

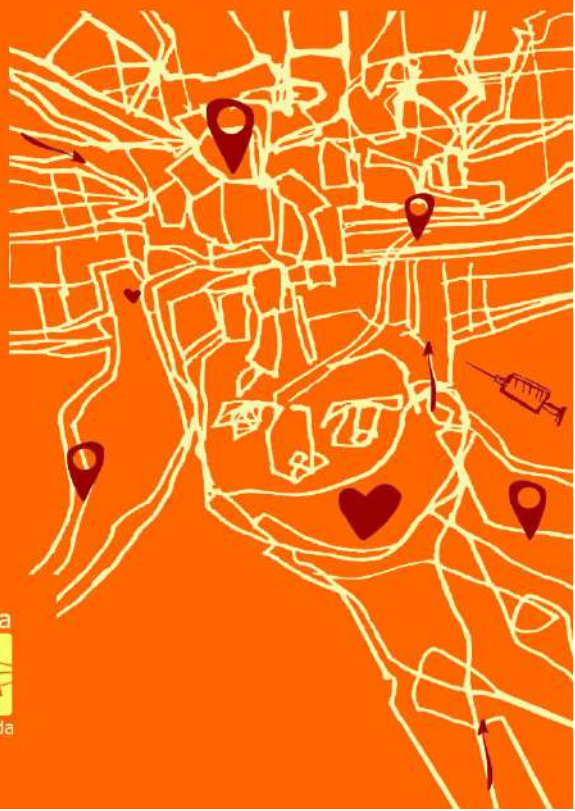


ORGANIZADORES

Ricardo Burg Ceccim
Juliana Siqueira Santos
Emmanuel Correia de Lemos
Lorrainy Solano da Cruz
Célia Maria Borges da Silva Santana
Denise Bueno

SÉRIE VIVÊNCIAS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

PANDEMIA E A PERSISTÊNCIA DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: LINGUAGEM PARA VIVÊNCIAS SINGULARES



editora

redeunida



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

Ricardo Burg Ceccim
Juliana Siqueira Santos
Emmanuelly Correia de Lemos
Lorrainy Solano da Cruz
Célia Maria Borges da Silva Santana
Denise Bueno

■ SÉRIE VIVÊNCIAS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE ■

**PANDEMIA E A PERSISTÊNCIA DAS
RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: LINGUAGEM
PARA VIVÊNCIAS SINGULARES**

1ª EDIÇÃO
PORTO ALEGRE
2025

editora



redeunida

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Feria

Coordenação Editorial

Editores-Chefes: Alcindo Antônio Feria e Hêider Aurélio Pinto

Editores Associados

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diêssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virgínia de Menezes Portes

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Alcindo Antônio Feria (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 Llorido (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).
Èrica 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).
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense).
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 Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).
Mara Lisianed 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).
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco).
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil).
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guamieri
Camila Fontana Roman
Carolina Araújo Londero

Capa e Diagramação

Caju Galon, Caruaru/PE
Arte/educador, Artista Visual
@cajugalon

Ilustrações

Helô Germany, Caruaru/PE Artista Visual
@helo.germany

Revisão Técnica

Ricardo Burg Ceccim

Revisão Textual e Normativa

Verônica Helena dos Santos Bozza
Ândrio Corrêa Barros
Ricardo Burg Ceccim

FICHA CATALOGRÁFICA**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

P1893

Pandemia e a persistência das residências em saúde: linguagem para vivências singulares/ Ricardo Burg Ceccim; Juliana Siqueira Santos; Emmanuely Correia de Lemos; Lorrainy Solano da Cruz; Célia Maria Borges da Silva Santana; Denise Bueno (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2025

390 p. (Série Vivências em Educação na Saúde, v. 33).

E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5462-198-4

DOI 10.18310/9786554621984

1. COVID-19. 2. Internato e Residência. 3.Educação Continuada. 4. Vivências e Experiências.

I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 21

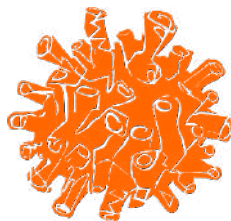
CDU 614

Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza – Bibliotecária – 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

APRESENTAÇÃO 09

Ricardo Burg Ceccim, Juliana Siqueira Santos, Emmanuely Correia de Lemos, Lorrainy Solano da Cruz, Célia Maria Borges da Silva Santana, Denise Bueno

ABERTURA | RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: A TECEDURA DE UMA FORMAÇÃO EM SERVIÇO..... 15

Ricardo Burg Ceccim

PARTE I – AÇÃO EM SITUAÇÃO 26

CAPÍTULO 01 | A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL COMO FERRAMENTA DE RESGATE DE AÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA INTERROMPIDAS PELA PANDEMIA DE COVID-19..... 27

Gabriele Teixeira Braz de Souza, Bianca Martins Alves, Cândida Calenzani Petri, Adriana Drummond de Andrade

CAPÍTULO 2 | PANDEMIA DE COVID-19 E TABAGISMO: POTENCIALIDADES DE ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA NO DISTRITO FEDERAL 41

Dyana Helena de Souza, Anna Heliza Silva Giomo, Tatiana Oliveira Novais

CAPÍTULO 3 | PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM TEMPOS DE PANDEMIA: NOVOS FORMATOS PARA NOVOS HORIZONTES 62

Natália São Tiago Vieira, Michele da Conceição Barros Silva, Suelen Franco, Tatiane Jardim Costa, Norhan Sumar

CAPÍTULO 4 | INTERVENÇÃO SOCIAL E GESTÃO: A IMPLANTAÇÃO DE UMA SALA DE SITUAÇÃO EM SAÚDE PARA A COVID-19 77

Taysa Rayane Lucas de Paiva, Izabel Cristina de Medeiros Dantas, Johny da Silva Diniz

CAPÍTULO 5 | PRÁTICAS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NA BAHIA 92

Ricardo Cardoso dos Santos, Catharina Leite Matos Soares

CAPÍTULO 6 | CONTRIBUIÇÕES DE RESIDENTES PARA O AVANÇO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID- 19 NO SERTÃO DE PERNAMBUCO..... 109

Iara dos Santos Leal, Emanoela Antunes da Silva, Maiara Kely da Silva, Cindy Avani Silva Ceissler

CAPÍTULO 7 | CAMPANHA DE INCENTIVO À VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 PARA GESTANTES E PUÉRPERAS NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE EM UM HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE PORTO ALEGRE, RS126

Ana Carolina Brondani, Luiz Carlos Espíndola Júnior, Gabriela Brito Pires

PARTE II – TERRITÓRIOS DIVERSOS 142

CAPÍTULO 8 | DO LUTO À LUTA: O COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO DELTA DO PARNAÍBA, DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19..... 143

Daline da SilvaAzevedo, Antônio Vladimir Félix-Silva, Matheus Barbosa da Rocha

CAPÍTULO 9 | CRIAÇÃO DE DISPOSITIVOS PARA A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR À POPULAÇÃO IMIGRANTE: O GRUPO DE TRABALHO DO INTÉRPRETE CULTURAL REMOTO 162

Luiz Carlos Espíndola Júnior, Sandra Corrêa da Silva, Rita Buttes da Silva

CAPÍTULO 10 | “AQUI SE RESPIRA LUTA”: UMA EXPERIÊNCIA DE COZINHA POPULAR SOLIDÁRIA 180

Isabel Passos Delforge, Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Livia Milena Barbosa de Deus Mélo

CAPÍTULO 11 | ESTILO DE VIDA DE MULHERES DA ZONA RURAL PARTICIPANTES DE GRUPOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19..... 198

Nicole Caroline Nascimento da Silva Carvalho, Maria Deisyelle Sibaldina da Silva Almeida, Taynara Poliana Gonçalves de Melo, Emmanuely Correia de Lemos

CAPÍTULO 12 | TECENDO LINHAS NO CAMPO EM MEIO A PANDEMIA DE COVID- 19 : NARRATIVAS DE MULHERES TRABALHADORAS DE FACÇÃO DE COSTURA SOBRE QUALIDADE DE VIDA.....214

Taynara Poliana Gonçalves de Melo, Maria Deisyelle Sibaldina da Silva Almeida, Fernando de Lima, Emmanuely Correia de Lemos

CAPÍTULO 13 | AFETIVIDADE, ALTERIDADE E EMPATIA: APROXIMAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DO SER RESIDENTE N A P A N D E M I A D E C O V I D - 1 9 E E M M O M E N T O D E DISTANCIAMENTO GEOGRÁFICO 229

Margareth Pandolfi, Célia Márcia Birchler, Priscila Rocha Araújo Nadder, Reijane Pandolfi

CAPÍTULO 14 | ABRIGO EMERGENCIAL PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO ENFRENTAMENTO À COVID-19: UMA ALIANÇA COM A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA..... 249

Isis Aríscia de Araújo Martins, Andréa Taborda Ribas da Cunha, Ricardo Burg Ceccim

PARTE III – SAÚDE MENTAL 266

CAPÍTULO 15 | SAÚDE MENTAL SE PRODUZ NO TERRITÓRIO: ANALISANDO A PRÁXIS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19268

Thayane Pereira da Silva Ferreira

CAPÍTULO 16 | SOFRIMENTO SOCIAL: PERCEPÇÕES A PARTIR DE ATENDIMENTOS DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA 279

Karla Susane Prado Aguiar, Priscilla Lunardelli

CAPÍTULO 17 | REPERCUSSÕES DA PANDEMIA DE COVID-19 EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E SUAS FAMÍLIAS ACOMPANHADAS POR RESIDENTES EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR 298

Sheila de Quadros Uzêda, Daniella Oliveira Cerqueira, Josefa Lusitânia de Jesus Borges

CAPÍTULO 18 | O PAPEL DO PRECEPTOR NA FORMAÇÃO E NA MANUTENÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE RESIDENTES DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19..... 317

Lara Rabelo Costa, Naraiana de Oliveira Tavares

CAPÍTULO 19 | PRODUZINDO ESTRATÉGIAS DE CUIDADO EM UM CAPSAD: A EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19.....331

Maria Cecília Gonçalves Brandão, Patrícia Oliveira Lira

CAPÍTULO 20 | O CUIDADO EM TERRITÓRIO NO PÓS-PANDEMIA: NARRATIVAS DE RESIDENTES EM SAÚDE MENTAL NO VALE DO SÃO FRANCISCO349

Guilherme Costa dos Santos, Sueleen Thaísa Henrique de Souza, Renata Helena Bastos Castro, Nathalya Silveira da Silva, Josicleia Oliveira de Souza

CAPÍTULO 21 | EM TEMPOS DE PANDEMIA, A RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL ANUNCIA: “CUIDAR COLETIVAMENTE NO CAPS É POSSÍVEL E FAZ BEM!” 359

Sonha Maria Coelho de Aquino, Vera Lúcia de Azevedo Dantas

LISTA DE AUTORES..... 381

ÍNDICE REMISSIVO..... 388

APRESENTAÇÃO

Ricardo Burg Ceccim
Juliana Siqueira Santos
Emmanuely Correia de Lemos
Lorrainy Solano da Cruz
Célia Maria Borges da Silva Santana
Denise Bueno

"Pandemia e a persistência das residências em saúde: linguagem para vivências singulares" decorre de um edital convocado pela Associação Científica Rede Unida e Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, onde se pretendia a publicação de dois livros, um de "registros reflexivos" e outro de "registros imagéticos", dando conta de uma obra de relatos analíticos e outra de interações sensíveis, ambas relativas à experiência de campo nas residências em saúde durante o período da pandemia de covid-19. As residências em saúde, modalidade de formação em serviço para profissionais da área, são divididas em residência médica, exclusiva para esta categoria profissional, e residência em área profissional da saúde, destinada às demais categorias. Ambas as modalidades, possuem uma comissão nacional de regulação, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde (CNRMS), respectivamente.

Durante a pandemia de covid-19, a CNRM seguia seu trabalho e pôde estipular recomendações aos programas sob sua regulação e responder às demandas de sua base. Já a CNRMS estava suspensa desde maio de 2019, e assim permaneceu até o final do ano de 2021. A suspensão decorria da não convocação pelos Ministérios da Educação e da Saúde para a designação do novo mandato, fato que chegou a promover, em 2020, a organização de um Movimento Nacional em Defesa das Residências em Saúde, reivindicando a reinstauração da CNRMS e as providências de suporte aos programas quanto ao fazer frente à pandemia, à proteção de residentes e preceptores e às adaptações curriculares emergenciais. A pandemia de covid-19, emergente ao final do ano de 2019 na Ásia, alcançava proporções devastadoras de morte por todo o planeta nos anos de 2020 e 2021, recrudescendo apenas com a

introdução da vacina em 2021, conforme demonstrada sua segurança biológica e seu poder de controle sobre a disseminação da doença a cada imunizante apresentado pelas pesquisas científicas.

A proposta de organização das coletâneas surgiu do intuito de evidenciar ações, estratégias e inovações envolvidas no desenvolvimento dos programas de residência em saúde no país relativamente ao enfrentamento da pandemia de covid-19, inclusive como forma de resistência cotidiana, evitando a sua desarticulação e possível fragilização. A chamada para manuscritos extrapolou o objetivo inicial, atraindo aqueles que atuaram ou atuavam em programas de residência e relataram analiticamente o período de 2020 a 2023. O primeiro ano foi de medos e incertezas, em seguida, veio o período de maior habilidade no manejo da pandemia, seguido do período das recomposições em novidade e, finalmente, a reacomodação pela evidência de sequelas, consequências e a chamada covid-19 de longa duração.

Os contextos dos sistemas e serviços de saúde conviviam - ou sobreviviam - com cortes orçamentários tanto na saúde quanto na educação, mesmo em meio à pandemia, o que repercutiu em seu legado e produziu graves efeitos na gestão dos programas. As publicações atenderiam ao esforço de memória e documentação de um tempo em vertigem na atenção à saúde, mas também na formação de profissionais para todos os âmbitos das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). O período da pandemia (2019-2022) aconteceu em face da regulamentação da Emenda Constitucional n.º 95/2016, que acelerou o processo de desfinanciamento do SUS, somando-se a isso, a redução da Política Nacional de Atenção Básica à agenda da Atenção Primária à Saúde, e a precarização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, entre outras condutas do Estado brasileiro, configurando ações de desmonte do sistema sanitário e educossanitário, que repercutiram nas condições de saúde dos residentes, nas práticas de cuidado aos usuários, na gestão político-institucional e no desenvolvimento pedagógico dos programas de residência.

A chamada para manuscritos permitiria, então, publicizar os modos de fazer saúde nas residências, valorizando a vida, a criação de caminhos e o empenho das

pessoas, dos serviços e dos gestores locais em defesa do cuidado universal e do SUS. As coletâneas serviriam para fomentar e disseminar conhecimentos, compartilhando registros e imagens que tivessem promovido significado e/ou provocado os sentidos, demonstrando a atuação das residências em saúde nos diversos cenários, territórios e regiões do país, contribuindo para o fortalecimento das políticas de formação de profissionais para o nosso sistema de saúde.

A Associação Científica Rede Unida, por meio do Fórum de Residências em Saúde, e a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, por meio da Diretoria de Educação na Saúde e da Escola de Governo em Saúde Pública, em parceria, constituíram uma comissão editorial específica e comissões de apoio, o que permitiu à Editora Rede Unida chamar o Edital conjunto de chamada de manuscritos, reforçando a importância das colaborações e articulações interinstitucionais para o desenvolvimento das políticas de saúde. A chamada de artigos assumia que as residências em saúde são movidas por atores que, de forma coletiva e democrática, constroem estratégias para superar as dificuldades e apontar caminhos para o fortalecimento do SUS. Portanto, seria uma forma de colher esse tempo em vertigem e apontar os acontecimentos objetivos e subjetivos, pessoais e institucionais, governamentais e não governamentais. A produção e a organização das coletâneas, entendemos, permite disseminar experiências e produções dos serviços, dos coletivos, dos sistemas locais de saúde, das instituições formadoras, do controle social e dos movimentos sociais no país, inclusive como estratégia de contribuir com a produção teórica e metodológica no campo de conhecimentos e práticas da saúde coletiva e da educação na saúde.

A chamada sugeria como temáticas as residências em saúde no contexto da pandemia de covid-19; suas estratégias de gestão e governança no período; as práticas de educação e ensino da saúde em sua relação com a pandemia; e as práticas assistenciais e de proteção à saúde em cenários de residência no contexto pandêmico. Nestes termos, a chamada recebeu **105 manuscritos**, dos quais **36 foram recusados** na aplicação dos critérios assinalados, **15 foram aceitos sem modificações** e **54 com**

indicação de correções obrigatórias. Todos os autores com pedido de revisão atenderam às recomendações, devolvendo seus originais com correções ou sustentação de argumentos. Para a releitura dos 54 manuscritos, foi necessário dobrar o tempo de revisão pela comissão editorial. O total final de manuscritos para fins de publicação, diagramação e editoração foi de **69 manuscritos, 48 relativos às contribuições analítico-reflexivas e 21 relativos às contribuições interativo- sensíveis.** Pelo volume de aprovações, tendo em vista devolver contribuições consistentes ao estudo e à pesquisa sobre residências em saúde, optou-se por organizar **3 volumes**, não rejeitando manuscritos revisados ou revisitados. Em **um volume** foram reunidos **27 manuscritos de análise reflexiva, em outro** a reunião de **21 manuscritos de mesmo corte.** Em um **terceiro volume** foram conciliados **21 manuscritos embasados em produções sobre interações sensíveis.**

Para o trabalho de seleção de manuscritos e sua organização em **3 volumes**, foram mobilizados **19 avaliadores**, que submeteram sua proposta aos Organizadores, à Comissão Executiva e ao Conselho Editorial, tendo em vista a aprovação das **3 obras idealizadas.** Um volume foi composto por **420 laudas originais**, outro volume por **330 laudas** e um **terceiro** por **270 laudas.** O trabalho previsto à inicial foi um trabalho "agigantado", custando a dilatação dos prazos de avaliação dos textos, sempre exercida em duplas de pareceristas, bem como dos prazos para reformulação das produções pelos autores, revisão pelos dois pareceristas, apreciação dos organizadores e aprovação do Conselho Editorial. Uma última revisão, esta dos organizadores, não retornou aos autores, pois intencionava-se a padronização de termos, linguagem e unidade tanto interna como transversal às coletâneas. A editora acatou todo o material recebido, acolhendo os prazos solicitados pelos autores para as alterações solicitadas e da comissão executiva para a catalogação dos manuscritos na direção da publicação em três volumes.

