a própria gestão da APS local, é uma situação constante que tem o intuito aliviar os desequilíbrios nessas relações.

Em relação aos preceptores, observa-se que há um engajamento tênue desses mediadores educacionais com o projeto, tanto em função do seu próprio entendimento nessa tripla tarefa (preceptoria, gestor de equipes de ESF e médico da equipe), quanto em razão do distanciamento institucional do ICEPi enquanto partícipe do PRMMFC descentralizado. Dessa forma, por vezes é necessário um olhar diferenciado da coordenação do programa para esse integrante do projeto para que não se sobrecarregue nessa função, especialmente ao se levar em consideração o caráter voluntário desse vínculo de sua maioria, ao mesmo tempo em que são necessárias constantes capacitações e demandas administrativas inerentes a essa função.

A partir de uma revisão cronológica, observa-se uma caminhada institucional que, apesar de angustiante no sentido da imprevisibilidade da permanência tanto de residentes quanto de preceptores no programa, constatamos uma potência desse formato de residência enquanto modalidade educacional que estimula, de fato, o residente a fazer reflexões e mudanças sobre sua prática.

Esses sujeitos vivenciam experiências múltiplas, satisfatórias ou dolorosas, enquanto estão em suas empreitadas clínicas, enquanto ampliam seu olhar para as famílias e territórios, enquanto aprendem novas técnicas e ferramentas e, especialmente, enquanto mudam seu entendimento enquanto indivíduos que trabalham com saúde em 2021 em um território muitas vezes hostil para o exercício da medicina. Essa trajetória que é transpassada pelas figuras dos preceptores e tutores serve, para o adulto que se posiciona como figura proativa em seu caminhar pela aprendizagem, de estímulo para buscar respostas e criar soluções para toda essa gente que muito necessita de ser olhada integralmente.

Os relacionamentos são o arcabouço desse projeto. Aliás, de qualquer projeto. E eles devem ser cuidados. Cuidamos dos residentes, preceptores, tutores e gestores locais e eles se cuidam entre si. Assim também podem cuidar e, quem sabe, curar pacientes. Somente assim, o projeto é semeado.

Essa teia humana está sendo construída de forma artesanal, no sentido de que há necessidade de muitos encontros: rápidos e longos, imediatos ou pensados, que tentam nutrir esse pequeno grande projeto. Em certos momentos, a doçura e

paciência nos são exigidas; em outros, a assertividade e objetividade precisam dar o tom das interações. O que é certo é nosso desejo de que ele crie raízes e floresça onde quer que não estejamos fisicamente.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, M. I. P.; RODRIGUES, R. D. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 6, n. 18, p. 19-20, 2011. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/246>. Acesso em: 28 jul. 2021.

BAUMVOL, C.; DALLEGRAVE, D. Descentralização. In: CECCIM, R. B.; DALLEGRAVE, D.; AMORIM, A. S. L.; PORTES, V. M.; AMARAL, B. P. *EnSiQlopédia das residências em saúde* [online]. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018, p. 66-69. IBNS: 978-85-66659-98-6. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/9788566659986>. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 80.281**, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências, 1977.

BRASIL. Lei Nº 6.932, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1981.

BRASIL. Ministério da Educação (MEC). **Resolução CNRM Nº 2, de 07 de julho de 2005**. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação (MEC). **Resolução CNRM Nº 2, de 17 de maio de 2006**. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação (MEC). **Informe DHR/SESu/MEC Nº 3, de 2011**. Reforço na orientação da obrigatoriedade de acompanhamento permanente de residentes por preceptores, inclusive durante a realização de plantões, 2011.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 3, de 16 de março de 2016. Altera o valor da Bolsa assegurada aos profissionais residentes. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, v. 01, n. 52, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM); UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). **Demografia Médica no Brasil 2020** [internet] Coordenação de Mário Scheffer. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Federal de Medicina, 2020. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf. Acesso em: 28 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Lei Complementar Nº 909, de 30 de abril de 2019a. Criação do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. *Diário Oficial do Espírito Santo*, Vitória, v. 01, n. 24970, 2019.

ESPÍRITO SANTO. Portaria ICEPi nº 059-R, de 06 de agosto de 2019b. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Primária. *Diário Oficial do Espírito Santo*, Vitória, v. 01, n. 25040, 2019.

ESPÍRITO SANTO. Portaria ICEPi nº 002-R, de 07 de agosto de 2019c. Institui o Plano de Formação de Especialistas para o SUS. *Diário Oficial do Espírito Santo*, Vitória, v. 01, n. 25041, 2019.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. **Como construir uma Atenção Primária forte no Brasil?**. Madri, Espanha, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil**. Rio de Janeiro, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Regiões de Influência das Cidades 2018**. Rio de Janeiro, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conheça Cidades e Estados do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 28 jul. 2021.

LOPEZ-VALCÁRCCEL, B. G.; PÉREZ, P. B.; VEGA, R. S. **Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil. Projeções para 2020**. Las Palmas de Gran Canaria, Espanha, 2011.

SARTI, T. D.; FONTENELLE, L. F.; GUSSO, G. D. F. **Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação**. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 13, n. 40, p. 1-5, 2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1744](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1744). Acesso em: 28 jul. 2021.

SIMAS, K. B. F.; GOMES, A. P.; SIMÕES, P. P.; AUGUSTO, D. K.; SIQUEIRA-BATISTA, R. A. **Residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: Breve recorte histórico**. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 13, n. 40, p. 1-13, 2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1687](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1687). Acesso em: 28 jul. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). **Recomendações para a qualidade dos programas de residência em Medicina de família e comunidade**. Manual de orientações. 1. ed. Fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomendac%CC%A7o%CC%83es-para-a-qualidade-dos-Programas-de-Reside%CC%82ncia-em-Medicina-de-Fami%CC%81lia-e-Comunidade.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2021

STORTI, M. M. T.; OLIVEIRA, F. P.; XAVIER, A. L. **Expanding family and community medicine residency vacancies by municipalities and the More Doctors Program**. *Interface (Botucatu)*, v. 21, Supl.1, p. 1301-13, 2017.

STRALEN, A. C. S. V.; MASSOTE, A. W.; CARVALHO, C. L.; GIRARDI, S. N. **Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online], v. 27, n. 01, p. 147-172, 2017. ISSN 1809-4481. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100008>. Acesso em: 28 jul. 2021.

TAVEIRA, A. D. V. **Descentralização e desconcentração da atividade estatal**. *Revista Paradigma* [online], n. 18, 2011. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/55>. Acesso em: 26 jul. 2021.

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA: ESPAÇO DE CONSTRUÇÃO COLETIVA E FORMAÇÃO EM SAÚDE

Danuza Barros Gome
Mariana Lisboa Costa,
Roseli Ferreira da Silva
Silvana Assis Machado

PONTO DE PARTIDA

O Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) foi criado em 26 de abril de 2019 pela Lei Complementar nº 909/2019, e integra a estrutura da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) como uma unidade administrativa, com caráter de Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação e também como Escola de Governo em Saúde.

Tem por atribuição aumentar a eficácia e a qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) Capixaba, por meio da formação, do desenvolvimento de pessoal e da pesquisa básica ou aplicada, de caráter científico e tecnológico, contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde.

Em sua estrutura organizacional encontra-se a Gerência da Escola de Saúde Pública (GESP-ES), criada por meio do Decreto nº 4695-R, de 22/07/2020 que, entre outras atribuições, compete o desenvolvimento de ações para formação dos profissionais de saúde, viabilizando a elaboração e implantação de processos de educação e desenvolvimento dos trabalhadores de acordo com as necessidades do SUS, em consonância com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2020).

A Escola de Saúde Pública do Espírito Santo segue diretrizes educacionais que devem nortear todas as ações educativas a serem desenvolvidas na SESA e em parceria com diversas instituições:

- Integração ensino-serviço-comunidade;
- Currículo Integrado: Dinâmica que articula ensino e trabalho, prática e teoria ao contexto regional;
- Pedagogia Problematizadora: partindo do pressuposto “aprender a

- resolver, resolver para aprender”, ou seja, proposta pedagógica que tem como base a cooperação, interação, voltada para resolução de problemas;
- Descentralização: Construção de redes de cooperação intra e interinstitucional de corresponsabilidade, incluindo processos educativos que vão desde a formação às especializações.
- Docência: que considera o professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem, estimulando o estudante a ter uma postura ativa, crítica e reflexiva durante o processo de construção do conhecimento;
- Espaço de Ensino-Aprendizagem: Concebido como qualquer espaço onde se constroem as relações pedagógicas, permitindo a problematização de contradições e conflitos relevantes para o processo educativo;
- Avaliação: Concebida como aquela que favorece o desenvolvimento crítico e a autonomia do “aprender a aprender”. Avaliação formativa, que exige acompanhamento, observação e continuidade, isto é, ocorre de forma processual, oportunizando sucessivas aproximações do aluno ao objeto de conhecimento;
- Política de Humanização como prática transversal indutora de mudanças no modo de atenção e gestão da saúde.

Partindo de suas diretrizes educacionais, o ICEPi torna-se uma instituição de referência à formação do profissional de saúde capixaba. O cenário de atuação do ICEPi compreende as unidades da administração direta e indireta sob gestão estadual do SUS, por serem considerados como espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional, sob o prisma da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Para a promoção de alinhamento dos princípios pedagógicos que norteiam os projetos educacionais é considerada a concepção pedagógica crítico-reflexiva adotada pela instituição.

Tendo como premissa o estímulo à formação para o desenvolvimento de atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência e natureza coletiva e interdisciplinar, a coordenação pedagógica está destinada a promover meios para incentivar e apoiar o trabalhador docente em suas iniciativas de capacitação voltadas para o desenvolvimento das competências institucionais e individuais necessárias ao fortalecimento de sua atuação no SUS, contribuindo na condução

dos processos de ensino-aprendizagem, visando uma prática pedagógica e metodológica inovadora, com aplicação de metodologias ativas de aprendizagem.

ABORDAGEM PEDAGÓGICA

Com a intenção de proporcionar um processo de aprendizagem que possibilite as transformações de práticas educacionais e de saúde, optou-se por novas formas de ensino-aprendizagem que contemplem e estimulem o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo, como características essenciais para a formação profissional, visando atender às exigências contemporâneas.

Assim, as exigências para o profissional de saúde apontam para um trabalhador apto para a inserção em diferentes setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira. É importante que este profissional seja capaz de identificar problemas, soluções e situações novas, com capacidade de tomar decisões e intervir no processo de trabalho (COSTA *et al.*, 2018).

O trabalho na saúde requer formação específica, seja ela de maior ou menor complexidade, a fim de prover ações e serviços para a atenção integral à saúde da população com qualidade. Oportunizar ao profissional de saúde o protagonismo e a responsabilidade por mudanças de práticas para reconstrução dos processos de trabalho e pensar uma abordagem de aprendizagem Crítica-Reflexiva *capaz de integrar as* dimensões pessoal e profissional, desenvolvendo no indivíduo a criticidade e o seu comprometimento com as transformações sociais é o desafio que se apresenta nesta instituição.

O ICEPi, por meio da GESP-ES adotou a concepção pedagógica Crítico-Reflexiva na qual o sujeito é produtor de conhecimento ativo na sua relação com o mundo. No fazer saúde, a aprendizagem reflexiva é essencial para o profissional, pois permite que consiga lidar com a complexidade do cuidar em Saúde, na reflexão da prática, do seu dia-a-dia no trabalho, sobre a prática e para a prática, na busca de respostas mais adequadas frente aos desafios que se apresentam. Nesse contexto, os docentes do ICEPi, ao desempenharem suas funções, precisarão converter o pedagógico em algo mais político, indicando tanto as condições por meio das quais educam, como o significado da aprendizagem para transformações das práticas em saúde.

Nesse sentido, a Escola de Saúde Pública-ESP/ES adota como ação pedagógica linhas estratégicas com uso de metodologias ativas inovadoras e dinâmicas que permitam a reflexão sobre a realidade e a prática da abordagem individual e coletiva, bem como modelos pedagógicos que reflitam o dia-a-dia do profissional, articulando, dinamicamente, trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade.

EDUCAÇÃO CRÍTICA-REFLEXIVA

Para adoção da Educação Crítica-Reflexiva, primeiro buscou-se os autores que notadamente marcaram o início de uma mudança de paradigma na educação, tais como John Dewey, considerado o pai do movimento da Escola Nova, e Paulo Freire, referência brasileira e mundial para uma educação transformadora. Assim, coletivamente o grupo construiu uma síntese sobre a temática a partir dos autores escolhidos, como segue.

A Educação Crítica-Reflexiva tem como marco, a Teoria da Indagação, de John Dewey (1959):

que foi um filósofo, psicólogo e educador norte-americano que influenciou, de forma determinante, o pensamento pedagógico contemporâneo, a base pedagógica é a experiência prática, sendo, por isso, às vezes, chamada de fazendo e aprendendo (GOMES; CASAGRANDE, 2002, p. 700).

Para Dewey a reflexão acontece a partir de um conjunto de coisas quando pensamos sobre elas, mas o pensamento analítico só acontece quando há um problema a resolver. Assim, a capacidade para refletir emerge quando encontramos um problema, a partir de uma experiência/prática, e aceitamos a incerteza, ou seja, criamos uma hipótese. Sendo que a busca da solução de uma situação problemática pode envolver a transformação do investigador, do meio e de ambos, desta forma a ênfase está na transformação (DEWEY, 1959).

Então, a partir da experiência surgem os problemas que são condição ou disparadores para o processo de aprendizagem que, segundo Dewey (1959), devem ser enfrentados com uma atitude ponderada, cuidadosa, persistente e ativa, para

garantir o melhor desenvolvimento do educando. De acordo com o autor, diante de algum problema, o ato de pensar deve ancorar-se nos seguintes pontos: 1) uma necessidade sentida, ou seja, o problema; 2) análise da dificuldade; 3) alternativas de solução do problema; 4) experimentação de várias soluções, e 5) ação como prova final para a solução proposta, que deve ser verificada de maneira científica.

Quando se observa a experiência, ou seja, quando somos capazes de pensar sobre a ação e o efeito desta, quando pensamos e refletimos sobre uma ação e sua consequência, esse elemento de pensar muda para uma experiência de mais qualidade, mais significativa e, portanto, reflexiva (WESTBROOK; TEIXEIRA, 2010).

Complementando a proposta de Dewey, Freire, educador brasileiro (1921-1997), coloca o processo educacional vinculado à vivência dos sujeitos, seus contextos, seus problemas, suas angústias e as contradições presentes no mundo em que se vive. O autor considera a educação como um ato político, engajado em ações transformadoras, que consiste na construção do conhecimento de forma crítica e toma os saberes prévios como ponto de partida para aprendizagem. Tem ainda como base uma educação que estimule a colaboração, a decisão, a participação, a responsabilidade social e política e, acima de tudo, a constituição de um sujeito autônomo. Para o autor a educação é um ato de transformação, da necessidade do aluno de conhecer os problemas sociais que o afligiam (GEHLEN *et al.* 2008).

Outro ponto importante na educação freiriana é a dialogicidade, ou seja, o diálogo entre educador e educando como fundamental para o processo de problematização de situações reais vividas. No entendimento de Freire (1987), problematizar consiste em abordar questões que emergem de situações que fazem parte da vivência dos educandos, e assim desencadear uma análise crítica sobre a realidade, para que o educando perceba essa questão e reconheça a necessidade de mudanças.

A partir de Dewey e Freire a equipe pedagógica escolheu outros autores com foco na aprendizagem reflexiva, Schön (1983) e Illeris (2013), autores mais contemporâneos.

Schön (2000) desenvolve a ideia da reflexão nas ações desenvolvidas pelos aprendizes, pois é na reflexão sobre as práticas desenvolvidas, avaliadas e continuamente re-aferidas que se reconstrói o conhecimento prévio, tornando emergente da própria prática uma nova compreensão dos fenômenos em análise,

numa perspectiva integradora dos referenciais teóricos e da informação que apenas na prática reside. Assim, além de a reflexão ocorrer após uma experiência, como elemento para a aprendizagem, também no momento da prática deve ser reflexiva, ou seja, pensar sobre o que se faz enquanto faz.

Nesse sentido, Schön (2000) distinguiu três momentos de reflexão: a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação, sendo as duas primeiras separadas apenas pelo momento em que acontecem: a primeira ocorre durante a prática e a segunda depois da prática, ou seja, quando a ação é revista e analisada fora do contexto. É nessa reflexão sobre a ação que tomamos consciência do conhecimento implícito e reformulamos o pensamento na ação tentando analisá-la, percebendo que é um ato natural. A terceira, ou seja, a reflexão sobre a reflexão na ação, é aquela que ajuda o profissional a desenvolver-se e construir sua forma pessoal de conhecer. Trata-se de olhar retrospectivamente a ação, refletir sobre o momento da reflexão na ação, ou seja, o que aconteceu, o que se observou, qual o significado atribuído e que outros significados podem-se atribuir ao que ocorreu (DORIGON; ROMANOWSKI, 2008).

Os processos de reflexão propostos até aqui acontecem no campo cognitivo e das interações socioculturais, já na concepção de aprendizagem defendida por Illeris (2013) soma-se o processo psicológico, ou seja, para o autor:

toda a aprendizagem determina a integração de dois processos – um externo de interação entre os indivíduos e seu meio ambiente social, cultural, já mencionado pelos autores anteriormente incluídos e outro – o processo psicológico interno de elaboração e aquisição (ILLERIS, 2013, p. 17).

Os dois processos devem estar ativamente envolvidos para que haja qualquer forma de aprendizagem, o processo psicológico interno de elaboração e aquisição é um processo de:

inter-relação integrada entre duas funções psicológicas iguais envolvidas em qualquer forma de aprendizagem, a função de administrar o conteúdo da aprendizagem e a função de incentivo e de promover e direcionar a energia mental necessária que move o processo (ILLERIS, 2013, p. 17).

Com base nos processos educacionais pautados pela concepção crítico-reflexiva adotados pelo ICEPi, foi necessário escolher metodologias de ensino-aprendizagem inovadoras, que atendessem ao propósito de estimular o profissional em sua participação ativa e comprometida com as transformações das práticas em saúde. Assim, propôs-se a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do profissional com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidades e desafios; a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e à aplicação dessas soluções (SOBRAL; CAMPOS, 2018).

Essa síntese construída coletivamente foi importante para que todo o grupo se apropriasse do referencial e pudesse, a partir dele, determinar as metodologias de ensino-aprendizagem a serem utilizadas nos processos educacionais do ICEPi.

Dessa forma, foi escolhida a metodologia Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), representada pela Espiral Construtivista (LIMA, 2017), como fio condutor dos processos educacionais do ICEPi e estratégias como o Portfólio, TBL- Team Based Learning, Oficinas de trabalho entre outras.

Na ABP, as atividades são realizadas em pequenos grupos de entre 10 a 12 participantes, no qual se prepararam situações-problema reais da prática profissional que servem como disparadores do processo de ensino-aprendizagem (PRADO *et al.*, 2012). A partir das discussões das situações-problema é realizado um *brainstorming* para identificação dos saberes prévios e as lacunas de aprendizagem que possibilitam a construção de hipóteses e questões de aprendizagem estimulando assim a construção de novos conhecimentos, a partir de buscas sistemáticas na literatura.

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Com a criação do ICEPi, Lei Complementar nº 909/2019 (ESPÍRITO SANTO, 2019), cuja competência é atuar nas áreas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS, houve a necessidade estruturar uma Coordenação Pedagógica que possibilitasse ao ICEPi desempenhar seu papel frente à área educacional da SESA, a partir da concepção crítica-reflexiva com base nas diretrizes da GESP-ES.

A coordenação pedagógica é o espaço institucional de transformação da práxis docente e, para tanto, o planejamento, a assessoria e acompanhamento das atividades relativas ao desenvolvimento de processos educacionais em saúde são de responsabilidade da equipe que a compõem.

Essa necessidade de constituir a equipe de Coordenação Pedagógica ganha força à medida que o ICEPi, recém-implementado e com equipe ainda em fase de estruturação, tem ampliado seu escopo de atuação com a implantação de processos educacionais de grande escala como o Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, o Qualifica-APS, voltado à formação em saúde por meio da oferta de Programas de Residências de Medicina e Multiprofissional em Saúde e na proposta de Provimento e Fixação de Profissionais.

As ofertas supracitadas são consideradas as duas grandes frentes de ação que têm impulsionado mudanças nos serviços de saúde pela integração ensino-serviço-comunidade no Estado do Espírito Santo. Mudanças essas que incorporaram o aprender e o ensinar ao cotidiano por meio da educação permanente, uma relação dialógica entre os atores envolvidos, que busca uma formação em saúde problematizadora, voltada para situações concretas da prática dos serviços e para a produção de cuidado.

Mudança que gere transformação implica alterar o modo de pensar, de agir diante do outro e do mundo. Os processos educacionais do ICEPi baseados em processos críticos reflexivos com metodologias inovadoras são válvulas propulsoras que estimulam os profissionais a reconhecerem o seu papel protagonista resultando em grandiosas discussões e produção de novas práticas para o desenvolvimento de estratégias que contemplem além da aquisição de conhecimento cognitivo, o desenvolvimento de habilidades e a constituição de atitudes que representam esse fazer de excelência.

A primeira ação educativa do ICEPi foi a criação da Qualificação em Processos Educacionais em Saúde (QPES), para capacitar profissionais de saúde, possibilitando o reconhecimento de novos referenciais e o desenvolvimento de capacidades que contribuíssem para novas práticas de educação na saúde com os objetivos de diferenciar e apropriar as concepções de aprendizagem crítico-reflexivas para uma atuação transformadora dos processos educacionais do ICEPi; que se utilizem diferentes metodologias ativas de ensino-aprendizagem;

adoção de concepção dialógica de avaliação e de processos referenciados a critério e os enfoques formativos e somativos. Os cursos também têm o propósito de identificar pessoas aptas a desempenhar o papel de facilitador nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

O QPES teve início em 2019 e já certificou 70 profissionais de nível superior que atuam na Secretaria Estadual da Saúde para atuação de facilitadores de aprendizagens inovadoras. Estes 70 (setenta) profissionais se responsabilizaram pela capacitação de 37 tutores dos Programas de Residência do ICEPi e de 55 Docentes-Assistenciais do componente Provimento e fixação de profissionais do Programa Qualifica-APS — estes Docentes-Assistenciais se responsabilizam pela capacitação de 928 profissionais bolsistas do Programa (Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas), formação esta entendida como processo de formação em “Ondas”. Dessa forma, o ICEPi investe na ampliação das capacidades docentes de modo que esse profissional seja um facilitador de aprendizagem das iniciativas educacionais.

O desafio da Coordenação Pedagógica é capacitar profissionais para atuarem a partir dos processos crítico-reflexivos da educação, e que sejam aptos a exercerem o papel do facilitador de aprendizagem. No processo de formação crítico-reflexivo, o docente tem papel fundamental como provocador e condutor das atividades para a construção da visão crítica, assim, que seja esse um profissional que atue como preceptor, tutor, supervisor e facilitador. Além disso, a inserção dos docentes nos serviços de saúde determina o movimento de ação-reflexão-ação transformadora.

Outro desafio são as demandas de planejamento e execução de formação oriundas das diferentes gerências da SESA, que envolvem os processos educacionais dos seus trabalhadores ao alinhar à concepção pedagógica do ICEPi.

Uma atividade também inerente é articular os núcleos especiais, ou seja, a articulação com as coordenações de projetos e coordenações de cursos para garantir a consecução dos princípios pedagógicos e o bom andamento dos projetos educacionais do ICEPi, assim como o apoio na elaboração dos projetos pedagógicos de curso, contribuindo com a definição de estratégias de ensino que melhor se adequam aos objetos educacionais dos projetos.

Os modelos e estrutura padrão dos projetos educacionais devem ser elaborados pela equipe de coordenação pedagógica, considerando a concepção pedagógica da instituição. Além disso, a definição e padronização da avaliação

dos projetos educacionais e os instrumentos a serem utilizados também devem ser construídos junto à coordenação pedagógica, bem como a definição dos produtos finais dos projetos educacionais, como: projetos de intervenção, projetos aplicativos, artigos, monografias, seminários, mostras de experiência, entre outros.

Compete também à Coordenação Pedagógica receber e apreciar propostas e demandas pedagógicas oriundas dos diferentes setores envolvidos com processos educacionais da SESA, indicar as alterações necessárias para a adequação à concepção pedagógica do ICEPi e encaminhar à Gerência de Ensino para providências, bem como definir e elaborar processo de trabalho para início e condução dos projetos educacionais.

Uma importante atribuição da equipe de coordenação pedagógica é apoiar na formação de coordenadores, preceptores, tutores, supervisores e facilitadores para atuar nos processos de formação profissional e no desenvolvimento de capacidade pedagógica e de ensino-aprendizagem dos programas e cursos desenvolvidos pelo ICEPi/SESA.

Aponta-se como função valiosa dessa equipe a construção dos Termos de Referência para a condução das atividades educacionais, no qual o itinerário educacional é traçado para que os pequenos grupos, em espaços ou tempos diversos, sejam conduzidos pelos facilitadores com a definição das intencionalidades, das metodologias e estratégias educacionais. A elaboração de material didático e pedagógico está dentro da rotina de trabalho da coordenação pedagógica e consequentemente da qualificação dos facilitadores para alinhamento dos termos e espaço de educação permanente/reflexão da prática.

NOVOS CAMINHOS

Buscar atalhos, inventar caminhos e aventurar-se pelo desconhecido foram estratégias que a equipe pedagógica utilizou para dar continuidade aos processos educacionais diante de uma pandemia. O ensino híbrido foi uma estratégia que passou a fazer parte do cotidiano de trabalho da equipe pedagógica. O ensino híbrido, também conhecido como *blended-learning*, tem sido visto como uma estratégia positiva, que se aproxima cada vez mais de uma posição mais centrada no aluno, e mais sensível às reais necessidades deste e do contexto onde

a aprendizagem tem lugar (DUFFY; DUEBER; HAWLEY, 1998). Deve acontecer num processo contínuo, deixando de estar compelido a um só contexto, espaço ou a um dado momento. Por meio do *b-learning* os alunos e professores dispõem (online e face a face) de novas oportunidades de aprendizagem, podendo escolher ou combinar as ofertas educacionais consoantes as suas reais necessidades.

A estratégia *b-learning* é muito mais do que uma multiplicação de canais e tem sido vista como uma combinação de métodos de ensino-aprendizagem e de tecnologias. Por meio da estratégia *b-learning*, os professores e estudantes podem dispor de três formatos que se cruzam e complementam durante o desenvolvimento das atividades educacionais: Síncrono físico – Dependente do tempo em que ocorre a interação e do espaço onde se localizam os intervenientes da interação; Síncrono on-line – Dependente do tempo em que ocorre a interação, mas independente do espaço onde se localizam os intervenientes da interação; Assíncrono – Independente do tempo em que ocorre a interação e do espaço onde se localizam os intervenientes da interação.

A equipe pedagógica se debruçou em conhecer ferramentas tecnológicas para o formato síncrono online e atividades para os momentos assíncronos. Neste último, a criação da Série Diálogo na modelagem de *talk show* possibilitou discutir temáticas da educação com especialistas em cada tema abordado, sendo produzidos dois episódios — um sobre Metodologias Ativas e Estratégias Educacionais, e outro acerca do Perfil de Competência. A incorporação da inovação em saúde pela coordenação pedagógica é um importante avanço no processo educacional, o que permite a abertura de espaço para criatividade e soluções mais interativas de aprendizagem.

A parceria entre a Gerência da Escola de Saúde Pública e a Gerência de Inovação em Saúde vislumbra novos mecanismos de gestão do conhecimento científico e tecnologia em saúde que potencializam a formação e a qualificação dos profissionais à vista da sua aplicação na área da saúde de soluções, processos que sejam relevantes para os serviços de saúde e ressignifique as práticas profissionais e produção do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a estruturação da Coordenação Pedagógica no ICEPi foi possível organizar e desenvolver ações pertinentes à formação dos profissionais do SUS

do Estado do Espírito Santo/ES, articulando os diferentes saberes para produção de novas práticas em saúde, bem como para a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários SUS. As demandas de formação que chegam à Escola de Saúde Pública do ES/ICEPi exigem atuação permanente dos profissionais envolvidos a fim de criar espaços coletivos na construção de processos educacionais como o Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde - Qualifica-APS e os Programas de Residências de Medicina e Multiprofissional em Saúde, criados para a aprendizagem significativa na abordagem crítico-reflexiva.

A formação de profissionais e a construção de um projeto político/pedagógico/profissional para as categorias que atuam na área da saúde tomam como referência os processos de transformação de formação de profissionais com capacidade de investigação e capacidade para entender como se produz o saber nas diversas áreas, criando condições para uma educação permanente em saúde.

No processo de ensino-aprendizagem, entendido como uma das diretrizes educacionais da Escola de Saúde Pública do ES, as ações educativas passaram por reformulações oriundas da pandemia com o coronavírus. Foi necessário Recriar, Ressignificar o processo de ensino-aprendizagem para formas de construção do conhecimento junto aos profissionais de saúde, com a utilização de metodologias ativas adaptadas para um ambiente virtual de aprendizagem, com desenvolvimento de cursos em momentos síncronos com encontros semanais e atividades autodirigidas e em momentos assíncronos.

Nesse sentido, a equipe da Coordenação Pedagógica buscou um novo modelo pedagógico que permitisse preparar o profissional da saúde para atuar de forma crítica-reflexiva nos processos de ensino-aprendizagem na promoção de capacidades na prática com maior autonomia, proatividade e protagonismo. O trabalhador da saúde tem nesse modelo a oportunidade de se transformar em um ativador de conhecimento e reprodutor de práticas inovadoras, resgatando-se a partir da ação pedagógica o espaço autônomo do conhecimento. O caráter essencial de ação crítico-reflexiva é a busca da competência técnica possibilitando a produção de um processo contínuo de reflexão transformadora. As práticas de formação pedagógica trazem responsabilidade social da prática que carrega na intencionalidade uma concepção de saúde que cuida a partir do movimento de reapropriação da responsabilidade docente cotidiana.

Na Escola de Saúde Pública do Espírito Santo, as dimensões do saber desenvolvem o indivíduo no campo pessoal e profissional, atingindo o campo da criticidade e da práxis cotidiana no cenário de prática, além de promover a reflexão para a ação. A articulação e construção de ações, atividades, cursos, projetos pedagógicos e organização de processos educacionais a cargo da Coordenação Pedagógica viabilizam a transformação profissional e a construção de um SUS Capixaba forte e mais resolutivo, comprometido com o bem estar do cidadão e com a garantia de direitos em saúde.

REFERÊNCIAS

COSTA, D. A. S.; SILVA, R. F.; LIMA, V. V.; RIBEIRO, E. C. O. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise a luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2018, v. 22, n. 67, p. 1183-1195, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>. Acesso em: 19 ago. 2021.

DEWEY, J. **Como Pensamos**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1959.

DORIGON, T. C.; ROMANOWSKI, J. R. A reflexão em Dewey e Schön. **Revista Intersaberes**, Curitiba, ano 3, n. 5, p. 8 - 22, jan/jul 2008.

DUFFY, T. M.; DUEBER, B.; HAWLEY, C. **Critical Thinking in a Distributed Environment: A Pedagogical Base for the Design of Conferencing Systems**. *Electronic Collaborators: Learner-Centered Technologies for Literacy, Apprenticeship, and Discourse*. C. J. Bonk and K. S. King. Mahwah, N. J., Lawrence Erlbaum Associates, p. 51- 78; 1998.

ESPÍRITO SANTO. Decreto nº 4695-R, de 22/07/2020. Introduz alterações no Decreto nº 4.623-R, de 4 de abril de 2020, que estabelece medidas de estímulo à Economia, para o enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 01, de 27 de março de 2020, em decorrência da pandemia do novo coronavírus (Covid-19). **Diário Oficial do Espírito Santo**, Vitória/ES, 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretária de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA). Lei Complementar nº 909/2019. Cria o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI) e institui o Subsistema Estadual de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o Programa de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no Sistema Único de Saúde (PEPSUS). **Diário Oficial do Espírito Santo**, Vitória/ES, 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GEHLEN, S. T.; AUTH, M. A.; AULER, D.; PANSERA-DE-ARAÚJO, M. C.; MALDANER, O. A. **Freire e Vigotski no contexto da Educação em Ciências**: aproximações e distanciamentos. *Rev. Ensaio*. Belo Horizonte, v.10, n.02, p.279-298. jul-dez 2008.

GERALDI, C. M. D.; FIORENTINI, D.; PEREIRA, E. M. A. (org.). **Cartografias do trabalho docente**: professor(a)-pesquisador(a). Campinas (SP): Mercado de Letras; 1998. p.153-182.

GOMES, J. B.; CASAGRANDE, L. D. R. A educação reflexiva na pós-modernidade: uma revisão

bibliográfica. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.10, n. 5, p. 696-703, setembro-outubro. 2002.

ILLERIS, K. **Teorias Contemporâneas da Aprendizagem**. Porto Alegre: Penso, 2013.

INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO (ICEPI). **Regimento interno**. Vitória, 2020.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface (Botucatu)** [online], v. 21, n. 61, p. 421-434, 2017.

PRADO, M. L. *et al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 172-177, 2012.

SCHÖN, D. Educando o Profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e aprendizagem. **Trad. Roberto Cataldo Costa**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. The use of active methodology in nursing care and teaching in national productions: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 1, p. 208-218, 2012.

WESTBROOK, R. B.; TEIXEIRA, A. J. D. **Coleção Educadores do MEC**. Fundação Joaquim Nabuco/Editora Massangana. Recife, 2010. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me4677.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.

O PAPEL DA PRECEPTORIA NA CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA INTER E TRANSDISCIPLINAR EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

Luciana Machado Duarte
Aryanna Rezende Albani Antonucci
Renata Abdalla Pires

INTRODUÇÃO

A preocupação com a preparação profissional daqueles que cuidam da saúde da população é uma constante na história da humanidade. Com o objetivo de estimular práticas que respondam a essa preocupação e às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) de constituir espaços para o desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde, formação e qualificação de trabalhadores para o SUS, pesquisa científica e inovação tecnológica, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) institui em 26 de abril de 2019 o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), através da Lei Complementar nº 909/2019 e compete a ele atuar nas áreas mencionadas (ESPÍRITO SANTO, 2019). Para a consecução desses objetivos, foram adotadas algumas ações estratégicas, como a implantação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, que visam favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS.

Os Programas de Residência no Espírito Santo pretendem apoiar a mudança de modelo de atenção em saúde, visando à construção de um SUS organizado pelas necessidades dos usuários, com qualidade e resolutividade. Porém, para que ocorra efetivamente o avanço do sistema de saúde capixaba, é fundamental uma forte pactuação entre as diferentes instituições, órgãos administrativos e sociedade civil, já que a mudança está pautada na inovação, o que ocorre apenas a partir da relação entre os diferentes sujeitos sociais.

Para a implantação dos Programas de Residência, o ICEPi propõe a utilização de estratégias pedagógicas capazes de promover o desenvolvimento

do pensamento crítico-reflexivo, a formação integral e interdisciplinar. Além da integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, formando especialistas para atuarem nas vertentes de assistência, pesquisa, educação e gestão na saúde do Espírito Santo.

RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

A Residência é uma modalidade de ensino teórico-prática de treinamento em serviço. O Ministério da Saúde (MS) apoia as Residências Multiprofissionais em Saúde desde 2002, por meio do projeto ReforSUS. Em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) na estrutura do MS, institui-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), expressa na Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004). O estabelecimento de financiamento regular para os Programas de Residências Multiprofissionais de Saúde no Brasil e o investimento na sua potencialidade pedagógica e política têm por objetivos tanto possibilitar a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho tecnoassistencial do SUS (BRASIL, 2006).

Em 30 de junho de 2005, foi instituída a Lei Federal nº. 11.129 para as residências em área profissional da saúde, modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço. Essa modalidade de formação de profissionais da saúde é resultado da união de esforços entre os Ministérios da Educação e Cultura e da Saúde, visando criar estratégias para formar profissionais aptos para o trabalho em sua área de especialidade e comprometidos com o SUS, na busca da integralidade na assistência ao usuário (BRASIL, 2005).

As residências multiprofissionais surgem como espaços adequados para o desenvolvimento da educação interprofissional, oferecendo oportunidades para aprendizado em conjunto com outros profissionais da saúde em um trabalho coletivo, de modo interativo, melhorando a colaboração e qualidade da atenção à saúde. Visam formar profissionais de saúde especialistas com visão humanista, reflexiva e crítica, qualificados para o exercício na especialidade escolhida, com base no rigor científico e intelectual, pautados em princípios éticos, com ênfase no desenvolvimento de práticas interprofissionais.

O Ministério da Educação e Cultura (MEC) preconiza que a Residência Multiprofissional tenha a duração mínima de dois anos, com 60 horas semanais, sendo quatro horas destinadas a sessões de atualização, seminários e participação em eventos. O residente deve ter dedicação exclusiva e deve permanecer à disposição do serviço em tempo integral (BRASIL, 2006).

A residência médica é considerada o padrão-ouro dos cursos de especialização na área pelo MEC. Em geral, considera-se que o principal objetivo da residência é o aperfeiçoamento da competência profissional adquirida na graduação. Esse aperfeiçoamento consiste no treinamento em alguma especialidade médica; na aquisição progressiva de responsabilidade pelos atos médicos; no desenvolvimento da capacidade de iniciativa, de julgamento e de avaliação; na internalização de preceitos e normas éticas e no desenvolvimento do espírito crítico (BOTTI, 2009).

A exemplo da residência médica, a residência multiprofissional na área de saúde busca o equilíbrio entre a formação científica oferecida pelas faculdades e uma formação que desenvolva competências indispensáveis para a atividade profissional; é necessário experimentar formas conjuntas de atuação entre dois setores historicamente isolados: a educação e a saúde. Para Botti (2009), a residência deve, então, ser analisada sob vários enfoques que abarquem seus múltiplos fatores e, principalmente, suas duas dimensões: de ensino e prestação de serviço.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UIJM

A Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos (RMCP) é um programa inovador de pós-graduação no Estado do Espírito Santo. Tem por objetivo formar profissionais especialistas para o exercício em Cuidados Paliativos, com raciocínio crítico-reflexivo, postura ética e humanizada e que sejam transformadores da realidade em que atuam.

Cuidado Paliativo é uma área que vem crescendo muito nas últimas décadas no Brasil. Diante da queda dos índices de natalidade, aumento da expectativa de vida e desenvolvimento da ciência e tecnologia, a população brasileira está se tornando mais velha, a exemplo do que acontece em todo o mundo. Dessa maneira, a medicina tradicional curativa, de modelo biomédico, não dá mais conta dessa

nova realidade complexa e desafiadora, pois, com o fenômeno do envelhecimento populacional, também vemos aumentar exponencialmente o número de doenças crônicas avançadas. Apesar do aumento do número de doenças, o aumento da qualidade de vida para as pessoas portadoras dessas doenças parece não acompanhar o mesmo ritmo (GOMES; OTHERO, 2016).

De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (2018), o Cuidado Paliativo é fortemente baseado em evidências e, quando feito de maneira específica, em contraponto ao “bom senso”, é capaz de melhorar a qualidade de vida, o controle de sintomas e de reduzir custos significativamente, agregando valor ao sistema de saúde. Porém, para alcançar a integração dos serviços em Cuidados Paliativos, a Associação Internacional de Cuidados Paliativos e Hospitais (IAHPC, 2018) afirma que é necessário que os governos adotem políticas e normas adequadas que incluam cuidados paliativos em leis, programas nacionais e orçamentos nacionais de saúde e envolvam-se com universidades e hospitais de ensino para incluir a pesquisa no tema, bem como o treinamento em Cuidados Paliativos como um componente integral da educação continuada.

A RMCP da Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro (UIJM) se inicia em março de 2020. Nesse cenário de prática, enfrentamos vários desafios: uma pandemia, obras de estrutura física e o fato de não possuímos serviço estruturado de cuidados paliativos dentro do hospital. No entanto, esses fatores não foram suficientes para que o programa não tivesse êxito e não cumprisse seu papel de formar profissionais de saúde especialistas com visão humanista, reflexiva e crítica, qualificados para o exercício dos Cuidados Paliativos, pautados em princípios éticos, com ênfase no desenvolvimento de práticas interprofissionais, com apoio da direção geral e da Comissão de Cuidados Paliativos da Unidade.

PRECEPTORIA E O NOVO PARADIGMA DA EDUCAÇÃO

De acordo com Oliveira (2015), quando a ciência do momento já não é mais suficiente para explicar os fenômenos estudados, ocorre a mudança de paradigma, surgindo um novo para suprir a lacuna deixada pelo antigo. Durante séculos, o paradigma cartesiano prevaleceu, com sua visão fragmentada do homem, mentalidade reducionista, separando-se mente e sentimentos. A educação, de

acordo com esse paradigma, é caracterizada pela transmissão de conhecimentos, pela ênfase na memorização em detrimento da reflexão crítica (CAPRA, 1996).

Conforme a sociedade evoluiu de uma sociedade industrial para a sociedade do conhecimento, o paradigma tradicional não dava mais conta das novas demandas e assim surgiu, no fim do século XX, o paradigma da complexidade. Nesse novo modelo, o papel do docente muda drasticamente, passando de detentor do conhecimento para o de facilitador e problematizador. Aqui o estudante deve ser estimulado a estabelecer relações e conexões com o seu objeto de estudo, a partir da escolha das melhores estratégias didáticas e incentivado a teorizar, a partir de sua experiência em cenários reais de prática. Nesse cenário, surge o importante papel do preceptor, estreitando a distância entre teoria e prática. Conforme o MEC (BRASIL, 2004), a preceptoria é um componente essencial, que marca a boa qualidade do cuidado com a saúde, sendo importante para melhorar o serviço ofertado ao paciente.

Na literatura médica, encontram-se diferentes funções para o preceptor, sendo essenciais as de orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência clínica e ajudem na adaptação ao exercício da profissão, que está em constante mudança. Para que o profissional possa oferecer cuidado de qualidade em saúde, é necessária completa adesão a essas mudanças. E cabe ao preceptor criar as condições necessárias para que elas sejam implementadas de maneira satisfatória durante o processo de formação.

Para Botti (2009), os principais papéis do preceptor são conduzir e integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho. Ser o interlocutor de referência do residente com o serviço também é um papel esperado. Nesse sentido, o preceptor facilita a integração do residente ao cotidiano e garante a proteção dos seus direitos, evitando que ele seja considerado apenas uma substituição aos recursos humanos permanentes do serviço. Também são requisitos do preceptor o conhecimento e a habilidade para desempenhar procedimentos clínicos e ter competência pedagógica, além da responsabilidade pela formação ética do aprendiz.

Para Grealish e Carroll (1997), o supervisor tem o papel de desenvolver e avaliar conhecimentos e habilidades dos residentes em seus próprios ambientes clínicos. Ele também deve estimular a aplicação da teoria na prática, desenvolvendo habilidades e ensinando o profissional em início de carreira a priorizar seu tempo e

atitudes. São objetivos da preceptoria: contribuir para a formação de profissionais para a execução e coordenação de práticas de saúde integrais, voltadas para compreender e intervir na realidade do território de atuação e desenvolver o trabalho em equipe de forma cooperativa, interdisciplinar e ética, interagindo com as necessidades e aspectos socioculturais da comunidade e dos cenários de prática nos quais estão inseridos.

O preceptor deve se preocupar com a competência clínica e com os aspectos de ensino-aprendizagem do desenvolvimento profissional, favorecendo a aquisição de habilidades e competências pelos residentes, em situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho. Deve ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, ajudando o profissional em formação a desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde. Pela natureza e extensão das relações desenvolvidas entre os preceptores e os residentes, o preceptor pode ter, além da função de ensinar, as de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos menos experientes.

Muitas vezes, os preceptores servem de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal e ainda auxiliam na formação ética. Sua função de mediador dos diferentes níveis de conhecimento aponta a necessidade de estabelecer relações pedagógicas, ou seja, relações que conduzem à aprendizagem prática do aluno. Vale ressaltar, que o preceptor é o profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica. Tem, então, a função primordial de desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação.

O PRECEPTOR E A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS MULTI, INTER E TRANSDISCIPLINARES

De acordo com Ferreira (2011), a disciplinaridade supõe saberes com contornos definidos, em obediência a uma metodologia com limites igualmente demarcados. Para Piaget (1972), as relações entre as disciplinas podem se dar em três níveis: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

Segundo Almeida Filho (1997), a multidisciplinaridade parece esgotar-se nas tentativas de trabalho conjunto, seja pelos professores ou entre disciplinas, em que cada uma trata de temas comuns sob sua própria ótica. Na multidisciplinaridade as disciplinas estão justapostas. As pessoas estudam perto, mas não juntas.

Já a interdisciplinaridade refere-se à formação integral na perspectiva da totalidade; a integração da teoria e prática. A relação integradora teoria e prática implica a construção de ações críticas transformadoras. Desta forma, a prática exige a reflexão teórica, é a superação da ação não pensada pela prática concreta, refletida, a ação concreta pensada (SAVIANI, 1991).

Sobre a interdisciplinaridade, as discussões se iniciaram nos anos setenta. As instituições responderam a algumas exigências do movimento estudantil iniciando a busca de novos pressupostos que levaram a modificações estruturais e curriculares. A interdisciplinaridade apareceu, então, para promover a superação da super especialização e da desarticulação teoria e prática, como alternativa à disciplinaridade (FOLLARI, 1995).

A interdisciplinaridade é muito mais do que a compatibilização de métodos e técnicas de ensino. Como defende Frigotto (1995), é uma necessidade e um problema relacionados à realidade concreta, histórica e cultural, constituindo-se assim como um problema ético-político, econômico, cultural e epistemológico:

A interdisciplinaridade se apresenta como problema pelos limites do sujeito que busca construir o conhecimento de uma determinada realidade e, de outro lado, pela complexidade desta realidade e seu caráter histórico. Todavia esta dificuldade é potencializada pela forma específica que os homens produzem a vida de forma cindida, alienada, no interior da sociedade de classes (FRIGOTTO, 1995, p. 31).

A interdisciplinaridade pode ser entendida como uma possibilidade de quebrar a rigidez dos compartimentos em que se encontram isoladas as disciplinas dos currículos escolares. No entanto, ela não deve ser vista como uma superação das disciplinas, mas, como uma etapa superior das disciplinas que constituem um recorte mais amplo do conhecimento em uma determinada área. Este recorte tem o objetivo de possibilitar o aprofundamento de seu estudo, é uma necessidade metodológica legítima e necessária, porém insuficiente para garantir a formação integral dos indivíduos (FOLLARI, 1995).

A teoria da transdisciplinaridade surge em decorrência do avanço do conhecimento e do desafio que a globalidade impõe ao século XXI. Seus conceitos contrapõem-se aos princípios cartesianos de fragmentação do conhecimento e

propõem outra forma de pensar os problemas contemporâneos. Insere-se na busca atual de um novo paradigma para as ciências da educação bem como para outras áreas, como na saúde coletiva, por exemplo (ALMEIDA FILHO, 1997).

O conhecimento transdisciplinar remete à dinâmica da multiplicidade das dimensões da realidade e apoia-se no próprio conhecimento disciplinar. Isso significa que a pesquisa transdisciplinar pressupõe a pesquisa disciplinar, embora deva ser enfocada a partir da articulação de diversas referências. Assim, os conhecimentos disciplinares e transdisciplinares não se antagonizam, mas se complementam (SANTOS, 2008).

INSTRUMENTOS

Com o desenvolvimento do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos na UIJM, foram surgindo algumas necessidades de sistematização da assistência prestada e construção da prática multi, inter e transdisciplinar. Nesse contexto, foram desenvolvidos alguns instrumentos de trabalho para serem utilizados pelos residentes e preceptoras.

FICHA DE INCLUSÃO DE PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Inicialmente, criou-se a Ficha de Inclusão de Pacientes em Cuidados Paliativos, a qual contém informações sobre a história do paciente, anamnese e a classificação nas tabelas de funcionalidade *Karnofsky Performance Status* (KPS) e *Palliative Performance Scale* (PPS), na qual o médico assistente assina concordando em relação à inclusão do paciente em cuidados paliativos. Nesse instrumento também é registrado pelo médico se este paciente possui ordem de não reanimação (ONR), a fim de evitar práticas inúteis que possam causar mais sofrimento ao paciente que um benefício real, quando for este o caso.

Até a finalização dessa ficha, algumas etapas importantes são percorridas. Primeiramente, os residentes previamente escalados no grupo fazem a anamnese do paciente e colhem sua história clínica e psicossocial para, em seguida, discutirem com o restante do grupo se o paciente preenche os critérios para ser incluído em cuidados paliativos, confrontando para tanto os achados do paciente com a literatura atual. Uma vez que estejam de acordo com a inclusão, é feita

a classificação funcional do paciente através das escalas KPS e PPS e só então a ficha é levada até o médico. Nesse momento, os residentes interagem com o médico, explicando o que os motivou a incluir o paciente em cuidados paliativos, e apresentam sua classificação funcional. Só então o médico vai concordar ou não com a inclusão e, em caso de dúvidas, a Comissão de Cuidados Paliativos da UIJM é convocada para que o assunto seja discutido em reunião.

PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUAL

Posteriormente, criou-se o Plano de Cuidados individual, com o objetivo de monitorização da assistência pretendida pelos residentes, para que esta não ficasse apenas como intenção, mas fosse sistematizada e discutida com os preceptores e outros residentes, reforçando a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade da assistência. Esse plano é feito para cada paciente, por área profissional. O residente registra os objetivos terapêuticos e as ações pretendidas da sua área de atuação e aponta, durante toda a internação, se a ação foi ou não executada, se houve mudança de ações, o desfecho do paciente (alta, transferência ou óbito), se houve programação de alta e as ações de alta, como encaminhamentos e orientações ao paciente e ao cuidador/familiar.

O preceptor discute o plano de cuidados individual com cada residente. Nesse momento, o residente deve ser estimulado a estabelecer relações e conexões com o seu objeto de estudo, a partir da escolha das melhores terapêuticas, estabelecidas a partir de um diagnóstico preciso. O preceptor deve enfatizar o que está correto e corrigir com cordialidade o que não está, convidando o residente a uma reflexão.

PLANO DE CUIDADOS MULTIPROFISSIONAL

O Plano de Cuidados Multiprofissional é um passo além do Plano de Cuidados Individual. O plano deve refletir as decisões sobre o cuidado, integrando e direcionando a assistência ao paciente nas áreas profissionais trabalhadas, norteadas ações para resolução dos problemas ativos apresentados pelo paciente durante a internação, definição de metas a serem alcançadas para cada problema ativo encontrado e a avaliação dos resultados atingidos, devendo ser acompanhado e (re)avaliado quanto à sua adequação e eficácia. O paciente

deve ser avaliado diariamente e o plano terapêutico atualizado pelos profissionais da equipe multidisciplinar de acordo com as mudanças do quadro clínico.

O Plano de Cuidados Multidisciplinar é elaborado após as visitas dos residentes ao paciente e da anamnese de cada especialidade que compõe a equipe. É aplicado para pacientes com permanência acima de 24 horas, inseridos nos cuidados paliativos, após assinatura da Ficha de Inclusão de Paciente em Cuidados Paliativos pelo médico assistente. A elaboração do plano ocorre em reuniões transdisciplinares realizadas diariamente, precedida de discussão entre os residentes presentes no campo de prática e a preceptora escalada.

A equipe da RMCP da UIJM é composta por uma enfermeira, duas nutricionistas, duas fisioterapeutas, dois assistentes sociais, dois farmacêuticos, duas psicólogas e uma fonoaudióloga. Cada categoria profissional identifica as impressões ou diagnósticos relacionados ao paciente e posteriormente trabalha-se em cima dos problemas ativos relacionados. Entende-se como problema ativo sinais e sintomas ou situações decorrentes da doença ou estado atual do paciente que não denotem condição de risco, mas sim problemas atuais e ativos. Devem ser considerados “problemas ativos” aqueles agravos clínicos que impeçam a progressão do nível de cuidados exigidos, tais como problemas que exijam a manutenção do paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ou que impeçam sua alta hospitalar. Dessa forma, o conceito de “problema ativo” envolve situações passíveis de melhoria, não se referindo a diagnósticos de base ou condições crônicas do paciente das quais não há expectativa de resolução ou impacto.

Também ocorre a construção da programação de alta hospitalar, preenchendo-se a planilha do *checklist* de alta, elaborada com 48h de permanência do paciente na Unidade, com o objetivo de otimizar o dia da alta do paciente (quando da possibilidade, entendendo o processo de terminalidade no cuidado paliativo) e o formulário de transição de alta para a Atenção Primária à Saúde (APS), construído quando da alta e com a intenção da continuidade do acompanhamento da assistência pela Unidade Básica de Saúde (UBS) do usuário. Nesse formulário, consta o resumo de alta da residência, que informa toda a assistência prestada e as ações multiprofissionais desenvolvidas com o paciente, bem como as demandas de que o paciente necessita dar continuidade na APS, descritas por área profissional.

Huddle Diário

Todas as manhãs, de segunda à sexta-feira, no horário de 8 horas, é feita uma reunião rápida, projetada para durar no máximo 15 minutos, chamada de *huddle*, entre preceptoras e residentes. Essa reunião, que é realizada propositalmente “em pé”, no próprio local da prática (corredor ou rampa de acesso do Hospital), devido ao seu caráter breve, tem a finalidade de se fazer a indicação do paciente ou pacientes que devem ser avaliados para possível inclusão em cuidados paliativos, após uma das preceptoras fazer o censo a “beira leito” de todos os pacientes internados no Hospital na primeira hora da manhã. Também possui a finalidade de serem apontadas pendências daquele dia, como solicitações de parecer médico, sugestões de medicamentos, curativos e exames, questões psicossociais etc. É uma estratégia de comunicação rápida e dinâmica que confere qualidade à assistência do paciente e que promove a inter e a transdisciplinaridade.

Reuniões Transdisciplinares Diárias

Todas as tardes, de segunda à sexta-feira, no horário das 13h, é realizada uma reunião com os residentes e com uma preceptora escalada para o dia. Nessa reunião, são elaborados os Planos de Cuidados Multiprofissionais de cada paciente, a partir da verbalização de cada residente, que já fez seu Plano de Cuidados Individual, portanto, já consegue identificar “problemas ativos” do paciente, iniciando por, mas não se restringindo a sua área. Essa reunião, que tem a duração de uma hora, é conduzida pela preceptora que solicita a leitura do plano por um residente, o qual também anota os diagnósticos, os problemas ativos identificados de cada profissional e o objetivo a ser alcançado em cada problema ativo que, nesse momento, é discutido e apontado por todos. Os planos em curso são revisitados e verifica-se se há novos problemas ativos e o *status* de cada problema, conferindo identificação precoce de agravos, maiores chances de sucesso das intervenções e assistência integral ao paciente.

É também nessa reunião que os planos dos pacientes que tiveram alta/transferência/óbito são finalizados pelos residentes e recolhidos pelas preceptoras, compondo um arquivo de toda a história da internação de cada paciente em cuidados paliativos e de onde são retiradas informações que vão se transformar em indicadores pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) da Unidade.