O presente volume, "**Pandemia e a persistência das residências em saúde: linguagem para vivências singulares**", é uma coletânea de experiências que emergem do cotidiano de profissionais e residentes imersos nos serviços de saúde no

Brasil no contexto da pandemia de covid-19, suas implicações e desdobramentos até o tempo atual. **Este volume** foi organizado em **três partes**:

- I. **Ações em Situação**, com sete capítulos, cercando atenção básica, tabagismo, sala de situação, saúde na escola, planejamento & gestão, vacinação;
- II. **Territórios diversos**, abrangendo outros sete capítulos, lida com o lugar da luta em meio ao luto, assistência hospitalar, cozinhas populares, grupos de saúde, grupos de costura, ser residente e um abrigo para a população em situação de rua;
- III. **Saúde Mental**, com abrangência demais sete capítulos, aborda experiências relativas ao sofrimento psíquico, sofrimento social, infância & autismos, saúde mental do residente, cuidado no centro de atenção psicossocial, residência em saúde mental e cuidado coletivo em saúde mental.

A partir da vivência de diferentes profissionais e residentes, os capítulos abordaram temas fundamentais, como os desafios do trabalho na linha de frente, a reestruturação dos serviços, a atenção às populações vulnerabilizadas e a significação do cuidado em tempos de crise sanitária. As narrativas apresentadas revelaram não apenas a complexidade enfrentada nos cenários, mas também a criatividade, a dedicação e o compromisso dos trabalhadores de saúde em busca de soluções para os desafios impostos pelo contexto da pandemia.

Este livro contempla **apresentação, abertura e três partes**, que conciliam **21 capítulos**. O livro se compõe com **65 autores**, entre coordenadores, docentes, gestores, pesquisadores, preceptores, residentes e tutores, além de artistas. A obra não se limita a um registro histórico, configura-se como um instrumento de aprendizado e reflexão sobre o papel das residências em saúde na formação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Esperamos que colegas e estudiosos encontrem nestas páginas inspiração para continuar construindo uma educação na saúde de qualidade ética, técnica e humanista, assim como uma saúde coletiva. Esta apresentação é feita pelo coletivo que se debruçou à composição final das três obras citadas e, por isso, nos três volumes a apresentação muito se assemelha e repete, singularizando os números e tematizações de cada uma.

ABERTURA



RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: A TECEDURA DE UMA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Ricardo Burg Ceccim

As diretrizes gerais para Programas de Residência em Saúde são apresentadas, respectivamente, pelas Comissões Nacionais de Residência Médica (CNRM) e Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Enquanto a primeira é exclusiva para médicos, a segunda excetua a medicina, podendo ser de oferta tanto multi como uniprofissional. Ambas devem ser oferecidas, preferencialmente, para recém - formados, uma vez que visam à incorporação de profissionais pelo sistema de saúde que sejam detentores de habilidades avançadas nas áreas de trabalho que estruturam a rede de serviços sanitários. No caso dos médicos, trata-se das especialidades regulamentadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que não aceita, para fins de qualificação de especialista outra formação que não a residência médica ou a certificação pelas sociedades de especialidade. Essa condição, de tal forma se consolidou, que a categoria médica instituiu o Registro de Qualificação de Especialidade (RQE), como *documento que comprova* que um médico é especialista em uma determinada área da medicina.

O Decreto n.º 8.516, de 10 de setembro de 2015, que regulamenta o Cadastro Nacional de Especialistas, assegura que apenas a residência médica e a certificação emitida pelas sociedades de especialidade são reconhecidas para fins de *qualificação como especialista*. A Resolução CFM n.º 2.336/2023, que regula as práticas de publicidade e propaganda médicas, faculta aos médicos com pós-graduação a divulgação de suas qualificações, contudo determina devem fazer constar que tais títulos *não correspondem* à especialidade médica:

Art. 13 [...]

§ 1º A divulgação da qualificação técnica do médico será feita da seguinte forma:

[...]

d) curso de pós-graduação *lato sensu* devidamente cadastrado no CRM: MÉDICO(A) com pós-graduação em (área da pós-graduação), seguido de NÃO ESPECIALISTA, em caixa alta (CFM, 2023, grifo do original).

No caso da residência médica, estamos falando de um decreto do ano de 2015 cuja regulamentação a que se propõe remonta à Lei n.º 6.932, de 7 de julho de 1981, que é a lei da residência médica. Em Nota Técnica, de 30 de março de 2023, o Ministério da Educação posicionou-se quanto à diferenciação entre "residência médica" e "outras modalidades de pós-graduação *lato sensu*", naquilo que se refere ao "aparato normativo" que "define" o funcionamento de cada modalidade e o significado da "titulação obtida pelos egressos", uma vez que têm como consequência "prerrogativas legais para o exercício profissional" (MEC, 2023). As residências em área profissional da saúde não foram criadas para regular, regulamentar e sacramentar quem é e quem pode usar o título de especialista sob pena de cortar pela raiz seu objeto precípua que é defender o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, não a incorporação pelo mercado de trabalho por aqueles detentores de título de especialista do cadastro legal de cada categoria profissional. Há categorias profissionais na área da saúde que sequer registram título de especialista, como é o caso do Conselho Federal de Serviço Social que assevera não haver especialidade para o exercício do assistente social, não possui cadastro e não registra especialistas.

A formação de especialista às equipes multiprofissionais de saúde não se configura por "área de especialidade", mas por "área profissional da saúde" (o que não possui sinonímia com categoria profissional da saúde), sendo esse o eixo central da Lei n.º 11.129/2005 (que criou a "Residência em Área Profissional da Saúde") e, por isso, a declaração de "excetuada a categoria médica" (não a *área* médica, mas a *categoria* médica). Justamente é a diferença na definição que distingue as duas residências. A definição de "área profissional da saúde" é sua divergência de "área de especialidade em saúde", não é para delimitar quem pode ou não usar o título de especialista em caixa alta ou não. Tampouco "área profissional da saúde" se define por profissão, por isso foi constituída uma comissão nacional de regulação designada

como "de "Residência *Multiprofissional* em Saúde", ainda que devesse ter sido denominada no plural, isto é, "residências multiprofissionais", considerando a inclusão da diversidade de programas, protegidos apenas por *Câmaras Técnicas*, cada uma destinada ao agrupamento de uma "área profissional da saúde" que se justifique. Por exemplo: saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde indígena, saúde mental, saúde bucal etc., em coerência com as políticas públicas, não com especialidades definidas por conselhos profissionais, participantes os conselhos de todas as Câmaras criadas, isto sim.

Este aspecto é importante porque a residência em área profissional da saúde foi criada na Lei da Juventude (Brasil, 2005), portanto, orientada pela qualificação ao trabalho dos recém-formados entre os 21 e os 29 anos de idade, de modo que pudessem assumir os postos de trabalho com mais experiência que o simples título de graduação, incluindo a experiência com o trabalho em equipe, por isso, a defesa da educação interprofissional e das práticas interprofissionais¹. A residência não foi criada em lei alguma relativa à pós-graduação, mas na lei da juventude. Tampouco uma lei específica que disponha sobre as atividades do profissional de saúde residente, como acontece com os médicos residentes. A residência em área profissional da saúde não se sustenta em resoluções sobre especialidade, mas numa histórica organização da CNRMS em "Área Temática", "Área de Concentração", "Área de Ênfase" e "Área de Especialidade".

Lamentavelmente, em pleno período da pandemia o governo de Jair Bolsonaro aniquilou com esse referencial, gerando um litígio com todos os fóruns de representação da base das residências em saúde (residentes, preceptores, tutores, coordenadores e entidades de apoio), com a história dessa modalidade de formação, com a bagagem cultural de seus movimentos de sustentação e com o Conselho

¹ Enquanto na residência médica o acesso é majoritariamente de recém-formados e pertencente à faixa etária da juventude (exceto em residências de segunda titulação, quando um médico já possuidor de uma especialidade, pretende ascender a uma outra, por exemplo, um médico de família e comunidade que pretende se tornar pediatra, endocrinologista ou psiquiatra), na residência em área profissional da saúde há grande variabilidade por área e por categoria e grande procura por uma segunda residência, uma vez que nenhuma das duas lhe configura escolha de especialidade, sequer de aperfeiçoamento, apenas aquisição de habilidades para a ampliação das chances no mercado de trabalho generalista.

Nacional de Saúde (CNS), o que, de uma forma inexplicável, não foi corrigido durante a gestão da nova Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que sucedeu aquela do governo Bolsonaro.

Sem avançar por demais no tema, pode-se assinalar que a formação pós-graduada possui os degraus de *lato* e *stricto sensu*. No *lato sensu* são enunciadas as modalidades de "aperfeiçoamento" e "especialização". A Resolução da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Educação (CNE), com base na Câmara de Educação Superior, estabeleceu diretrizes e normas para a oferta dos cursos de pós - graduação *lato sensu* denominados cursos de especialização, no âmbito do Sistema Federal de Educação Superior, em conformidade com aquilo que prevê a Lei Federal n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. O CNE se pronunciou, em 2021, especificamente quanto às residências em saúde, claramente as excluindo de regulação educacional, tanto assim que o título de egresso da residência é "equivalente" ao de pós-graduação *lato sensu*, nível de especialização, mas não especialização acadêmica:

Art. 15. Excluem-se desta Resolução os programas de residência médica ou congêneres, em qualquer área profissional da saúde; e os cursos de pós-graduação denominados cursos de aperfeiçoamento, extensão e outros. (CNE, 2018)

O item 8.4, do Anexo à Portaria MEC/GM n.º 21, de 21 de dezembro de 2017, que dispõe sobre o sistema e-MEC, sistema relativo ao gerenciamento de informações no âmbito da regulação, avaliação e supervisão da educação superior no sistema federal de educação superior, é explícito ao afirmar que:

8.4. [...] As especializações ofertadas a partir de 2012 devem constar do Cadastro e-MEC, exceto as residências, que devem ser registradas em sistemas próprios.

8.4.1. Residência médica: programa de pós-graduação *lato sensu*, especialização na área médica, caracterizado como treinamento em serviço. É mantido e registrado em sistemas próprios.

8.4.2. Residência multiprofissional em saúde: programa de pós-graduação *lato sensu*, especialização nas áreas de saúde distintas da medicina, caracterizados como treinamento em serviço. É mantido e registrado em sistemas próprios. (Brasil, 2017)

A Residência em Área Profissional da Saúde não se organiza por cenário de especialidade, preceptor especialista, tutor especialista, mercado de trabalho exclusivo para os títulos de especialista, mas, muito antes pelo contrário, a formação deve se dar "segundo a lógica das redes de atenção à saúde e gestão do SUS". Ainda, precisa contemplar as prioridades locais de saúde, devendo "utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão [do cuidado], de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar"; também deve "fomentar a participação dos residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão do SUS" (Brasil, 2012).

Essa compreensão, em diferença ao conceito de especialidade, é fundamental, uma vez que a expectativa com as residências em área profissional da saúde não é de **especialidade**, mas de *conhecimento especializado*: no SUS, no trabalho no SUS, na atuação em equipe no SUS, na habilitação e prontidão para a atenção integral, na descentralização da gestão do setor, na participação popular e no matriciamento interprofissional. Deve-se falar em **formação especializada**, o que corresponderia ao nível de educação pós-graduada, mas não em **especialização**, a regulação deve ser por "área profissional em saúde" ou "área de atuação em saúde", não regulação de especialidade ou formação de especialistas. Com exceção da tradição médica, a totalidade de profissões da área da saúde aceita, acata, credencia e legisla sobre especialidades e certificação de especialistas sem necessidade obrigatória da frequência a programas que tenham, no mínimo, 5.760 horas, tenham duração, no mínimo, de dois anos e que se realizem, necessariamente, em ambiente de trabalho.

Ainda em diferença da formação especializada e formação de especialistas, a residência médica não possui a figura da tutoria (nem do orientador de serviço, que existe na residência em área profissional da saúde), apenas da preceptoria. Na residência em área profissional da saúde, a tutoria deve se dar preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, não havendo a necessidade de

oferta dos dois tipos de tutoria. A tutoria de campo deve integrar os núcleos de conhecimentos e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa, enquanto a tutoria de núcleo pode ser oferecida aos residentes de mesma categoria ou qualquer outra, por exemplo um tutor de farmácia pode oferecer formação em uso racional e correto de medicamentos para quaisquer categorias profissionais. A necessidade de um preceptor de mesma categoria profissional é uma obrigatoriedade em qualquer residência médica, uma vez que uniprofissional, mas não às residências em área profissional da saúde, isto é, não se aplica a programas onde as áreas de concentração ou estágio são voltados para atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados naquela área de atuação do campo sanitário, como por exemplo: gestão de sistemas e serviços de saúde, saúde do trabalhador e vigilâncias em saúde (epidemiológica, ambiental ou sanitária), entre outras. Nas residências médicas não é exigência a apresentação de um Trabalho de Conclusão de Residência, mas uma apresentação em congresso da área de especialidade, uma publicação em pares especialistas ou com o preceptor da especialidade, enquanto na residência em área profissional da saúde é esperada uma produção individual técnica, científica ou tecnológica orientada por um profissional de escolha do residente, desde que possua um título de mestrado (em qualquer área).

A carga horária das residências foi objeto de intensa discussão por várias reuniões da CNRMS até que se aprovasse, com declarações de voto (pela contrariedade parcial), a Resolução n.º 5, de 7 de novembro de 2014 (CNRMS, 2014a), que definia a Carga Horária e sua distribuição. A distribuição da carga horária na residência médica é de 10 a 20% para o componente teórico e de 80 a 90% para o componente prático-aplicativo, o que tem resultado em 54 horas semanais na atenção ao paciente e 6 horas semanais de aula. A distribuição da carga horária na residência em área profissional da saúde exige três modalidades: estratégias educacionais práticas, estratégias educacionais teóricas e estratégias educacionais teórico-práticas, sendo 20% teórica e 80% entre prática e teórico-prática. A exigência de frequência de 100% na prática e 85% na teórica, outro ponto da contrariedade parcial na votação em

plenária, ficou modificada para 85% na teórica, 85% na teórico -prática e 100% na prático-aplicativa ("prática").

Um outro ponto de diferença entre formação de especialista e formação especializada delineado pela regulamentação da residência em área profissional da saúde é que independentemente de temática, concentração, ênfase ou especialidade, no tocante aos temas curriculares obrigatórios estão: (1) garantia das ações de integração entre educação, gestão, atenção e participação social na carga horária prática, portanto não se resumindo à atenção aos pacientes, (2) oferta curricular em bioética, ética profissional, metodologia científica, epidemiologia, estatística, segurança do paciente, políticas públicas de saúde e organização do SUS, e (3) envolvimento das ações em territórios e em instâncias de controle social e ações de saúde coletiva na modalidade de estratégias teórico-práticas (CNRMS, 2014a).

A Resolução n.º 7, de 13 de novembro de 2014, quanto aos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, incluiu os processos de avaliação e supervisão dos programas e, em relação à avaliação, refere que, no tocante aos critérios de análise, devem ser consideradas a valorização do caráter multiprofissional e interdisciplinar do trabalho em saúde; a organização de currículos integrados, a desfragmentação dos núcleos profissionais e a colaboração no desenvolvimento dos sistemas locais de saúde (CNRMS, 2014b), uma clara contradição com as especialidades uniprofissionais regulamentadas por órgãos de fiscalização do exercício profissional, que somente podem regular sua própria categoria. Essa Resolução assume a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade como estruturantes.

Aquilo que os conselhos de fiscalização do exercício profissional podem, no máximo, fazer é acatar o conceito de equivalência, isto é, reconhecer o título de egresso da formação especializada ao título de especialista nas respectivas áreas de especialidade da profissão. No caso das residências uniprofissionais, a regulamentação reforça que devem se ater às especialidades regulamentadas onde a

modalidade de residência se justifique² para a obtenção do título. No caso da medicina, somente será especialista quem cursou um programa de residência de no mínimo 8.640 horas (previsto até um plantão semanal de 24h), duração mínima de 3 anos, realizado totalmente em serviço assistencial e em contato direto com pacientes ou obteve certificação de acordo com os critérios da respectiva sociedade de especialista³. As sete exceções, em um total de 31 especialidades médicas, são: Clínica Médica, Medicina de Família e Comunidade e Medicina Preventiva e Social, assim como as especialidades de Acupuntura e Homeopatia ou as de Medicina do Trabalho e Medicina do Tráfego, todas essas com duração de 2 anos, mas também aquelas de menor procura, menor oferta, maior evasão, maior taxa de vagas ociosas e maior possibilidade de terem suas habilidades absorvidas no mundo do trabalho por outras especialidades.

O percurso por um programa de residência é aceito como título de curso de especialização, o certificado de especialista não. É muito importante compreender as principais críticas feitas às residências médicas que justificaram criar uma comissão multiprofissional às categorias com atuação na saúde⁴, exceto a medicina: as especialidades atendiam interesse da corporação e não do SUS, atendiam à profissão e não à interprofissionalidade, atendiam às instituições proponentes e não ao sistema público de saúde, atendiam ao Conselho Profissional e não às demandas dos serviços

² Uma fonnação por meio da modalidade de residência não se justifica a todas as especialidades em saúde, para que se justifique é preciso que prevaleçam os fatores carga horária semanal mínima, duração mínima, ambiente que absorva plantões ou prontidão para situações em emergências de saúde pública, avaliação de custo benefício positiva, disponibilidade de tutoria e preceptoria, contato longitudinal (acompanhamento) com usuários primários (pacientes, cidadãos em busca de cuidado em algumas ou todas as fases do horizonte clínico). Para outras circunstâncias, se justificam programas de aperfeiçoamento "nos moldes da residência".

³ A característica que dá o nome de "residência" às residências é a jornada de 60 horas semanais (25% maior que o regime de tempo integral de um trabalhador), cumprimento de até um plantão semanal de 24 horas, 80 a 90% da carga horária total em contato direto com pacientes ou em ambiente de atenção clínica e/ou cirúrgica) e reposição de toda a carga horária designada como prática quando houver ausência, mesmo que amplamente justificada.

⁴ Fala-se aqui em "categorias com atuação na saúde" porque algumas categorias aceitas para a fonnação por meio das residências em saúde não são da área de conhecimento da saúde, como, por exemplo: Biologia (Ciências Biológicas), Biomedicina (Especialidade das Ciências Biológicas), Física Médica (Ciências Exatas), Psicologia (Ciências Humanas), Serviço Social (Ciências Sociais Aplicadas) e Medicina Veterinária (Ciências Agrárias).

prioritários na Atenção Básica, Atenção Domiciliar, Atenção Psicossocial e Atenção às Urgências e Emergências, estando fundamentalmente orientadas às especialidades médicas e à internação médico-hospitalar clínica e cirúrgica. Ainda, no tocante a este ponto, contribui a este nó-crítico a discussão a respeito da nomenclatura das residências. O uso do termo Residência "em Área Profissional da Saúde" e Áreas da Saúde na legislação vigente visava à ruptura com os especialismos na categoria médica (sempre a exceção). As áreas de formação especializada por meio de residências não podem sequer ser definidas pelo Ministério da Saúde nas políticas nacionais, pois devem poder ser criadas no interesse das regiões sanitárias nacionais por força da montagem dos sistemas locais e regionais, seguindo a determinação legal do SUS de descentralização da política, da decisão e da educação permanente em saúde.

Destaca-se, por fim, que as residências não podiam ser, todas, multiprofissionais, pois há necessidade de residências uniprofissionais e por especialidade (como no sentido médico) em casos como a cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais, a enfermagem obstétrica e a enfermagem neonatal, a farmácia industrial e a farmácia magistral, por exemplo. Todavia, essas residências precisam ser "integradas", isto é, compor com equipes multiprofissionais, compor com as políticas do SUS, conhecer e conviver com conselhos de saúde e gestão do setor, entender de regionalização etc.

Na oportunidade da pandemia de covid-19, vasta informação nova foi aportada, experimentação impensada foi acionada, aprendizado "fora da caixa" foi despertado. Seria o momento de ousar nas novidades, na criação e na invenção de realidades. Cabe àqueles envolvidos com políticas e práticas de residência em saúde a ousadia na formulação, na regulação, na execução, na avaliação e nas proposições inéditas. A coletânea em três volumes proporcionada pela chamada de artigos da Rede Unida e Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco é um alento, é a oferta de uma produção com base na experiência, em momento de vertigem e com a responsabilidade de cumprir as tarefas do sistema público de saúde do país.

Referências

- Brasil. (1977, 5 de setembro). *Decreto n.º 80.281, de 5 de setembro de 1977*. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d80281.htm.
- Brasil. (1996, 20 de dezembro). *Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm
- Brasil. (2005, 30 de junho). *Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005*. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n.º 10.683, de 28 de maio de 2003, e n.º 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-norma-pl.html>
- Brasil. (2015, 10 de setembro). *Decreto n.º 8.516, de 10 de setembro de 2015*. Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei n.º 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013. Diário Oficial da União, Brasília, DF. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/d8516.htm.
- Brasil. (2017). Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. *Portaria n.º 21, de 21 de dezembro de 2017*. Anexo. Dispõe sobre o sistema e-MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação, avaliação e supervisão da educação superior no Sistema Federal de Educação, e o Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior. Cadastro e-MEC. <https://www.gov.br/conarq/pt-br/legislacao-arquivistica/portarias-federais/portaria-no-21-de-21-de-dezembro-de-2017>
- Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Resolução n.º 5, de 7 de novembro de 2014a*. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=276672>>
- Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Resolução n.º 7, de 13 de novembro de 2014b*. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CNRMS-07-2014-11-13.pdf>
- Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Resolução n.º 2, de 13 de abril de 2012*. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde. <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CNRM-002-2012-04-13.pdf>
- Conselho Federal de Medicina. (2023, 13 setembro). *Resolução n.º 2.336, de 13 de setembro de 2023*. Dispõe sobre publicidade e propaganda médicas. https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2023/2336_2023.pdf
- Conselho Nacional de Educação (2018). Câmara de Educação Superior. *Resolução n.º 1, de 6 de abril de 2018*. Estabelece diretrizes e normas para a oferta dos cursos de pós-graduação lato sensu

denominados cursos de especialização, no âmbito do Sistema Federal de Educação Superior, conforme prevê o Art. 39, § 3º, da Lei n.º 9.394/1996, e dá outras providências.
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=85591-rces001-l18&category_slug=abril-2018-pdf&Itemid=30192

Ministério da Educação. (2023). *Nota n.º 1/2023/CGRSIDDESISESUISESU-MEC, de 30 de março de 2023. Residência Médica - diferenciação em relação a outras modalidades de pós-graduação lato sensu. Documento firmado por Denise Pires de Carvalho, Secretária da SESu/MEC.*
http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_extemo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_externo=0

PARTE I AÇÃO EM SITUAÇÃO



CAPÍTULO 1

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE RESGATE DE AÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA INTERROMPIDAS PELA PANDEMIA DE COVID-19

Gabriele Teixeira Braz de Souza
Bianca Martins Alves
Cândida Calenzani Petri
Adriana Drummond de Andrade

Introdução

A Atenção Básica (AB) é definida como o conjunto de ações que vão desde a prevenção e promoção até a reabilitação em saúde, de modo que produza continuidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado e autonomia do usuário, provocando mudança nos determinantes e condicionantes de saúde. Além disso, caracteriza-se por ter maior grau de capilaridade, descentralização, e estabelece o maior vínculo com o usuário, pois se encontra presente em seu cotidiano. Por isso, é considerada a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde (PNAB, 2012).

Dentro desse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que foi implantada em 1994 como uma estratégia para reorientação do cuidado em saúde destaca a Atenção Primária em Saúde (APS), definindo-a como uma ferramenta para expansão e aumento da resolubilidade, tornando a família o centro do processo de trabalho (PNAB, 2012; Rosa & Labate, 2015). Para isso, faz-se valer da gestão e cuidado em equipe multiprofissional, territorializada, sendo, portanto, a coordenadora do cuidado entre as Redes de Atenção à Saúde. Ademais, destaca-se que sua atuação é pautada pelos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017).

Dessa forma, rompe-se com o paradigma de caráter biomédico, medicalizante e gerador de uma atenção fragmentada, pois já não se espera que o indivíduo busque atendimento, mas instala-se um olhar voltado para a promoção de

saúde e de atenção integral no cuidado. Para isso, há a necessidade de olhar além dos muros da Unidade de Saúde, conhecendo os contextos familiares e a vida comunitária, identificando no território os pontos que necessitam de intervenção e trabalhando em sua resolução (Rosa & Labate, 2015).

Contudo, em 2019, devido à emergência em saúde pública, provocada pela covid-19, ocorreu a reorganização do processo de trabalho da APS. Uma vez que cerca de 80% dos casos de contaminação apresentaram sintomas leves, a APS tomou-se ponto de referência para informação, atendimento aos pacientes sintomáticos, testagem, notificação de contaminados e, posteriormente, de realização da imunização (Brasil, 2020; Medina *et al.*, 2020; Soares & Fonseca, 2020).

Apesar disso, nesse cenário pandêmico, o papel histórico da APS no controle de doenças transmissíveis, com o rastreamento e tratamento de contato, foi preterido. Esse fato é observado ao analisar os dados de procedimentos realizados, uma vez que em comparação ao ano de 2019, houve uma queda de 45,5% nos procedimentos de rastreio; 28,9% nos procedimentos de diagnóstico; e 41,2% de queda nos procedimentos de consulta médica (Massuda *et al.*, 2022)

Tal situação promoveu interrupção e/ou diminuição no cuidado longitudinal do usuário (Soares & Fonseca, 2020). Ainda que decretado o fim da pandemia, as sequelas da doença permanecem, evidenciando a necessidade de retomada de ações que priorizem a prevenção de doenças e agravos, bem como um olhar integral não só para o indivíduo, mas para o território e a comunidade (Brasil, 2022; Ardisson *et al.*, 2022).

Neste sentido, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, pautada pelas diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e da ESF, põe-se como um fomento à retomada dos processos de trabalho da ESF. Os residentes em saúde, inseridos no cenário de prática durante o período de dois anos, devem obrigatoriamente cumprir suas disposições, dentre elas, a promoção de ações em saúde para os usuários do serviço. Dessa forma, contribuem para um realinhamento das ações da ESF pós-pandemia. O presente trabalho tem como objetivo relatar a

experiência de residentes multiprofissionais em saúde do Programa de Saúde da Família, alocados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no resgate de ações coletivas, de cuidado longitudinal do usuário e de prevenção em saúde, na Atenção Primária à Saúde após a pandemia de covid-19.

Relato de experiência a partir do retorno pós-pandemia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir do retomo de ações coletivas, pós-pandemia de covid-19, no período de março a maio de 2023, na Unidade de Saúde da Família (USF) Forte São João, na cidade de Vitória, por residentes (cirurgiã-dentista; fisioterapeuta; e fonoaudióloga) da Estratégia Saúde da Família do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), da Secretaria de Saúde do Espírito Santo (SESA).

O relato de experiência caracteriza-se pela descrição precisa de uma experiência que contribua para discussão, trocas e proposição de ideias de uma área do conhecimento e de atuação. Conforme disposto na Resolução n.º 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, pesquisas desta natureza, que objetivam o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que identifiquem o sujeito, não demandam apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (Brasil, 2016).

Inicialmente, realizou-se o levantamento de ações e grupos existentes, bem como a possibilidade de atuação de novos grupos na USF, a partir de relatos dos profissionais da Unidade de Saúde, de sua gestão e de dados epidemiológicos adquiridos por meio da Rede Bem Estar (RBE), sistema interno de informações em saúde do município (Prefeitura Municipal de Vitória, 2023). As ações e grupos foram consolidados, sistematizados e nortearam a etapa seguinte, que consistiu na retomada pelos residentes em saúde das atividades. As atividades desenvolvidas foram registradas em diário de campo, agendas pessoais dos residentes e relatórios

elaborados pela preceptoria, servindo como fonte de dados para síntese dos resultados alcançados.

Foram identificados três grupos de ações coletivas a serem retomados: grupo de gestantes; oficinas com adolescentes; e visitas domiciliares. O grupo de gestantes e as visitas domiciliares eram realizados frequentemente pela equipe da ESF antes da pandemia de covid-19, com participação predominante dos profissionais de enfermagem. As oficinas com adolescentes ocorreram por um breve período e eram realizadas pela psicóloga e fonoaudióloga da USF, com ênfase em orientação aos pais e/ou responsáveis. Tal atividade não teve continuidade após o período de pandemia.

Gestante forte

Após identificados a interrupção do grupo de gestantes da Unidade de Saúde e o número de grávidas no território, optou-se pelo retomo do grupo por meio de uma parceria entre residentes, preceptores e acadêmicos de enfermagem em estágio obrigatório na USF. Para isso, após reunião para levantamento das demandas, elaborou-se um cronograma de atividades quinzenais, perfazendo cinco módulos ao total: a importância do pré-natal; nutrição e cuidados com o corpo; plano de parto e direitos das gestantes; questões psicológicas da gestação; e amamentação e cuidados com o recém-nascido.

Cada encontro foi dividido em quatro momentos: acolhimento e avaliação, oficina prática, roda de conversa com exposição do tema proposto, e ao final, confraternização com lanche compartilhado para integração e fortalecimento de vínculo entre usuárias e profissionais. Para a convocação das participantes, realizou-se a busca ativa via ligação telefônica para as gestantes cadastradas na USF, além de convites distribuídos por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Além dos acadêmicos em enfermagem e das residentes do ICEPi com formação em odontologia, fonoaudiologia, fisioterapia (Estratégia Saúde da Família), terapia ocupacional, psicologia e farmácia (Política de Saúde Mental), outros

profissionais, como nutricionistas, educadores físicos e assistentes sociais, participaram como convidados para a exposição dos temas selecionados. Quanto ao grupo de gestantes, observou-se uma média de cinco participantes nos encontros, sendo todas jovens entre 16 e 21 anos, a maior parte em sua segunda gestação. Durante os encontros, houve uma troca positiva entre as gestantes e profissionais de saúde, com esclarecimento de dúvidas e orientações. Além disso, cabe ressaltar o vínculo estabelecido entre as participantes, com trocas e diálogos sobre a vivência do período gestacional. Dessa forma, pode-se observar um empoderamento das participantes com relação aos seus direitos e aos processos pertinentes à gestação.

Integração Projovem

Além do resgate de ações interrompidas, implementou-se um novo projeto em parceria com o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). A partir da observação da pouca adesão dos adolescentes à Unidade de Saúde, foi proposta a realização de oficinas pelas residentes com o objetivo de orientar o acesso ao serviço, prevenir condições de saúde e estimular habilidades comunicativas. Essas oficinas foram realizadas no âmbito do Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Projovem), destinado a adolescentes com idade entre 14 e 17 anos, vinculados ao CRAS do território. Foi realizado o planejamento de três oficinas mensais com os temas: linguagem para elaboração coletiva de narrativa oral; saúde bucal e tabagismo; corpo e saúde. Cada oficina teve a duração de duas horas, ocorrendo nos períodos matutino e vespertino para contemplar todos os participantes do projeto. Os temas foram definidos após reunião com as coordenadoras do projeto Projovem, na qual foram acolhidas as demandas trazidas por elas, pelos adolescentes e seus familiares. As oficinas foram divididas em momento de acolhimento, atividade dinâmica com o tema proposto e ao final momento de confraternização com lanche disponibilizado pelo CRAS.

A participação dos adolescentes do grupo Projovem tem sido ativa, com dez participantes colaborando com as atividades e trazendo questionamentos, o que proporciona um compartilhamento de experiências e diálogo entre os indivíduos e o serviço de saúde. As oficinas realizadas estabeleceram uma ponte entre os adolescentes e os profissionais de saúde, bem como à USF. Ademais, identificou-se uma demanda específica no que se concerne à linguagem oral e habilidades comunicativas nos adolescentes, o que será reforçado como eixo que permeia as demais temáticas futuras.

Visita domiciliar

Outra atividade afetada pela pandemia foram as visitas domiciliares. Por meio das reuniões com as equipes de ESF na Unidade de Saúde, identificou-se a possibilidade de atuação das residentes em suas respectivas áreas de competência. A partir disso, sobretudo os ACS, repassaram nessas reuniões as demandas existentes do território. Como resultado, as visitas domiciliares foram agendadas com as residentes e demais profissionais da equipe pertinentes a cada caso. As visitas domiciliares ocorreram na frequência de quatro vezes por semana, no período da manhã, sendo cada dia específico para uma equipe de ESF da Unidade de Saúde, no intuito de abranger todo o território adscrito, contemplando, no máximo, três famílias por dia. Durante a visita, eram realizadas avaliações, intervenções, orientações ao usuário e/ou ao cuidador responsável e, caso necessário, os devidos encaminhamentos para atenção especializada e/ou acompanhamento ambulatorial na USF.

Com relação às visitas domiciliares, um total de 20 foram realizadas pelos residentes durante o período relatado, com média de 25 indivíduos assistidos, orientados e encaminhados a demais serviços quando necessário. A abordagem multiprofissional foi bem aceita pela população e boa parte dos profissionais, especialmente pela população acamada e domiciliada do território. Sobretudo com relação a este recorte populacional, observou-se uma demanda reprimida no cuidado

odontológico, fisioterápico e fonoaudiológico, uma vez que esses usuários não conseguem se locomover até a USF e em tempos anteriores esses profissionais não faziam parte na equipe das visitas domiciliares.