Huddle Entre Equipes

Na UIJM, estamos no segundo ano de residência, tendo iniciado este ano, uma nova turma. Os residentes do primeiro ano, portanto, iniciaram há apenas cinco meses. Assim que amadurecermos um pouco mais essas práticas diárias, planejamos extrapolar a prática do *huddle* diário feito com a residência para a equipe hospitalar, fazendo interação entre equipe de residência e equipe institucional, no que se refere aos cuidados com o paciente, objetivando assim, uma assistência ainda mais completa, dinâmica e integral. Dessa forma, buscamos traduzir para a prática o conceito da inter e da transdisciplinaridade, em que o paciente será visto em sua totalidade por todo e qualquer membro de uma equipe interdependente e orientada para ver o paciente verdadeiramente como o centro do cuidado, ao invés de focar em patologias ou disfunções de maneira isolada.

Considerações Finais

O profissional da saúde é antes de tudo, um educador. Essa função precípua desenvolve-se em nós ainda durante nossa formação acadêmica, seja orientando pacientes em nossos estágios, seja nos apresentando em congressos para estudantes. A função cresce com a nossa responsabilidade na área de saúde e com os anos de dedicação à nossa prática assistencial e passa a ser quase que um imperativo passar adiante o que aprendemos nos anos de trabalho. A preceptoria é uma oportunidade para fazermos esse vínculo entre educação e saúde, melhorando processos, trazendo para o campo as teorias mais recentes estudadas na residência e ao mesmo tempo fazendo essa junção entre prática e teoria para construir novos saberes.

A nossa postura enquanto preceptores é exatamente esta: a de sermos profissionais que acompanham, direcionam e apoiam a trajetória de formação como mediadores da integração dos alunos à rotina de trabalho e nossa ação é pautada em vivências práticas, porém não sendo meramente reprodutores de ensino puramente técnico. Ao contrário, nossa função deve ser muito além do repasse da prática clínica diária no cenário de atuação, devendo ter um conhecimento ampliado dos aspectos que afetam a saúde de comunidades e populações para proporcionar uma atenção integral e contínua e dar condições de discussão que levem ao amadurecimento de condutas por parte dos residentes.

A inserção dos residentes no cenário de prática instiga os mesmos a se aprofundarem na assistência, identificando pontos positivos e negativos, bem como possibilitando a idealização de intervenções pontuais e concretas para a melhoria dessa assistência. O papel do preceptor é o de apoiar as ideias e promover a implementação das mesmas.

Nesta perspectiva, não se pode deixar de considerar também nossa importância na promoção do trabalho em equipe. De fato, o trabalho em equipe torna a assistência sempre mais qualificada e as ações desenvolvidas quando discutidas em conjunto mais resolutivas, produzindo um resultado muito mais satisfatório. Porém trabalhar em equipe exige das pessoas o saber ouvir, saber falar, saber interagir, saber compreender quando é hora de ajustar condutas e posturas, sempre intencionando um bem maior: a satisfação do usuário. Uma das funções da preceptoria em uma residência multiprofissional, onde a palavra de ordem é o trabalho em equipe, é de estar sempre acompanhando o desenvolvimento dos residentes no cenário de prática e intervindo com propostas necessárias para os devidos ajustes que busquem como finalidade a melhor assistência ao paciente.

Os pactos firmados entre residência e médicos assistenciais, as intervenções assistenciais humanizadas, a preocupação com a necessidade de se propor integralidade profissional através da construção de plano terapêutico multiprofissional e a garantia de sua implementação, a elaboração de instrumentos de intervenção que auxiliam a equipe de residentes na prestação da assistência, a garantia das conferências familiares, o estímulo à pesquisa científica, a mediação da integração entre residência e equipe multiprofissional do hospital para discussão da assistência a ser prestada aos pacientes e o incentivo à reflexão da prática mostram claramente que os esforços por parte da preceptoria em manter continuamente esta ligação dos residentes com o cenário de prática tem sido decisiva para a melhoria das ações em nossa Unidade, propondo garantir desta forma uma assistência de qualidade e humanitária aos pacientes sob a responsabilidade da residência.

Educar é inventar e reinventar, construir e reconstruir conhecimento de forma personalizada, auxiliando nossos residentes na busca e na construção de instrumentos que viabilizem todas as suas potencialidades. No entanto, não obstante aos resultados positivos, ainda temos um longo caminho a percorrer na

consolidação do Programa de RMCP na UIJM. Assim como em qualquer campo de atuação, ainda temos entraves que deverão ser minimizados e/ou abolidos do processo de trabalho da residência, haja vista que se trata de uma proposta nova, inovadora e desafiadora na Rede Estadual de Saúde do Espírito Santo.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Análise Situacional e Recomendações para Estruturação de Programas de Cuidados Paliativos no Brasil**. São Paulo, 2018.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva II** (1-2), 1997.

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS E HOSPITAIS (IAHPC). **Definição de Cuidados Paliativos baseada em Consenso Global**. Houston, 2018.

BOTTI, S. H. O. **O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes**: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL, Ministério da Educação. **Resolução CNRM 005 de 06 de junho de 2004**. 2004. Disponível em: http://www.abramer.com.br/Pdf/cnrm_052004.pdf. Acesso em: 29 ago. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde – Brasília, DF; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004.

BRASIL. Lei Federal nº. 11.129, de 30 de junho de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005.

CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 1996.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA/ES). Lei Complementar nº 909/2019. Cria o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI) e institui o Subsistema Estadual de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o Programa de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no Sistema Único de Saúde (PEPSUS). **Diário Oficial do Espírito Santo**, Vitória/ES, 2019. Disponível em: www.saude.es.gov.br. Acesso em: 16 jul. 2021.

FERREIRA, V. S. **Gerindo Conhecimento**: Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade. Monografia em Administração e Supervisão Escolar. Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro, 2011.

FRIGOTTO, G. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. In: BIANCHETTI, L.; JANTSCH, A. **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito.

Petrópolis: Vozes. 1995.

FOLLARI, R. A. Algumas considerações práticas sobre interdisciplinaridade. *In*: BIANCHETTI, L.; JANTSCH, A. **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes. 1995.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. **Cuidados Paliativos**. Estudos Avançados, n. 88, v. 30, São Paulo, 2016.

GREALISH, L.; CARROLL, G. Beyond preceptorship and supervision: a third clinical teaching model emerges for Australian nursing education. *Aust J Adv Nurs*, n. 15, v. 2, p. 3-11, 1997.

OLIVEIRA, M. **O paradigma da complexidade na prática pedagógica do professor universitário**. IFPR Grupo de Trabalho – Educação, Complexidade e Transdisciplinaridade. V Seminário Internacional sobre Profissionalização Docente, out 2015. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/17611_9673.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

PIAGET, J. L. Épistémologie des Relations Interdisciplinaires. *In*: CERI, L'Interdisciplinarité. **Problèmes d'Enseignement et de Recherche dans les universités**. Paris: OCDE, p. 131-144, 1972

SANTOS, A. Complexidade e transdisciplinaridade em educação: cinco princípios para resgatar o elo perdido. *Revista Brasileira de Educação*, v. 13, n. 37 jan./abr. 2008.

SAVIANI, D. **Educação**: do senso comum à consciência filosófica. 10. ed. São Paulo: Cortez. 1991.

PROJETO APLICATIVO COMO ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO: EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Amanda Del Caro Sulti
Ana Paula Brioschi dos Santos
Célia Márcia Birchler
Júlia Fabres do Carmo
Tânia Mara Ribeiro dos Santos

ASSIM COMEÇAMOS NOSSA HISTÓRIA...

Essa trajetória inicia-se quando a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, cria o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPi) por meio da lei complementar nº 909/2019, cuja competência é atuar nas áreas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS, tendo como fundamentação a educação permanente e a integração entre ensino, serviço e comunidade (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Já no início de suas atividades, o ICEPi institui o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) como uma estratégia macro de formação, buscando enfrentar alguns problemas, como a carência de profissionais de saúde em regiões com dificuldade de fixação, as desigualdades regionais de qualificação e fixação de profissionais, a necessidade de qualificação assistencial e do fortalecimento de práticas interprofissionais.

Dessa forma o programa Qualifica APS propôs adotar algumas ações estratégicas como a implantação de programas de provimento na APS e programas de residência em saúde, cujo propósito é reordenar as ofertas de residência em saúde no estado de forma a priorizar áreas estratégicas de maior necessidade de formação e assistência em saúde e atender regiões com menor relação de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos, com a oferta de programas descentralizados para todas as regiões do estado (ICEPI, 2021).

Nesse contexto, nasce o projeto pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), incorporando os objetivos principais de: formar profissionais para a execução e coordenação de práticas de saúde integrais, voltadas para compreender e intervir na realidade do território de atuação da Estratégia Saúde da Família e, identificar e aperfeiçoar continuamente os conhecimentos, as atitudes e as habilidades técnicas específicas de cada categoria, bem como, aquelas comuns a todas, para o trabalho na Estratégia de Saúde da Família, na perspectiva da promoção da saúde (ICEPI, 2021).

A exemplo dos demais programas de residência em saúde do ICEPI, o PRMSF segue a proposta pedagógica de formação docente assistencial, que por sua vez, atende ao que preconiza a educação permanente enquanto prática transformadora com o intuito de despertar nos profissionais de saúde uma construção de consciência crítica e raciocínio reflexivo para lidar com a realidade e transformá-la, se corresponsabilizando com a saúde da população (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Dessa forma, todos os projetos pedagógicos dos programas de residência em saúde do ICEPI seguem a mesma estrutura, organizados em Unidades Educacionais (UE), sendo algumas comuns a todos os programas, como: UE de Prática Profissional, UE de Investigação em Saúde e UE de Gestão e Cuidados Coletivos (UE GCC).

Diante do exposto, o presente texto tem o objetivo de relatar a experiência da Unidade Educacional Gestão e Cuidados Coletivos que foi conduzida por tutoras e coordenação do PRMSF. Ressalta-se que essa UE tem como foco principal a elaboração de um projeto aplicativo elaborado por grupos de residentes de acordo com a divisão em cenários de prática.

A UE GCC tem por conteúdo central as etapas do Planejamento Estratégico Situacional, que é trabalhado nos encontros de tutoria por meio de oficinas que envolvem residentes, preceptores e outros atores convidados, cujo produto culmina na implantação e monitoramento dos projetos aplicativos nos respectivos cenários de prática.

Todo o processo de construção dessa unidade educacional, desde a concepção no projeto pedagógico do PRMSF até a elaboração dos termos de referência de cada encontro de tutoria aconteceu numa perspectiva dialógica onde aprendemos e ensinamos uns com os outros, coordenadores e tutores, onde não

há hierarquia do saber, e sim a motivação de construirmos algo novo no cenário de práticas de formação para o nosso estado.

ENTRELAÇANDO RELAÇÕES E PROJETOS

Dentro de um contexto provocativo de mudanças nos processos formativos, os projetos pedagógicos do ICEPI, foram construídos numa perspectiva integradora com vistas a promover mudanças na rede de atenção à saúde do Espírito Santo como um todo, ampliando a capacidade de criação e de inovação profissional a partir de processos educativos. Para tanto, esses projetos apostam em currículos orientados por competência e baseados em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que promovem a integração entre a teoria e a prática e entre o mundo do trabalho e da aprendizagem.

A integração não se deu apenas entre conteúdos e metodologias, mas também, de relações entre os coordenadores e tutores dos quatro programas multiprofissionais: Cuidados Paliativos, Saúde Coletiva, Saúde da Família e Saúde Mental e o de Medicina de Família e Comunidade. Esses cinco programas possuem algumas unidades educacionais em comum: a de Investigação em Saúde e de Gestão e Cuidados Coletivos (UE GCC).

Essa unidade educacional visa a apropriação dos residentes de uma concepção e método de planejamento participativo, construído coletivamente pelos residentes e pela equipe da unidade de saúde, num cenário real. Tem ainda como objetivo contribuir com a transformação de uma determinada realidade de saúde, cooperando, através da inserção de profissionais residentes protagonistas, para o processo de fortalecimento da rede de atenção à saúde, no segundo ano ocorre, além da aplicação do projeto, o monitoramento e avaliação de sua execução e de seu resultado (ICEPI, 2020).

Nesse ponto, temos um aspecto que vale ressaltar como uma experiência que tem sido muito enriquecedora, e que demonstra o potencial de integração dos programas de residência em saúde do ICEPI que é fato de nos encontros de tutoria temos residentes de três programas: Saúde da Família, Saúde Mental e Medicina de Família e Comunidade, uma vez que esses residentes estão inseridos nos mesmos cenários de prática.

A CONSTRUÇÃO COLETIVA DA UNIDADE EDUCACIONAL E O PLANEJAMENTO DAS TUTORIAS

O convite a um caminhar nesta construção coletiva a partir da Educação Permanente em Saúde (EPS) proporcionou a Tutoria em Residência em Saúde, onde o ensinar e aprender tornam-se verdadeiras práticas do dia a dia, com desafios de construção de laços afetivos e saberes técnicos e científicos, sendo objetivo final o cuidado ao cidadão, em que este tenha a certeza do pertencimento do cuidado pelos profissionais de saúde e serviço de saúde.

A tutoria vivencia aproximações permanentes, seja presencial ou virtual, contribuindo para aprendizagem constante e movimentos transformadores. Essa aprendizagem compreende um campo relacional que potencializa a aprendizagem técnica-operacional, permitindo olhares diferentes em contextos necessários à sensibilidade humana. Resgatando que na educação permanente o aprender e o ensinar devem se incorporar ao cotidiano tanto das organizações como do trabalho, o objetivo dessas vivências de debate e ensino-aprendizagem no trabalho é a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho advindas da problematização do próprio processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Freire (1996) descreve que a Educação é um processo humanizante, político, ético, estético, histórico, social e cultural. Assim, esses saberes evidenciam a necessidade de o tutor assumir-se um ser pensante e humilde às circunstâncias sociais, econômicas e culturais, para compor um ser capaz de gestar transformações. A tutoria demonstra ser um exercício de ensinar e aprender, onde o planejar prima pela troca de saberes e construções coletivas, em que o primeiro plano, *o aprender*, seja a partir do delineamento do conhecimento, onde o que se quer aprender, o que se quer caminhar seja uma reflexão crítica, da prática com evidências de resultados de resolubilidade e efetividade do cuidado (LIMA, 2017).

Para que esse processo acontecesse foi importante preparar os envolvidos de forma contínua onde a Educação Permanente se propõe fortalecer estes saberes. Para Ceccim e Feuerweker (2004), para o desenvolvimento da formação dos trabalhadores e da organização do processo de trabalho em saúde, é necessário considerar as premissas da EPS, centradas no cotidiano do trabalho, na articulação entre os diferentes atores e em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar. Por isso tornou-se fundamental

que todos os tutores tivessem inseridos num processo de EPS para alinhamento das técnicas que foram utilizadas, da forma em que deveriam ser empregadas, para que houvesse um alinhamento entre as turmas, permitindo a construção do saber de forma compartilhada com objetivo de ações resolutivas e efetivas.

Nesse contexto, a formação dos tutores não foi estanque, e sim permanente. Um momento fundamental para esse processo ocorreu nos encontros de formação conduzidos pelos coordenadores dos programas com uma periodicidade de duas a três vezes por mês, nesse espaço aproveitamos para avaliar não só os conteúdos trabalhados e os produtos das oficinas, mas a condução das tutorias. Os encontros iniciavam com o planejamento das atividades, consolidadas num Termo de Referência (TR) visando alinhar a condução dos encontros entre os tutores de todos os programas. A construção coletiva dos Termos de Referências (TRs), caracteriza-se como um espaço que prima pelo conhecimento, competências e habilidades tanto para o tutor como para os residentes, com objetivo dos fazeres com autonomia e uma microgestão fortalecida por trocas interdisciplinares.

Os TRs caracterizam-se como uma espécie de roteiro, têm como objetivo serem um norte e uma oportunidade de alinhamento entre os tutores, primando pelo conhecimento, competências e habilidades, tanto para o tutor, como para os residentes. A construção dos TRs é aquecida por meio de encontros virtuais desses atores, que entre entendimentos e desentendimentos vão tecendo também o seu próprio conhecimento. Esse desafio de produzir entre diferentes pessoas é fortalecido por trocas interdisciplinares, com intuito que o aprendizado do residente ocorra de forma que a prática se cruze com a teoria.

O fazer da pessoa do tutor se viabiliza enquanto dispositivo de apoio. Portanto, se reconhece que o tutor apoiador deve, no seu processo de trabalho, fomentar a construção de espaços coletivos nos quais diferentes atores possam se engajar no enfrentamento de problemas e no desenvolvimento de soluções compartilhadas, reconhecendo que todo esse processo é atravessado por relações de poder, afetos e saberes (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Barr *et al.* (2005) afirmam que a educação interprofissional auxilia na formação de profissionais de saúde mais abertos à prática colaborativa e ao reconhecimento da interdependência das áreas, sendo que tais características se sobressaem à competição e à fragmentação. Destaca-se, então, a importância de uma

educação nesses moldes para todos os profissionais de saúde, já que a integralidade do cuidado é um princípio do SUS, modelo de saúde instituído no país.

Considerando o caráter ético e político da tutoria enquanto dispositivo apoiador dos processos de educação na saúde, sabe-se que ela trouxe implicações relativas aos modos de ver a si mesmo e de falar de si que podem se converter em modos de autojulgamento e de definição do curso de suas próprias ações. Assim como a identidade refletida no outro (LARROSA, 1994, p. 37).

Um dos maiores desafios enfrentados em assumir a tutoria é a própria formação do tutor, que permeia uma formação tradicional e não tiveram uma formação com olhar para o papel de tutoria, seja mediador, incentivador de busca de conhecimentos com protagonismo do educando ou outra denominação dada à tutoria. Observa-se que há em alguns profissionais a habilidade de trazer ao processo educacional, o protagonismo aos participantes, porém compreende-se ser de forma empírica, onde desde os primórdios da educação, há habilidades para esse processo autônomo. Barnier descreve esse contexto desde a antiguidade educacional.

É totalmente pertinente ver em Sócrates o fundador de uma pedagogia interativa (e tutorial) através da qual se trata, sobretudo, de guiar, de orientar a pesquisa de um estudante que deve encontrar sua própria reflexão. Sua maneira de conduzir o diálogo, de questionar, leva o outro a desenvolver seu próprio pensamento, conscientizando-o das insuficiências de seu nível inicial de respostas (BARNIER, 2001, p. 16, tradução livre).

Silva (2008, p. 171), descreve que é fundamental o trabalho em equipe onde os atores/sujeitos capazes da ação coletiva estão envolvidos no amplo processo de ensino e aprendizagem. Estes atores (professores, tutores, coordenadores, secretários, diretores e etc.) promovem a eficácia e a eficiência na realização das atividades inseridas nesse processo, contribuindo para a formação de profissionais em diferentes áreas de atuação.

AS TUTORIAS EM MEIO AO NOVO DESAFIO: “SER TUTOR EM TEMPOS DE PANDEMIA”

Se assumir a tutoria do programa de residência recém-implantado já demonstrava ser um grande desafio, fazê-lo em tempos de pandemia de Covid-19

era ainda mais difícil, pois, além de todas as limitações físicas, ainda tínhamos que adequar a tecnologia disponível.

Ao iniciar as turmas da residência não havia tutores responsáveis, por isso o processo de criação do projeto aplicativo (PA) ocorreu por meio da orientação dos coordenadores de curso do próprio programa, sendo esse então o primeiro desafio a ser cumprido, somente quatro coordenadores para trabalhar temas tão complexos, on-line, com turmas grandes. A partir do momento em que os tutores foram inseridos no programa, foram trabalhadas as unidades em pequenos grupos e dessa forma o projeto começou a tomar corpo e ajudou no desenvolvimento do projeto.

Para alcançar os objetivos propostos nessa unidade educacional utilizamos oficinas de trabalho como metodologia principal, onde em cada oficina são trabalhados conteúdos de planejamento, de acordo com as etapas: leitura da realidade (construção do diagnóstico situacional), identificação e priorização dos problemas, explicação dos problemas, identificação dos atores sociais, construção e gestão do plano, incluindo o monitoramento e avaliação da aplicação do projeto aplicativo. O conteúdo é trabalhado nos encontros de tutoria, no formato de pequenos grupos, onde os residentes são distribuídos de acordo com os cenários de prática, uma vez que o objetivo maior é conhecer e identificar possibilidades de intervir na realidade.

Além do acúmulo de funções, foi preciso desenvolver uma grande capacidade de adaptação a uma realidade que nos surpreendeu quando fomos apresentados ao ensino remoto devido a pandemia do Covid-19, em que os encontros ocorriam não mais somente de forma presencial, mas de forma à distância, com aprendizado de novas tecnologias, e esse aprender novas habilidades de construção de vínculos e aprendizado por uma tela.

O ensino e aprendizado de forma à distância, o qual a tutoria do ICEPI nos proporcionou, fez com que tivéssemos a possibilidade de construir junto aos residentes, afetos, diálogos, estímulos, interesses e autonomia de aprendizado com tecnologia à distância. Isso trouxe uma habilidade que foi desenvolvida, com um desafio de, no final, ter esse residente profissional com as competências aferidas pela política de educação do instituto como práticas resolutivas e afetivas, que os princípios do SUS nos delegam.

Transparecer por uma tela, afeto, sensibilidade, abertura de diálogo e troca de conhecimento está sendo um momento importante de evolução educacional e

de produção de cuidado. Merhy (2013) traz uma reflexão dos processos de cuidado como tecnologias leves, leves-duras e duras. O que buscamos aqui são tecnologias leves-duras e leves às quais o sujeito se sinta acolhido em seus territórios e sendo esse território uma produção viva de atenção e integralidade.

TRABALHANDO COM PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL: PRODUÇÃO DE INTERVENÇÃO A PARTIR DA LEITURA DA REALIDADE

Schraiber *et al.* (1999), descreve que o trabalho planejador permitiria uma convergência e racionalização dos trabalhos parciais tendo em vista o atingimento dos objetivos estabelecidos por uma organização. No caso da saúde, o planejamento possibilitaria a tradução das políticas públicas definidas em práticas assistenciais no âmbito local. É isso que se pretende nessa ação organizacional de território, planejar diante da necessidade e aplicar conforme a oportunidade.

A UEGCC segue o referencial teórico do Pensamento Estratégico de Carlos Matus e o Método MAPP, numa “versão simplificada”, em que o produto final desejado foi a realização de um projeto aplicativo. Para que esse método fosse conhecido entre tutores e residentes, oficinas de trabalho foram ofertadas com estratégias para os diferentes momentos do planejamento estratégico.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) sistematizado originalmente pelo economista chileno Carlos Matus na década de 1970, diz respeito à gestão de governo, à arte de governar, sendo um método mais flexível, permitindo trabalhar com a complexidade dos problemas sociais. Nesse sentido, o futuro não é determinado e a realidade é continuamente acompanhada e, quando houver uma mudança da situação real, o plano precisa ser ajustado (MATUS, 1993 *apud* ADAMI; MARTINS, 2018).

Sobre a utilização do Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP), esse método foi desenhado pelo próprio Matus para um âmbito de gestão local e descentralizado de distintos contextos ou de organização popular. O MAPP tem por objetivo viabilizar discussões coletivas e pode atuar como transformador, proporcionando a resolutividade dos problemas locais. É uma estratégia de solução de problemas que pressupõe a participação dos diferentes atores interessados na operação e elaboração de plano de ação. Ele reconhece, como ponto de partida,

a visão própria e singular de cada ator sobre o que são problemas (DE TONI; SALERMO; BERTINI, 2008).

A escolha do método foi a mais propícia para a construção dos PAs, uma vez que não queríamos apenas um produto, percebido como mais uma tarefa da residência, e sim almejamos a intenção de possibilitar aos profissionais residentes ferramentas de gestão e planejamento, visando o cuidado à saúde dos coletivos nos territórios de abrangência das equipes de saúde da família, onde o programa de residência encontra inserido.

Para a operacionalização do MAPP, orientam-se os seguintes passos: Seleção de Problemas, Descrição do Problema, Explicação do Problema (árvore explicativa), Formulação da Situação Objetivo, Seleção de Frentes de Ataque, Desenho de Operações e Demandas (BALDISSERA; GÓES, 2012). A realização de um diagnóstico situacional em que, junto ao planejamento em saúde, se mostram territórios de saberes que não pertencem a nenhuma categoria profissional específica, porém que fazem referência a todas, permitiu a desejável porosidade entre as diferentes profissões que compõem a residência.

As tutorias dos projetos aplicativos foram espaços onde percebemos que as profissões se encontravam desterritorializadas, locais de encontro entre residentes, tutores e preceptores de diferentes fazeres e saberes, produzindo relações, buscando compreender as múltiplas necessidades das vidas no território, materializando a ação individual em uma produção coletiva (MERHY, 2013).

Essa proposta de intervir na realidade está relacionada com a construção de capacidades a serem desenvolvidas a partir do pensamento/raciocínio estratégico. A construção do Projeto Aplicativo (PA) representa uma oportunidade concreta para traduzir a ação através dos sujeitos que desejam transformar a realidade. O objeto de estudo e aprendizagem dirige-se aos problemas ligados à vivência concreta dos participantes e à formulação de uma proposta de intervenção para o enfrentamento desse problema (INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA SÍRIO LIBANÊS, 2016).

Nesse sentido, entende-se que, na prática cotidiana dos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que há a produção do cuidado, há produção de sujeitos capazes de intervir na realidade podendo transformá-la. Partindo da premissa que durante o processo de construção dos projetos aplicativos uma das principais

capacidades a serem desenvolvidas é a do pensamento/raciocínio estratégico e a capacidade de contextualizar projetos em relação aos problemas relevantes para o trabalho em saúde, o desafio dos tutores no processo foi envolver residentes, preceptores e gestores nessa construção, para que, além de tudo, pudessem se sentir partes envolvidas e fundamentais para a transformação da realidade.

Fazer parte de um grande momento de Educação Permanente no estado do Espírito Santo por meio da Secretaria de Estado da Saúde e Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPI) proporciona aos profissionais da saúde o caminho não só sua competência técnica de formação, mas também um novo caminho, o caminho educacional, caminho da formação de profissionais para o cenário do SUS.

A tutoria do ICEPI traz ao contexto do SUS, principalmente na Atenção Primária, a oportunidade do diálogo com residentes, na busca de ações de saúde em um território vivo em ato, vivo em práticas afetivas e de competência no fazer e no saber.

Para Merhy (2002), a superação do modelo médico hegemônico neoliberal implica o gerenciamento das organizações de saúde de modo mais coletivo, com ordenamento organizacional coerente com ações em saúde voltadas para uma lógica “usuário-centrada, que permite a construção, no cotidiano, de vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e usuários na formatação das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas”.

Mehry (2002) toma a definição de tecnologia incluindo, também, os saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos. Esse autor a classifica em três tipos: tecnologias duras, leves-duras e leves. Essa forma de referência às tecnologias presentes no trabalho em saúde é apresentada pelo autor, destacando que as tecnologias leves-duras seriam aquelas referentes aos saberes agrupados que direcionam o trabalho, são as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo e outros; caracterizam-se por conterem trabalho capturado, porém com possibilidade de expressarem trabalho vivo. As tecnologias leves são as produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização.

A tutoria que estamos vivenciando é uma produção do coletivo no conhecimento e nos afetos que transformam ações frias e com poucas reflexões, em ações quentes, com construção para produções atitudinais dos profissionais e residentes, no envolvimento de uma sociedade ativa e protagonizadora do seu cuidado também, garantindo assim a promoção da saúde no cotidiano do serviço.