A inserção da Residência Multiprofissional na Unidade de Saúde da Família

Em março de 2023, iniciou-se a atuação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família na USF São João, no município de Vitória (ES). Reconhecida pela literatura como pós-graduação padrão ouro de formação, a residência multiprofissional tem importância em uma instituição, pelo seu papel na percepção crítica da gestão em saúde e no diálogo entre a prática dos serviços de saúde e os saberes acadêmicos (Torres *et al.*, 2019). Considera-se um ganho para o território a implantação do programa de residência, contando com a presença de profissionais que tradicionalmente não fazem parte da equipe de Estratégia Saúde da Família. Considerando a ausência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no território da USF em questão, essa inserção amplia a visão integral e biopsicossocial no acompanhamento longitudinal preconizado pelos princípios básicos do SUS. Ademais, a residência com vivência e formação para o Sistema Único de Saúde baseia-se não apenas na formação profissional do sujeito, como também na formação cidadã, considerando o sujeito histórico e social. Nela, a atuação individual do sujeito é posta em contexto, considerando os processos sociais vivenciados. É voltada, também, como ferramenta para transformação da realidade local e importante (Carvalho & Nepomuceno, 2008).

O impacto da pandemia de covid-19 nas ações da Atenção Básica

No Espírito Santo, estado de desenvolvimento das atividades presentes neste relato, o número de contaminações pelo coronavírus chegou a 1.335.205 de casos

confirmados até maio de 2023, sendo 336 mil casos na capital Vitória. Decerto, essa realidade impacta na organização do trabalho da APS. As seguintes situações foram trazidas pelos profissionais do município: predomínio das demandas de urgência e emergência; ausência do controle aos pacientes portadores de doenças crônicas, puericultura e pré-natal; infraestrutura insuficiente para a demanda; e desarranjo das ações da ESF (Ardisson *et al.*, 2022).

Nesse momento de fragilidade, destaca-se a relevância da Residência Multiprofissional em Saúde da Família como um incentivo e estímulo ao resgate das atividades. Ela atua no processo de identificação das demandas e agravos, no planejamento e execução das ações que competem ao fluxo de trabalho da ESF. Sobretudo, há um retomo do olhar ao cuidado longitudinal, à prevenção de doenças e à educação em saúde, valorizando e contextualizando conforme a realidade vivida no território.

Gestantes no território: a importância da educação em saúde

Entre as ações interrompidas pela covid-19, tem-se o Gestante forte, uma importante ferramenta de educação em saúde. Esta é definida como um conjunto de práticas sociais e pedagógicas, cujo processo contribui para a geração de uma consciência crítica no indivíduo, estimulando a busca de soluções coletivas para problemas identificados e estimulando a participação social. A educação em saúde busca a transformação de uma realidade por meio de um diálogo horizontal (e não assimétrico) com o usuário, tendo a população como parte constituinte do processo, juntamente com o trabalhador da saúde (Brasil, 1989).

Além disso, corroboram com a ideia ações como a Rede Cegonha, implantada em 2011 pelo Ministério da Saúde como estratégia nos contextos das Redes de Atenção à Saúde. A Rede possui em seus princípios a participação e mobilização social e insere nos componentes do pré-natal a implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos sobre saúde sexual e

reprodutiva (Brasil, 2011). Tendo em vista esse embasamento teórico e normativo como norteador pedagógico, elaborou-se a retomada das ações do grupo de gestantes na USF. A existência de espaços para esta população é de fundamental importância no intuito de ofertar apoio e preparação no período gravídico, puerperal e no cuidado com a criança, fortalecendo vínculos familiares e a promoção da saúde (Santos *et al.*, 2022).

Apesar da baixa adesão aos encontros, que pode ser justificada pela dificuldade de contato e pelo horário, realizados durante as jornadas de trabalho, aliada ao receio de contágio ainda pela covid-19 em espaços coletivos, observou-se a ação como positiva para as participantes. Isso porque possibilitou o acesso a um acompanhamento integral pela equipe multiprofissional. Além da presença das residentes, destacou-se como inovador o acompanhamento nutricional mensal que foi oferecido às mães em uma parceria com estudantes e professores da faculdade de nutrição do território, por não haver nutricionista na USF em questão. Observou-se, ainda, que a cada encontro as participantes se viam mais extrovertidas e confortáveis para tirar dúvidas e compartilhar experiências, sendo mais conscientes e constituintes do processo de aprendizado, tomando-se mais confiantes e preparadas durante o processo de gestação.

Adolescência: prevenção em saúde e estímulo às potencialidades

Considerando a realidade de vulnerabilidade social local, outro público que merece atenção da saúde são os adolescentes. O território da USF Forte São João conta com uma população de 1.341 adolescentes (FICHA A - RBE), no entanto, não havia ação específica para estes indivíduos (Prefeitura Municipal de Vitória, 2023). As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (2010) preconizam que o trabalho de promoção em saúde para essa população deve criar ambientes de discussão, relato de

vivências, trazendo para o centro da discussão o adolescente como cidadão portador de direitos (Brasil, 2010).

Seguindo esses princípios, foram executadas as oficinas. Nelas, os adolescentes foram acolhidos e orientados, sobretudo em forma de diálogos dinâmicos, no intuito de fugir do modelo didático estilo "sala de aula", um espaço não apenas de promoção da saúde, mas da cultura de paz e da cidadania. As oficinas foram bem recebidas pelos adolescentes, que participaram ativamente em todas as atividades propostas. Entre os participantes, um deles ainda foi encaminhado para atendimento individual de fonoaudiologia após relato de queixas de significativa dificuldade em linguagem oral e escrita, capacidades importantes para o pleno desenvolvimento das competências acadêmicas.

É válido ressaltar a relevância do CRAS na parceria com a instituição para a promoção desta ação e a importância do mesmo para os adolescentes do território. Essa parceria não só beneficia a população jovem, mas também oferece assistência a toda a família. Além disso, proporcionou momentos de matriciamento de casos observados pelos servidores do CRAS que necessitavam de intervenção da USF, refletindo um trabalho organizado em rede de atenção intersetorial conforme preconizado no SUS.

A atenção domiciliar no território de saúde

A atenção domiciliar no âmbito do SUS é uma das tarefas da ESF, que tem entre suas atribuições realizar ações de assistência na USF, no domicílio e na comunidade. Caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio (Brasil, 2011).

Antes restritas por conta da pandemia de covid-19, as visitas domiciliares ocorriam com a presença de ACS, assistente social, enfermeiro, médico e psicólogo, participantes da equipe de saúde da família. Após a inserção da residência

multiprofissional na USF, contam com a participação de cirurgião-dentista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo, além da equipe de saúde mental, composta por farmacêutico, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Observa-se como significativa a importância da residência multiprofissional no resgate do cuidado domiciliar, considerado afetado no território, sobretudo devido a uma gama de cuidados reprimidos durante o período pandêmico. Tendo em vista a geografia do território, com volumoso número de escadarias e grande parte da população adscrita sendo de idosos domiciliados ou acamados, reforça-se a importância de ações como essa. Elas oportunizam uma variedade de profissionais nas visitas domiciliares, graças à residência multiprofissional, o que representa um cenário bem diferente do que é identificado usualmente na ESF. Por meio dessas visitas, foi possível não somente avaliar as demandas biológicas do processo saúde- doença, mas também identificar todo o contexto familiar e social envolvido neste processo. Muitas vezes, as questões de vulnerabilidade social e negligência pelas famílias são as principais causas que geram demanda de avaliação e reabilitação nesta população. Ademais, ressalta-se que a dificuldade no acesso aos profissionais que anteriormente não participavam das visitas domiciliares, impossibilitando a intervenção em momento oportuno, levaram ao agravamento da alteração inicial da maioria dos casos.

Novas ações: outras possibilidades de intervenção

Além do resgate das ações interrompidas, cabe ressaltar que está sendo construído pelas residentes do Programa de Saúde da Família em conjunto com as residentes do Programa de Saúde Mental um diagnóstico situacional do território da USF, sendo parte da proposta curricular do Programa de Residência. Essa tarefa objetiva a caracterização da população, o levantamento de demandas e a elaboração de ações para os tópicos identificados como prioritários no território, visando ampliar as práticas da ESF e colaborar para o fortalecimento do SUS.

Neste quesito, destaca-se o grupo de prevenção e combate ao tabagismo, que era ativo na USF antes da pandemia de covid-19 e de grande influência para o território. Durante o período pandêmico, teve suas atividades suspensas. Tendo em vista a importância da temática e a necessidade do território, as residentes em conjunto com a preceptora identificaram a demanda de seu retorno. Para isso, o planejamento de sua retomada teve início com a fase de estudos e organização do fluxo do processo de trabalho.

Conclusão

Pode-se observar os diversos campos de atuação dos residentes inseridos na USF, como campo de prática após o período pandêmico. Foram retomadas diversas atividades coletivas de prevenção e educação em saúde, elaboradas com foco na visão holística do ser humano por meio da abordagem de diversas profissões que compõem a equipe multiprofissional. Além disso, há o engajamento dos residentes na criação de novos campos de atuação, conforme a demanda observada no território.

A presença dos residentes na USF facilita o acesso e a identificação de demandas, sobretudo relacionadas às profissões que compõem a equipe multiprofissional, uma vez que anteriormente o acesso a esses profissionais era restrito ao consultório e vinculado à longa espera para atendimento. Além disso, foram realizados orientação, intervenção e acompanhamento nos casos. Conclui-se, portanto, que houve o resgate de ações coletivas após a pandemia de covid-19 pelos residentes em saúde, contribuindo para a saúde dos usuários na Atenção Básica e no fortalecimento do SUS como política pública integral, equânime e universal.

Referências

Ardisson, M. D. *et al.* (2023). O papel da enfermagem no enfrentamento à covid-19: percepções no contexto da atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 16(4), 1-10.

- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2016, 24 de maio). Resolução CNS n.^o 510/2016. *Diário Oficial da União*, 98(46 Seção 1), 44. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Brasil. (2010, 4 de fevereiro). *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf
- Brasil. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Brasil. (2011, 24 de junho). *Portaria GMIMS n.º 1.459, de 24 de junho de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prtl459_24_06_2011.html
- Brasil. (2022, 22 de abril). *Portaria GMIMS n.º 913, de 22 de abril de 2022*. Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS n.º 188, de 3 de fevereiro de 2020. Ministério da Saúde. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-913-de-22-de-abril-de-2022-394545491>
- Brasil. (2011, 28 de outubro). *Portaria MSIGM n.º 2.527, de 27 de outubro de 2011*. Redefine a Atenção Domiciliar no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prtl2527_27_10_2011.html
- Brasil. (2020, 4 de fevereiro). *Portaria n.º 188, de 3 de fevereiro de 2020*. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
- Brasil. (2017, 21 de setembro). *Portaria n.º 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. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prtl2436_22_09_2017.html
- Carvalho, A. B., & Nepomuceno, L. B. (2008). A residência multiprofissional em saúde da família potencializando a transformação através da formação: uma utopia necessária. *Sanare*, 7(2), 31-37.
- Massuda, A. et al. (2022). Rumos para um sistema de saúde resiliente. *GV Executivo*, 21(2), 22-29.
- Medina, M. G. et al. (2020). Atenção primária à saúde em tempos de covid-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, 36(8), 1-5.
- Rosa, W. A. G., & Labate, R. C. (2005). Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 1027-1034.
- Santos, E. A. M. et al. (2022). A relevância do grupo de gestantes na Atenção Primária à Saúde: uma revisão da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 17(1), 1-6.
- Soares, C. S. A., & Fonseca, C. L. R. (2020). Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. O mundo vivencia algo totalmente novo e incerto: a pandemia do Coronavírus. *Journal of Management and Primary Health Care*, 12(22), 1-11.

Torres, R. B. S. et al. (2019). Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170691.

Prefeitura Municipal de Vitória. (2023). *Rede Bem Estar (RBE) - Ficha A*.
<https://prestadores.vitoria.es.gov.br/Rede.Bem.Estar/Relatorios/Ambulatorial/FichaA.aspx>

CAPÍTULO 2

PANDEMIA DE COVID-19 E TABAGISMO: POTENCIALIDADES DE ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA NO DISTRITO FEDERAL

Dyana Helena de Souza
Anna Heliza Silva Giomo
Tatiana Oliveira Novais

Introdução

Este artigo é resultado de um Trabalho de Conclusão da Residência em Atenção Básica da Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz Brasília (EGF). Objetivou-se compreender como o contexto da pandemia de covid-19 interferiu no tratamento de pessoas que participaram do Programa de Controle do Tabagismo de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal (DF).

As residências em área profissional de saúde foram criadas pela Lei n.º 11.129 de 2005 (Brasil, 2005), que instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e orienta essa modalidade de pós-graduação *lato sensu*. Uma particularidade para a atuação dos residentes (assistente social, farmacêutica, nutricionista e profissional de educação física) inseridos na UBS de realização desta pesquisa foi a reorganização dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) no DF, conforme as demandas surgidas na pandemia (Distrito Federal, 2021).

Considera-se a potencialidade da Atenção Primária (Brasil, 2017) como porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), podendo ainda resolver a maioria dos problemas de saúde da população, articulada às noções de acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, centralização da família e orientação comunitária. Destaca-se, também, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família

e Atenção Básica (NASF-AB)¹, com formação de equipe multiprofissional que dá suporte às equipes de Saúde da Família (eSF) por meio de "matriciamento, discussão de casos clínicos, atendimento compartilhado e construção conjunta de projetos terapêuticos" (Brasil, 2017, p. 4).

No DF, o NASF-AB foi estabelecido pela Portaria n.º 489 de maio de 2018 (Distrito Federal, 2018), definindo que sua composição deve contar com servidores especialistas como: farmacêutico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. O NASF-AB constitui as UBS desenvolvendo ações conjuntas com as eSF, como reuniões de equipe; discussões de casos, planejamento e programação de ações; elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS); atendimentos compartilhados; atividades coletivas; ações intersetoriais e Práticas Integrativas em Saúde (PIS). Também, são realizadas ações específicas com cada núcleo de saber de acordo com as categorias profissionais que compõem o NASF.

Em fevereiro de 2020, por meio do Decreto n.º 40.475 (Distrito Federal, 2020), foi declarada situação de emergência no âmbito do Distrito Federal, em razão da pandemia do novo coronavírus (Sars-CoV-2). A Secretaria de Estado de Saúde (SES) publicou documentos orientadores para reorganização dos serviços durante a pandemia. A Carteira de Serviços Essenciais para a Atenção Primária à Saúde (Distrito Federal, 2020) estabeleceu orientações referentes ao acolhimento na APS em tempos de covid-19; atendimento de demandas que se intensificaram, como as relacionadas à saúde mental e isolamento social, violência, vulnerabilidade, risco social, insegurança alimentar e nutricional. Sobre as ações de promoção da saúde, destaca-se que devem continuar ocorrendo por meio de atendimentos individuais. Sugere-se atividades coletivas com suporte de Tecnologias de Informação e Comunicação. Com relação às ações ligadas ao tabagismo, foi orientado que o seu

¹ Destaca-se a atualização da Portaria GM/MS n.º 635 de 22 de maio de 2023, que define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.

rastreamento, aconselhamento e tratamento da dependência de nicotina, deveria ocorrer na modalidade de atendimento individual e programado.

Nessa direção, considerando a orientação de continuidade das ações ligadas ao tabagismo e as demandas referentes à saúde mental, que têm sido objeto de intervenção dos NASF-AB, é preciso destacar as contribuições do Caderno de Atenção Básica (CAB) n.º 40, que aborda o cuidado da pessoa tabagista, situando a sua relação com doenças crônicas não transmissíveis (Brasil, 2015). O tabagismo é um fator de risco prevenível para doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes. Trata-se de um problema de saúde coletiva e "uma doença epidêmica decorrente da dependência à nicotina, classificada no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas na 10ª Classificação Internacional de Doenças" (Brasil, 2020, p. 16). Estima-se que um terço da população mundial adulta seja tabagista, e que 80% se encontram em países com mercados em desenvolvimento (Brasil, 2015).

O Brasil é referência mundial no tratamento de tabagismo, com importante legislação para o controle do tabaco no país. Um marco para o tratamento foi a criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), em 1989, vinculado ao Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações de prevenção e controle do câncer no país. Algumas políticas associadas também merecem destaque, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2014); Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (Brasil, 2006); Portaria MS/GM n.º 571, de 5 de abril de 2013 (Brasil, 2013), estabelecendo diretrizes para o tratamento e papel da Atenção Primária no processo de cuidado à pessoa tabagista; o Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial criada em 2007 (Brasil, 2007), e o Programa Saber Saúde de Prevenção ao Tabagismo e de outros Fatores de Risco (Brasil, 1998), com objetivo de capacitar profissionais da saúde e educação para abordagem de conteúdos relacionados à promoção da saúde no ambiente escolar.

O PNCT foi implementado na maioria dos estados brasileiros, sendo que as secretarias estaduais de saúde têm coordenações do programa e descentralizam as

ações desenvolvidas para os municípios. No DF há uma coordenação que dá suporte a aproximadamente 58 Unidades de Saúde que executam o programa em diferentes regiões administrativas. Praticamente em todas as sete regiões de saúde do DF o PNCT é realizado, podendo ocorrer em Unidades Básicas de Saúde, Policlínicas ou Centros de Atenção Psicossocial.