O desafio da tutoria para a construção de PA é um aprendizado constante, percebendo a necessidade do território, a partir do diagnóstico situacional realizado pelos residentes, com um planejamento estruturante, ações factíveis e viáveis, a uma execução educacional, com consolidação do aprendizado deste percurso do Programa de Residência. A concretude dos PAs do Programa de Residência do ICEPI é a concretude de um caminho de desafios, de vitórias, de superações e de compartilhamentos.

Diante de todas as etapas do planejamento orientadas pelas tutorias e pelos TRs, com o gerenciamento destes projetos pelos seus construtores, os residentes, a implantação e a implementação serão o novo desafio. A execução precisa ser feita juntamente com os atores sociais identificados nos PAs, que possibilite a consolidação das ações nos territórios e perpetuação da produção de saúde nos espaços vivos, a comunidade.

O apoio das gestões municipais e a interlocução com todos os atores envolvidos são cruciais para o bom andamento da implantação e implementação das ações elencadas nos PAs. Esses apoios significam espaços institucionais garantidos como lugares de construção de saberes e de processos de fortalecimento de produção social de saúde nos territórios. Isso permite o campo de prática das residências como lugar de eficiência de conhecimento e fazer saúde. O planejamento permitirá ser um mensurador de descrever o necessário e implantar o real, diante das circunstâncias vivenciadas.

Ao avaliar todo esse processo, percebemos que a criação do SUS e a implantação da estratégia da saúde da família como reorganização dos serviços de saúde e práticas profissionais demonstraram a fragilidade do processo educacional na construção de profissionais de saúde, processo este em que a formação desses profissionais está predominantemente ligada ao modelo hospitalocêntrico, a dissociação entre a formação de profissionais de saúde e os princípios e diretrizes do SUS; a desarticulação entre a formação clínica e as necessidades de saúde da

população e o enfoque eminentemente técnico, especializado e fragmentado dos conteúdos inerentes à formação em saúde trazem o grande desafio de como inserir na formação dos profissionais de saúde a integração do ensino e serviço (CAMPOS; AGUIAR, 2002).

O OLHAR SOBRE O PRODUTO... OU UM OLHAR SOBRE O TERRITÓRIO EM SAÚDE

A percepção desse coletivo, após a apresentação dos primeiros projetos aplicativos, é que a residência de forma multidisciplinar e em conjunto torna o profissional residente mais apto a trabalhar em equipe e empoderado na criação de ferramentas factíveis, baseadas na necessidade do serviço e visando a excelência e o fortalecimento do SUS.

Após o processo de elaboração e apresentação de todo o PA, foi possível identificar todas as etapas do planejamento estratégico desde a construção do diagnóstico, trazendo elementos de cada território, para além dos dados demográficos e epidemiológicos, mas sim, uma ideia de território vivo, pulsante, onde profissionais residentes, preceptores e tutores conseguiram se aproximar da forma de viver da população adscrita ao serviço.

E nesse contexto, Teixeira, Paim, Villasboas (1998) nos trazem a compreensão do território em saúde como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes. Desenhado para além das configurações e limites geográficos, mas incorporando a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde.

Com esse olhar sobre o território retratado nos projetos aplicativos, cada grupo buscou identificar e priorizar problemas em saúde com capacidade de intervenção. Para tanto, adotaram as ferramentas de planejamento, incorporando a árvore explicativa mostrando as causas e consequências do problema escolhido, atores sociais e matriz de viabilidade para implantação das ações, que precisam ser factíveis e incorporadas ao processo de trabalho dos cenários de prática.

O atual momento de tutoria é a expectativa do passo seguinte: a implantação de ações com resultados que poderão ser aferidos por instrumentos que possibilitem o Monitoramento e Avaliação (M&A). Demonstrando que o

caminho ainda não está concluído e que não basta entregar o produto, é preciso garantir que as ações aconteçam e que o movimento de refletir sobre o fazer no território tenha sequência e siga com a adoção de outros conceitos e ferramentas de monitoramento e avaliação.

Para Silva (2005), na literatura especializada há um vasto e, por vezes, difuso espectro de conceitos que delimitam aquilo que deve ser entendido como monitoramento e avaliação em saúde. Compreende-se que o direcionamento político para que o M&A seja processo de trabalho dos serviços de saúde, para alcance de metas com benefícios de saúde e gestão ao SUS, em 1998, o Ministério da Saúde (MS) construiu um manual para a organização da APS (HARTZ, 2005), que determinava um conjunto de indicadores para monitoramento e avaliação a potencialidade da APS em seus programas e ações fortalecendo esse nível de atenção e essa gestão do SUS.

Evoluindo para a importância deste tema na saúde, em 2002 houve um grande movimento realizado pelo MS para avaliar a eficácia da Estratégia Saúde da Família, em que se observou o quanto é imperativo esse movimento, que em 2006, instituiu a Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica. A partir de então, o M&A, tornou-se objeto de processo a ser institucionalizado para observação de ações e serviços de saúde adequados e resolutivos à sociedade (HARTZ, 2005)

O monitoramento e avaliação das ações dos Projetos Aplicativos das Residências em Saúde do ICEPi é parte integrante da estrutura e concepção educacional, proporcionando aos residentes competências de avaliar suas construções coletivas e assertividade de ações de saúde para o território.

Um dos objetivos do M&A é a contribuição para o desenvolvimento de Políticas, Programas e Ações com construção de conhecimento a respeito do fenômeno avaliado. Na construção dos projetos aplicativos (PAs) foram criados instrumentos que possibilitaram a aferição das ações e consequentemente, a observância do propósito dos PAs, a organização e resolução dos territórios.

Para Garcia (2001), avaliar não significa apenas medir mas, antes de tudo, julgar a partir de um referencial de valores. É estabelecer, a partir de uma percepção intersubjetiva e valorativa, com base nas melhores medições objetivas, o confronto entre a situação atual com a ideal, o possível afastamento dos objetivos

propostos, das metas a alcançar, de maneira a permitir uma constante e rápida correção de rumos, com economia de esforços (recursos) e de tempo.

Santos *et al.* (2011), citando Poister, afirmam que o monitoramento e a avaliação são ferramentas críticas para a gestão. O monitoramento é fundamental para o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias, tanto para o processo de implementação de um programa, isto é, para o acompanhamento de seu desempenho operacional, como para seu desempenho finalístico.

Os indicadores, o cronograma de ações e as quantidades de ações e atividades proporcionam esse movimento de avaliação dos processos de trabalho planejados.

[...] indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (BRASIL, 2010).

O reconhecimento dos residentes e profissionais de saúde que o M&A é um dos processos mais evolutivos e avançados de percepção do gerenciamento coerente da saúde e da satisfação dos usuários ao sistema, assim como para a gestão local, como processo de condução das práticas em serviço e busca de soluções de problemas, trará uma análise do percurso metodológico educacional e o direcionamento das políticas e ações implantadas e implementadas em nível local.

Esse desafio possibilita a evolução do sistema na caracterização do território como espaço de conhecimento da responsabilização e comprometimento de profissionais, residentes e gestão à autonomia do sujeito e sua atenção com integralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, mesmo não tendo ainda como avaliar a implantação dos projetos aplicativos nos cenários de prática e, se conseguiram alcançar ou não os objetivos propostos, uma vez que estamos na fase de implantar e monitorar as atividades propostas nos planos de ação, já é possível identificar como essa experiência foi significativa na perspectiva de ensino aprendizagem. Isso se dá pelo fato de conseguirem incorporar diversos atores sociais num mesmo

processo de formação, desde o planejar da UE incluindo a organização de cada encontro de tutoria, passando pelas oficinas que envolveram residentes, preceptores, profissionais de saúde e convidados, chegando à operacionalização das atividades voltadas para o usuário de cada território e instrumentalizando todos esses atores, no conhecimento teórico e prático acerca das etapas de implantação do planejamento estratégico situacional.

Ainda temos muito que avançar e muitos desafios a vencer, porém percebemos que a criação do Programa de Residência Multiprofissional foi um grande avanço para os serviços de saúde capixaba, além do grande ganho na formação do profissional de saúde que passa a ter uma visão diferenciada de todo processo educacional e consegue aplicar a interdisciplinaridade para construção de ferramentas de serviços que de fato são importantes e pertinentes a população.

Concluimos com um pensamento de Paulo Freire, nosso mestre da educação: “a alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo de busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria” (FREIRE, 1996, p. 13).

Para nós, que somos autoras dessa narrativa, implicadas diretamente nesse processo de formação, fica a experiência de que todo movimento de ensinar e aprender é mais rico quando incorpora o componente da construção coletiva e, nos aponta que de fato, o mais importante que a chegada é o processo...

REFERÊNCIAS

ADAMI, A. F.; MARTINS, J. A. **O Planejamento Estratégico Situacional no contexto da gestão pública**. Linguagem Acadêmica, Batatais, v. 8, n. 1. p. 45-52, jan/jun. 2018.

AMORIM, A.; SALES, A. L. F.; CHARNEY, A.; FERNANDES, D. R. Residências Multiprofissionais e a Gestão do Sistema Único de Saúde: Situando-se em dobradiça para pensar os inesperados de um encontro. In: FERLA, A. A. *et al.* **Residências em saúde e o aprender no trabalho: mosaico de experiências de equipes, serviços e redes** [recurso eletrônico] / organizadores. – 1. ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, p. 154 171, 2017.

BARR, H. *et al.* (Org.). **Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review**. Londres, UK Centre of the Advancement of Interprofessional Education, 2005.

BARNIER, G. **Le tutorat dans l'enseignement et la formation**. Paris : Hartmann, 2001. 11º Congresso Internacional de Educação a Distância. Disponível em: <http://www.abed.org.br/congresso2004/por/htm/022-TC-A2.htm>. Acesso em: 19 jul. 2021.

BALDISSERA, V. D. A.; GÓES, H. L. F. **Método Altadir de Planificação Popular como instrumento de ensino da gerência em enfermagem**. Investigación y Educación en Enfermería, v. 30, n. 2, p.

253-259, maio-ago. 2012. Universidad de Antioquia Medellín, Colômbia.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Portaria Nº 198 GM/MS**, de 13 fevereiro 2004. Brasília, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2021.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Indicadores de programas: guia metodológico**. Brasília: MP, 2010. 128p. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/publicacoes/100324_indicadores_programas-guia_metodologico.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. **Educação permanente nos serviços de saúde**. Esc Anna Nery vol. 21 n.4, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0317.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T. **Atenção básica e reforma curricular**. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANNA, A. L. (orgs). Recursos Humanos em Saúde: Política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: UNICAMP, p. 91-9, 2002.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis., v. 14, n. 1, p. 41-6, 2004.

DE TONI, J.; SALERNO, G.; BERTINI, L. Uma abordagem estratégica no planejamento de grupos. o Método Altadir de Planejamento Popular — MAPP. In: JACQUES, M. G. C. *et al.* (org.). **Relações sociais e ética** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 140- 150.

ESPIRITO SANTO. Departamento de Imprensa Oficial/Diário Oficial. **Lei complementar nº 909 de 30 de abril de 2019**. Cria o Instituto Capixaba de Ensino, pesquisa e Inovação. Vitória. 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Ed. Paz e Terra. 25. ed. São Paulo – SP; 1996.

GARCIA, R. C. **Subsídio para Organizar Avaliações da Ação Governamental**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2001. Texto para Discussão nº 776.

HARTZ, M. A. Z.; VIEIRA, L. M. S. (org.). **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz; 2005.

INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO PESQUISA E INOVAÇÃO (ICEPI). Secretaria de Estado da Saúde/ ES. Unidade Educacional Gestão e Cuidados Coletivos. **Caderno do residente**. Vitória, 2020.

INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO PESQUISA E INOVAÇÃO (ICEPI). Secretaria de Estado da Saúde/ES. **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Vitória, 2021.

INSTITUTO SÍRIO LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. Ministério da Saúde, Projetos de Apoio ao SUS. **Projeto Aplicativo Termos de Referência**. São Paulo, 2016.

LARROSA, J. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, T. T. **O sujeito da Educação: estudos foucaultianos**. Petrópolis: Vozes, 1994.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 21, n. 61, p. 421-434, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0316>. Acesso em: 17 ago. 2021.

MATUS, C. Teoria da ação e Teoria do Planejamento. In: MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1996.

MERHY, E. E. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo**. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MERHY, E. E. **Engravitando palavras: o caso da integralidade**. Trabalho, produção do cuidado e subjetividades em saúde: textos reunidos. 1. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

OLIVEIRA, E. A. *et al.* **O apoiador local como ator estratégico na implementação do QualiSUS-Rede: engenheiros de conexão?** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 41, 2017.

SANTOS, E. M. *et al.* Avaliadores in Situ(ação): reflexões e desafios sobre a institucionalização da prática avaliativa no PN DST/AIDS. In: ONOCKO, R. C.; FURTADO, J. F. (org.). **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas: Editora Unicamp, p. 205-222, 2011.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas**. Ciência & Saúde Coletiva, V. 4, p. 221-42, 1999.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 15-3, 2005.

SILVA, M. B. **O processo de construção de identidades individuais e coletivas do ser tutor no contexto da educação a distância, hoje**. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2008.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILLASBÔAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Inf Epidemiol SUS, n. 7, p. 7-28, 1998.

A INSERÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM CONTEXTO DE PANDEMIA EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR CAPIXABA

Jhienifer Virginio Barbosa
Lairane Barros Caxias
Regiany Silva Calassara Santiago

INTRODUÇÃO

A Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012, em seus respectivos artigos dispõe: Art. 2º Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde serão orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais identificadas, [...]. Art. 3º Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde constituem modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, destinado às profissões da saúde, excetuada a médica, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço [...] (BRASIL, 2012, p. 1).

Nesse contexto as Residências Multiprofissionais podem representar oportunidade para uma reflexão organizada em torno de alternativas que permitam rever os caminhos para a formação dos profissionais, na perspectiva de um trabalho mais integrado, em equipe, com troca mais efetiva de saberes e práticas (GIL, 2005). Portanto, a residência busca não somente o crescimento profissional dos residentes, mas também promover a transformação do serviço de saúde que os recebe, incentivando a reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades e limites para transformá-la (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A residência, além de buscar fazer com que o residente cresça profissionalmente, o desafiará, exigindo que se reinvente constantemente. No começo de 2020 foi decretada a pandemia de Covid-19, uma pandemia viral descrita em mais de 120 países, causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 e que se apresenta com manifestações clínicas variadas (OLIVEIRA *et al.*, 2020). A transmissão do SARS-CoV-2 de humanos para humanos foi confirmada na China e nos EUA e ocorre principalmente com o contato de gotículas

respiratórias oriundas de pacientes doentes e sintomáticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

O presente estudo tem como objetivo relatar como ocorreu a inserção do programa de residência durante a pandemia e as formas encontradas para se (re)inventar dentro deste contexto. Portanto, trata-se de um relato de experiência sobre as vivências e desafios enfrentados pelas residentes enfermeira e psicóloga do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) como também de sua preceptora, durante a pandemia do novo coronavírus (Covid-19). Diante disso, este estudo se torna relevante por apresentar a inserção dos profissionais residentes de um novo programa de residência em um município do interior capixaba durante uma pandemia que afetou diversos países.

A NOSSA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do ICEPi, que é uma unidade administrativa integrante da estrutura da Secretaria de Estado da Saúde – SESA/ES (Lei Complementar nº 909 - ESPÍRITO SANTO, 2019), tem como projeto pedagógico um currículo integrado, abandonando o modelo do tradicional currículo fragmentado, “fundamentado no isolamento das disciplinas que, por conseguinte, isola as pessoas e cria guetos de aprendizagem” (GADOTTI, 2009, p. 11). Dessa forma, se orienta pela abordagem dialógica de competência, compreendendo os atributos cognitivos, psicomotores e afetivos para a construção de um currículo que seja transformador para a prática profissional. “Os conteúdos passam a ser explorados considerando-se o significado a eles atribuído e sua consistência e funcionalidade para o enfrentamento de situações reais e complexas, segundo padrões de excelência socialmente definidos” (LIMA, 2005, p. 374).

Assim, a técnica de aprendizagem desse programa é composta por metodologias ativas, buscando usar ferramentas dinâmicas para o processo de aprendizagem, utilizando estratégias como, por exemplo, a Aprendizagem Baseada em Problemas - *Problem Based Learning* (PBL) e Aprendizagem Baseada em Equipe - *Team-Based Learning* (TBL). Com o período de pandemia decretado, o desafio maior dessas metodologias foi como torná-las dinâmicas à

distância, uma vez que havia decretos de isolamento social. Embora o desafio, a experiência destas autoras foi positiva diante dos recursos tecnológicos que foram utilizados, como exemplo, os serviços de videochamadas Google Meet e Zoom, e o dispositivo de quadro interativo de colaboração on-line Jamboard, muito utilizado nos grupos de tutoria que usavam o recurso do PBL para realizar os passos de discussão de alguma situação problema apresentada. O processo de aprendizagem presencial, na opinião das autoras, não é substituível. No entanto, os recursos adotados tornaram mais leve o percurso da residência e promoveram debates ricos e compromissados com a ciência, favorecendo a *desformação*¹ dos profissionais na teoria e na prática.

Quanto ao campo prático, o presente relato tem como cenário a Unidade Básica de Saúde de Coqueiral (UBS), localizada no município de Aracruz - Espírito Santo. Considerando o levantamento realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) em 2019, o território abarcava um total de 5.243 pessoas cadastradas e atendidas, considerando as duas equipes de ACS (031 e 033) e os bairros Pontal do Piraqueçu (Balsa), Coqueiral, Praia dos Padres e Sauê. A equipe de saúde é composta atualmente por profissionais de diferentes áreas da saúde, como: psicologia, nutrição, enfermagem, farmácia, odontologia, medicina especialista (ginecologista e pediatra) e médicos, alguns vinculados ao Provimento do Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualifica-APS) do ICEPi. Portanto, esta é uma equipe de saúde diversa, com muita potência para oportunizar um trabalho multiprofissional de qualidade.

OS DESAFIOS NA INSERÇÃO EM CAMPO PRÁTICO

Uma vez apresentados no município de atuação em março de 2020, os residentes foram recepcionados por dois profissionais da gestão municipal de saúde, responsáveis pela coordenação da atenção básica. Nesta reunião, pontuaram a importância do Programa de Residência Multiprofissional no município para ter mais resolutividade dentro do sistema, com expectativa de que os residentes reduzissem os encaminhamentos para a atenção especializada.

Também foi apresentado um mapa de território, no intuito de que todos ficassem

¹ Termo utilizado em referência ao poema "As Lições de R. Q." do autor Manoel de Barros: "É preciso desformar o mundo: Tirar da natureza as naturalidades", no "Livro sobre nada" (1996). Desformar é subverter os engessamentos institucionais que atravessam o ensino e as práticas profissionais.

cientistas sobre as unidades que receberiam os residentes e alguns dos dispositivos do município (Casa Rosa, Centro de Convivência, Centro de Reabilitação de Aracruz - CREA, Centro de Atenção Psicossocial - superlotado [sic] com casos leves encaminhados pelas unidades básicas de saúde). Foram comentados também alguns desafios do município, como os casos de sífilis congênita e a pluralidade de público. Em seguida, os residentes foram subdivididos e foram definidos quais seriam seus campos de atuação.

Logo na primeira semana de residência em campo de prática, foi decretada emergência na saúde pública em decorrência da pandemia do Covid-19. Junto ao decreto, iniciou-se o frenesi para acompanhar todos os protocolos lançados a respeito das medidas de enfrentamento ao novo coronavírus, fazendo ocorrer mudanças nas rotinas de atendimentos, sendo suspensas quaisquer consultas eletivas com o intuito de diminuir o fluxo de pessoas na unidade.

A inserção dos residentes ocorreu de acordo com a necessidade dos serviços de saúde em um momento crítico, afinal, mudanças ocorriam por conta da pandemia a nível global. Muitos profissionais foram afastados por pertencerem ao grupo de risco, o que modificou a estrutura dos serviços. Com a rotina de atendimento modificada, alguns residentes não puderam inicialmente atuar na área de formação, o que fez com que os funcionários atuantes no serviço de saúde apresentassem uma visão equivocada sobre os residentes, assumindo que os residentes teriam sido contratados por conta da pandemia, e não por conta de um programa estruturado.

Apesar das dificuldades de entendimento dos profissionais, o residente é importante para que, na linha de frente, faça um manejo adequado com os usuários, dando as devidas orientações sobre o isolamento social e também para sanar dúvidas a respeito da pandemia. Junto a isso é necessário pontuar a importância do preceptor que em meio à tensão e as incertezas sobre a pandemia, buscou criar alinhamento sobre o campo e sobre o papel do residente. Segundo a Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, o preceptor tem como algumas de suas funções: se apresentar como uma referência para o residente em sua atuação prática; orientar e acompanhar o desenvolvimento das atividades preconizadas tanto teóricas quanto práticas; organizar o processo de trabalho do residente em relação à escala de plantões e de férias; ser um facilitador da relação do residente

com o restante da equipe de saúde, usuários e residentes de outros programas e demais profissionais que atuem no campo de prática; contribuir e incentivar atividades de pesquisa e projetos de intervenção relacionados à qualificação do SUS; observar os desafios e dificuldades que o residente apresente em relação às atividades práticas; supervisionar de forma participativa relatórios periódicos desenvolvidos pelo residente; participar do processo avaliativo do residente etc.

A partir da ótica da preceptoria, o preceptor enfrenta em campo o desafio de orientar e supervisionar as atividades em equipe, planejando as ações multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, buscando contribuir na trajetória dos residentes para uma atuação com olhar e percepção ampla das situações, onde possam explorar suas habilidades para contribuir com o grupo.

Ao receber os residentes no cenário de prática se vislumbra a oportunidade de reiniciar as ações preconizadas na APS, identificando características nos residentes que estavam em falta naquele momento crítico do serviço: a energia, força de vontade, sedentos de vontade de aprender e inovar perante as oportunidades advindas da residência. Porém, com a chegada surpresa da pandemia, que trouxe consigo o impedimento de se realizar as ações de promoção e prevenção à saúde, foi necessário se reinventar no cenário para que o campo de prática fosse enriquecedor para os residentes e agregasse conhecimentos pertinentes para momentos posteriores, ao mesmo tempo aproveitando a oportunidade de vivenciar a singularidade que é atuar perante o cenário de uma pandemia.

Assim surge a oportunidade de agregar ações voltadas para pandemia, atuar mediante os protocolos, trabalhar com educação permanente da equipe, formular material de divulgação da doença e, portanto, ter o ensejo de atuar na linha de frente da pandemia. Atuar no SUS no contexto da pandemia é desafiador, vivenciar uma pandemia dessa magnitude, podendo estar na linha de frente, segundo o olhar da preceptoria, torna os profissionais de saúde mais capacitados, destemidos e criativos.

Os residentes também representam um papel fundamental na mudança de um cenário já apresentado. Com as demandas de trabalho dos profissionais da equipe, a rotina de trabalho se torna naturalizada e, muitas vezes, o profissional não se percebe como um agente transformador de sua própria realidade, assumindo um papel passivo diante do movimento contrário ao fortalecimento do trabalho

em equipe e condizente com os princípios e diretrizes do SUS. Em um papel questionador e com desejo de aprender no contato prático com os desafios impostos pela rotina de trabalho, os residentes surgem como provocadores, em uma tentativa de contribuir para o enfrentamento dos desafios colocados e de incentivar a equipe, os gestores e a comunidade a pensarem e refletirem sobre suas práticas.

“É PRECISO TRANSVER O MUNDO”: O TÍMIDO CAMINHAR DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Como método para se acabar com o estigma social sobre o que era o papel do residente dentro do serviço e também ampliar a conscientização sobre a Covid-19, foram desenvolvidas atividades que respeitassem os protocolos e informações existentes, como o Painel de Covid que foi colocado na recepção da UBS em local de fácil visualização dos usuários, alertando sobre o uso consciente da máscara e nível de contágio se ocorrer à falta das mesmas. Outra atividade que teve a participação da residência foi o *fast-track*, ferramenta sugerida pelo Ministério da Saúde para priorizar os atendimentos de usuários do serviço em risco de infecção, direcionando estes usuários para uma sala específica visando o isolamento respiratório para que esse usuário não circulasse pela UBS.

Aos poucos, ocupando setores importantes dentro do serviço para entender sua dinâmica de funcionamento e contribuir em um momento crítico de saúde pública, os residentes foram mostrando seu lugar enquanto profissional e aos poucos começaram a conquistar espaço junto à equipe. Um dos primeiros casos que se realizou atendimento multiprofissional, foi um caso de uma paciente etilista, em situação de rua, apresentando lesão crônica na perna direita. Poder acompanhar essa paciente mostrou que os cuidados não podem e não devem se restringir a acontecer apenas dentro da Unidade de Saúde, é preciso intervenções externas no local do sujeito para um cuidado ampliado, entendendo a sua singularidade por completo. O primeiro contato com esse caso se deu a partir das visitas frequentes para a troca do curativo pela profissional residente enfermeira. Após discutir o caso, as residentes (psicóloga e assistente social) iniciaram o acompanhamento, identificando demandas de urgência — por exemplo, de que a usuária era vítima de violência física por parte do seu parceiro, também pessoa em situação de rua. A partir desse caso, foram feitas discussões de caso

acionando profissionais da equipe de saúde e de outros setores, como o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e foi feita a notificação compulsória do caso. Com este e outros atendimentos em conjunto, pôde-se ampliar a atenção e a visão sobre observar pequenas expressões corporais e sinais que são demonstrados pelo usuário durante o atendimento e que justificam a importância de um olhar atento pelo profissional. Esse caso também ilustra o papel importante da Atenção Primária à Saúde (APS) ao acionar os outros setores para produzir saúde, exercício que foi fundamental em vários momentos tanto para os residentes quanto para a equipe que passou a priorizar mais a intersectorialidade a partir da experiência positiva dos residentes.

A partir do momento em que a média móvel de casos de contaminação por Covid-19 no município flertava com uma queda ainda no ano de 2020, foram realizadas ações mensais para prevenção de saúde para questões além do Covid-19, que, apesar do estado de pandemia, não poderiam ser negligenciadas. Entre essas ações, foi realizada a conscientização sobre o Setembro Amarelo, sensibilizada através do relato das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que mencionaram sobre casos de automutilação no território. Para esta ação, foi elaborado um painel com informações pertinentes e um mural de recados onde os usuários tinham liberdade para deixar mensagens positivas para o outro, além de ocorrer momentos de diálogo sobre a temática com os usuários que frequentavam o serviço de saúde naquele período.

Outra ação importante nesse período, foram os momentos com a psicóloga residente, chamados Fala que eu te escuto, em que o objetivo inicial era de ofertar espaços para os profissionais de saúde para que pudessem cuidar de sua saúde mental no trabalho. A ideia inicial era um momento em coletivo para tratar questões do coletivo com o recurso de oficinas terapêuticas, no entanto, com o número de ações que estavam sendo ofertadas naquele momento pelos residentes e as demandas intensas de trabalho, os encontros coletivos desta ação foram reduzidos e a proposta acabou se tornando individual. Desse modo, foram trabalhadas com profissionais da equipe (principalmente técnicas de enfermagem e ACS) questões que surgiam naquele momento: a rede de suporte familiar, conflitos em relação ao campo de trabalho, dependência química que dificultava questões básicas do cotidiano dentro e fora do trabalho, consequências/sequelas do Covid-19 — muitos profissionais

queixavam-se de se sentirem mais angustiados, com muito cansaço físico e mental após terem sido contaminados pelo vírus — etc.

Nesse e em outros momentos de atendimentos individuais, para lidar com um momento duro como este vivenciado mundialmente, a psicóloga residente também se dedicou a reinventar sua clínica:

Para voar não se pode ser certo, não se pode jogar fora o que é fluxo aberto. É necessário quebrar, fracionar, perder o inteiro, assumir as partes, esquecer das artes. Para voar é preciso abrir, esticar, arrebentar, queimar. Colar só depois. A bricolagem voa e essa lição não se aprende nas séries, não se aprende no sério. É preciso brincar. E vamos brincar (SANTOS, 2018, p. 157).

Brincar através da arteterapia, bioenergética e aromaterapia, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs) regulamentadas no SUS desde 2006 por uma Política Nacional (BRASIL, 2006), foram caminhos sustentados nessa clínica, na tentativa de fortalecer aos poucos neste serviço de saúde a tendência no SUS de um novo modo de pensar a saúde, deixando de introjetar toda a sua energia nesse modelo de medicina moderna que está em crise em contexto mundial (ISCHKANIANI; PELICIONI, 2012). Dessa forma, essa clínica que teve de ser realizada com restrições quanto à grupalidade no que se refere à comunidade, ousou-se com novos estudos e invenções.

Com a iniciativa do município, foi feito um mutirão em um sábado para que ficasse de fácil acesso aos usuários que tinham restrição de horários, uma ação envolvendo Outubro Rosa, Novembro Azul e monitorização de Covid-19. Foram realizadas coletas de exame citopatológico, requisição de mamografia e outros atendimentos voltados para a saúde da mulher. O mesmo ocorreu com a ação do Novembro Azul que realizou requisição do exame de antígeno prostático específico (PSA) para rastrear alterações na próstata. Enquanto a monitorização contou com a realização de testes rápidos para a detecção da Covid-19, onde pessoas que obtivessem o teste reagente eram encaminhadas para atendimento médico, assim como orientações e protocolos de isolamento a seguir.

Com a mudança da classificação de risco do município durante algumas semanas para alto², foi necessário realizar uma pausa das ações pela probabilidade

² O Mapa de Gestão de Risco foi implementado pela Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo

de contágio, prezando pela segurança dos usuários. Porém, logo que foi permitido, retornou-se com campanhas como Maio Laranja e Junho Violeta. Aproveitando da alta demanda na vacinação contra o Covid-19, nos dois meses foram realizadas palestras de sala de espera para a conscientização dos usuários, bem como a distribuição de cartilhas informativas elaboradas pelos profissionais residentes. No Maio Laranja, ainda, foi distribuído material para a plantação de sementes de girassol, elemento simbólico para representar a flor amarela da campanha de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes; esse movimento chamou a atenção pelo interesse dos usuários ao ouvir sobre a campanha e a interação falando sobre a relevância do tema e como sentiam falta desse tipo de ação e de outras no território. Já no Junho Violeta, o objetivo foi à conscientização dos usuários no combate à violência contra a pessoa idosa e também foi oportunizado pelo momento da sala de espera o diálogo com pessoas de diferentes idades, inclusive idosos, sobre os direitos e deveres da pessoa idosa e sobre os diversos tipos de violências que podem ser vítimas.

Seguindo os protocolos de cuidado diante da pandemia, tais como o distanciamento social, o cuidado com a aglomeração e ambientes fechados, foi realizado um grupo com mulheres sob responsabilidade das residentes enfermeira e psicóloga. Nesse grupo, que teve duração de cinco meses, foram abordados diversos temas: prevenção ao suicídio, autoestima, autocuidado, Outubro Rosa (foram abordados os mitos relacionados ao exame especial de rastreamento de neoplasias de colo de útero e mama e a importância desses exames), relacionamentos conjugais e familiares etc. Como estratégia de funcionamento durante a pandemia, o grupo teve pouca divulgação para que poucas pessoas participassem, portanto, participavam em média 3 a 5 mulheres por encontro. Os encontros foram realizados na Unidade de Saúde do Sauê, serviço de apoio da Unidade de Saúde de Coqueiral, onde se tinha um ambiente aberto e com ventilação natural. O fim do grupo se deu por conta de um aumento da média móvel de casos de contaminação por Covid-19, fazendo com que fossem tomadas medidas para reduzir os riscos.

Também foi realizada a ação do Varal Solidário, iniciativa da residente assistente social por um olhar sensível às questões socioeconômicas que

através do Decreto Nº 4636-R de 19 de abril de 2020 (ESPÍRITO SANTO, 2020a) e da Portaria Nº 068-R, de 19 de abril de 2020 (ESPÍRITO SANTO, 2020b), e tinha por objetivo classificar o risco de contaminação em baixo, moderado, alto e extremo.

atravessam determinada parcela da população do território. Para essa ação foram recolhidas doações, por parte da equipe e da comunidade, de roupas, brinquedos e calçados. Em uma área aberta, foram montados varais e criados protocolos para que nas datas das ações, os usuários escolhessem as doações com segurança. Nesses momentos foi oportunizado o diálogo com os usuários (majoritariamente mulheres) sobre temas como planejamento familiar. Essa ação visou trazer os usuários com maior vulnerabilidade para mais perto do serviço de saúde.

Considerando as atividades teóricas da residência, a Unidade Educacional de Gestão e Cuidados Coletivos teve um papel fundamental na inserção dos residentes no serviço de saúde, a partir de sua proposta inicial de construção de um planejamento e posterior intervenção prática. A primeira fase dessa construção se deu através do diagnóstico situacional. Com as mudanças administrativas e políticas, essa construção inicialmente se tornou um grande desafio para o grupo de residentes. Construindo de forma coletiva com as ACS, as residentes, enfermeira e psicóloga, deram números para a leitura da realidade deste território. E através desses números foram produzidas inquietações e geraram mais ações. Como proposta desta unidade educacional, estruturou-se um projeto aplicativo com intervenções a serem realizadas abordando não só o problema principal (casos de hipertensão no território), mas com o objetivo de deixar transformações para o serviço de saúde que o fortaleça.

Dentre as ações previstas pelo projeto aplicativo foi a inserção tecnológica por meio das mídias sociais, recurso que se tornou essencial neste período da pandemia. Tais recursos contribuíram para aproximar o usuário do serviço de saúde, principalmente no período de vacinação contra o Covid-19 e influenza, em que periodicamente a equipe precisava divulgar informações sobre os grupos a serem atendidos. Tais recursos visam à melhoria no atendimento dos usuários ao ampliar a oferta de cuidado com informativos sobre saúde e processo de organização do serviço, bem como busca favorecer a dinamização do trabalho da equipe.

Outra ação envolvendo os recursos tecnológicos que foi prevista pelo projeto aplicativo, foi a capacitação das ACS para o uso do sistema de informações do município. A maior parte do grupo de ACS deste serviço de saúde apresenta dificuldade no manuseio de computadores, o que estabelece um desafio para solucionar questões do sistema de informação. Sendo assim, essa ação em

específico visou retirar dúvidas e promover um processo de aprendizagem para que pudessem aprimorar suas habilidades e solucionar os problemas, por exemplo, de cadastramento de usuários. Um dos produtos dessa ação foi a elaboração de uma cartilha com tutoriais para facilitar a replicação dos conhecimentos mobilizados.

Não só em detrimento das ações do projeto aplicativo que a tecnologia foi trazida para esse espaço. Costumeiramente recebíamos questionamentos por parte dos usuários sobre encaminhamentos que foram deixados no serviço para o atendimento psicológico, e como estes ficavam sob cuidados do profissional psicólogo que frequentava de uma a duas vezes na semana aquele serviço, a equipe dificilmente conseguia dar um retorno aos usuários sobre a sua situação na “lista de espera”. Foi nesse contexto que surgiu a ideia de informatizar a lista de espera do setor da psicologia que, até então, eram guias de referências armazenadas em envelopes e gavetas, com pouco ordenamento e sem estratificação de risco. Em contato com o profissional do administrativo, solicitou-se que verificasse a possibilidade de ativação da funcionalidade de lista de espera no sistema de informação tal como existia no sistema dos profissionais vinculados à atenção secundária do município. Uma vez que foi possibilitado tal recurso, foi feito um trabalho intensivo de cerca de três meses para organizar as guias de referência e alimentar o novo sistema com todas as informações pertinentes. Como produto desta intervenção, os psicólogos passaram a seguir uma ordem automaticamente dada pelo sistema considerando a data em que foi deixado o encaminhamento no serviço e/ou risco de saúde considerado na avaliação preliminar do profissional que fez o encaminhamento.

É interessante pontuar que esse trabalho só foi possível porque o profissional residente multiprofissional vivencia de fato o contato com outros profissionais, de forma que facilita um olhar amplo do processo de trabalho que contribui no desenvolvimento de ações simples e eficazes que o profissional, muitas vezes sobrecarregado com as demandas clínicas, não consegue enxergar mudanças no processo de trabalho como uma possibilidade. Com esse olhar, a residência permitiu tornar trabalho em equipe aquilo que era compreendido como trabalho individual. Dentre vários exemplos, pode se destacar: a alta demanda da vacinação, em que os residentes deram suporte no setor e nas campanhas de vacinação do município, tanto na imunização propriamente dita (neste caso,

pela residente enfermeira), quanto na organização dos atendimentos para que não houvessem conflitos e aglomerações dado o número elevado de pessoas, mas também na elaboração de documentos comprobatórios, em que a residente psicóloga criou um cartão de vacina próprio da UBS para comprovar e orientar a vacinação do Covid-19; outro exemplo relevante é o processo de mapeamento do território de abrangência em que o grupo de residência tem contribuído para atualizar os dados e para que posteriormente seja construído um novo mapa inteligente, já que o atual não é atualizado há alguns anos.

É através desse contato com toda a equipe que o profissional percebe como pode vir a contribuir com o trabalho de todos a partir não só de sua formação, mas dos encontros que lhe é possibilitado pelos lugares acadêmicos em que se ocupa. Exemplo disso foram as ofertas de educação em saúde envolvendo as profissionais ACS, com temas escolhidos pelas mesmas. Inicialmente, esses momentos tiveram como objetivo discutir de forma livre sobre os direitos básicos da assistência social, com participação das profissionais residentes. Depois surgiram temas relacionados a cuidados de saúde e políticas de saúde, abordando, por exemplo, o tema da ansiedade (algo predominante no território enquanto diagnóstico) para desmistificar o que seria uma ansiedade natural e o que seria uma ansiedade patológica, o tema de políticas de atenção integral à saúde, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e o novo modelo do financiamento da APS. O último tema surgiu como proposta a partir de mudanças e orientações por parte da gestão municipal que tinham direto impacto no trabalho de vários profissionais, mas principalmente das ACS. Com receio das mudanças, as mesmas solicitaram para que tivessem um espaço para tentar entender tais mudanças e discutir as possíveis consequências positivas e negativas dessas mudanças.

Há uma crítica de que o profissional da saúde muitas vezes pouco sabe sobre como oportunizar processos formativos dentro da APS. As experiências com as tutorias do programa de residência puderam contribuir para mediar as discussões em momentos como o supracitado, uma vez que foram utilizados recursos da metodologia ativa e buscou-se evitar esse lugar de sujeito que tudo sabe, priorizando as partilhas e o envolvimento de todo o grupo no debate, sem que as residentes mediadoras das discussões expressassem uma opinião baseada em juízo de valor enquanto resposta para os problemas colocados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Residência Multiprofissional se mostra como uma modalidade potente e disruptiva às práticas hegemônicas constantemente questionadas pela adoção de um modelo biomédico e centrado no cuidado clínico individual. O compromisso em uma atuação multiprofissional leva a uma tentativa de produzir mudanças no cotidiano de um serviço, partindo do pressuposto de desnaturalizar atitudes e conhecimentos engessados. Os residentes desempenham um papel fundamental no “*É assim! Sempre foi...*” da equipe de saúde para provocar um “*Pode ser assim! Ou de que outro jeito podemos fazer?*”, provocando a não aceitação de um cenário que é sempre o mesmo, inquietando e responsabilizando o papel de cada um nessas mudanças.

Nesse contexto pandêmico evidenciou-se que a inserção dos residentes no campo foi em um momento único, onde se podem contemplar as suas habilidades, seus conhecimentos teórico-práticos e acompanhar situações que exigiram posicionamento profissional e humano. O corpo residente neste momento, para a equipe, possibilitou que a ESF não sucumbisse totalmente diante das mudanças epidemiológicas e de organização do SUS.

Entretanto, por mais que as residentes tenham buscado inovar durante a atuação neste cenário, houve o prejuízo da realização de algumas atividades que pode estar interligado ao fator cultural e ao costume social predominante no município. Por exemplo, as residentes não puderam até o momento realizar puericultura, acompanhamento de pré-natal, matriciamento, Projeto Terapêutico Singular (PTS), reuniões de equipe que não sejam apenas para organizar o fluxo de trabalho do serviço, dentre outras atividades essenciais da Saúde da Família. Ainda assim, há um desejo por diversos atores sociais que ainda não compreendem o papel do residente multiprofissional e esperam desses profissionais apenas o atendimento clínico individual. Desse modo, evidencia-se a importância de explorar mais o residente em suas vertentes incentivando o pensar crítico e proporcionando troca de saberes entre as diversas formações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) nº 2/12. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 abr. 2012.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1: Poder Executivo, Brasília, p. 24-25, 16 abr. 2012. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192. Acesso em: 22 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Gabinete do Governador. **Decreto nº 4636-R, de 19 de abril de 2020**. Institui o mapeamento de risco para o estabelecimento de medidas qualificadas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus (Covid-19) e dá outras providências. 2020a. Disponível em: https://coronavirus.es.gov.br/Media/Coronavirus/Legislacao/DECRETO%20n%C2%BA%204636-R,%20de%2019_04_2020%20-%20%20DIO%20Extra%20de%20%2019_04_2020%20-%20com%C3%A9rcios%20regi%C3%B5es%20-%20PDF.pdf. Acesso em: 10 set. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria do Estado de Saúde (SESA). Lei Complementar nº 909, de 26 de abril de 2019. Cria o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde e institui o Subsistema Estadual de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o Programa de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial Espírito Santo**: Vitória, ES, 2019.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria do Estado de Saúde (SESA). Portaria nº 068-R, de 19 de abril de 2020. Dispõe sobre o mapeamento de risco para o estabelecimento de medidas qualificadas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus (Covid-19), instituído pelo Decreto nº 4636-R, de 19 de abril de 2020, e dá outras providências. **Diário Oficial Espírito Santo**: Vitória, ES, 2020bl. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Portarias/PORTARIA%20068-R%20-%20MAPEAMENTO%20DE%20RISCO%20PARA%20O%20ESTABELECIMENTO.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

GADOTTI, M. **Educação integral no Brasil**: inovações em processo. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2009. Disponível em: http://acervo.paulofreire.org:8080/xmlui/bitstream/handle/7891/3079/FPF_PTPF_12_076.pdf. Acesso em: 22 jul. 2021.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BpBkLQxYvNVRmGJ7fxmQ6Cp/?lang=pt#>. Acesso em: 23 jul. 2021.

ISCHKANIAN, P. C.; PELICIONI, M. C. F. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando à promoção da saúde. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 233-238, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822012000200016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 jul. 2021.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais da Saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 369-79, mar-ago. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200012>. Acesso: 22 jul. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (Covid-19) na atenção primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.cremeb.org.br/index.php/normas/protocolo-de-manejo-clinico-do-coronavirus-covid-19-na-atencao-primaria-a-saude-versao-7/>. Acesso em: 24 jul. 2021.

NASCIMENTO, D. D. G. do; OLIVEIRA, M. A. de C. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mCRtDzTkXpWYfmy3WwPv6PL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2021.

OLIVEIRA, B. D. D. *et al.* Triagem e adequação do fluxo de pacientes no departamento de emergência de um hospital terciário durante a pandemia de Covid-19: relato de experiência. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology) – Visa em Debate*, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 185-189, 2020. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1632>. Acesso em: 25 jul. 2021.

SANTOS, M. R. dos. De lobos e dragões: tributo a Gilles Deleuze e Félix Guattari. *ClimaCom*, Campinas, ano 5, n. 11, abr. 2018. Disponível em: <http://climacom.mudancasclimaticas.net.br/de-lobos-e-dragoes-tributo-a-gilles-deleuze-e-felix-guattari/>. Acesso em: 23 jul. 2021.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO CAMPO DE PRÁTICA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS

Paola Karolyne Jandrey
Gabriela Pôrto Marques
Kelen Borchardt da Silva
Lívia Rosas Ferreira

Frederico Felipe Costa Tebas de Freitas

É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode
melhorar a próxima prática (Freire, 2018, p. 40)

INTRODUÇÃO

Relatos de experiências são importantes metodologias para a descrição de uma vivência particular que suscita reflexões individuais e/ou coletivas sobre um fenômeno específico em um dado contexto (LOPES, 2012). Trata-se da descrição de uma experiência vivida que pode contribuir com a construção de conhecimento na área de atuação, envolvendo inclusive processos crítico-reflexivos e avaliativos sobre a prática.

Neste capítulo apresentaremos um relato de experiência com o objetivo de compartilhar reflexões sobre um momento vivenciado por residentes e preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) e atuantes no campo de prática da Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA).

Para fins de contextualização, introduziremos alguns elementos pertinentes a este relato sobre a Educação Permanente em Saúde, a formação multiprofissional e as práticas interprofissionais em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Vigilância Sanitária (VISA).

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o mundo vive hoje uma escassez de profissionais de saúde que afeta de forma expressiva a maneira com que conseguimos lidar com os problemas de saúde da população e a qualidade dos serviços prestados. Como fator agravante dessa crise, destaca-se a carência de políticas públicas que sejam capazes de gerar práticas de educação interprofissional e colaborativas, diminuindo a distância entre o saber e o fazer e que integrem a formação do profissional ao seu campo de atuação (WHO, 2010).

No Brasil, as discussões sobre educação profissional na saúde, geradas dentro da Organização Pan-Americana de Saúde na década de 1970, influenciaram as Reformas Sanitárias que se seguiram. A partir disso, criou-se o ambiente propício que fomentaria, posteriormente, a normatização da educação na saúde (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017), refletida na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, onde se encontra prevista a ordenação da formação de recursos humanos na saúde (BRASIL, 1990).

Na educação em Saúde, a educação realizada entre os trabalhadores é denominada Educação Permanente em Saúde (EPS), representando uma mudança na perspectiva de educação dos trabalhadores dentro da saúde. A EPS propõe um aprendizado articulado com o trabalho, com a realidade e com o contexto em que o trabalhador está inserido. Possibilita também a problematização da ação dentro de seu campo de prática, dando um protagonismo para os atores, utilizando uma abordagem de equipe, focando na interação, evitando a fragmentação disciplinar e saindo do campo da sala de aula (BRASIL, 2009). Contudo, a EPS necessita de mais esforços e articulação dentro do SUS na perspectiva de construção dialógica e compartilhada, pensando numa nova prática de trabalho (BRASIL, 2018a).

Diante dessa necessidade, foram criadas pelo Ministério da Educação as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) por meio da Lei 11.129/2005 (BRASIL, 2005), que se caracterizam como uma pós-graduação *lato sensu* e se mostram como uma estratégia de educação permanente promotora do desenvolvimento técnico e profissional, por meio da integração do ensino-serviço-comunidade, operacionalizado através das práticas integrativas colaborativas que ocorrem no campo de prática (NASCIMENTO; OMENA, 2021). Também se

almeja com as RMS, a formação de profissionais que atuem de forma integrada no SUS, capazes de transformar a maneira de atuar em saúde (SILVA *et al.*, 2016).

No que tange à EPS no estado do Espírito Santo (ES), temos como marco importante a criação do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) no ano de 2019. O ICEPi é uma unidade administrativa que integra a estrutura da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) e ao qual compete a formação, o desenvolvimento e a qualificação de trabalhadores do SUS e para o SUS, tendo como premissa a educação permanente, a integração entre o ensino, serviço e a comunidade (ESPÍRITO SANTO, 2019a).

Dentre as estratégias criadas para alcance dos objetivos do ICEPi na EPS, destacamos os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde, que demonstram como a educação interprofissional, colaborativa e baseada nos problemas dos territórios é capaz de fortalecer o sistema de saúde, aumentando sua resolutividade e a qualidade dos serviços ofertados (WHO, 2010).

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) do ICEPi têm o objetivo de formar profissionais que atuem de forma integrada no SUS, com a inserção dos profissionais residentes nos setores da SESA como campo de prática. Essa inserção possibilita vivências, construções e trocas entre profissionais da saúde de diferentes categorias, uma vez que promove encontros e práticas interprofissionais entre residentes, servidores, técnicos e preceptores. Vale aqui destacar que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do ICEPi são baseados em metodologias ativas de ensino e serviço.

Os PRMS do ICEPi se baseiam no ensino crítico-reflexivo, uma vez que fazem uso do campo de prática no ensino, consideram os atores envolvidos no processo de ensino e aprendizagem com seus protagonismos sociais, induzem a uma construção de competências de forma compartilhadas e realizam avaliações formativas com vistas a fortalecer o desenvolvimento de atitudes críticas e reflexivas do profissional (ESPÍRITO SANTO, 2019b).

O ensino crítico-reflexivo parte da premissa de que indivíduos transformam a realidade que os cerca, pois, ao invés de aceitarem um modelo pronto, interferem na realidade por meio de sua leitura de mundo, tanto influenciando o meio quanto sendo por ele influenciado (JARDILINO; ARANGO, 2020).

Nesse contexto, as metodologias ativas de ensino e aprendizagem se destacam por induzirem, através de uma vivência problematizadora, à formação da visão crítica e reflexiva do indivíduo nos espaços em que este está inserido (BERBEL, 1998). Segundo Berbel (2011), as metodologias ativas baseiam-se em formas de desenvolver o processo de aprender, utilizando experiências reais ou simuladas, visando às condições de solucionar desafios advindos das atividades essenciais da prática social em diferentes contextos. Tendo como base a problematização, elas impulsionam o processo de ensino-aprendizagem, fazendo com que os atores envolvidos no processo se tornem protagonistas do desenvolvimento cognitivo e intelectual, tanto do grupo em que se encontram inseridos, quanto individualmente (BERBEL, 1998).

Enquanto uma metodologia problematizadora, são inúmeras as estratégias para a condução do processo de ensino-aprendizagem (LOVATO *et al.*, 2018). No programa de RMS do ICEPi, foi adotada a estratégia de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), com a utilização da ferramenta denominada Espiral Construtivista, que possui duas etapas, com seis movimentos cada (LIMA, 2017), conforme demonstrado no Apêndice 1.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA DO ICEPI: A VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMO CAMPO DE PRÁTICA

Dos diversos campos de atuação das RMS criadas no âmbito do ICEPi (ESPÍRITO SANTO, 2019b), destacamos a RMS em Saúde Coletiva com Ênfase em Vigilância em Saúde. Entende-se por Vigilância em Saúde (VS)

o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018b, p. 2).

Em sua conformação, a VS é composta pelas Vigilâncias Ambiental, Epidemiológica, Saúde do Trabalhador e Sanitária, esta última sendo o campo

de prática do presente relato. A Vigilância Sanitária (VISA) é definida na Lei nº. 8.080/1990 como o conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens, e da prestação de serviços do interesse da saúde. Abrange o controle de bens, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e todos os processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990).

Integrante da área da Saúde Coletiva, as ações de VISA englobam atividades de natureza multiprofissional e interinstitucional com ampla demanda de conhecimento de diversas áreas do saber que se complementam de forma articulada (COSTA, 2009). Um dos motivos para essa ampla demanda de informação e conhecimento científico aprimorado e permanentemente atualizado pode ser atribuído à diversidade de objetos — alimentos, agrotóxicos, saneantes, cosméticos, medicamentos, múltiplos serviços de saúde, meios diagnósticos, equipamentos e tantos outros — e de práticas — normatização, autorização de funcionamento de empresas, licença de estabelecimentos, registro de produtos, inspeção, fiscalização, monitoramento de qualidade, de efeitos adversos, controle de propaganda e embalagens, entre outras — que compõem as ações de VISA (COSTA, 2008).

No ES, cada um dos 78 municípios possui uma equipe de VISA. Já a VISA Estadual possui os seguintes componentes: o Núcleo Especial de Vigilância Sanitária (NEVS), responsável por coordenar a Vigilância Sanitária Estadual e executar as ações de VISA nos municípios da região metropolitana de saúde; e por quatro Núcleos de Vigilância em Saúde localizados em cada superintendência regional de saúde, responsáveis por apoiar a execução das ações de VISA nos municípios de sua respectiva região.

Atualmente, tanto o NEVS quanto os Núcleos de Vigilância em Saúde regionais são cenários de prática vinculados ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Vigilância em Saúde do ICEPi. Neste contexto, o campo de prática da VISA Estadual proporciona ao residente experiência em diversas frentes de atuação como gestão, regulação, educação, monitoramento e controle do risco sanitário, trazendo a compreensão

de como se dá o andamento dos serviços prestados e bem como da correlação com as ações de prevenção, promoção e proteção da saúde.

O PROJETO DE APOIO INSTITUCIONAL PARA ELABORAÇÃO DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (PMS)

Desde o nascimento do SUS, inúmeros instrumentos foram criados para auxiliar no processo de estruturação dos estados e municípios e, conseqüentemente, na descentralização das atividades de saúde para esses entes (KROTH; GUIMARÃES, 2019). Dentre esses instrumentos, destacam-se os Planos de Saúde como norteadores da análise situacional, das necessidades de saúde da população e das peculiaridades próprias de cada esfera (BRASIL, 2013). Os Planos de Saúde, dentro da Lei nº 8.080/1990, são de competência desde o nível federal, com a elaboração de um planejamento estratégico sobre as ações de saúde, até o nível municipal, onde compete ao município participar do planejamento do SUS (BRASIL, 1990).

Dada a importância dos Planos Municipais de Saúde (PMS) nos processos de gestão dos municípios, a SESA, por meio de apoio pedagógico do ICEPi, desenvolveu o Projeto de Apoio Institucional para Elaboração dos Planos Municipais de Saúde (2022-2025). O Projeto tem como objetivo qualificar o processo de elaboração dos PMS para uma construção coletiva dos conteúdos pelas áreas técnicas e gestões municipais; potencializar o enfoque regional para a consolidação das redes Regionais de Atenção e Vigilância em Saúde e das políticas de saúde prioritárias do SUS. Além disso, visa oferecer subsídios aos municípios através de oficinas de planejamento durante um período de seis meses, conduzidas por tutores da SESA capacitados pelo ICEPi.

Nossa contribuição para o Projeto de Apoio aos municípios aconteceu dentro da Etapa IV, que consistiu na realização de oficinas virtuais de aprendizagem sobre todos os temas constantes na Diretriz I do Plano Estadual de Saúde 2020-2023 (ESPÍRITO SANTO, 2019c). O objetivo das oficinas foi promover o diálogo com os municípios ofertando pistas de conteúdos de relevância e agendas propositivas para a política de saúde a serem contempladas nos PMS como Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI). A pedido do ICEPi, o NEVS, na figura de um dos preceptores, foi convidado a levar para essa Etapa a temática

da inserção da VISA nos PMS. O processo que foi percorrido desde o convite do ICEPi até a efetiva participação nas oficinas está representado no Apêndice 2.

Embora no momento do convite do ICEPi ainda não estivesse muito claro de que forma poderíamos trabalhar o tema da inserção da VISA nos PMS, aos preceptores era nítido que essa demanda externa poderia ser caracterizada como uma situação problematizadora. Essa situação permitiu adotar a estratégia de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), explorando o uso da Espiral Construtivista para o desenvolvimento da atividade para, conjuntamente com os residentes, desenvolver o protagonismo dos atores e impulsionar o processo de ensino-aprendizagem no campo de prática. Dessa forma, oportunizou-se um momento de desenvolver a EPS, construído com o intuito de articular a Vigilância Sanitária com o processo de elaboração dos PMS. Os movimentos tomados por nosso grupo na evolução das duas etapas da Espiral Construtivista são apresentados a seguir.