Nesse contexto, o Programa de Controle do Tabagismo, em funcionamento na UBS de realização dessa pesquisa há aproximadamente dez anos, passou por um processo de reorganização dos atendimentos. Seguindo o modelo desenvolvido pelo INCA, os atendimentos eram realizados em formato grupal, mas devido à pandemia, a partir de março de 2020, tiveram que ocorrer por meio de atendimentos individuais.

Coincidindo com a chegada de quatro profissionais de saúde residentes (assistente social, farmacêutica, nutricionista e profissional de educação física), juntamente com a coordenação do Programa pelo NASF-AB, foi assumida uma postura ético-política de permanecer com os atendimentos aos participantes do programa, considerando que esses são grupo de risco para a covid-19 e outras doenças relacionadas ao tabagismo.

Com base nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, este artigo reflete sobre as potencialidades e os desafios existentes para o desenvolvimento de "ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde" (Brasil, 2017, p. 6) na pandemia. Estabeleceu-se como pergunta de partida: como o contexto da pandemia de covid-19 influenciou no tratamento das pessoas que participaram do Programa de Controle do Tabagismo na UBS de realização da pesquisa?

Metodologia e cenário de pesquisa

A metodologia de análise de dados deste estudo qualitativo foi conduzida seguindo a abordagem de Minayo (2007) e Oliveira (2008). As entrevistas semiestruturadas foram gravadas, transcritas e posteriormente categorizadas. A análise dos dados seguiu a metodologia de análise temático-categorial proposta por

Oliveira (2008). Foram pré-definidas quatro categorias temáticas para análise dos dados: (1) "Motivações para parar de fumar em 2020/2021" inclui as razões apresentadas pelos participantes para decidirem parar de fumar durante o período mencionado; (2) "Percepção da pandemia e das medidas de distanciamento/isolamento social e as influências no hábito de fumar" engloba as percepções dos participantes sobre como a pandemia afetou seus padrões de tabagismo; (3) "Fatores facilitadores e dificultadores para participação no programa" abrange as barreiras e incentivos encontrados pelos participantes ao buscar tratamento para cessação do tabagismo; e, por fim, (4) "Sugestões para melhoria do programa" inclui as recomendações feitas pelos entrevistados para aprimorar o Programa de Controle do Tabagismo.

A análise temática-categorial permitiu uma compreensão aprofundada das experiências dos participantes, destacando suas motivações, percepções e desafios em relação ao tabagismo e ao Programa de Controle do Tabagismo. A metodologia adotada buscou captar nuances e padrões recorrentes nos relatos dos entrevistados, proporcionando uma visão abrangente das questões abordadas no estudo.

Como critério de inclusão, estabeleceu-se que os participantes do estudo tivessem participado de mais de quatro sessões do programa de março de 2020 a dezembro de 2021, incluindo aqueles que concluíram todo o ciclo do tratamento e aqueles que ainda estavam em tratamento. Este estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Fiocruz) Brasília (Parecer n.º 4.912.211) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (Parecer n.º 5.113.423), consoante as Resoluções n.º 510/2016 (Brasil, 2016) e n.º 466/12 (Brasil, 2012), bem como as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/CNS/MS. Contextualizando o cenário da pesquisa, o CAB 40 nos ajuda na compreensão do impacto do tabagismo no Brasil, que gera alto custo social e econômico; sendo responsável por reduzir a expectativa de vida em cinco anos com doenças a ele atribuídas. Quanto ao acesso ao tratamento no país, o CAB 40 fala da expansão do tratamento na Atenção Primária e da importância do acesso nos territórios. Nesse sentido, o Protocolo Clínico e Diretrizes

Terapêuticas do Tabagismo (Brasil, 2020) estabelece parâmetros para o diagnóstico da dependência à nicotina, por meio do Teste de Fagerström; recomenda boas práticas clínicas no tratamento, que no SUS é ofertado pelo programa estruturado pela terapia cognitiva-comportamental e pelo tratamento medicamentoso, por meio da terapia de reposição de nicotina (adesivo, goma e pastilha), e do cloridrato de bupropiona.

No aconselhamento terapêutico, é objetivo "o entendimento do problema e a melhora no manejo dos sintomas de abstinência" (Brasil, 2020, p. 24). Ele ocorre por meio de quatro sessões estruturadas semanais com apoio de cadernos que orientam: sessão 1 - entender por que se fuma e como isso afeta a saúde; sessão 2 - os primeiros dias sem fumar; sessão 3 - como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar; sessão 4 - benefícios após parar de fumar. Após esse momento, são realizadas duas sessões de manutenção quinzenais e uma sessão mensal aberta, para prevenção de recaída até completar um ano.

O tratamento na UBS durante a realização deste estudo acontecia por meio de atendimento de grupo, considerando as possibilidades de troca de experiências entre os participantes e construção de vínculo e apoio mútuo durante esse processo. Porém, desde o início de 2020, os atendimentos passaram a acontecer de forma individual, seguindo as orientações do momento de calamidade pública vivenciado na pandemia.

Destaca-se que essa UBS foi a única da região de saúde que manteve os atendimentos do PCT durante a pandemia, e que a reorganização dos atendimentos foi possível com o suporte dos residentes que estavam no serviço. Portanto, os atendimentos eram realizados pelos residentes e pelos profissionais do NASF-AB (assistente social, farmacêutica, fisioterapeuta e nutricionista). Além disso, foi estabelecido que os atendimentos poderiam receber usuários de outras regiões administrativas e da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal (RIDE), residentes em municípios de Goiás, não restringindo ao território de abrangência da UBS.

Ao ser acolhido, o usuário passava pelo primeiro atendimento e iniciava o tratamento seguindo as quatro sessões estruturadas. Aqueles que na primeira sessão

escolhessem a forma abrupta para cessação tabágica e que tinham indicação do uso de medicamentos, eram orientados quanto ao início da terapia de reposição de nicotina. Aqueles que escolhessem a forma gradual de cessação tabágica, quando indicado, iniciavam a terapia de reposição de nicotina após o primeiro dia sem fumar. A terapia cognitivo-comportamental era a abordagem para iniciar a primeira sessão. No decorrer do acompanhamento da equipe, os usuários também passavam por consulta médica. Após as quatro sessões estruturadas, realizadas no primeiro mês de tratamento, a equipe e o usuário avaliavam conjuntamente o início das sessões quinzenais de manutenção, bem como a possibilidade de realizar teleatendimento para acompanhamento posterior.

Resultados e discussão

Foram entrevistados nove participantes do programa, sendo três do sexo masculino (as idades variaram de 30 a 69 anos) e seis do sexo feminino (as idades variaram de 37 a 64 anos). Os participantes do estudo apresentaram algumas motivações que influenciaram na decisão de parar de fumar em 2020/2021, como saúde e qualidade de vida; bem-estar; morar próximo à UBS; ter o programa funcionando na pandemia e incentivo de familiares para tomar a decisão.

Durante os atendimentos, percebeu-se o aumento da procura por tratamento, sendo relatadas situações relacionadas ao tabagismo e a pandemia, como, por exemplo: usuários que estavam há algum período sem fumar, e, devido à pandemia e do isolamento social, tiveram recaídas; usuários acometidos por doenças relacionadas ao tabagismo que se viram pressionados por equipes de saúde e familiares a buscarem tratamento; usuários em processo de acompanhamento de saúde mental que se viram isolados e com convívio social reduzido, o que foi motivador para o tabagismo como meio de "companhia"; e, ainda, usuários que relataram sobrecarga de trabalho causado por *home office*, desemprego e condições de trabalho informal que projetavam um "alívio" dos momentos de tensão por meio do tabagismo. O Quadro 1 sintetiza

algumas das motivações dos usuários entrevistados neste estudo para iniciar o tratamento na UBS.

Quadro 1 - Motivações para parar de fumar em 2020/2021

Participante 1	"O que me fez parar foi saúde e qualidade de vida, a partir do momento que começou a pandemia e todo mundo ficou trancado em casa, para mim foi um caos, tudo diferente."
Participante 2	"A minha saúde estava muito abalada e eu decidi parar de fumar e com a ajuda de alguém porque sozinha eu não conseguia".
Participante 3	Primeiro, eu queria largar de fumar e segundo que eu queria um lugar que fosse perto da minha casa pra eu ter acesso fácil, não ter que me deslocar muito longe."
Participante 4	"Foi o desejo de parar de fumar, o desejo de tomar uma decisão de largar o fumo, largar o vício para não se prejudicar na saúde".
Participante 5	"A resposta principal [para parar de fumar] é porque eu ganhei a minha cachorrinha tão sonhada e esperada [...]. E sem contar que a falta de disposição e o cheiro, o cheiro de sempre ficar fedorenta, sempre me incomodou muito".
Participante 6	"Meu maior motivo é pela minha filha, ela está com 11 anos e sempre me pedia. E, também, por saúde e vaidade."
Participante 7	"Eu sinto bastante dor de cabeça e quando eu fumo. Eu sinto que meu calor da menopausa aumenta muito. [...] Agora na pandemia eu tava fumando bastante, assim bem cansada, nervosa e triste, eu não fico tranquila fumando [...]. Eu fumo, mas eu não gosto de fumar, eu me sinto bem aprisionada com cigarro e triste mesmo."
Participante 8	"Eu pensei 'poxa, se eu parar ele também vai parar', aí foi quando nós viemos aqui no posto e fomos muito bem acolhidos."
Participante 9	"Foi porque eu já estava próximo de fazer trinta anos e eu achava que já era um tempo muito decisivo[...]. Por isso, acho que por eu tá chegando nos trinta, se eu não tivesse nenhum problema de saúde até os trinta eu poderia alicerçar alguns problemas depois dos trinta. [...] Eu e minha mãe éramos parceiros de muitos cigarros. Então eu decidi parar e convidá-la para parar também."

Fonte: Elaboração própria.

A maioria dos entrevistados relatou que a motivação para cessação do tabagismo estava ligada a uma questão de saúde. Com relação a esse aspecto, Cavalcante *et al.* (2020) apresentam evidências de que o tabagismo "está associado a uma maior chance de resultados adversos na infecção pelo novo coronavírus" (Cavalcante *et al.*, 2020, p. 1), sendo que têm maior risco de terem agravamento e passarem por internações em Unidades de Terapia Intensiva do que pessoas não fumantes. Segundo os autores, doenças tabaco-relacionadas são fatores de risco para complicações de covid-19. Destacam, ainda, que os dispositivos eletrônicos para fumar "geram efeitos inflamatórios e tóxicos sobre os pulmões e o sistema cardiovascular (p. 2)", podendo contribuir para complicações relacionadas à doença.

Além disso, alertam para os "aspectos da toxicidade da fumaça de tabaco que tomam o fumante mais vulnerável à gravidade de infecção por covid-19" (Cavalcante *et al.*, 2020 p. 2), considerando as mais de sete mil substâncias químicas existentes em cigarros. A importância da cessação do tabagismo implica melhora de aspectos fisiopatológicos que podem gerar agravamento diante da infecção por covid-19. Os autores ainda indicam "a relevância de se investir em medidas para ampliar a cessação de fumar e prevenir a iniciação no tabagismo, como estratégias para reduzir os impactos da covid-19 na população" (Cavalcante *et al.*, 2020, p. 4) e consideram que o tabagismo também é uma pandemia de acordo com evidências epidemiológicas e psicossociais.

Com relação à segunda categoria - percepção da pandemia e das medidas de distanciamento/isolamento social e as influências no hábito de fumar - em geral, os participantes consideram que ela teve alguma influência na forma como fumavam no período antes do início do tratamento. Duas participantes (participantes 1 e 6) frisaram a questão de realizarem *home office* e o quanto houve aumento de demanda de tarefas e reuniões *on-line*, gerando uma sobrecarga, considerando que todo o tempo que tinham, era para o trabalho. Dessa forma, como antes da pandemia não podiam se ausentar com frequência do local de trabalho, em casa, a realidade mudou: aumentaram a quantidade de cigarros fumados ao longo do dia. Outra usuária

(participante 2), que trabalha na área escolar, foi dispensada do serviço até que o setor educacional retomasse as aulas. Ela compartilhou que o fato de não poder sair de casa para trabalhar a deixou mais ansiosa, dobrando a quantidade de cigarros que fumava.

O participante 3 relatou que o "único amigo que sobrou foi o cigarro". Como reside em apartamento, percebeu que não podia descer para socializar com os outros colegas fumantes, devido às medidas de isolamento social. A participante 7 relatou que praticava atividade física na academia e ioga na UBS, mas com a pandemia, teve de parar. Durante o período da entrevista, a pessoa entrevistada relatou não ter conseguido retomar suas atividades habituais, mencionando sentir-se envelhecida e experimentar uma sensação de tristeza agravada pelo isolamento.

Até a etapa de realização das entrevistas dessa pesquisa, as atividades coletivas, incluindo as de Práticas Integrativas em Saúde, não retomaram na UBS. Corrêa *et al.* (2020) estudaram "a prática de ioga e a sua relação com os níveis de ansiedade, depressão e estresse durante a pandemia de covid-19" (Corrêa *et al.*, 2020, p. 1) a partir da aplicação de um questionário *on-line* com 213 pessoas. Os achados do estudo demonstraram que houve um menor impacto psicológico (estresse e depressão) para os participantes que realizaram um número maior de sessões de ioga.

Quadro 2 - Percepção da pandemia e das medidas de distanciamento/isolamento social e as influências no hábito de fumar

Participante 1	A partir do momento em que eu fui para casa e fiquei em casa trabalhando 24 horas e passando por vários problemas, eu fazia reunião e não ligava o vídeo e tava fumando que nem uma maluca e eu terminava meu cigarro e acendia outro cigarro.
Participante 2	Aí eu saí do trabalho, o trabalho simplesmente dispensou a gente porque não precisava trabalhar, porque não tinha como ir, para não ter nenhum contato com ninguém [...]. Isso para mim foi horrível, eu fiquei muito estressada, muito ansiosa e isso contribuiu para dobrar a quantidade de cigarros. Eu fumava uma carteira antes da pandemia e quando iniciou a pandemia, simplesmente, dobrou de quantidade.

Participante 3	Aumentei muito no cigarro porque teve a pandemia. Porque você fica isolado, você fica sem ninguém, o teu amigo que sobrou foi o cigarro. [...] Essa pandemia piorou muito a situação dos fumantes e dos alcoólatras.
Participante 4	No caso que o meu principal gatilho para fumo era o convívio social, a respeito de sair, ir para bar, alguma coisa nesse sentido. Isso com a pandemia de certa forma me ajudou, porque o confinamento ajudou para eu manter o controle para parar de fumar. [...] o distanciamento me favoreceu nesse caso.
Participante 5	A pandemia nesse sentido não influenciou em nada.
Participante 6	Eu não fumo no trabalho. Durante a pandemia, fiquei trabalhando de casa e, por conta disso, meu consumo de cigarro quase que triplicou. [...] Minha ansiedade aumentou muito durante a pandemia e passei a fumar muito mais que antes.
Participante 7	A academia fechou e parei de caminhar também, que não deveria ter parado. Comecei a fumar bastante na pandemia, bastante mesmo e, assim, desanimada para caminhar [...]. Acho que até envelheci muito na pandemia, por ficar mais isolada mesmo, mais triste, mais sozinha, a gente fica preocupada naturalmente e por causa do momento mesmo, fumei bastante.
Participante 8	Olha, na pandemia eu fumei muito, tava fumando coisa que eu não fazia, uma carteira de cigarro. Eu só diminuí quando eu comecei esse acompanhamento aqui no posto de saúde [...]. Para mim teve, porque eu não tava saindo, não tava encontrando ninguém, fiquei isolada mesmo, eu, meu marido, meu neto e meu filho.
Participante 9	A gente às vezes acha que o cigarro é companheiro das nossas ansiedades, então a gente acha que ele tá fazendo um bem enquanto ele tá fazendo o mal para as lacunas emocionais e sociais[...][...] eu acho que mudou muito no meu senso esportivo, no meu senso social, na forma com que eu enxergo a vida, e o isolamento faz muito isso, eu ficava no meu quarto fumando, eu fumava muito mais.

Fonte: Elaboração própria.

Hwang, Chun e Cheon (2021) realizaram entrevistas com 36 pessoas sobre o impacto da covid-19 no comportamento e atitudes de fumantes e não fumantes na

Coreia do Sul. Constataram que a pandemia afetou os comportamentos de saúde, como o aumento no consumo de álcool, diminuição da frequência de atividade física e aumento de consumo de alimentos não saudáveis. Além disso, também influenciou na saúde mental, com aumento de estresse, ansiedade, depressão, insônia, raiva e medo. Segundo os autores, os comportamentos relacionados ao tabagismo também mudaram, trazendo estudos que evidenciaram que após o *lockdown*, pessoas tabagistas aumentaram o consumo de cigarros (Canello *et al.*, 2020; Chen, 2020). Ainda, aqueles que haviam pensado em parar de fumar, desistiram após a pandemia.