A síntese provisória

Ante a situação-problema, a atividade foi realizada no formato de um grupo de trabalho composto por um técnico, dois preceptores e três residentes, sendo: uma enfermeira, uma bióloga e uma nutricionista. Nesse primeiro momento, o grupo compartilhou suas experiências, entendimentos e vivências com relação à inserção da VISA nos Planos de Saúde. Dentre o nosso grupo, as residentes bióloga e nutricionista já estavam participando como tutoras desse projeto e, por consequência, tinham ideia de como foi pensado o processo, como ele ocorreu, suas facilidades e dificuldades, pelo que os técnicos municipais tinham passado e quais eram as expectativas na fala da referência técnica de Vigilância em Saúde. Por outro lado, para a outra parte do grupo, era a primeira vez que essa situação-problema era encarada. Dessa forma, a diversidade imperou nesse primeiro movimento, de maneira que diferentes problemas puderam ser levantados para que as hipóteses que os explicassem fossem coletivamente construídas.

Nessa discussão inicial, um problema chamou a atenção dos participantes: a VISA encontrava-se pouco inserida nos Planos de Saúde, quer fossem eles municipais ou estadual. Esse problema suscitou diversas hipóteses entres os

participantes das quais os vazios de saber e angústias expostas foram convertidas nas seguintes questões de aprendizagem para o grupo: Qual a importância de um Plano de Saúde? A vigilância sanitária é um ponto a ser contemplado em um PMS? Quais indicadores de vigilância sanitária deveriam estar em um PMS? Como as ações de vigilância sanitária poderiam entrar em um PMS? Que tipo de material deveria ser elaborado para as referências técnicas?

A nova síntese

A construção da nova síntese foi precedida de análise documental e, no encontro seguinte, cada um de nós pôde apresentar o seu achado em relação ao tema. Esse movimento foi de extrema importância para o grupo na construção do saber coletivo, pois nos ficou clara a importância da individualidade e da participação de cada um.

Embora as questões de aprendizagem fossem as mesmas para todos, cada participante trouxe uma diferente perspectiva de explicação para as mesmas, de forma que a construção do saber foi um evento coletivo e compartilhado. Dentre as diversas fontes consultadas pelo grupo, destacamos: (i) o Plano Estadual de Saúde 2020-2023; (ii) o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), de 2007; (iii) as publicações mais recentes do Ministério da Saúde cuja temática envolviam a avaliação das ações de Vigilância Sanitária; (iv) artigos científicos, cujo objeto de abordagem tenha sido indicadores de VISA; (v) os Relatórios de Gestão da ANVISA de 2019 e 2020; (vi) os Planos Estaduais de Saúde de outras unidades federativas; e (vii) os Planos Municipais de Saúde do ES e de outras capitais da federação que fossem possíveis de encontrar em uma busca pela internet. O objetivo da análise dos planos estaduais e municipais de saúde foi identificar estratégias bem sucedidas de contextualização e referência das ações de VISA por meio de DOMI.

A partir desse compartilhamento, alguns pressupostos foram estabelecidos e serviram como balizadores para elaboração do material técnico. Em primeiro plano, o reconhecimento pelo grupo de trabalho da ausência de um indicador universal relacionado à vigilância sanitária e pactuado em todo território nacional (BRASIL, 2019). Como consequência, o indicador “Percentual de municípios que

realizam no mínimo seis grupos de ações de VISA, consideradas necessárias a todos os municípios”, que foi identificado na maioria dos Planos Municipais de Saúde consultados, já não poderia mais ser utilizado. E ainda, o reconhecimento de que a VISA poderia não ter sido considerada pelos municípios na Etapa I do Projeto de Apoio Institucional, referente à construção do diagnóstico situacional do município, e como desdobramento não haveria previsão de DOMI sobre a temática de VISA.

Nesse momento, novamente o grupo se encontrou sem um ponto de partida e com o seguinte questionamento: como elaborar um material sobre indicadores de VISA que contemple as diversas realidades dos municípios do Estado?

Sendo assim, como estratégia para organizar, dinamizar e resumir a grande quantidade de informações levantadas pelo grupo de trabalho sobre a temática de indicadores de VISA, decidiu-se adotar a construção de um Mapa Cognitivo através da página eletrônica Mindmeister®. Estudos demonstram que o mapeamento cognitivo é uma ferramenta interativa que busca clarificar problemas complexos e facilitar o processo grupal de encontrar soluções, voltando-se especialmente para a explicitação dos processos de construção de sentido e a estruturação de conhecimento, tanto entre indivíduos quanto entre grupos e organizações (BASTOS, 2002).

A montagem do Mapa Cognitivo foi desenvolvida de forma não estruturada em três encontros do grupo, considerando a construção individual e coletiva do conhecimento sobre a temática. Após cada encontro de discussão e revisão da proposta, os integrantes ficavam responsáveis em incrementar individualmente o mapa com as respostas das novas questões de aprendizagem que surgiam no decorrer de cada encontro. É importante destacar que durante o processo de elaboração do Mapa Cognitivo pelo grupo, os preceptores participaram fazendo observações, recomendações, sugestões e correções, o que representou parte do processo de avaliação formativa da atividade.

Assim, o Mapa Cognitivo elaborado (Apêndice 3) partiu do tema central “Vigilância Sanitária” com a diretriz “Ampliar o acesso seguro da população a produtos e serviços sujeitos à Vigilância Sanitária”, ramificando nos seguintes componentes principais: (i) estrutura e recursos; (ii) controle do risco sanitário; (iii) monitoramento do risco sanitário; (iv) regulação; (v) integração e parceiras;

(vi) comunicação e educação para a saúde; e (vii) gestão. Cada componente principal foi desdobrado em componentes secundários, que então foram finalizados em mais um terceiro nível de ramificação com propostas de metas e indicadores relacionados.

Mesmo que o rol de indicadores e metas proposto tenha sido somente exemplificativo e não exaustivo, o grupo considerou que o Mapa Cognitivo desenvolvido resultou na abrangência das ações de VISA de forma clara e concisa e que a ferramenta digital poderia ser uma aliada bastante inovadora e dinâmica no objetivo de se tornar o próprio material técnico que auxiliaria os técnicos municipais a identificarem seus próprios indicadores para a VISA. Diante disso, o grupo elaborou um infográfico (Apêndice 4) com as principais dicas para os técnicos municipais pensarem no planejamento de seus indicadores de VISA. O material elaborado foi apresentado na Etapa IV do Projeto de Apoio Institucional, em uma oficina virtual com a participação de integrantes de todos os municípios do ES.

De maneira geral, a utilização do Mapa Cognitivo para auxiliar os municípios na inserção da temática de VISA nos PMS suprindo a dificuldade relatada anteriormente de falta de indicadores para a Vigilância Sanitária, incentivou a busca e aprofundamento de conhecimento por parte do grupo, assim como possibilitou uma condução de saberes de maneira dinâmica para que o conteúdo apresentado pudesse ser assimilado de acordo com a real situação de cada município.

Embora ao término de cada reunião houvesse uma avaliação dos participantes sobre a etapa concluída, ao final do processo o grupo se reuniu para realização de uma avaliação formativa que considerou a individualidade dos participantes e de cada um dos componentes do grupo nos quesitos de suas contribuições, participação, impressões e dificuldades encontradas nesse processo.

O MOMENTO DA PRÁXIS: O QUE REFLETIMOS A PARTIR DESSA ATIVIDADE?

Em um primeiro momento, quando entramos em contato com o Plano Estadual de Saúde para compreender como a VISA estava encaixada dentro desse planejamento, deparamo-nos com certa frustração diante da pouca participação da VISA neste espaço. Posteriormente, procurando nos municípios do ES e em diversas outras cidades, começamos a perceber que essa é uma situação comum

dentro do planejamento realizado com esse instrumento. Há uma participação forte da assistência dentro dos planos de saúde, mas uma participação mediana da área de Vigilância em Saúde (onde a Vigilância Epidemiológica ganha um maior destaque). Dentro da própria RMS em Saúde Coletiva com Ênfase em Vigilância em Saúde do ICEPi a área de Vigilância Epidemiológica é muito mais fortalecida e aprofundada, estando presente em diversos campos de prática e setores da SESA, ao passo que a VISA e as demais vigilâncias ficam à margem e restritas a somente um campo de prática.

Em seguida refletimos sobre a inserção da VISA dentro do próprio planejamento estratégico e a complexidade dessa atividade dos PMS, pois não havia um olhar de planejamento. Esse olhar estava fragilizado na questão de se inserir dentro do governo, de planejar as ações, documentar, se inserir dentro das discussões vigentes. Compreendemos que a atuação dentro da VISA no ES é complexa, há vários problemas e situações que perpassam trabalhar essa atuação. Não é simplesmente falar que não há o planejamento, mas é compreender o porquê não há um maior planejamento dentro desse setor.

Primeiramente, muitas atividades ficam concentradas dentro da VISA estadual, onde é priorizada atividades de fiscalização e licenciamento, deixando de lado outras atividades. Segundo Corrêa (2009) é de competência dos estados dentro da Vigilância Sanitária coordenar as ações, complementar normas e ações, cooperação técnica, informar e orientar a população por meio de atividades educativas, realizar educação permanente e de maneira complementar assumir a atuação da VISA em municípios que não possuem estruturado esse segmento. Sales *et al.* (2018) evidenciam que essa característica de enfoque em atividades de fiscalização e licenciamento é condizente com um modelo de VISA tradicional. Por outro lado, segundo os autores, o modelo de nova vigilância propõe uma atuação mais ampla, tirando a VISA de um isolamento, trabalhando com profissionais de outras áreas e com a população, pautando-se em atividades de educação e planejamento colaborativo. Em nossas discussões e reflexões sobre a atuação da VISA no estado do ES, entendemos que essa vigilância ainda encontra-se mais próxima de um modelo de vigilância tradicional do que uma nova vigilância.

Além disso, reforçando essa situação frágil, encontra-se um baixo quantitativo de profissionais que acabam sobrecarregados com tanta demanda.

Há uma parte extremamente fragilizada (e em alguns casos ausente) da gestão, do apoio jurídico, de uma equipe de regulação, de educação e de momentos de participação popular.

Essa problemática da falta de profissionais já era evidenciada por Souza e Stein (2008), citando que a falta de equipe é um dos entraves para a descentralização, sendo necessário contratar profissionais, principalmente via concurso público, para suprir a falta, diminuir a rotatividade e os problemas relacionados à fiscalização, e evitar que questões políticas intervenham na estabilidade dos profissionais.

Ademais, o caso do ES se aproxima do evidenciado na pesquisa de Lucchese (2001) na qual o autor constata que o trabalho da VISA se diferencia dos demais trabalhos da saúde por se efetivar através da lei e de outras normas jurídicas, mas, em contrapartida, não há uma proteção jurídica para quem exerce essa função dentro da VISA, sendo que essa assistência jurídica, em casos extremos, deve ser buscada em outros órgãos do estado, enquanto no caso do ES, por não haver uma proteção jurídica, os próprios profissionais arcam sozinhos com esse papel.

Esse ritmo intenso de ações, o quantitativo reduzido de profissionais, a falta de estrutura física e outros itens necessários (como carros, novos equipamentos, sistemas informatizados), leva a um desconhecimento das potencialidades que a VISA tem e transparece certa imaturidade em algumas ações que já são mais fortalecidas em outros estados.

Além disso, tanto para nós como também observado nas explicações das temáticas das oficinas e nas falas dos profissionais, há uma dificuldade em planejar dentro da VISA por não ter indicadores para as ações realizadas ou ferramentas que auxiliem o diagnóstico situacional. Anteriormente era utilizado o indicador 20 da Pactuação Interfederativa que se tratava de “Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária”, entretanto em 2019 esse indicador foi abolido por meio da Resolução nº 45, de 25 de julho de 2019 (BRASIL, 2019), fazendo com que houvesse uma enorme dificuldade em estabelecer metas e pensar em possibilidades dentro dos Planos.

Tais fatos nos demonstram como se faz necessária a ruptura de um modelo de descentralização descendente para uma descentralização ascendente, baseada no conhecimento, pelas VISAs, de suas capacidades, de seus territórios,

de suas estruturas, de suas interações com demais áreas da saúde e sociedade. Acreditamos que esse seja um passo importante para o fortalecimento da VISA, principalmente se esse movimento for disparado pela VISA estadual enquanto ente norteador do Sistema Estadual de VISA.

Frente a essas dificuldades, consideramos que o mapa cognitivo seja uma ferramenta essencial em apontar possíveis pontos a serem observados dentro das VISAs municipais em seus diagnósticos para o planejamento. Esses pontos foram pensados para auxiliar na ponderação e avaliação das fragilidades, estabelecendo prioridades conforme sua aplicabilidade e urgência.

O processo de elaboração do Mapa Cognitivo, a produção do infográfico e a participação na oficina de planejamento junto ao Projeto de Apoio Institucional da SESA foram, além de um desafio, uma apresentação às possibilidades de qualificação e de inserção de ações para o fortalecimento da VISA. Além disso, esse momento se constituiu num espaço de discussão e de aprendizado acerca do papel da VISA, de seus campos de atuação e sua correlação com o planejamento estratégico, indo muito além do teórico, mas compreendendo e problematizando esses assuntos a partir de nossa prática profissional, tanto dos preceptores quanto dos residentes.

Nesse sentido, assim como apontado por Guimarães e Corvino (2016), entendemos que a inserção da EPS no campo da VISA seja também uma forma de conseguir êxito numa transformação da VISA, ao proporcionar uma reflexão dos servidores sobre seus conhecimentos e suas práticas profissionais, a partir das especificidades do local de trabalho e da individualidade dos mesmos.

Para alguns de nós esse processo proporcionou uma compreensão mais ampla da VISA, da sua estruturação, seus processos e problemáticas. Para outros, também permitiu um maior contato com a ABP e as metodologias ativas. Como já mencionamos, as RMS do ICEPi são baseadas em metodologias ativas, entretanto, na opinião de algumas residentes do Programa, a metodologia, por vezes, acaba sendo rasa, não atingindo o objetivo de problematização e criticização da realidade, principalmente por inserir casos que não necessariamente condizem com a realidade vivenciada. Além disso, há a impossibilidade de aprofundamento nas temáticas — até mesmo pela complexidade da RMS, que exige uma carga horária extensa, atividades diversas e o conhecimento de uma especialização — e ao mesmo tempo um distanciamento da formação inicial dos profissionais.

Essa atividade nos permitiu aplicar as metodologias ativas a partir de uma nova perspectiva e mudar nosso pensamento. Correlacionar esse tipo de aprendizagem à prática nos auxiliou a rever a aplicabilidade, verificar que é possível criar uma aprendizagem significativa e uma visão crítica sobre a realidade. Consideramos que se constituiu como uma prática de EPS condizente com o que esperávamos encontrar dentro da RMS, com uma reflexão do processo de formação e de trabalho, aprendendo com o trabalho em equipe, num aprendizado horizontal e fora dos moldes acadêmicos tradicionais.

Ainda, por meio da elaboração conjunta de materiais e das trocas de saberes entre residentes e preceptores de diferentes áreas de formação em saúde, foi possível experienciar a prática interprofissional e construir coletivamente o conhecimento, bem como aplicar novas ferramentas de trabalho e (re)pensar as formas de atuação no campo de prática da Vigilância Sanitária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a experiência relatada neste capítulo, pudemos trazer reflexões acerca das metodologias ativas, da educação, do planejamento e da formação em saúde, da multidisciplinaridade e de algumas das ações da VISA no estado do ES. A partir desse enunciado, pretendemos contribuir para elucidar as possibilidades e potencialidades da EPS na VISA, por meio da apresentação de uma ABP, realizada no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do ICEPi/SESA-ES, de tal forma que se evidencie a VISA como um campo de prática que suscita e, ao mesmo tempo, propicia processos educativos crítico-reflexivos.

Destacamos que o processo educativo aqui narrado não partiu de um planejamento prévio, mas sim a partir de uma demanda do serviço de saúde e da necessidade de aprofundar nosso conhecimento sobre os planos de saúde e também sobre a VISA. Com essa vivência, pudemos visualizar algumas fragilidades da VISA, como a falta de planejamento e de profissionais, a marginalização desse segmento, a falta de recursos para atuação, a falta de apoio jurídico e de aprofundamento em outras áreas da VISA que também merecem um espaço, como a educação em saúde, a participação social e a regulamentação. Essas impressões não se limitaram apenas à VISA estadual, mas se espelharam nas VISAs municipais.

No entanto, apesar das fragilidades, foi possível percebermos a potência da VISA enquanto lugar de possibilidades que, para além das atividades de regulação e fiscalização, pode oportunizar espaços para o desenvolvimento de atividades multiprofissionais, educativas e comunicativas, com participação social e integração com outros setores da saúde. A junção entre a problematização e a interprofissionalidade proporcionada por um programa de RMS baseado em metodologias ativas possibilitou às residentes e aos preceptores vivenciar uma EPS crítica, reflexiva e transformadora, na qual o aprender e o ensinar ocorreram mutuamente. Ao mesmo tempo, colaborou para o conhecimento ampliado de metodologias ativas e de uma ABP a partir de problemáticas reais, do cotidiano, proporcionando aos preceptores e, especialmente, às residentes uma EPS com possibilidades de qualificação, reflexão e até transformação das práticas profissionais — como especialistas em Vigilância em Saúde, futuras profissionais do SUS, e, possivelmente, colaboradoras na construção de PMS.

REFERÊNCIAS

- BASTOS, A. V. B. Mapas cognitivos e a pesquisa organizacional: explorando aspectos metodológicos. *Estud. Psicol.*, Natal, v. 7, n. spe, p. 65-77. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000300008>. Acesso em: 19 jul. 2021.
- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, fev. 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831998000100008>. Acesso em: 30 jun. 2021.
- BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciênc. Soc. Hum.*, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0383.2011v32n1p25>. Acesso em: 29 jun. 2021.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 23 jun. 2021.
- BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde CNRMS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 01 de julho de 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 29 jul. 2021.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *PDVISA - Plano Diretor de Vigilância Sanitária*. 1. ed. Brasília: ANVISA, 2007.
- BRASIL. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9, Brasília. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/>

publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:** o que tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília - DF. 2018a. 73 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 24 jun. 2021.

BRASIL. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, ed. 155, seção 1, p. 87. 2018b. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/36469447/doi-2018-08-13-resolucao-n-588-de-12-de-julho-de-2018-36469431. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 45, de 25 de julho de 2019. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, ed. 163, seção 1, p. 59. Altera o anexo da Resolução nº 08, de 24 de novembro de 2016. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-45-de-25-de-julho-de-2019-21217319>. Acesso em: 6 jul. 2021.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-10, out./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/9vD6Ww7FyM9qHFKqgrRkT3c/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 6 jul. 2021.

CORRÊA, A. C. **Gestão do risco sanitário no Brasil e a responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** 2009. 188 p. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sustentável) - Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

COSTA, E. A. O trabalhador de vigilância sanitária e a construção de uma nova vigilância: fiscal ou profissional de saúde? *In:* COSTA, E. A. (org.) **Vigilância sanitária:** desvendando o enigma. Salvador: EdUFBA, p. 77-90, 2008.

COSTA, E. A. Fundamentos da vigilância sanitária. *In:* COSTA E. A. (org.) **Vigilância Sanitária:** Temas Para Debate. Salvador: EdUFBA, p. 11-36, 2009.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Complementar nº 909, de 30 de abril de 2019.** Cria o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em saúde e institui o Subsistema Estadual de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o Programa de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no Sistema Único de Saúde. Vitória, ES. 2019a. Disponível em: <http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEC9092019.html>. Acesso em: 29 jun. 2021.

ESPÍRITO SANTO. **Portaria nº 002-R, de 07 de agosto de 2019.** Institui o Plano Estadual de Formação de Especialistas para o SUS. Vitória, ES. 2019b. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/ICEPi/Portaria%20ICEPi%20%20002-R%2007-08-2019%20-%20PLANO%20EST.FORMA%C3%87%C3%83O%20DE%20ESPECIALISTAS.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2021.

ESPÍRITO SANTO. **Plano Estadual de Saúde 2020 - 2023.** Vitória, ES. 2019c.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 57. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz & Terra, 2018. 143 p.

GUIMARÃES, I. F.; CORVINO, M. P. F. Estratégias de educação permanente em saúde na percepção

dos profissionais de Vigilância Sanitária. **Vigil. sanit. debate**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1. p. 58-63, fev. 2016. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/477/290>. Acesso em: 23 ago. 2021.

JARDILINO, J. R. L.; ARANGO, D. E. S. Paulo Freire e a Pedagogia Crítica: seu legado para uma nova pedagogia do sul. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 15, n. 3, p. 1072-1093, jul./set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21723/riaee.v15i3.12472>. Acesso em: 29 jun. 2021.

KROTH, D. C. G.; GUIMARÃES, R. R. M. Pacto pela Saúde: efeito do tempo na eficácia da gestão municipal. **Rev. Adm. Pública**, Botafogo, v. 53, n. 6, p. 1138-1160, nov./dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220180440> <https://doi.org/10.1590/0034-761220180440x>. Acesso em: 22 jul. 2021.

LIMA, V. V. Espiral Construtivista: uma metodologia ativa de ensino e aprendizagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421-34, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0316>. Acesso em: 22 jul. 2021.

LOPES, M. V. O. Sobre estudos de casos e relatos de experiências. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 4, Editorial. ago. 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4019/3159>. Acesso em: 20 ago. 2021.

LOVATO, F. L.; MICHELOTTI, A.; SILVA, C. B.; LORETO, E. L. S. Metodologias Ativas de Aprendizagem: uma Breve Revisão. **Acta Scientiae**, Canoas, v. 20, n. 2, p. 154-171, mar./abr. 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/acta/article/view/3690>. Acesso em: 22 jul. 2021.

LUCHESE, G. **Globalização e Regulação Sanitária: Os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil.** 2001. 245 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2001.

NASCIMENTO, A. C. B.; OMENA, K. V. M. A Educação Interprofissional em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: Uma revisão integrativa. **Res. Soc. Dev.**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 4, p. 1-16, mar. 2021. Disponível em <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13655>. Acesso em: 29 jun. 2021.

SALES, M. R.; GONDIM, A. P. S.; BATISTA, J. S.; LOPES, N. M. S. Vigilância Sanitária: a necessidade de reorientar o trabalho e a qualificação em um município. **Vigil. sanit. debate**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 56-64, nov. 2018.

SILVA, C. T. *et al.* Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a Educação Permanente em Saúde. **Texto & Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 1-9, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/SR4N3H7CqdTmtk9tRcshdxh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jun. 2021.

SOUZA, J. S.; STEIN, A. T. Vigilância sanitária de uma cidade metropolitana do sul do Brasil: implantação da gestão plena e efetividade das ações. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, sup. 2, p.2225-2238, nov. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RTCXQqb9Q8WCZ7LRykjTmjz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice.** Genebra: WHO, 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70185>. Acesso em: 22 jun. 2021.

APÊNDICES

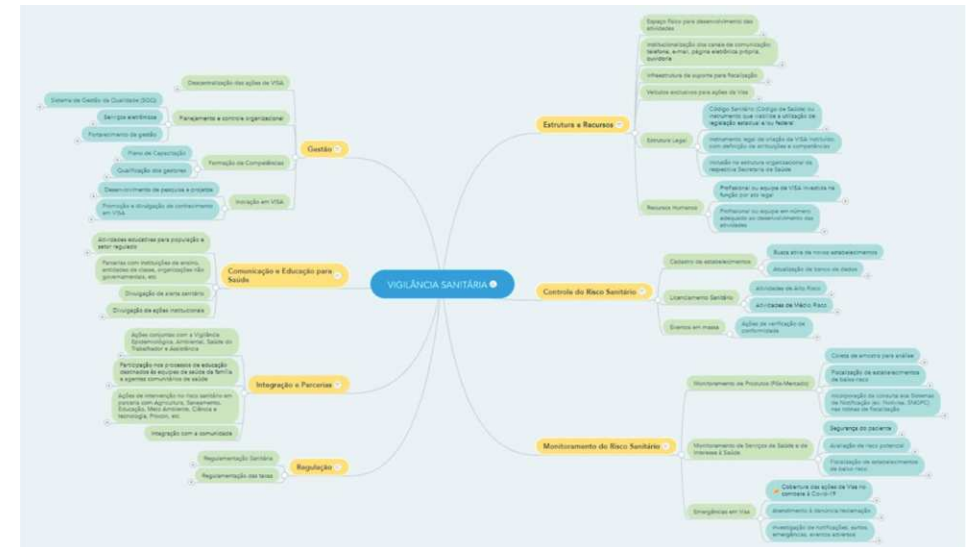
Apêndice 1. Quadro "Movimentos da Espiral Construtivista"

	Movimento	Objetivo
Síntese Provisória	1 - Identificando o problema	Movimento inicial no qual os participantes entram em contato com o problema e compartilham suas experiências, vivências e pensamentos a respeito desse na tentativa de explicá-lo a partir de suas perspectivas e interpretações. Dessa forma, não se tem apenas um problema, mas sim um conjunto de problemas.
	2 - Formulando explicações	Nesse movimento, cada problema identificado pelo grupo é explicado a partir de hipóteses que justifiquem a sua existência. Essas hipóteses representam os saberes prévios e as barreiras de aprendizagem, as quais se transformam em questões de aprendizagem.
	3 - Elaborando questões	Os vazios de saber identificados no movimento anterior se transformam em questões de aprendizagem a serem investigadas individualmente, de forma que as hipóteses elencadas possam ser testadas. Nesse momento é importante a pactuação do(s) novo(s) encontro(s) para compartilhamento dos achados.
Nova Síntese	4 - Buscando novas informações	Dentro do prazo pactuado pelo grupo, cada participante deve buscar por informações e respostas, nas mais diversas fontes, para as questões de aprendizagem. É de grande importância que se busque por mais de uma fonte, as quais devem ser criticamente analisadas.
	5 - Construindo novos significados	Nesse movimento, o compartilhamento dos achados individuais amplia o conhecimento de cada participante a respeito do tema, pois se confrontam as diferentes fontes, as diferentes evidências trazidas e as diferentes formas e caminhos tomados para realização pesquisa.
	6 - Avaliando o processo	Esse movimento final tem caráter formativo e visa melhorar e ampliar a capacidade de aprender, trabalhar em grupo e intervir na realidade.

Apêndice 2. Fluxograma do processo de participação no Projeto de Apoio Institucional para Elaboração dos Planos Municipais de Saúde (2022-2025)



Apêndice 3. Mapa Cognitivo da VISA



Apêndice 4. Infográfico



Imagem 3. Infográfico elaborado pelo grupo. Fonte: Os autores, 2021.

TRAJETÓRIA DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE FARMÁCIA CLÍNICA NO ÂMBITO HOSPITALAR, A PARTIR DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

Danila de Sousa Silva
Renata Abdalla Pires

A persistência é o caminho do êxito

(Charles Chaplin)

OS CUIDADOS PALIATIVOS E A FARMÁCIA CLÍNICA: UMA PRÉVIA REVISÃO DE LITERATURA

Os cuidados paliativos configuram ações que buscam, após esgotadas todas as possibilidades de cura, a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares a partir da prevenção e avaliação segura e correta dos sintomas para tratamento adequado e alívio de sintomas como a dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (QUEIROZ, 2019). Como principais norteadores da assistência em cuidados paliativos elencam-se a prevenção e o controle de sintomas; a intervenção psicossocial e espiritual; o paciente e sua família como unidade de cuidados; a autonomia e independência; a comunicação e o trabalho em equipe multiprofissional (GOMES; OTHERO, 2016). Ao levar em consideração o ser humano em sua integralidade e a necessidade de intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual, a abordagem dos cuidados paliativos gera necessariamente um trabalho de caráter interprofissional, contando com assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, e até mesmo assistentes espirituais de caráter ecumênico ou da religião escolhida pelo paciente (GOMES; OTHERO, 2016).