Esses estudos demonstram que as mudanças comportamentais foram causadas, entre outros motivos, pelo distanciamento social e mudança na vida diária causada pela pandemia. Os resultados do estudo de Hwang, Chun e Cheon (2021) foram apresentados em categorias: mudanças na vida diária; mudanças no comportamento tabágico (lugares, frequências, produtos utilizados); mudanças na percepção sobre o tabagismo; saúde mental e exposição ao fumo passivo. Com relação às mudanças na vida diária, a pandemia influenciou na rotina dos participantes do estudo. As aulas nas escolas passaram a acontecer remotamente; atividades em grupo foram interrompidas; atividades de lazer também foram proibidas em locais coletivos; adultos ficaram isolados devido ao fechamento de empresas e passaram a realizar teletrabalho; os tabagistas passaram a evitar a fumar em grupo e relataram medo de contrair a covid-19; por ficarem isolados em casa, passaram a utilizar cigarros eletrônicos no domicílio e se sentiam incomodados pelo odor do cigarro que ficava mais evidente ao usarem as máscaras (Hwang *et al.*, 2021). Esses resultados vão ao encontro dos achados deste artigo no âmbito do DF.

Malta *et al.* (2021) afirmam que em tempos "de epidemias e distanciamento social, a separação dos entes queridos, dos amigos, a perda de liberdade, o medo de contrair a doença, as mudanças nas atividades de rotina e as perdas financeiras podem causar situações de angústia, ansiedade, depressão, estresse, insônia e irritabilidade", podendo aumentar o desejo de fumar. Dessa forma, foi realizado um estudo com objetivo de identificar o "comportamento de fumar na população adulta brasileira

durante a pandemia da covid-19, e analisar os fatores associados ao aumento do consumo de cigarros" (Malta *et al.*, 2021, p. 2), a partir de um inquérito virtual com 45.160 pessoas. Dentre esses participantes, houve prevalência de 12% de fumantes, sendo que 34% relataram aumento no consumo de cigarros durante a pandemia.

As evidências do estudo de Malta *et al.* (2021) são reforçadas a partir dos relatos dos usuários do Programa de Tabagismo entrevistados neste artigo. Com relação aos fatores facilitadores e dificultadores para a participação desses usuários no programa, merecem destaque as dificuldades referentes ao acesso à UBS no território de residência de algumas das pessoas entrevistadas. Como relatado anteriormente, essa UBS se tomou referência para o tratamento de pessoas tabagistas, recebendo usuários de outras regiões administrativas e do estado de Goiás. Outro fator dificultador, foi o horário (período vespertino) dos atendimentos, limitado a um único dia da semana. Em resumo, os dificultadores foram: distância da residência para a UBS (alguns usuários residem em outra região administrativa); o horário de funcionamento dos atendimentos e dificuldade de conciliação com horário de trabalho; e, o atendimento individual. Os fatores facilitadores foram: boa receptividade e acolhimento da equipe; o tratamento ser ofertado pela UBS perto da residência do usuário; suporte medicamentoso; atendimentos periódicos; ter orientação nutricional e de profissional de educação física nos atendimentos.

Dois participantes ressaltaram que preferem que o tratamento aconteça em formato de grupo, considerando os ganhos no compartilhamento de experiências com outros usuários, como observado pela participante 7: "Eu preferia o grupo... Estar junto com mais pessoas. Mas como não teve outro jeito eu pensei 'Melhor que eu vá individualmente mesmo que pelo menos eu falo com alguém'". Malta *et al.* (2021) refletem a respeito da importância de ações de promoção da saúde, sobretudo a partir da Atenção Primária considerando que as "estratégias para a prevenção do uso do tabaco e a promoção da cessação do fumo devem ser continuadas e reforçadas no período de vigência das medidas de distanciamento social" (Malta *et al.*, 2021, p. 9).

Um estudo canadense (Minian *et al.*, 2021) apresentou as mudanças no alcance de um programa de tabagismo em Ontário durante a pandemia. Defendendo o cuidado em saúde por meio da combinação de farmacoterapia e intervenções comportamentais, os autores afirmam que para apoiar as pessoas que decidem parar de fumar durante a pandemia é preciso considerar que: o tabagismo é um importante fator de risco para a progressão da covid-19 e que fumantes apresentam maior gravidade dos sintomas e maiores taxas de mortalidade. O estudo transversal desenvolvido utilizou inscrições e dados de acompanhamento do Smoking Treatment for Ontario Patients (STOP) Program. Esse programa de cessação ao tabagismo ofereceu até 26 semanas de terapia de reposição de nicotina gratuita e aconselhamento em período de um ano, sendo implementado em clínicas que realizam cuidados primários à saúde (Minian *et al.*, 2021).

Com a pandemia, os autores observaram que o número de novas matrículas no programa teve uma queda. Esse fato pode ser associado com o fechamento de muitas dessas clínicas que ofertam cuidados primários à saúde. Ainda identificaram que, durante a pandemia, houve um aumento no uso diário de cigarros por parte de pessoas que anteriormente não tinham esse hábito. Além disso, constataram que indivíduos que enfrentavam sofrimento mental e faziam uso de outras substâncias apresentavam maiores dificuldades em estabelecer uma data para parar de fumar (Minian *et al.*, 2021).

A covid-19 afeta desproporcionalmente aquelas pessoas que já são adversamente afetadas pelos determinantes sociais de saúde. Minian *et al.* (2021) mostraram que o alcance do programa foi afetado negativamente com a pandemia, a partir da diminuição do número de inscritos. Os que conseguiram se inscrever, apresentaram maior nível de desemprego; tinham mais dificuldades de escolher a data para cessação; e apresentavam mais comorbidades de saúde física e mental.

Os entrevistados foram convidados a realizarem sugestões ao programa e à equipe, sinalizando para a importância da: a ampliação dos dias de atendimento; melhora na divulgação do programa para outras pessoas saberem de sua oferta; retorno

ao atendimento em formato grupal e melhorar a sua divulgação em locais estratégicos; criação grupo de WhatsApp para promover maior interação entre os participantes do programa; participação de um profissional da psicologia nos atendimentos; ampliação de horários/dias para atendimento das pessoas; continuidade dos atendimentos com equipe multiprofissional.

Sobre as sugestões levantadas pelos participantes da entrevista, destacam-se as contribuições de Tesser *et al.* (2018) sobre os problemas e desafios do acesso ao cuidado na Atenção Primária. Os autores frisam um aspecto sobre a burocratização na APS, com a definição de horários restritos para atendimento aos usuários, fragilidades na comunicação e socialização de informações a respeito dos fluxos das unidades.

Os entrevistados sinalizaram sugestões referentes à ampliação dos dias e horários de atendimento. Há de fato uma restrição e limitação da equipe quanto ao dia de atendimento, considerando outras atribuições do NASF-AB durante a pandemia, porém, reconhece-se que a forma de organização dos serviços da Atenção Primária limita o acesso de usuários. Por exemplo, o horário de funcionamento da UBS de realização do estudo ocorre de segunda a sexta-feira das 7h às 19h e no sábado das 7h às 13h. Porém, as atividades coletivas e atendimentos do NASF-AB ocorrem em dias específicos durante a semana.

Sobre o retomo do atendimento do programa em formato de grupo, em janeiro de 2021, a equipe organizou-se para a retomada do Programa de Controle do Tabagismo atendendo as orientações da Nota Técnica n.º 4/2020 da Secretaria de Saúde (Distrito Federal, 2020). Porém, o programa aconteceu neste formato até fevereiro de 2021. Em março de 2021, o Plano Emergencial de Mobilização dos Serviços da APS do DF no contexto da pandemia considerou o "estado de calamidade pública decretado pelo governo do Distrito Federal a partir do Decreto n.º 41.882, de 08 de março de 2021, e o risco iminente de colapso do sistema de saúde do DF" (Distrito Federal, 2021, p. 4), o que demandou ações emergenciais na APS para acolhimento de usuários sintomáticos respiratórios; vacinação de rotina e campanha,

central de gerenciamento de caso e ações de desospitalização; ampliação de testagem; monitoramento e acompanhamento de casos classificados confirmados de covid-19.

Como a equipe do NASF-AB participou ativamente dessas ações, os atendimentos em formato grupal foram mais uma vez suspensos e novas orientações da gestão foram incorporadas: o programa não poderia, enquanto durasse essa situação de calamidade, incorporar novos usuários, para evitar exposição destes à contaminação por covid-19 na UBS; os usuários que procurassem o programa deveriam ser inseridos em lista de espera; os que já estivessem aderidos ao tratamento, manter os teleatendimentos; e os que estivessem em crise e/ou recaída, atender presencialmente conforme as orientações de suporte psicossocial do Plano Emergencial.

A partir do cenário de restrição de atividades de promoção da saúde na UBS e compreendendo a importância de divulgação de ações de combate ao fumo, a equipe, sob iniciativa dos residentes, elaborou uma exposição sobre o Dia Nacional de Combate ao Fumo (dia 29 de agosto). A exposição foi organizada na entrada principal da UBS e tinha como objetivo sensibilizar sobre os danos sociais, políticos, econômicos e ambientais causados pelo tabagismo. A participante 7 compartilhou que ficou sabendo da existência do programa por meio dessa exposição.

A exposição foi realizada nos dias 31 de agosto e 1º de setembro de 2020 (e organizada novamente em 2021) com intervenção em todo o espaço da UBS com cartazes informativos em locais estratégicos de visualização pelos usuários e profissionais do serviço. Criou-se um varal na entrada da UBS com colagem de imagens que mostravam: estratégias da indústria para inserção do tabaco na sociedade; danos à saúde bucal e prejuízos relacionados à alimentação; imagens e frases curtas com dicas para cessação do fumo e divulgação do Programa de Tabagismo da UBS. Foi reforçado que o tabagismo é uma doença, decorrente da dependência à nicotina, e que o SUS oferece apoio gratuito à cessação do tabaco, além de desenvolver ações de promoção da saúde, inclusive, no ambiente escolar. Foi possível constatar que, após a exposição, novos usuários procuraram os profissionais

do NASF-AB para passarem pelo acolhimento e iniciarem o tratamento na UBS, conforme relato da usuária entrevistada:

O programa que eu participei eu achei bom, mas assim, o meu filho descobriu porque passou na frente do posto, foi urna exposição. Eu acho que essa exposição foi muito legal. É que pra mim é o seguinte, eu acho que você tem que fazer um trabalho na comunidade, mas acho que urna parte de trabalhar seria o horário, porque, por exemplo, a pessoa que trabalha, ela não vai poder vir, se há uma possibilidade de fazer a noite, vamos fazer a noite, pode fazer em um sábado, se for pra ajudar as pessoas. Eu só tenho gratidão [...] eu acho que você só foi importante na vida da pessoa quando você transforma a vida da pessoa, e eu fui transformada, eu parei de fumar (participante 8).

Essas iniciativas, tanto de continuidade dos atendimentos no controle do tabagismo quanto das exposições para educação em saúde, somente foram possíveis de serem realizadas devido à integração do serviço ofertado na UBS com o programa de residência atuante no cenário da Atenção Básica. Como parte do processo de formação e do compartilhamento das intervenções realizadas na UBS durante a pandemia, os residentes e a preceptoria participaram de congressos nacionais, como o 13º Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e do IIº Congresso da Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde: Justiça Social, Participação Comunitária e Ambientes Sustentáveis; e da Mostra da Escola de Governo da Fiocruz Brasília. Foram palestrantes da *webconferência* "Dia Mundial da Saúde e da Promoção da Saúde" e foram entrevistados por uma emissora de televisão para sensibilizar a respeito do Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio).

Considerações finais

Este artigo analisou como a pandemia de covid-19 interferiu no tratamento de pessoas que participam do Programa de Controle do Tabagismo em uma UBS no Distrito Federal, identificando que os pressupostos levantados no início do estudo foram confirmados ao longo da realização das entrevistas. Os participantes do estudo apresentaram algumas motivações que influenciaram na decisão de parar de fumar em

2020/2021, como saúde e qualidade de vida; bem-estar; morar próximo à UBS; ter o programa funcionando na pandemia e incentivo de familiares para tomar a decisão.

A preocupação com a saúde apareceu no relato de quase todos os entrevistados. As medidas de distanciamento e isolamento social também influenciaram na forma como os usuários estavam fumando antes do início do tratamento. Convergente com outros estudos nacionais e internacionais, foi possível constatar que houve um aumento da quantidade de cigarros fumados por esses usuários. Ainda, nos relatos, estavam presentes falas relacionadas ao aumento do estresse, ansiedade, sentimento de solidão e tristeza.

É preciso alertar que uma das mudanças intensificadas com a pandemia, refere-se ao formato de trabalho na modalidade *home office*. Ao mesmo tempo que se tomou uma alternativa para muitas empresas no sentido de proteção dos funcionários, gerou uma sobrecarga para essas pessoas, podendo ter intensificado situações de adoecimento relacionadas ao mundo do trabalho.

Para estudos futuros, sugere-se identificar as barreiras de acesso à APS durante situações de pandemia, pois, como os usuários entrevistados relataram, o Programa de Tabagismo ser ofertado em uma UBS próximo da residência foi um diferencial para início do tratamento. Porém, sabemos que iniquidades dificultam o acesso de determinados grupos aos serviços de saúde. Sugere-se, ainda, identificar a prevalência do uso dos dispositivos eletrônicos para fumar durante a pandemia, compreendendo a necessidade de intensificar ações de sensibilização quanto aos riscos desses produtos para a saúde.

Foi um diferencial para a continuidade das ações do Programa de Tabagismo na UBS, a presença dos residentes sob preceptoria, inseridos no NASF-AB, reforçando a potencialidade da Educação Permanente para o SUS, principalmente em um contexto de desmonte da Atenção Primária à Saúde. A experiência ao longo dos dois anos de residência, proporcionou compreensão da complexidade da APS e necessidade do seu fortalecimento.

Com este estudo, destaca-se a importância da integração ensino-serviço-comunidade, a qual propiciou que o SUS, por meio da UBS cenário da residência,

pudesse continuar ofertando acolhimento aos que desejavam parar de fumar no momento mais desafiador imposto pela pandemia. Apesar do cenário devastador vivenciado durante a pandemia, foi possível fortalecer os laços de solidariedade e empatia entre profissionais do NASF-AB, os residentes e outros trabalhadores da UBS. Em especial, a parceria NASF-AB e residentes, que se tomaram uma rede de apoio quando também estavam afastados de seus amigos e familiares devido às medidas de isolamento e distanciamento social. Mesmo com um contexto governamental de negacionismo à ciência, desrespeito às vítimas da covid-19 e desmonte das políticas sociais, esse grupo de profissionais de saúde residentes não deixou de acreditar nas potencialidades da Atenção Básica e na parceria ensino- serviço-comunidade como meio de transformação das práticas em saúde.

Referências

- Brasil. (2006, 2 de janeiro). *Decreto n.º 5.658, de 2 de janeiro de 2006*. Promulga a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5658.htm
- Brasil. (2007, 5 de dezembro). *Decreto n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007*. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm
- Brasil. (2015). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista* (Cadernos da Atenção Básica, n.º 40). Ministério da Saúde. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf
- Brasil. (2005, 30 de junho). *Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005*. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n.º 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm
- Brasil. (2020, 16 de abril). *Portaria Conjunta n.º 10, de 16 de abril de 2020*. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. Ministério da Saúde. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo>
- Brasil. (2002, 29 de agosto). *Portaria n.º 1.575, de 29 de agosto de 2002*. Consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Ministério da Saúde. <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=183019>

- Brasil. (2017, 21 de setembro). *Portaria n.º 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). Ministério da Saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Brasil. (2014, 11 de novembro). *Portaria n.º 2.446, de 11 de novembro de 2014*. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Ministério da Saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html
- Brasil. (2013, 5 de maio). *Portaria n.º 571, de 05 de maio de 2013*. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Ministério da Saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html
- Brasil. (2012, 12 de dezembro). *Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.
<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016, 7 de abril). *Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016*. Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais.
<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Canello, R. *et al.* (2020). Determinants of the lifestyle changes during covid-19 pandemic in the residents of Northern Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6287.
- Cavalcante, *et al.* (2020). Como a Política Nacional de Controle do Tabaco Pode Ajudar no Enfrentamento da Pandemia da covid-19? *Revista Brasileira de Cancerologia*, 1-4.
- Chen, D. T. H. (2020). The psychosocial impact of the covid-19 pandemic on changes in smoking behavior: evidence from a nationwide survey in the UK. *Tobacco Prevention & Cessation*, 6, 1-5.
- Correa, *et al.* (2020). Níveis de estresse, ansiedade, depressão e fatores associados durante a pandemia de covid-19 em praticantes de Yoga. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 25, 1-7.
- Cunha, D., & Rodrigues, V. B. (2016). Vivência do residente em nutrição da RMAB no processo de trabalho do NASF na Região de Saúde Leste do Distrito Federal. *Tempus, Actas de Saúde Coletiva*, 10(4), 289-295.
- Distrito Federal. (2020). *Carteira de Serviços Essenciais para a Atenção Primária à Saúde*. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/85026/Carteira-de-Servicos-COVID_v1_2309_final.pdf
- Distrito Federal. (2020, 28 de fevereiro). *Decreto n.º 40.475, de 28 de fevereiro de 2020*. Declara situação de emergência no âmbito da saúde pública no Distrito Federal, em razão do risco de pandemia do novo coronavírus.
http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/5ff1faa30cd24adcabaaef2bbd32592fi'Decreto_40475_2802_2020.html
- Distrito Federal. (2020). *Nota Técnica n.º 4/2020- DESFICOAPSISAJSES-DF - Orientações gerais acerca da retomada das atividades coletivas no âmbito da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia (Covid-19)*. Secretaria de Estado de Saúde.
<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/85026/SET-GDF-48206190-Nota-T%C3%A9cnica.pdf>

- Distrito Federal. (2020). *Plano de Conlingência do Distrito Federal para Infecção Humana pelo novo Coronavírus*. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/80151/Plano-de-Contingencia-Coronavirus10.pdf>
- Distrito Federal. (2021). *Plano Emergencial de Mobilização dos Serviços da Atenção Primária à saúde (APS) do Distrito Federal*. Secretaria de Estado de Saúde.
<https://www.saude.df.gov.br/coronavirus/>
- Distrito Federal. (2018, 24 de maio). Portaria n.º 489, de 24 de maio de 2018. *Regulamenta a estruturação e operacionalização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, estabelecendo as normas e diretrizes para a organização de seu processo de trabalho*. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/fa973d02ac7f47ad87eb39fJd4fc85b1/Portaria_489_24_05_2018.html
- Distrito Federal. (2017, 14 de fevereiro). Portaria n.º 77, de 14 de fevereiro de 2017. *Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal*. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b4Id856d8d554d4b9543lcdd9ee00521/Portaria_77_14_02_2017.html
- Hwang, J., Chun, H. R., & Cheon, E. (2021). A qualitative study on the impact of covid-19 on the behavior and attitudes of smokers and non-smokers in South Korea. *BMC Public Health*, 21(1).
- Malta, D. C. *et al.* (2021). Fatores associados ao aumento do consumo de cigarros durante a pandemia da covid-19 na população Brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3), 1-13.
- Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento* (10th ed.). Hucitec.
- Minian, N. *et al.* (2021). Changes in the reach of a smoking cessation program in Ontario, Canada, during the covid-19 pandemic: a cross-sectional study. *CMAJ Open*, 9(4), 957-965.
- Oliveira, D. C. (2008). Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Revista Enfermagem*, 16(4), 569-576.
- Tesser, C. D., Norman, A. H., & Vidal, T. B. (2018). Acesso ao Cuidado na Atenção Primária à Saúde Brasileira: Situação, Problemas e Estratégias de Superação. *Saúde em Debate*, 42.

CAPÍTULO 3

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM TEMPOS DE PANDEMIA: NOVOS FORMATOS PARA NOVOS HORIZONTES

Natália São Tiago Vieira
Michele da Conceição Barros Silva
Suelen Franco
Tatiane Jardim Costa
Norhan Sumar

Introdução

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído em 2007 por meio do Decreto n.º 6.286 (Brasil, 2007), que envolve o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, visando à integração e à articulação da escola com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Os objetivos do PSE têm como cerne a prevenção, a promoção e a atenção à saúde, para tanto, pauta a intersetorialidade, a participação comunitária, o fortalecimento da cidadania e o enfrentamento às iniquidades sociais (Brasil, 2007). Apesar das potencialidades vislumbradas com a execução do PSE, é importante destacar os desafios na elaboração de práticas de saúde pedagógicas que promovam o protagonismo do indivíduo em seu próprio aprendizado. Todavia, o curativismo ainda prevalece, o que não se alinha à compreensão de uma perspectiva de promoção e prevenção da saúde (Corrêa; Toassi, 2018; Lopes, Nogueira; Rocha, 2018).

Os desafios presentes na realização do PSE, no início da pandemia de covid-19 no Brasil, no ano de 2020, foram ampliados e aprofundados. As ações de educação em saúde engendradas por profissionais das equipes de Atenção Básica (AB) no contexto escolar exigem, além da articulação e vínculo com as lideranças escolares, uma escolha adequada e fundamentada dos métodos e das estratégias de ensino a serem empregadas. Não obstante, uma ação educativa realizada intuitivamente possa lograr sucesso e atingir objetivos educacionais, há de se considerar que a formação

em educação ou o conhecimento acerca de estratégias de ensino e conceitos da pedagogia são indubitáveis fortalecedores dessas ações.

Ainda nesse contexto, ações de educação em saúde realizadas no território, com destaque devido para o saber popular local e os aspectos sociais, culturais, históricos, políticos e econômicos, podem fortalecer o vínculo, enquanto permitem adequar as estratégias de ensino-aprendizagem ao público-alvo e à sua realidade. O isolamento social imposto pela pandemia trouxe diversas implicações psíquicas negativas para os adolescentes, como estresse e ansiedade (Farro *et al.*, 2020). Essa faixa etária é mais vulnerável devido a fatores como estrutura física e cognitiva em desenvolvimento, além de suas relações sociais estarem em constante mudança (Miliauskas & Faus, 2020). Nesse período, o modelo de ensino também sofreu grandes alterações, com o ensino à distância ganhando força (Miliauskas & Faus, 2020).

A educação em saúde é uma oportunidade para expandir a promoção da saúde e a prevenção de doenças, o que se encontra na definição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada em 21 de setembro de 2017 (Brasil, 2017), assim como promover ações individuais, familiares e coletivas. Também tem por finalidade, estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à AB, além de garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a Educação Permanente em Saúde e para a Educação Continuada na Estratégia Saúde da Família.

A educação em saúde tem fundamentos para tornar o indivíduo ou o coletivo em sujeitos ativos, ela envolve uma abordagem transdisciplinar com o intuito de melhorar a qualidade de vida daquela população (Conceição *et al.*, 2020). E, assim, os programas de Residência Multiprofissional em Saúde se apresentam na AB com o intuito de formar profissionais competentes para atuar com educação em saúde, principalmente, no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2005).

No contexto da Residência Multiprofissional em Atenção Básica, são oferecidas oportunidades para a integração e colaboração entre diversos profissionais, como enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogos, entre outros. O intuito é promover uma visão holística e integral do cuidado, considerando não apenas a dimensão biológica, mas também aspectos psicossociais e culturais que influenciam a saúde da população. Os residentes, durante o período de formação, têm a possibilidade de vivenciar práticas cotidianas nos serviços de atenção básica, estabelecendo uma conexão direta com as demandas da comunidade atendida. Essa imersão proporciona uma compreensão aprofundada dos desafios e particularidades da Atenção Básica, fomentando a construção de estratégias inovadoras e adaptadas à realidade local (Brasil, 2005; Brasil, 2014).

No âmbito do município de Petrópolis (RJ), os locais de implementação da prática da Residência Multiprofissional em Atenção Básica, em parceria com a Secretaria de Saúde do município, configuram-se em Estratégias Saúde da Família que podem estar alocadas em regiões urbanas ou rurais. Os residentes das categorias de enfermagem, nutrição e psicologia atuam em suas práticas junto à equipe de profissionais alocada na ESF atuante. É válido considerar que, para além do espaço de prática, a equipe docente, no contexto da formação dos residentes, desempenha um papel fundamental como mentores e orientadores, proporcionando uma estrutura pedagógica abrangente que engloba tanto o aspecto teórico quanto a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos pelos residentes. Suas responsabilidades incluem a supervisão regular, a análise crítica das atividades desenvolvidas pelos residentes em seus campos e a promoção de um ambiente educacional que estimula a reflexão e o progresso contínuo.

Considerando que o Programa Saúde na Escola (PSE) representa um projeto prático para os residentes, toma-se fundamental realizar investigações focadas nas experiências diretas relacionadas ao desenvolvimento de atividades no escopo do referido programa. Essas investigações proporcionam embasamento científico essencial para o planejamento, a execução e a avaliação das ações do programa

(Corrêa & Toassi, 2018). Portanto, diante dos objetivos delineados pelo PSE e dos desafios enfrentados no âmbito da promoção da saúde de adolescentes durante a pandemia de covid-19, surgiu a perspectiva de implementação de atividades do PSE na modalidade *on-line* (remota). Este enfoque busca estabelecer um diálogo, mediado pela residência multiprofissional, entre a instituição escolar e a Estratégia Saúde da Família. Nesse contexto, o objetivo do presente estudo é descrever as atividades remotas planejadas para um Programa Saúde na Escola com adolescentes de uma escola pública do município de Petrópolis.

Relato de experiência dos residentes

Este estudo se trata de um relato de experiência de residentes alocadas em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) situada em um dos setores urbanos do município de Petrópolis. Nele, são descritas as atividades planejadas para encontros remotos de um Programa Saúde na Escola (PSE) com adolescentes de uma escola pública, realizadas entre maio e junho de 2021, no município de Petrópolis (RJ). A ESF já promovia intervenções presenciais relacionadas ao Programa Saúde na Escola (PSE) em todas as escolas abrangidas por seu território. No entanto, devido à emergência da pandemia de covid-19, foi implementada uma iniciativa de intervenção remota, anteriormente inédita, destinada aos adolescentes de uma escola pública específica do território, quando não era possível o contato pessoal. Todos os encontros foram pensados, elaborados e conduzidos por uma enfermeira, uma nutricionista e uma psicóloga, todas as três residentes de um programa multiprofissional em saúde vinculado à Atenção Básica em Petrópolis. Além delas, uma enfermeira pertencente à equipe de Saúde da Família, que também desempenhava o papel de preceptora de campo para as residentes, participou ativamente na condução das atividades.

Inicialmente, as residentes entraram em contato com a coordenadora de um colégio do município mencionado para apresentar a proposta e estabelecer um acordo sobre os horários e os dias disponíveis para a realização dos encontros. Foi acordado

que os encontros aconteceriam uma vez por semana, com duração de aproximadamente 60 minutos, pela plataforma Google Meet. O *link* para a reunião seria gerado pelas profissionais e repassado para a coordenadora, que, por sua vez, reenviaria o *link* para os alunos 15 minutos antes dos encontros.

As turmas do 8º e 9º ano foram selecionadas e distribuídas pela coordenação da escola, totalizando 51 participantes, divididos em dois grupos: feminino (GF = 27) e masculino (GM = 24). Os horários e dias designados para os encontros foram estrategicamente escolhidos para coincidir com períodos em que os estudantes não estivessem engajados em atividades escolares, aproveitando horários ociosos e a ausência de aulas programadas. Devido a essa circunstância, os professores não foram convidados a participar. Nesse contexto, apenas as residentes, a preceptora de campo e os estudantes participaram dos encontros.

Descrição e análise

Para tanto, foram agendadas reuniões pré-intervenção semanais com as mediadoras dos encontros, que eram as residentes e a preceptora, visando desenvolver atividades lúdicas remotas que estimulassem o engajamento, a criatividade e o senso crítico dos adolescentes para temáticas relacionadas à sua saúde no contexto biológico, psicológico e social. Estabeleceu-se que, em cada encontro, uma profissional seria a responsável condutora e as outras seriam assistentes que ajudariam a ordenar e ajustar o planejamento do momento.

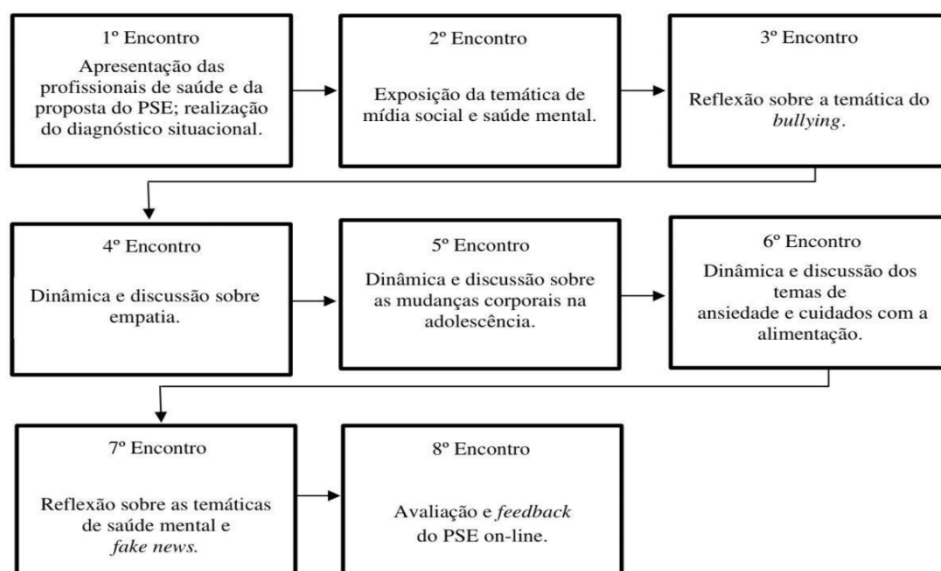
Para esse fim, deu-se especial importância ao primeiro encontro, que foi iniciado com um "quebra-gelo". Esse momento consistiu em dinâmicas variadas para promover o entrosamento do grupo, incluindo alongamento, uso de música e vídeos. Além disso, viu-se a necessidade da coleta de informações de assuntos dos quais os próprios adolescentes gostariam que discutíssemos ao longo dos encontros. Para o diagnóstico situacional, pensou-se na criação de uma "nuvem de palavras" com o auxílio da plataforma Mentimeter, com a seguinte pergunta: "O que você gostaria de

ver nos nossos encontros?". A partir disso, haveria espaço para que os adolescentes colaborassem com os encontros, trazendo questões e circunstâncias autênticas e de valor para serem aprofundadas nas sessões subsequentes, que seriam organizadas e estruturadas com base nessas contribuições. Ao final de cada encontro, foram realizadas rodas de conversa entre as mediadoras para que elas pudessem compartilhar como se sentiram durante a sessão e avaliar se a implementação das dinâmicas e das discussões foi bem-sucedida.

Resultados e discussão

Como resultado, a partir do conhecimento do diagnóstico situacional e da troca interdisciplinar entre os profissionais, foi permitido que o planejamento da intervenção de um PSE *on-line* seguisse o seguinte fluxo de oito encontros com atividades e discussões, sumarizadas na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma das temáticas abordadas no Programa Saúde na Escola, Petrópolis (RJ)



Fonte: Elaboração própria.

Em relação aos encontros, destaca-se que o primeiro foi um espaço para a apresentação das profissionais de saúde e de cada um dos alunos participantes, bem como foi explicada a proposta do projeto PSE *on-line*. Após essa etapa, foi realizado o diagnóstico situacional para a identificação das demandas dos adolescentes, sendo elencadas as temáticas pertinentes à saúde biopsicossocial desses participantes. Ao final do encontro, foram propostos acordos de vivência ao grupo para prosseguimento nos encontros seguintes, incluindo: não usar palavras ofensivas ("palavrão"), respeito ao colega, sinceridade, confiança e sigilo. Essa primeira etapa favoreceu a troca de informações para práticas de promoção e prevenção à saúde, pois possibilitou a inserção autônoma e significativa dos participantes. Além disso, estimulou o acolhimento e o fortalecimento de vínculos, conforme estipulado pela diretriz da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2008).

O segundo encontro iniciou-se com o vídeo disparador para a discussão sobre mídia social e saúde mental, refletindo-se o que se é comumente exibido pela mídia, e como ela pode afetar a nossa autoestima e, conseqüentemente, gerar sentimentos e emoções negativas para a saúde mental. As mediadoras mostraram também algumas fotos de corpos reais e como eles são transparecidos na mídia. Copetti e Quiroga (2018) afirmam que a influência da mídia social pode repercutir negativamente na autoimagem dos adolescentes, levando à baixa autoestima e até a transtornos mais graves, como os alimentares. Desse modo, os autores recomendam que os profissionais de saúde tenham uma abordagem de prevenção diante desse contexto.

No terceiro encontro, apresentou-se um vídeo sobre a temática do *bullying* para debate posterior. Na sequência, usando a ferramenta Mentimeter, cada participante contribuiu com três palavras sobre o que, para eles, significava *bullying*. Após esse exercício, foi aberto espaço para reflexão sobre o tema, e os participantes puderam expressar suas opiniões sobre o assunto. A respeito do *bullying*, o estudo de Franco *et al.* (2020) aponta a importância da discussão sobre o tema com os adolescentes, a fim de se criarem estratégias e restringir as consequências negativas dessa prática violenta. Santos *et al.* (2014) elucidam, em seu estudo, que o *bullying*

mais prevalente entre os adolescentes é o do tipo verbal. Para os autores, a vítima de *bullying* é uma pessoa exposta a essa agressão por um tempo extenso. Ainda consideram imprescindível o papel da escola na identificação e prevenção de tais eventos entre os estudantes, reforçando a importância do diálogo entre esses agentes. O terceiro encontro tomou-se um espaço tanto de reflexão quanto de identificação dos diferentes tipos de *bullying*, sendo capaz de acolher e conscientizar os grupos sobre os efeitos prejudiciais dessas ações (Santos *et al.*, 2014).

No quarto encontro, foi discutida a temática da empatia, por meio da dinâmica do "colocar-se no lugar do outro", em que cada aluno deveria indicar uma tarefa que gostaria que o seu colega, escolhido por ordem alfabética, fizesse. Logo após todos terem falado, foi-lhes dito que quem realizaria a tarefa seria o próprio aluno que a indicou. Essa dinâmica permite que os participantes reflitam sobre os seus comportamentos, ponderando sobre como o outro se sente quando sofre *bullying*, viabilizando uma troca de experiências pessoais. Essa habilidade empática tende a fortalecer a capacidade de interação social dos adolescentes, impactando no pertencimento de grupos e gerando cidadãos mais conscientes de suas ações (Oliveira *et al.*, 2018). Fazendo-se necessária a construção de espaços que auxiliem o desenvolvimento dessa habilidade nos adolescentes (Fernandes & Monteiro, 2017; Oliveira *et al.*, 2018).