Na abordagem dos cuidados paliativos é indispensável a presença do farmacêutico clínico como parte da equipe multidisciplinar, que busca trazer

alívio do sofrimento dos pacientes e familiares assistidos (QUEIROZ *et al.*, 2019). Diante do desafio de se obter adequado alívio de sintomas com a intenção de promover melhoria na qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos, a importância dos profissionais farmacêuticos está ligada a seu diversificado campo de atuação e a seu papel no manejo da farmacoterapia dos pacientes (PRUSKOWSKI; ARNOLD; SKLEDAR, 2017).

Em um estudo sistemático sobre a atuação do farmacêutico em equipes multiprofissionais nos Estados Unidos observou-se efeitos positivos da atuação desse profissional no cuidado direto ao paciente, sendo de grande importância na promoção ao uso racional de medicamentos pelo paciente; desse modo, a inserção do farmacêutico em equipes multiprofissionais otimiza a farmacoterapia dos pacientes e amplia a efetividade e a segurança da assistência (PINTO; CASTRO; REIS, 2013).

Nos últimos anos tem se observado um crescimento na implementação de serviços clínicos farmacêuticos no Brasil a nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar, com a prestação de um cuidado direto ao paciente, família e comunidade como um todo a partir do cuidado farmacêutico (ou assistência farmacêutica) – prática concreta de uma filosofia de trabalho conhecida como farmácia clínica, que coloca o paciente como o objeto principal da atuação farmacêutica (KRZYZANIAK; PAWLOWSKA; BAJOREK, 2016). Com relação à atuação do farmacêutico na equipe de cuidados paliativos, mundialmente e no cenário atual, muitas dessas equipes ainda não contam com o farmacêutico como membro regular (DISPENNETTE; HALL; ELLIOTT, 2015).

Os cuidados farmacêuticos voltados aos pacientes em cuidados paliativos são diversificados e possuem diferentes níveis de implantação, de acordo com o país e a estruturação da equipe de saúde (BARBOSA, 2021). Considerando esses aspectos, torna-se ainda mais desafiadora a implantação de uma farmácia clínica no âmbito hospitalar a partir da inserção de uma residência multiprofissional em cuidados paliativos.

As atividades de assistência farmacêutica dentro dos cuidados paliativos compõem um vasto campo de trabalho para o profissional farmacêutico e envolvem ações e competências como: a conciliação medicamentosa em cada fase de transição de cuidado do paciente; o seguimento farmacoterapêutico, que engloba o acompanhamento do histórico prévio de uso de medicamentos do

paciente em conjunto com intervenções para identificar, solucionar e prevenir problemas relacionados a medicamentos; a avaliação e otimização da adesão do paciente à farmacoterapia; a promoção do uso seguro de medicamentos a partir de ações como o auxílio na desprescrição e na redução da polifarmácia; e a documentação do plano de cuidados farmacêuticos em prontuário, englobando os objetivos intencionados, as intervenções e desfechos alcançados pelo profissional durante a intervenção (BARBOSA, 2021).

O CENÁRIO DE PRÁTICA NA VISÃO DA RESIDENTE

Devido à minha participação na implementação do serviço de farmácia clínica do Hospital Estadual de Jerônimo Monteiro (UIJM), durante a realização da residência multiprofissional em cuidados paliativos pude vivenciar os principais desafios que um farmacêutico pode enfrentar nesse processo. No entanto, após o início da minha atuação como farmacêutica residente, a persistência seria o fator de maior importância para conseguir implementar a farmácia clínica no meu campo de atuação.

Nos primeiros dias como farmacêutica residente em cuidados paliativos, conheci a estrutura do hospital de Jerônimo Monteiro, hospital de pequeno porte, localizado ao sul do estado do Espírito Santo, onde, em 2020, teve início o Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos, para cuja primeira turma fui selecionada e que viria a ser principal cenário de prática não só para mim, mas também toda a equipe de profissionais atuantes na instituição. Ao conhecer os profissionais farmacêuticos hospitalares, percebi que nenhum deles atuava na área de farmácia clínica, não realizando o cuidado assistencial farmacêutico. Esses profissionais praticam atividades de cunho administrativo no almoxarifado do hospital e têm como principais atividades a seleção, a programação, a aquisição, o armazenamento e a distribuição de medicamentos e insumos hospitalares, não havendo sequer tempo hábil para realizar o cuidado farmacêutico.

A ausência dos profissionais farmacêuticos como atuantes na área de atenção farmacêutica é relatada também na literatura, sendo justificada devido ao fato desses profissionais sentirem-se desmotivados e extremamente ocupados com as atividades gerenciais, não conseguindo dedicar-se a este campo de trabalho de forma efetiva

(AMBIEL; MASTROIANNI, 2013). Contudo, a farmácia clínica deve ser capaz de transformar-se dentro da farmácia hospitalar, agregando às muitas funções desse serviço a intervenção farmacêutica com foco no paciente, demonstrando assim o caráter amplo da área de atuação do farmacêutico, profissional que se torna membro ativo da equipe clínica ao acompanhar o paciente nos serviços de forma direta e ao prestar apoio à equipe de saúde de forma contínua (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Esse fato se tornou então um dos meus maiores incentivos na busca pela implantação da farmácia clínica no meu campo de atuação.

O INÍCIO DAS AÇÕES DA FARMÁCIA CLÍNICA PELA RESIDENTE

Ao encarar o desafio de buscar implementar o serviço de farmácia clínica no hospital com foco nos pacientes em cuidados paliativos, recebi grande apoio da minha preceptora, que, mesmo sendo enfermeira, foi para mim uma das maiores profissionais de referência, a quem eu recorria quando precisava resolver diversas demandas, e que se tornou a maior incentivadora durante todo o processo. Mesmo com todos os meus anseios, ela me mostrou que todo o processo seria uma grande oportunidade de crescimento profissional; porém, como eu não tinha nenhuma experiência prévia com ações de cuidado farmacêutico, nem mesmo conhecimento teórico adquirido durante a graduação, o desafio se tornaria ainda maior. Além de todas as dificuldades particulares da minha formação, a literatura também demonstra que, no âmbito farmacêutico, a atenção farmacêutica apesar de conhecida como uma ferramenta capaz de auxiliar na melhora e acompanhamento de doenças, ainda não é praticada como o preconizado internacionalmente, devido tanto à formação tecnicista dos cursos de graduação em Farmácia, quanto à falta de conhecimento, de preparo e de prática em atenção farmacêutica por parte dos profissionais (AMBIEL; MASTROIANNI, 2013), sendo a formação clínica do farmacêutico praticamente inexistente (COSTA *et al.*, 2010).

Apesar de toda motivação e do apoio da preceptora, toda a responsabilidade de ser a única farmacêutica em contato direto com o paciente, sem nenhum profissional de referência da mesma área de atuação, me trouxe muitos sentimentos. Inicialmente, senti medo e angústia por não saber sequer como e por onde começar. Ao conversar com a preceptora, ela sugeriu que eu

buscasse desenvolver uma ferramenta que facilitasse e otimizasse o primeiro contato com o paciente, a fim de adquirir informações relevantes através da anamnese farmacêutica, compreendida como um procedimento de coleta de dados sobre o paciente, com a finalidade de conhecer seu histórico clínico, auxiliar na elaboração do perfil farmacoterapêutico e identificar problemas relacionados à farmacoterapia (AMORIM *et al.*, 2019). Então realizei buscas bibliográficas para descobrir o primeiro passo a ser dado, e iniciei desenvolvendo uma ficha de anamnese farmacêutica, a ser utilizada no meu primeiro contato com paciente e/ou acompanhante. A ficha de anamnese desenvolvida contém tópicos a serem abordados durante o primeiro contato com o paciente e engloba o preenchimento de dados como nome, sexo e idade do paciente; seu peso (obtido pela equipe de Nutrição); data de internação e de realização da anamnese; o leito onde está internado; informações sobre o histórico progresso do paciente (por exemplo, comorbidades, alergias medicamentosas, lista de medicamentos de uso contínuo); dados sobre sua condição clínica atual, envolvendo o motivo de internação e/ou diagnóstico clínico, o tipo de dieta prescrita pela equipe de Nutrição, funções fisiológicas, principais queixas e possíveis reações adversas (caso sejam apresentadas pelo paciente); achados clínicos relevantes (obtidos através de exames laboratoriais); além de um espaço no verso do documento para anotar dados da prescrição médica realizada no dia da anamnese, para facilitar a análise detalhada da prescrição.

Após a primeira visita aos pacientes e a análise de seus prontuários, fiz ajustes na ficha de anamnese, a fim de aperfeiçoar a coleta de dados a ser utilizada para a elaboração do plano de cuidados. A cada visita aos leitos, após cada anamnese farmacêutica, a vontade de realizar uma atenção farmacêutica efetiva crescia, aumentando meu desejo de me aperfeiçoar para oferecer a assistência que os pacientes tanto necessitam e merecem, incluindo o monitoramento da terapêutica farmacológica de cada paciente, de maneira preventiva, quanto a problemas relacionados com os medicamentos.

Com o início da atenção farmacêutica, foi necessário que eu começasse a documentar em prontuário o cuidado prestado aos pacientes e as ações dos planos de cuidados desenvolvidos para cada paciente, outra atividade que eu nunca tinha realizado ou aprendido durante minha formação acadêmica. Segundo Amorim *et*

al. (2019), o uso do registro em prontuário é de grande importância, visto que a comunicação é uma habilidade essencial para todos os profissionais de saúde sendo, em geral, a comunicação escrita uma maneira de melhorar os resultados para os pacientes, foco principal do cuidado. Apesar da importância da documentação em prontuário para otimizar a comunicação objetiva e eficaz com os demais profissionais ser documentada na literatura, muitos farmacêuticos, assim como eu, ainda não possuem essa experiência na prática. Concordo com as principais barreiras potenciais à evolução em prontuário descritas na literatura, que são a confiança excessiva na comunicação oral, o receio de uma má aceitação pelos demais profissionais, a falta de tempo disponível para a documentação e a implementação incompleta ou inexistente de políticas institucionais de documentação dos serviços prestados ao paciente (AMORIM *et al.*, 2019). Ao pesquisar sobre a evolução farmacêutica, aprendi também sobre como utilizar termos técnicos, sendo de grande importância o apoio das minhas colegas de residência, profissionais de outras áreas da saúde e cuja formação foi mais voltada para a prática clínica, que engloba a evolução em prontuário após a realização dos atendimentos.

Outra situação que me mobilizou após o início da minha atuação foi o desejo de conscientizar pacientes e familiares quanto ao uso correto dos medicamentos, principalmente no momento da alta hospitalar, o que me motivou a desenvolver um modelo de orientações de alta. Segundo Lima *et al.*, 2016, no momento da alta hospitalar o farmacêutico pode, junto à equipe multiprofissional, orientar os pacientes com relação ao seu tratamento medicamentoso, de modo a resolver e prevenir resultados negativos que podem estar associados à farmacoterapia, buscando evitar danos ao paciente logo após a alta hospitalar através da detecção precoce e minimização de problemas relacionados a medicamentos. Considerando ainda que no momento da orientação, as informações não devem ser dadas apenas de forma verbal, visto que podem ser insuficientes para alcançar a compreensão total do tratamento prescrito, desenvolvi documento de alta padronizado, a ser alterado de acordo com as particularidades de cada paciente, além de uma tabela de orientação farmacêutica, utilizando o modelo do autor para desenvolver o material. O documento de recomendações farmacêuticas envolve orientações sobre o uso racional dos medicamentos, considerando as individualidades da farmacoterapia de cada paciente, além de orientações sobre o armazenamento correto de

medicamentos e sobre o descarte adequado de medicamentos vencidos. A tabela de orientação farmacêutica é personalizada de acordo com a farmacoterapia prescrita pelo médico no momento da alta, e objetiva facilitar a compreensão do tratamento a ser seguido em domicílio, sendo alterada de acordo com o nível de escolaridade e de compreensão do paciente e/ou do seu cuidador. Com relação a esses materiais de alta hospitalar, o modelo de recomendações farmacêuticas são fáceis de adequar e entregar no momento da saída do paciente após as orientações verbais e junto com a prescrição médica, porém a tabela de orientação se torna mais difícil de ser preenchida, visto que a prescrição médica é feita no momento da alta, muitas vezes não havendo tempo e espaço físico adequado para o preenchimento da tabela junto ao paciente e/ou familiares.

PRINCIPAIS DESAFIOS NO INÍCIO DA ATUAÇÃO DA RESIDENTE COMO FARMACÊUTICA CLÍNICA

Ao iniciar minha jornada como farmacêutica residente, percebi que um dos maiores empecilhos na implementação da farmácia clínica seria a minha interação com a equipe profissional do hospital, pois muitos sequer conhecem a atuação clínica do profissional farmacêutico, o que os leva a adotarem estratégias e comportamentos diversos. Essa dificuldade inicial de interação com os demais profissionais — principalmente com os médicos, responsáveis pela prescrição dos medicamentos, e com a equipe de enfermagem, responsável pelo preparo e administração dos medicamentos — me motivou a buscar mais informações sobre como deveria ser minha atuação, a fim de me tornar uma profissional mais confiante e segura, melhorando, portanto, minha comunicação com a equipe.

Meu maior desafio foi a interação com os médicos — com quem tenho contato direto no momento da intervenção — ao sugerir alterações na prescrição que otimizem a farmacoterapia do paciente em cuidados paliativos, visando o controle dos sintomas de maneira mais eficaz e segura possível. Ao comparar meu início com a realidade que venho vivenciando durante a residência, percebo que, com o passar do tempo, venho consolidando minha atuação na implementação da farmácia clínica no meu campo de prática, e o número de intervenções aceitas é maior a cada dia. Segundo Melo e Castro (2017), em um estudo realizado no Canadá que descreve a inserção de farmacêuticos em equipes de atenção

primária, observa-se que para efetiva integração do farmacêutico com a equipe é necessário tempo, adaptabilidade e apoio; ao comparar minha inserção ao longo da residência com esta literatura, atribuo à estabilidade da minha atuação dentro do meu campo de prática com relação ao tempo de residência, visto que já estou no segundo ano, ao vínculo formado com a equipe, que se adaptou às minhas intervenções vista como uma novidade dentro da assistência, e ao apoio da minha preceptora, que jamais me deixou desistir, por mais que eu esmorecesse.

REPERCUSSÕES NO CENÁRIO DE PRÁTICA NA VISÃO DA PRECEPTORA

Quando se fala que a persistência é o que motiva o caminho a ser percorrido, não se quer dizer que altos e baixos no percurso não acontecem, e saber lidar com essas adversidades, com as incompreensões das propostas indicadas, ainda que totalmente embasadas na literatura científica, receber um “não” quando o óbvio estava explícito sem desanimar, foi certamente a maior virtude da residente de farmácia no contexto da residência multiprofissional em cuidados paliativos. Enquanto preceptora, pude acompanhar de perto a trajetória de uma profissional de início tímida, assustada e muito introspectiva se tornar numa referência hospitalar em farmácia clínica em menos de um ano.

A conquista da confiança dos profissionais médicos aconteceu de forma gradativa e amistosa. Cada “intervenção farmacêutica não aceita” no princípio se tornou um “*o que você indica neste caso?*”, ou “*vamos esperar a farmacêutica definir o que será melhor para este paciente*”, e com isso houve o fortalecimento das ações do farmacêutico clínico em nossa unidade, na figura da residente.

E, transcendendo a área específica da Farmácia, a residente conseguiu perceber a necessidade de intervenções gerais que auxiliassem a equipe de Enfermagem, responsável pelo preparo e administração dos medicamentos. Embora a via oral seja a via de administração de medicamentos mais confortável e segura para o paciente com menor custo comparada às demais, e por isso, a mais comumente utilizada, muitos pacientes em cuidados paliativos podem apresentar comprometimento dessa via ou dificuldade em deglutir, e a sonda gastrointestinal acaba se tornando uma alternativa para a administração de medicamentos (MOREIRA *et al.*, 2018). Portanto, a maioria dos medicamentos não é formulada para administração por

meio de sonda, sendo as maiores preocupações relacionadas à administração de medicamentos por essa via as obstruções do cateter e as incompatibilidades entre nutrientes e fármacos, que podem alterar a efetividade do medicamento, além de haver risco de reações adversas que interferem diretamente na farmacoterapia do medicamento (JAMAL; DUMKE, 2012 apud NETO, 2005). Uma vez que a equipe de enfermagem é responsável pelo preparo e administração dos medicamentos, os profissionais devem estar aptos para avaliar a forma farmacêutica a ser manipulada, considerando a localização da sonda e a possibilidade de interação da nutrição entérica com o fármaco, além do risco de obstrução da sonda, ligada diretamente aos erros na administração de medicamentos, em consequência de não haver irrigação correta da sonda após a medicação por essa via, que caso ocorra pode demandar a desobstrução, que gera desconforto para o paciente e aumento da carga de trabalho para a equipe de enfermagem (MOREIRA *et al.*, 2018).

Então, com o propósito de realizar uma intervenção que ajudasse a equipe de enfermagem e, conseqüentemente ao paciente, sugeri à residente a elaboração de um manual de consulta sobre administração de medicamentos por sonda gastrointestinal, que auxilia a equipe com relação às interações medicamentosas, forma de preparo, e propõe substituições quando o medicamento não pode ser administrado por sonda. O manual desenvolvido tem a finalidade de minimizar os possíveis erros no preparo e administração de medicamentos por sondas gastrointestinais, garantindo assim uma maior eficácia terapêutica. O material engloba recomendações gerais para prevenção de erros na técnica de preparo e administração de medicamentos via sonda; observações sobre a incompatibilidade de algumas formas farmacêuticas com as técnicas de trituração ou dispersão demandadas no seu preparo para administração via sonda, como o caso das formas sólidas de liberação prolongada, de revestimento entérico ou produtos microencapsulados; e a listagem dos medicamentos sólidos padronizados na instituição e os medicamentos sólidos de uso contínuo mais utilizados pelos pacientes em cuidados paliativos. Sobre cada um dos medicamentos listados há recomendações específicas quanto à administração via sonda, dispostas em formato de tabela, para melhor visualização e entendimento das informações. Essa tabela contém nas duas primeiras colunas os medicamentos relacionados pelo nome do princípio ativo, em ordem alfabética, e para cada medicamento

são descritas as concentrações e sua forma farmacêutica; na terceira e quarta coluna, encontram-se as informações sobre a possibilidade de o medicamento ser compatível ou não com a administração via sonda; na quinta coluna, estão descritas as recomendações e informações relevantes encontradas na literatura científica quanto à administração via sonda; na sexta coluna estão listadas as formas farmacêuticas que podem ser utilizadas como opção para substituir as formas farmacêuticas listadas (opções de troca). Esse manual educativo, que certamente permanecerá no hospital como contribuição da residência, foi disponibilizado impresso nos setores de Enfermaria clínica e na sala Multiprofissional, onde os médicos prescrevem e em formato PDF, via e-mail, para os profissionais. Junto à residente, realizei a apresentação do manual aos médicos assistentes e aos integrantes das equipes de Enfermagem.

E não paramos por aí, pois as necessidades vão surgindo na dinâmica do serviço de saúde, e no momento estão em fase de escrita um manual de consulta sobre diluições de medicamentos injetáveis e um protocolo institucional que auxiliará os médicos sobre a terapêutica farmacológica na terminalidade de pacientes em cuidados paliativos.

Observando as necessidades de adequação das vias de administração de medicamentos, levando em consideração o quadro clínico dos pacientes atendidos, também em decorrência da dificuldade de administração de medicamentos via oral, temos pacientes que necessitam utilizar a via parenteral para controle eficiente dos sintomas. Porém, em virtude da evolução da doença e da precariedade de acesso venoso periférico, observamos que a disponibilidade de uma via parenteral se torna um desafio para a nossa equipe de cuidados paliativos. Nesses casos, ao serem detectadas situações em que a via oral do paciente está indisponível, discutimos sobre a via de infusão de escolha indicada pela literatura para controle dos sintomas, a via subcutânea, sob a forma de administração conhecida como hipodermóclise, que permite a infusão de soluções e fármacos evitando punções repetidas numa rede venosa fragilizada ou de difícil acesso, com a mesma eficácia da via endovenosa e com a vantagem de ser menos dolorosa e com menor risco de eventos adversos (PONTALTHI *et al.*, 2016).

Previamente, durante o tempo de escrita e avaliação do projeto pedagógico para que fosse instituída a residência em cuidados paliativos no hospital de

Jerônimo Monteiro, surgiram algumas atividades para a equipe hospitalar acerca do tema, dentre as quais foi ofertado um curso sobre hipodermóclise para profissionais de Enfermagem; então participei no final de 2019, juntamente com outras duas enfermeiras, do treinamento de capacitação para realização da técnica, com o intuito de oportunizar seu uso na unidade. Porém, a técnica não foi instituída de imediato. Mesmo com o treinamento de capacitação, faltou empenho para sua implementação.

O mês de julho de 2020 foi marcado então como o ponto de partida para o uso da hipodermóclise como via de administração de medicamentos nos pacientes em cuidados paliativos que apresentam dificuldades de venopunção periférica e que não possuem indicações para punções venosas profundas. A técnica foi aplicada pela primeira vez no hospital em um paciente assistido pela residência. Ao indicarmos (residente e preceptora) esta conduta como opção frente à dificuldade de punção venosa no referido paciente, foram consultados manuais sobre hipodermóclise para comunicar à equipe médica quais os medicamentos indicados para administração por essa via, e suas especificidades como, por exemplo, a compatibilidade com outros medicamentos em um mesmo sítio de punção. Após todo o preparo, foi realizado o primeiro procedimento de hipodermóclise na instituição, um fato inédito que inovou a administração de medicamentos neste hospital, uma vez que o uso da hipodermóclise ainda é pouco difundido no ambiente hospitalar, tendo este marco ocorrido somente após o início da atuação da farmacêutica residente no cenário de prática, que durante sua assistência clínica foi capaz de observar essa necessidade e de incentivar e envolver a equipe hospitalar por meio do embasamento científico acerca do assunto, e assim propor e garantir meios para a implementação da técnica no hospital de Jerônimo Monteiro.

Dada toda a trajetória até então instituída, certamente a implementação da farmácia clínica se tornaria ainda mais rápida e eficiente com um maior número de farmacêuticos clínicos atuando no cuidado direto ao paciente; assim, a chegada de um novo residente no cenário de prática veio a somar com todas as ações já iniciadas, e percebe-se que a sobrecarga de atender todos os pacientes em cuidados paliativos hospitalizados diminui bastante ao dividir o quantitativo de atendimentos para cada um, podendo ainda discutir os casos de acordo com

as individualidades do quadro clínico de cada paciente, contando com o auxílio um do outro, compartilhando conhecimentos e contribuindo ainda mais para um cuidado farmacêutico de qualidade. De acordo com Ferracini *et al.* (2011), o aumento na segurança aos pacientes em hospitais está associado ao aumento do número de farmacêuticos clínicos, considerando que ter mais farmacêuticos clínicos e expandir o trabalho destes são algumas das formas mais efetivas de redução de erros de medicação em hospitais, uma vez que há aumento do número e dos tipos de intervenções farmacêuticas realizadas na prescrição médica nesse ambiente com relação ao domicílio do paciente, por exemplo.

Essa parceria entre profissionais da mesma categoria para promover troca de experiências e saberes, descobertas sobre algo novo, e o aumento de mais uma turma de residência no cenário de prática mostra a consolidação do programa e a fortificação da oferta de uma assistência de qualidade aos pacientes, pois a missão que uma residência multiprofissional propõe é exatamente quebrar paradigmas de uma assistência fragmentada, centrada no diagnóstico terapêutico apenas. A inserção dos residentes no cenário de prática os instiga a se aprofundarem na assistência, identificando pontos positivos e negativos, bem como possibilita a idealização de intervenções pontuais e concretas para a melhoria dessa assistência.

A residência multiprofissional ganha visibilidade no cenário da educação e saúde quando é encarada como estratégia para articular a produção do cuidado em saúde com foco na integralidade, efetivando assim os preceitos institucionais e éticos do SUS (MOURA, 2013). Nesse contexto, destaca-se o papel do preceptor como educador da prática, sendo considerado aquele que se exercita continuamente no processo de busca e de sistematização teórico-prática. É um educador de profissionais e, como tal, busca propiciar ao educando os recursos necessários à compreensão e à intervenção na sua prática cotidiana, local e global (LOBO NETO *et al.*, 2000).

O momento dedicado à supervisão de campo é um espaço de reflexão, de troca de ideias e experiências, pois ambas as partes têm muito a aprender, assim como também têm muito a contribuir com o campo de prática, através da teoria adquirida em suas formações profissionais de base, sendo o preceptor responsável por auxiliar as mediações necessárias num processo dinâmico e contínuo na cadeia de formação profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar em saúde requer uma dedicação e uma atenção especial a todos os movimentos que uma ação requer, seja em uma decisão diagnóstica, seja em uma prescrição de cuidados ou até mesmo na inserção de familiares no processo. Desta forma, trabalhar em saúde exige um dinamismo diário em que os cenários se alteram para melhor ou pior numa velocidade de tempo particular. Trabalhar com pacientes em cuidados paliativos requer essa atenção redobrada e de uma forma humanitária, decisiva, ao mesmo tempo amena e colaborativa.

O vínculo formado com a equipe ao longo deste tempo de residência é uma ferramenta que facilita a comunicação e funciona como um fator importante para a consolidação da implementação da farmácia clínica no âmbito hospitalar. Atualmente, a maior parte das intervenções farmacêuticas no Hospital Estadual de Jerônimo Monteiro são aceitas, e quando não são aceitas, passam pela consideração de avaliação do risco e benefício pelo médico prescritor, considerando a necessidade clínica do paciente. As intervenções farmacêuticas beneficiam diretamente não somente os pacientes, mas também a equipe de saúde, a partir da otimização da farmacoterapia, garantindo segurança e maior eficácia ao tratamento.

A residência é dinâmica; os residentes vão se formando e novos atores chegam. O que fica dos que se vão são exatamente as marcas dos seus trabalhos sob a forma de intervenções. São as propostas implementadas e que deram certo que estimulam aos novos residentes e aos profissionais da equipe hospitalar a mantê-las e não deixar se perder ao longo do caminho. O que vale a pena na nossa vida profissional é escutar um “*muito obrigada por você ter feito tanto por mim ou por minha família*” e isso perdurar e ser modelo para os demais seguirem.

Chegar a um local onde não existe ainda nada com o que começar e/ou se espelhar e de repente se tornar o espelho para outros, a referência, o profissional consultor e poder contribuir com este saber para a qualidade da assistência de um paciente hospitalizado, com o cuidado que ele merece é o que faz toda a diferença para um profissional de saúde, e em especial aqui, neste relato, para a farmacêutica residente da 1ª turma de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos do ICEPi.

Concluimos que a residência vem evoluindo a cada dia mais, conquistando seu espaço no cenário da prática hospitalar, se apropriando de instrumentos construídos e definidos por ela mesma, prestando ao paciente em cuidados paliativos uma assistência diferenciada, qualificada e humanitária, e sendo estímulo para a equipe hospitalar se apropriar deste diferencial para os demais pacientes hospitalizados.

REFERÊNCIAS

AMBIEL, I. S. S.; MASTROIANNI P. C. Resultados da atenção farmacêutica no Brasil: uma revisão. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 34., n. 4, p. 469-474, 2013.

AMORIM, S. A. *et al.* Construção de um modelo de evolução farmacêutica em prontuário médico. *Infarma - Ciências Farmacêuticas*, v. 31, n. 2, 2019.

BARBOSA, M. F. Farmácia. In: CASTILHO R. K.; SILVA V. C. S.; PINTO C. S. **Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. p. 204-207.

COSTA, J. M. *et al.* **Implantação do projeto para a qualificação do uso de medicamentos no âmbito hospitalar, tendo como eixos norteadores a integralidade do cuidado e o referenciamento do paciente na rede**. Trabalho desenvolvido pela Equipe de Farmácia Hospitalar. Hospital Risoleta Tolentino Neves, Belo Horizonte. 2010.

DISPENNETTE, R.; HALL, L. A.; ELLIOTT, D. P. Activities of palliative care and pain management clinical pharmacists. *American Journal of Health-System Pharmacy*, v. 72, n. 12, p. 999-1000, 2015.

FERRACINI, F. T. *et al.* Implantação e evolução da farmácia clínica no uso racional de medicamentos em hospital terciário de grande porte. *Einstein*, v. 9, n. 4, pt. 1, p. 456-460, 2011.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados Paliativos. *Estudos Avançados*, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016.

JAMAL, Y.; DUMKE, E. H. Padronização de medicamentos sólidos orais via sonda nasoesférica em um hospital de Cascavel, Paraná. *Revista Théma et Scientia*, v. 2, n. 2, p. 91-106, 2012.

KRZYZANIAK, N.; PAWŁOWSKA, I.; BAJOREK, B. An overview of pharmacist roles in palliative care: a worldwide comparison. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, v. 10, n. 4, p. 160-173, 2016.

LIMA, L. F. *et al.* Pharmaceutical orientation at hospital discharge of transplant patients: strategy for patient safety. *Einstein*, v. 14, n. 3, p. 359-365, 2016.

LOBO NETO, F. J. S., *et al.* **Formação Pedagógica em educação profissional na área de saúde: Enfermagem, módulo 4 (Educação/trabalho/profissão)**. Brasília: Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2000.

MACIEL, E. C.; BORGES, R. P.; PORTELA, A. S. Pharmaceutical actuation in intensive care units: contributions to rational use of drugs. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, v. 10, n. 4, 2019.

MELO, D. O.; CASTRO, L. L. C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 235-244, 2017.

MOREIRA, A. J. M. *et al.* Uso de medicamentos com ação anti-infecciosa via sonda gastroenteral: recomendações para a enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, v. 23, n. 4, 2018.

MOURA, F. R. O. **“A preceptoría em saúde a partir das publicações brasileiras”** Dissertação defendida e aprovada em 21 de novembro de 2013. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

OLIVEIRA, L. M. *et al.* O papel do farmacêutico em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Instituto Racine, 13 de setembro de 2013. Disponível em: <http://www.racine.com.br/o-papel-do-farmacêutico-em-unidade-de-terapia-intensiva-uti/>. Acesso em: 21 jul. 2021.

PINTO, I. V. L.; CASTRO, M. S.; REIS A. M. M. Descrição da atuação do farmacêutico em equipe multiprofissional com ênfase no cuidado ao idoso hospitalizado. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, n. 16, v. 4, p. 747-758, 2013.

PONTALTI, G. *et al.* Benefícios da Hipodermoclise na clínica paliativa de pacientes com câncer: relato de caso. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 62, n. 3, p. 247-252, 2016.

PRUSKOWSKI, J.; ARNOLD, R.; SKLEDAR, S. J. Development of a health-system palliative care clinical pharmacist. *American Journal of Health-System Pharmacy*, v. 74, n. 1, p. e6-8, 2017.

QUEIROZ, J. V. M. *et al.* Atenção farmacêutica em pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica dos principais tratamentos paliativos. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*, v. 27, n. 2, p. 100-104, 2019.

RODRIGUES, I. G. **Cuidados paliativos: análise de conceito**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto). Universidade de São Paulo, 2004. 231 p.



ÍNDICE REMISSIVO

A

- Abordagem dialógica 49, 127
- Aprendizagem Baseada em Problemas 25, 38, 51, 86, 127, 144, 147
- Aprendizagem reflexiva 47, 50, 56, 58, 82, 84
- Atenção Primária à Saúde 12, 17, 20, 21, 23, 24, 29, 30, 32, 33, 44, 66, 69, 75, 87, 91, 103, 109, 128, 130, 132, 181, 184, 187, 190

E

- Educação permanente 10, 13, 21, 22, 23, 31, 33, 34, 36, 43, 51, 68, 69, 87, 89, 91, 94, 109, 110, 112, 130, 142, 143, 151, 156, 184, 189

F

- Formação docente assistencial 36, 110
- Formação e desenvolvimento de trabalhadores 31, 68

I

- Integração ensino-serviço 24, 33, 34, 36, 53, 69, 87
- Interdisciplinaridade 99, 100, 102, 107, 108, 123
- Interprofissionalidade 48, 155

M

- Metodologias ativas 24, 25, 37, 38, 44, 51, 56, 60, 82, 83, 87, 88, 91, 111, 127, 143, 144, 153, 154, 155

Multidisciplinaridade 107

Multiprofissional 13, 14, 31, 32, 33, 36, 43, 87, 91, 94, 96, 101, 102, 110, 123, 124, 126, 127, 128, 138, 139, 140, 141, 143, 145, 154, 155, 157, 163, 170, 173, 185, 188, 189, 190, 191

P

- Preceptoria
- Programas de Residência em Saúde 13, 49, 70, 74, 75, 187
- Programas de Residência Médica 13, 63, 65, 78
- Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde 31, 126
- Provimento e Fixação de Profissionais 20, 21, 33, 87, 181

Q

- Qualificação da Atenção Primária à Saúde 12, 20, 21, 30, 32, 44, 69, 87, 91, 109, 128, 181, 190
- Qualificação em Processos Educacionais em Saúde 87

R

Residente em Saúde 187, 190

S

Saúde Coletiva 30, 32, 44, 79, 107, 111, 125, 141, 144, 145, 151, 154, 157, 175, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 190

SOBRE OS AUTORES

Agleildes Arichele Leal de Queirós

Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo - USP (2015), mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE (2008), especialista em Gestão de Serviços Públicos de Saúde pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP (2012), e graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE (2004). Atualmente é membro do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, e atuou como consultora internacional junto a OPAS/OMS em parceria com a EPSJV/FIOCRUZ na pesquisa “A formação dos Técnicos em Saúde na América Central”. Tem experiência em pesquisa qualitativa, a partir do método dialético, com pesquisa de campo realizada em seis países da América Latina. Estuda as seguintes temáticas: Trabalho em Saúde; Prática Profissional; Agente Comunitário de Saúde; Saúde na América Latina; Formação Profissional; Saúde da Família e Financiamento. Em relação à experiência profissional, atua em diversas áreas da Gestão Pública: apoio institucional; gestão do trabalho; educação em saúde; programas de provimentos; pacto interfederativo; gestão da atenção primária; gestão do cuidado em rede; gestão participativa; políticas de equidades; educação popular.

Amanda Del Caro Sulti

Mestre em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. Graduada em enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (2011). Atualmente trabalha na Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo.

Ana Carolina Menezes da Silva Braga

Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (2017-2019). Especialista em Gestão da Atenção Básica pela Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/ Fiocruz (2015-2016).

Especialista em Serviço Social e Saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2014-2015). Residente multiprofissional em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/ Fiocruz (2013-2015). Graduada em Serviço Social pela Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo (2006-2010). Minha trajetória na Saúde Pública começou na Atenção Primária à Saúde (APS) em 2013, atuando como assistente social do Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Em 2016 fui atuar como gerente de Unidade Básica de Saúde na Área Programática CAP 2.1 - RJ. No ano de 2019 passei para a função de assessora técnica em saúde na mesma Coordenadoria Geral - CAP 2.1. Em 2020 fui buscar novos desafios na gestão federal como consultora técnica da Coordenação Geral de Garantia dos Atributos da APS do Departamento de Saúde da Família, do Ministério da Saúde. Em 2021 por virtude da pandemia, fui atua como técnica do Núcleo Especial de Atenção Primária na Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, após quatro meses fui convidada a assumir a Coordenação do Componente de Provimento e Fixação de Profissionais do Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde/Qualifica-APS na mesma secretaria, onde finalizei minhas atividades em outubro de 2021.

Ana Laurita Nunes Maia

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (2004). Atualmente é Especialista em Gestão, Regulação e Vigilância em Saúde pela Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Espírito Santo. Atua no Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi/SESA e atuou na Coordenação Regional do Processo de Planificação da Atenção à Saúde no Estado do Espírito Santo. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Saúde Coletiva.

Ana Paula Brioschi dos Santos

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (2009). Mestre em saúde coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (2011) e Enfermeira da vigilância epidemiológica do estado do Espírito Santo e Docente do curso de enfermagem da Faculdade FACES.

Aryanna Rezende Albani Antonucci

Possui graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário São Camilo - Campus Espírito Santo (2005). Atualmente é enfermeira - UNIDADE INTEGRADA DE JERÔNIMO MONTEIRO.

Ariane Ribeiro Pinheiro

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (2008). Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC), credenciada pelo MEC, pelo Hospital Municipal Odilon Behrens, Belo Horizonte, MG (HMOB, 2011). Título de Especialista em MFC pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2011). Diretora de Medicina Rural da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade (AMMFC, gestão 2015-2017). Atuou como Médica de Família da Prefeitura Municipal de João Monlevade de 2011 a 2018 e foi membro do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil no período de 2016 a 2018. Foi supervisora do programa Mais Médicos da Universidade Federal de São João Del-Rei/MEC de 2013 a 2019 na região do Vale do Aço, MG. Desde 2019, é bolsista do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPi) da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA), atuando nos Programas de Residências em Saúde e Provimento Médico do programa QUALIFICA-APS. Em 2021, reinicia a supervisão do Programa Mais Médicos no estado do Espírito Santo através da UFES (Universidade Federal do Espírito Santo), além de estar vinculada como Médica de Família na Melvi Saúde. Também é diretora de Exercício Profissional e Mercado de Trabalho da Associação Capixaba de Medicina de Família e Comunidade (ACMFC, gestão 2022-2023).

Célia Márcia Birchler

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (1994) e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (2007). Atualmente é professora - Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória e assistente social - Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Tem experiência na área de Serviço Social, com

ênfase em Serviço Social da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: atenção primária à saúde, estratégia saúde da família, fatores sociais, redes de atenção e prevenção.

Clarice Sampaio Cunha

Formou-se em Fonoaudiologia em 2002, especializou-se em Gestão de Pessoas, Gestão em Saúde e Educação Permanente em Saúde. Atuou em diversas áreas, tais como Atenção Primária e Especializada, Vigilância em Saúde e Educação Permanente. Possui experiência em Gestão de Pessoas, Gestão em Saúde e na realização de consultoria e treinamentos nestas áreas. Atualmente está vinculada ao Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, ICEPi, ligado à Secretaria de Estado da Saúde do estado do Espírito Santo. Instrutora do SEBRAE/ES nas áreas de Liderança e Desenvolvimento de Equipes, Cultura e Clima Organizacional. Atuação na área de Fonoaudiologia Empresarial realizando Assessoria, Consultoria e Treinamento visando o Desenvolvimento e Aperfeiçoamento da Comunicação Organizacional e Pessoal.

Daniele Stange Calente

Possui graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais (2005). Atualmente é técnica de gestão em saúde na Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. Tem experiência na área de Terapia Ocupacional, com ênfase em Saúde Mental.

Danila de Sousa Silva

Farmacêutica Hospitalar na Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro / ES. Especialista em Cuidados Paliativos pelo ICEPi (Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde). Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Tem experiência nas áreas de Farmácia Clínica e Química de Produtos Naturais.

Danuza Barros Gomes

Mestranda em Assistência Farmacêutica (início 2020). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (2005) e, cursando Nutrição na Universidade Vila Velha. Coordena o Núcleo de Qualificação Docente-assistencial e responde pela Coordenação Pedagógica do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação - ICEPi. Atua como Consultora em saúde e ocupa o cargo de Especialista em gestão, regulação e vigilância em saúde do Governo do Estado do Espírito Santo. Tem experiência na área de Serviço Social, na Proteção Social Básica e na Proteção Social Especial. Campos de atuação e pesquisa: gênero e raça, direitos humanos, gestão pública, proteção e risco social, Atenção Primária à Saúde - APS e Atenção Ambulatorial Especializada - AAE, assistência farmacêutica, educação permanente em saúde e redes de atenção

Frederico Felipe Costa Tebas de Freitas

Farmacêutico-Bioquímico formado pela Universidade Federal do Espírito Santo (2008), com mestrado em Biotecnologia pelo Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Possui experiência em Fisiologia Cardiovascular, atuando principalmente nos seguintes temas: hipertensão arterial, controle neuro-humoral da circulação, função renal e insuficiência renal.

Gabriela Pôrto Marques

Possui mestrado interdisciplinar em Desenvolvimento Rural pelo Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2018), graduação em Licenciatura em Ciências Biológicas pela mesma instituição (2013) e formação técnica em Meio Ambiente pelo Instituto Federal do Rio Grande do Sul (2013). Participou como pesquisadora colaboradora do grupo de ensino, pesquisa e extensão “Saúde, Ambiente e Desenvolvimento (SAD)” e como estudante do “Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC)” da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tem experiência nas áreas de ensino (presencial e à distância) e pesquisa em ciências da natureza, biológicas e ambientais, atuando como docente,

tutora e monitora em cursos de graduação e de nível técnico. Compartilha de saberes e vivências de estudos em Desenvolvimento Rural com comunidades tradicionais quilombolas e tem especial interesse em Agroecologia, Saúde, Educação Ambiental, Popular e do Campo e por temas correlatos, tais como o Diálogo de Saberes e as práticas tradicionais, ambientais, agroecológicas e femininas de saúde, de ensino e de cuidado. Atualmente é bióloga residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva- Ênfase em Vigilância em Saúde do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) e atua junto à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES).

Gilton Luiz Almada

Possui Graduação em Medicina veterinária (Universidade Federal de Viçosa/MG,1986); Especialização em Emergência em Saúde Pública (Hospital Sírio Libanês/SP, 2016), Administração Hospitalar e Gestão de Sistemas de Saúde (Fundação Getúlio Vargas, 2004) e Saúde Pública (Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1998); Mestrado em Ciências Fisiológicas (Universidade Federal do Espírito Santo, 1995). Além da experiência na área da docência, tem experiência na área da saúde pública do Sistema Único de Saúde (SUS). Epidemiologista de campo, com experiência nacional e internacional em temas referentes à bioestatística, epidemiologia aplicada aos serviços de saúde; investigação de surtos; comunicação de risco; preparação e resposta às emergências em saúde pública; além de gestão de sistemas de saúde. Como experiência internacional, participou da equipe de epidemiologista de campo da Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN/OPAS/OMS) em Angola, durante a resposta à epidemia de febre amarela urbana de 23 de junho a 03 de agosto de 2016. Neste período, coordenou as ações de resposta à epidemia na Província de Benguela. Possui 34 anos de experiência profissional em Vigilância em Saúde. Atua no Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (CIEVS), cargo que atua desde 2007. Coordena o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (ênfase em Vigilância em Saúde) do

Instituto Capixaba de Pesquisa, Ensino e Inovação (ICEPi) da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. É membro da Associação Brasileira de Profissionais de Epidemiologia de Campo (ProEpi). É autor e coautor de artigos nas áreas de saúde pública e epidemiologia. Atua nos seguintes temas: resposta às emergências em saúde pública; epidemiologia de campo.

Giovani Zanquetto Olmo

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (2010). Atualmente é Especialista em Gestão, Regulação e Vigilância em saúde - Secretaria do Estado de Saúde do Espírito Santo. Pós graduado em Atualização em Periodontia (2011). Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Prótese Dentária e Periodontia.

Jhienifer Virginio Barbosa

Residente multiprofissional no Programa de Saúde da Família do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi/SESA), desde 2020. Graduada (2019) em Psicologia na Universidade de Vila Velha (UVV). Tem experiência como bolsista e voluntária de Iniciação Científica no projeto intitulado “Representações de violência escolar de alunos da Educação Básica”, no âmbito do programa de iniciação científica da Universidade Vila Velha - UVV, no período entre 2017/2 até 2019/1, sob orientação da professora e doutora Simone Chabudee Pylro. Bem como, experiência enquanto monitora de extensão no Núcleo de Acessibilidade (NACE) na mesma instituição no ano de 2019, sob orientação da professora e mestre Hildicéia dos Santos Affonso.

Júlia Fabres do Carmo

Graduada em fisioterapia pela Faculdade Salesiana de Vitória (2005). Especialização em Gestão em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Aperfeiçoamento Profissional na Associação Fluminense de Reabilitação. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Atualmente fisioterapeuta da Prefeitura Municipal de Vitória - ES.

Juliana da Silva Mariano

Possui graduação em Medicina pela Universidade Vila Velha - UVV (2007-2012) e residência médica em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ (2013-2015). Atualmente atuando junto à Equipe de Coordenação dos Programas de Residência em Saúde do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi. Atua como Coordenadora da Comissão de Residência Médica do ICEPi desde Julho/2020. Atuou junto ao Programa Mais Médicos como médica da Estratégia Saúde da Família no município de Afonso Cláudio - ES entre os anos de 2018 e 2019. Foi preceptora do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória entre os anos de 2015 e 2018. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Atenção Primária a Saúde e Medicina de Família e Comunidade.

Kelen Borchardt da Silva

Enfermeira, Residente em Saúde Coletiva pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPi)

Lairane Barros Caxias

Enfermeira Especialista em Saúde da Família pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi/SESA), desde 2020. Graduada (2019) em Enfermagem na Faculdades Integradas São Pedro (FAESA) com atuação como acadêmica de Enfermagem no setor de saúde prisional por dois anos.

Laís Coelho Caser

Possui graduação em Medicina pela Faculdade Brasileira UNIVIX (2013). Fez especialização em Saúde da Família pela UNA-SUS/UERJ e Prova de Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (RQE 11106). Membro da SBMFC, atuou como médica de Família e Comunidade na Atenção Primária à Saúde em Vitória -ES de 2014 a 2019. Atualmente faz parte do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) / SESA e atua na coordenação médica do Componente de Provimento e Fixação do Programa Qualifica-APS.

Lívia Rosas Ferreira

Mestrado em Ciência de Alimentos pela Faculdade de Engenharia de Alimentos da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP, 2012), especialista em Engenharia de Produção pela Universidade Estadual de Londrina (UEL, 2009) e em Vigilância Sanitária (EMESCAM, 2016). Graduada em Engenharia de Alimentos pela Universidade Estadual de Maringá (UEM, 2007). Experiência na área de Ciência e Tecnologia de Alimentos e Vigilância Sanitária.

Luciana Machado Duarte

Formada em Fisioterapia pelo Centro Universitário São Camilo ES (2012), pós graduada em Fisioterapia em Terapia Intensiva, pela Faculdade Inspirar (2021), pós graduada em Fisioterapia em Ortopedia, Traumatologia e Desporto, pela Faculdade Inspirar (2016), pós graduada em Docência do Ensino Superior, pelo Centro Universitário São Camilo ES (2012), licenciada em Letras - Inglês, pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Madre Gertrudes de São José (1993). Atualmente, trabalha na Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, como fisioterapeuta concursada e responsável técnica pelo setor de Fisioterapia na Unidade Integrada Jerônimo Monteiro (UIJM). É membro das comissões de Cuidados Paliativos, de Educação Permanente e de Estágio Curricular da UIJM e preceptora da Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos do ICEPi/SESA. Sócia na empresa Pró Físio Clínica de Fisioterapia, Reabilitação e Pilates, onde atua principalmente nas áreas de fisioterapia traumato-ortopédica, respiratória e neurofuncional.

Luiz Cláudio Oliveira da Silva

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (2008). Pós Graduado Pela MMURAD/FGV em MBA Executivo em Saúde. Formação Permanente em Psicanálise, com atendimento em consultório clínico e atualmente ocupa cargo de Gerente da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), órgão ligado ao Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde- ICEPi - da SESA.

Manoela Cassa Libardi

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Espírito Santo (2012). Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal do Espírito Santo (2015). Foi professora de Magistério Superior do Departamento de Farmácia e Nutrição do Centro de Ciências Exatas, Naturais e da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (2016-2018). Nutricionista Clínica da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, atuando no Hospital Estadual de Jerônimo Monteiro. Membro das comissões de Educação Permanente e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da unidade hospitalar. Membro Consultiva da Comissão de Cuidados Paliativos da unidade hospitalar. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos do ICEPi/SESA-ES

Marcello Dala Bernadina Dalla

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Espírito Santo (1989) e Mestrado em Educação pela Fundação Universidade Regional de Blumenau (2002). Doutorado em Pediatria e saúde da criança DINTER PUCRS e EMESCAM (2019). Atualmente é Médico de Família e Comunidade - MFC (concurado) da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) e MFC (concurado) Teleconsultor e Telerregulador da Unidade de e-SAÚDE do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM). Coordenador do Programa de Residência Médica descentralizada em MFC do Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação (ICEPi-SESA-ES) Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina de família e comunidade, atuando principalmente nos seguintes temas: atenção primária à saúde, planejamento em saúde, educação médica, educação permanente, educação a distância (EAD), sistema único de saúde, saúde da família e saúde pública, telessaúde, telemedicina e saúde digital.

Mariana Lisboa Costa

Graduação em Fisioterapia pela Universidade Católica do Salvador - UCSal (2008). Especialização em Saúde da Família e Comunidade (modalidade

Residência Multiprofissional) pela Universidade Federal de São Carlos - UFSCar (2011), Especialização em Processos Educacionais na Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês- IEP/HSL(2014 e 2016) e Mestrado em Gestão da Clínica pela Universidade Federal de São Carlos - UFSCar (2013). Experiência em Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Apoio Matricial, Apoio Institucional, Educação Permanente em Saúde e Formação em Saúde com ênfase em Metodologias Ativas de Ensino Aprendizagem.

Mirela Dias Gonçalves

Mestre em Enfermagem pelo Centro Universitário São Camilo SP. Graduada e Licenciada em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora MG. Especialista em Epidemiologia pela Universidade Federal do Espírito Santo e em Saúde da Família pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Experiência em atividades de Facilitação com Enfermeiros do Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde desde 2019. Tutora de Rodas de Educação Permanente em Saúde Multiprofissional em Curso de Pós Graduação em Atenção Primária à Saúde de 2009 a 2011. Exerce a Docência do Ensino Superior em Enfermagem desde 2004 e atualmente fazendo parte do Curso de Enfermagem da Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI), coordenando o Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva da - linhas de pesquisa: Epidemiologia das doenças transmissíveis. Educação Permanente em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

Paola Karolyne Jandrey

Técnica em Agroindústria pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná (2010-2013), graduada em Nutrição na Universidade Federal do Paraná (2014-2018), Mestra em Alimentação e Nutrição pela UFPR, Residente em Saúde Coletiva (com ênfase em Vigilância em Saúde) do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação, possuindo área de concentração em Educação em Saúde, atuando com foco em: educação, saúde coletiva, vigilância em saúde, legislação e vigilância sanitária de alimentos, processamento de alimentos provenientes da agricultura familiar, camponesa e agroecológica.

Regiany Silva Calassara Santiago

Graduação em Enfermagem, Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) em Aracruz/ES.

Renata Abdalla Pires

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo. Enfermeira efetiva, atuante, da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), lotada na UIJM, área hospitalar, membro da Comissão de Educação Permanente em Saúde, coordenadora e membro da Comissão de Segurança do Paciente desta Instituição. Docente e Coordenadora do Colegiado de Enfermagem da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Alegre, ES, no curso de Graduação e nível médio de Enfermagem. É mestre em Ciências- Patologia Geral das Doenças Infecciosas pelo Núcleo de Doenças Infecciosas (NDI) da Universidade Federal do Espírito Santo. É especialista em Saúde da Família pela Faculdade de Medicina de Campos/RJ, em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), em Enfermagem Dermatológica na Assistência ao Portador de Lesões Cutâneas, pela Universidade Gama Filho/RJ e em Formação Pedagógica na Área de Saúde: Enfermagem, pela ENSP/FIOCRUZ. Tem experiência na área gerencial de programas de saúde pública (imunização, Vigilância Epidemiológica, Estratégia Saúde da Família, Vigilância Ambiental), em coordenação de curso de Graduação em Enfermagem, nas áreas de Enfermagem clínica, urgência e emergência, em tutorias na área de saúde, na área de docência, atuando principalmente em orientação de TCC e nos seguintes temas: atividade educativa; enfermeiro; doenças infecciosas, epidemiologia, saúde pública. Atuou como tutora na implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde do ES e foi docente do curso de pós-graduação em Atenção Primária da Secretaria do Estado da Saúde do ES pela FACASTELO. Selecionada em 2012 para o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e desempenhou suas atividades no Município de Alegre, es.. Desenvolveu projeto financiado pela FAPES intitulado “Projeto SANITA: acompanhamento de crianças

de escolas rurais na busca de promoção da saúde” e foi tutora do Projeto PET/VS do Ministério da Saúde intitulado “Estruturação da Vigilância Hospitalar da Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro, ES”. Foi Tutora presencial da Pós Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Espírito Santo, pólo Alegre. Atualmente ministra aulas de Assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Biossegurança e Imunologia na FAFIA e é preceptora da Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos pelo ICEPi. Coordenadora do grupo de pesquisa gestão e práticas hospitalares do Hospital Estadual de Jerônimo Monteiro.

Roseli Ferreira da Silva

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade do Sagrado Coração, graduação em Pedagogia pela Universidade de Marília, mestrado em Educação Médica - University of Dundee, mestrado em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Foi professora na Faculdade de Medicina de Marília- FAMEMA e professora associada II do departamento de medicina, da Universidade Federal de São Carlos- UFSCar. Atualmente é coordenadora do Curso de especialização em Preceptoría do SUS, no Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa- HSL/IEP. E assessora pedagógica no ICEPi- SES do Espírito Santo. Tem experiência na área de Educação, com ênfase em Currículos Específicos para Níveis e Tipos de Educação. Atuando na Empresa Singular Formação Inovadora, como consultora e assessora em currículos inovadores e metodologias ativas de ensino aprendizagem, como aprendizagem baseada em problemas na graduação, pós-graduação, incluindo os programas de residências nas áreas da saúde.

Silvana Assis Machado

Psicóloga, Especialista em Arteterapia e Psicodrama. Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

Silvio José Santana

Médico graduado pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e pós-graduado (residência médica) em Medicina de Família e Comunidade pela Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares. Realizou pós-graduação em Pneumologia pelo Centro Universitário Redentor. Atualmente realiza atividades docente-assistenciais no Componente de Provimento e Fixação de Profissionais pelo Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo e leciona como professor de Pneumologia da Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares. Também fez pós-graduação pelo Programa Nacional de Formação de Preceptores da Universidade Aberta do SUS, tendo exercido a função de Preceptor no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, credenciado pelo MEC, em Governador Valadares. Realizou os cursos de Eletrocardiograma e Clínica Médica ministrados pelo Dr. Neif Musse em Juiz de Fora-MG. Em 2016, foi aprovado no curso SECLIN - Simulação em Urgências e Emergências Clínicas.

Tânia Mara Ribeiro dos Santos

Mestre em Saúde Coletiva, Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espírito Santo (1996). Atualmente é professor titular da disciplina Saúde Pública na Faculdade Novo Milênio. Professora de Pós-Graduação da Faculdade UVV, EMESCAM, PIO XII e FAESA na disciplina Políticas Públicas de Saúde e Atenção Primária à Saúde. Trabalha na Secretaria de Estado da Saúde, na Vigilância em Saúde, Facilitadora de Metodologias Ativas do Hospital Sírio Libanês e Tutora do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação - ICEPI/SESA.

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-018-5



9 786554 620185