O quinto encontro, sobre as temáticas das mudanças corporais na adolescência, começou com um vídeo cujo tema eram as alterações fisiológicas no período da adolescência. Seguiu-se uma apresentação de *slides* com figuras das mudanças corporais dessa faixa etária. Aplicou-se também a dinâmica de "verdade ou mito", na qual os participantes respondiam se a afirmativa era verdadeira ou falsa e prosseguiram discutindo o tema, esclarecendo dúvidas e trocando informações. A adolescência é notada por mudanças corporais, psíquicas e sociais (Salgado; Silva, 2018). Por isso, a reflexão e o esclarecimento acerca das modificações nessa fase da vida são essenciais no PSE. A equipe multiprofissional, por sua vez, pode contribuir

para que as ações propostas sejam conduzidas de maneira mais qualificada, pois promove o exercício da integralidade (Duarte *et al.*, 2021).

No sexto encontro, abordou-se o tema da ansiedade e dos cuidados com a alimentação. Iniciou-se com a introdução de uma história fictícia sobre a temática, em que cada participante pôde adicionar um trecho que desse seguimento ao curso da história. No final dessa dinâmica, foram apresentadas, em formato de *slides*, estratégias para lidar com a ansiedade e como poderiam ter uma alimentação adequada. Segundo dados da Organização Pan-americana da Saúde, a porcentagem de obesidade entre crianças e adolescentes na faixa etária de 5 e 19 anos, aumentou de forma considerável nas últimas quatro décadas (OPAS, 2017). No estudo de Marinho e Camozzi (2023), foi observado que a ansiedade exerce uma influência significativa sobre os hábitos alimentares de adolescentes. Destaca-se a relevância de reconhecer que tais elementos emocionais, como a ansiedade, podem conduzir a padrões alimentares inadequados, com o potencial de desencadear transtornos alimentares.

No sétimo encontro, o tema de saúde mental e *fake news* foram exploradas por meio de uma roda de conversa. O estudo de Galhardi *et al.* (2020) explicitou essa perspectiva, demonstrando a disseminação de notícias falsas sobre a covid-19 e como isso pode influenciar o comportamento dos indivíduos, que deixam de ter os cuidados de prevenção e tratamento adequados e cientificamente comprovados. Desse modo, o uso indiscriminado do meio digital pode impactar a saúde mental do adolescente, comprometendo as estruturas sociais, afetivas e psíquicas, gerando ansiedade, depressão, problemas nas relações interpessoais, entre outros (Silva; Silva, 2017).

No oitavo encontro, realizou-se um balanço dos aprendizados, por meio de um *quiz* sobre as temáticas que fizeram parte das reuniões. Em seguida, os alunos responderam à avaliação crítica no Google Forms, de forma anônima, em que comentaram sobre os encontros mais marcantes, deixaram sugestões, bem como suas percepções sobre o impacto da atuação do PSE. No encerramento, os participantes foram convidados a comparecerem na unidade da ESF para receberem o certificado

de participação do PSE, que foi elaborado e assinado pelas residentes e preceptora. Esse encontro externo propiciou um olhar holístico, com integralidade e o contato pessoal entre os alunos e a equipe multiprofissional da Atenção Básica local. A integralidade é um dos princípios da Atenção Básica, portanto, a prática dessa política no PSE fomenta o Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica no âmbito social, educacional e da saúde (Brasil, 2017).

Em relação aos estudantes participantes, pode-se resumir que todos os 51 alunos estiveram presentes em pelo menos um encontro. A maioria dos estudantes começou com suas câmeras de vídeo desativadas, tanto no grupo feminino (GF) quanto no grupo masculino (GM), mas gradualmente as ativaram, principalmente no GM. A ausência de exposição visual pode ser influenciada por diversos fatores ambientais e subjetivos, como discutido por Máximo (2021). Notavelmente, houve diferenças de comportamento entre os grupos. O GF demonstrou uma inclinação para abordagens mais positivas e favoráveis durante as discussões e reflexões, alinhando-se com os achados de Piko (2001), que sugerem que as mulheres tendem a adotar a positividade como estratégia emocional. No entanto, o GM mostrou maior engajamento nas atividades, demonstrando mais interação e disposição durante os encontros.

Na avaliação final, os estudantes participantes enfatizaram a qualidade do ambiente interativo e protegido para discussões. Destacaram algumas dinâmicas, como a da mídia social e saúde mental, a da empatia e a da ansiedade e cuidados com a alimentação, considerando-as divertidas e reflexivas, proporcionando uma experiência diferenciada do ambiente tradicional de sala de aula. Nesse contexto, o meio virtual para a implementação do PSE emergiu como uma alternativa viável diante das restrições físicas impostas pela impossibilidade de encontros presenciais.

Em todos os oito encontros, as mediadoras sentiram-se confortáveis e empolgadas com a oportunidade de realizar as atividades propostas. Os encontros virtuais permitiram uma interação satisfatória e contribuíram para o processo de ensino-aprendizagem, como consta no estudo de Holanda, Pinheiro e Pagliuca (2013),

que trazem uma reflexão sobre a eficácia e facilidade cada vez maior do ensino *on-line* para a construção do conhecimento. A vivência no contexto de um programa de residência, com a implementação de um Programa de Saúde Escolar, proporciona contribuições significativas para a formação. Algumas dessas contribuições incluem: experiência prática e vivencial, desenvolvimento de habilidades de trabalho em equipe, desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, reflexão crítica sobre políticas de saúde, e formação de uma abordagem holística para a saúde. Em resumo, a vivência em um programa de residência com a realização de um PSE oferece uma formação abrangente, prática e contextualizada, preparando os novos profissionais de saúde para desafios complexos e promovendo uma visão integrada da promoção da saúde.

Nesse cenário de diálogo e troca, sep com os adolescentes ou com os profissionais da equipe de Saúde da Família envolvida na ação, no caso as residentes e a preceptora, fomentou-se o aprimoramento de estratégias pedagógicas e técnicas de educação fundamentais para organização e execução de uma atividade de educação em saúde. Entende-se que, para a realização de atividades de educação de qualquer natureza, existe a necessidade de competência técnica, para além do domínio do tema a ser trabalhado na atividade em si.

Ao organizar uma atividade de educação em saúde com adolescentes sobre saúde mental, ou direitos sexuais e reprodutivos, por exemplo, é imprescindível que se conheça o grupo de adolescentes em questão, que se domine a discussão e os saberes acerca de tais assuntos. Além disso, que sejam privilegiadas técnicas pedagógicas compatíveis com a ação. Essa confluência de fatores potencializa ainda mais os encontros descritos neste trabalho e reforça a importância de se garantir formação em educação aos profissionais atuantes na AB, em que, particularmente, os programas de residência em Atenção Básica desempenham um papel crucial ao viabilizar essa capacitação, assegurando que as iniciativas engendradas nesse cenário garantam, em maior ou menor grau, emancipação dos sujeitos.

Considerações finais

O PSE proporcionou às residentes em saúde, preceptora e adolescentes participantes um espaço dinâmico e importante para a promoção da educação em saúde, no qual se estabeleceu um diálogo interativo e de acolhimento, indo ao encontro dos objetivos do PSE. É válido ressaltar que o PSE, na modalidade *on-line*, teve como intuito mitigar os danos sociais ocasionados ou agravados pela vivência da pandemia de covid-19, contudo, mostra-se limitado quando se considera que parte dos estudantes adolescentes que participaram do estudo possa não ter acesso à Internet, a equipamentos, ou até mesmo a um ambiente adequado para assistir aos oito encontros *on-line*. Uma limitação adicional reside no fato de que este estudo foi conduzido durante períodos nos quais os alunos se encontravam sem atividades escolares programadas, inviabilizando, por conseguinte, o convite aos professores. A ausência de participação docente em um projeto educacional pode dificultar a criação de uma experiência educacional interdisciplinar. Considerando que a colaboração entre professores de diferentes disciplinas poderia fomentar a troca de experiências e a inovação pedagógica, elementos importantes para o desenvolvimento de práticas educativas.

Apesar das limitações identificadas, o PSE *on-line* tem potencial para despertar consciência e autonomia nos adolescentes em relação à temática da saúde biopsicossocial. Portanto, o trabalho intersetorial entre educação e saúde, em especial no contexto da covid-19, suscitou novos desafios, mas possibilitou uma atuação, adaptada às mudanças inerentes ao cotidiano, sobre assuntos delicados e de profunda necessidade de serem abordados. Adicionalmente, a implementação de um projeto de saúde remoto em uma escola, enquadrado de um programa de residência, promoveu significativa relevância ao proporcionar às residentes uma experiência enriquecedora e abrangente. A participação ativa neste projeto ofereceu oportunidades valiosas para estas profissionais desenvolverem habilidades pedagógicas adaptativas,

familiarizarem-se com as dinâmicas do ensino à distância e obterem o aprimoramento de competências tecnológicas.

Além disso, a interação remota com os alunos permitiu às residentes, de modo geral, aprofundarem sua compreensão das necessidades individuais, implementarem estratégias de engajamento *on-line* e fomentarem uma abordagem inovadora diante dos desafios específicos inerentes a essa modalidade de ensino. Assim, a participação ativa em um projeto remoto em uma escola durante o programa de residência não apenas amplia o conhecimento pedagógico, mas também promove a construção de uma formação resiliente. Isso prepara os residentes para os desafios contemporâneos e diversificados do campo da saúde, onde a realidade em constante evolução exige estratégias e profissionais resilientes.

Importante ainda destacar o potencial da formação dos residentes que abrange a relação entre a ESF, a escola e a comunidade que considera como imperativo o levantamento de questões reflexivas que dialoguem com a realidade e demandas do território. Primeiramente, é essencial questionar como a formação dos residentes pode ser estruturada de modo a integrar de maneira efetiva os princípios da ESF com as dinâmicas educacionais escolares e as singularidades da comunidade local. Adicionalmente, toma-se crucial explorar de que maneira a interação entre os residentes e essas entidades pode contribuir para o fortalecimento da promoção da saúde na comunidade, considerando a educação como um vetor estratégico.

Outra questão relevante a ser ponderada é como os residentes podem ser capacitados para compreender e atuar de forma sensível às demandas específicas da comunidade, promovendo uma abordagem culturalmente competente. Em última análise, o diálogo contínuo entre as instituições envolvidas e uma análise crítica dessas questões são essenciais para aprimorar a formação dos residentes e fortalecer a colaboração eficaz entre a ESF, a escola e a comunidade.

Referências

- Brasil. (2007, 5 de dezembro). *Decreto n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007*. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm
- Brasil. (2005, 1º de julho). *Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005*. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n.º 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002, e dá outras providências. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2014, 23 de dezembro). *Portaria Interministerial n.º 16, de 22 de dezembro de 2014*. Altera a Portaria Interministerial n.º 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial n.º 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial n.º 1.224 para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria n.º 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.
- Conceição, D. S. et al. (2020). A Educação em Saúde como Instrumento de Mudança Social. *Brazilian Journal of Development*, 6(8), 59412-59416.
- Copetti, A. V. S., & Quiroga, C. V. (2018). A influência da mídia nos transtornos alimentares e na autoimagem em adolescentes. *Revista de Psicologia IMED*, 10(2), 161-177.
- Corrêa, H. W., & Toassi, R. F. C. (2018). Programa Saúde na Escola: potencialidades e desafios na construção de redes de cuidado. *Saúde em Redes*, 4(3), 37-47.
- Duarte, D. S. et al. (2021). Percepções e escolhas de adolescentes sobre saúde no contexto da residência multiprofissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, 1-17.
- Faro, A. et al. (2020). Covid-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia*, 37, e200074.
- Fernandes, A. O., & Monteiro, N. R. O. (2017). Comportamentos pró-sociais de adolescentes em acolhimento institucional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33(1), 1-7.
- Franco, E. C. D. et al. (2020). A oficina educativa no enfrentamento do bullying: uma experiência com adolescentes institucionalizados. *Extensão em Foco*, (21), 286-300.
- Galhardi, C. P. et al. (2020). Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da covid-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 4201-4210.

- Holanda, V. R., Pinheiro, A. K. B., & Pagliuca, L. M. F. (2013). Aprendizagem na educação on-line: análise de conceito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(3), 406-411.
- Lopes, I. E., Nogueira, J. A. D., & Rocha, D. G. (2018). Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, 42(118), 773-789.
- Marinho, B. F. S., & Camozzi, A. B. Q. (2023). *A influência da ansiedade no comportamento alimentar de adolescentes: uma revisão da literatura*. (Monografia de Graduação em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Goiás.
- Máximo, M. E. (2021). No desligar das câmeras: experiências de estudantes de ensino superior com o ensino remoto no contexto da Covid-19. *Civitas*, 21(2), 235-247.
- Miliauskas, C. R., & Faus, D. F. (2020). Saúde mental de adolescentes em tempos de covid-19: desafios e possibilidades de enfrentamento. *Physis*, 30(4), 1-8.
- Oliveira, A. C. *et al.* (2018). A empatia de adolescentes em relação aos aspectos que medeiam suas vidas. *Coleção Pesquisa em Educação Física*, 17(2), 7-15.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2017, 10 de outubro). *Obesidade entre crianças e adolescentes aumentou dez vezes em quatro décadas*. <https://www.paho.org/pt/noticias/10-10-2017-obesidade-entre-criancas-e-adolescentes-aumentou-dez-vezes-em-quatro-decadas>
- Piko, B. (2001). Gender Differences and Similarities in Adolescents' Ways of Coping. *Psychological Record*, 51, 223-235.
- Salgado, R. C., & Silva, K. R. X. P. (2018). Imagem corporal em adolescentes: reflexões para a educação física escolar. *C&D-Revista Eletrônica FAJNOR*, 11(3), 585-607.
- Santos, J. A. *et al.* (2014). Prevalência e tipos de bullying em escolares brasileiros de 13 a 17 anos. *Revista de Salud Pública*, 16(2), 173-183.
- Silva, T. O., & Silva, L. T. G. (2017). Os impactos sociais, cognitivos e afetivos sobre a geração de adolescentes conectados às tecnologias digitais. *Revista Psicopedagogia*, 34(103), 87-97.

CAPÍTULO 4

INTERVENÇÃO SOCIAL E GESTÃO: A IMPLANTAÇÃO DE UMA SALA DE SITUAÇÃO EM SAÚDE PARA A COVID-19¹

Taysa Rayane Lucas de Paiva
Tzabel Cristina de Medeiros Dantas
Johny da Silva Diniz

Introdução

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*. Trata-se de um programa de cooperação intersetorial que busca favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2005). As RMS constituem-se na integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidos por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, em que os profissionais são orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais. Esses programas se caracterizam como ferramenta de fortalecimento do SUS e dos serviços, favorecendo um atendimento de qualidade e integral ao indivíduo, além de contribuir para formação dos profissionais por se configurar como um método diferenciado de aprendizagem centrada na prática (Brasil, 2012; Maia *et al.*, 2020).

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN), possui dez categorias profissionais atuantes no município de Currais

¹ O presente documento textual representa a extração, pelos autores, de um documento anterior, apresentado sob forma de Trabalho de Conclusão de Residência, de Taysa Rayane Lucas de Paiva, junto ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, da Escola de Ciências Médicas Multicampi, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob orientação de Carla Glenda Souza da Silva e Tzabel Cristina de Medeiros Dantas, contemplando a atuação colaborativa com Johny da Silva Diniz, igualmente residente ("Implantação de uma sala de situação em saúde voltada para a covid-19 num município do Seridó Potiguar: um relato de experiência", 2022).

Novos (RN), dentre eles, assistente social, cirurgião-dentista, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico veterinário, nutricionista, profissional de educação física e psicólogo. No primeiro ano, os residentes têm atuação exclusiva na Atenção Primária à Saúde e no segundo ano vivenciam a rotina de serviços de atenção secundária, terciária e gestão em saúde, além dos serviços socioassistenciais.

A Vigilância em Saúde é um dos espaços de atuação dos residentes, que se constitui em um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas para a proteção da saúde, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (Brasil, 2013a).

Instituída por meio da Resolução MS/CNS n.º 588, de 12 de julho de 2018, a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) incide sobre todos os âmbitos da atenção à saúde, abrangendo todos os serviços de saúde públicos e privados e traz em seu art. 3º a seguinte condição:

Art. 3º A PNVS compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde doença (Brasil, 2018).

Essas ações visam à integralidade do cuidado de problemas de saúde tanto individual quanto coletivo. As equipes de vigilância precisam estar articuladas entre si e com a Atenção Primária e superar a fragmentação e setorialização organizacional para poder dar conta dessas ações (Recktenwaldt & Junges, 2017). A Vigilância Epidemiológica (VE) define-se como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não transmissíveis, e agravos à saúde (Brasil, 2018). Suas ações operacionalizam-se por meio de funções

intercomplementares por meio de outras vigilâncias que devem ser desenvolvidas de forma contínua.

Devido à pandemia causada pela disseminação do novo coronavírus, as ações de VE assumem papel fundamental ao fornecer informações oportunas e qualificadas aos gestores para a tomada de decisão, apesar de existir muitas lacunas em relação ao conhecimento da dinâmica de transmissão desse vírus (Barreto *et al.*, 2020). Nesse sentido, a Sala de Situação em Saúde (SDSS), é definida como o processo de reunir continuamente informações, analisá-las, caracterizar problemas e propor possíveis soluções, vinculado à intervenção social e gestão (OPAS, 2010). Assim, os dados são transformados em informações que geram conhecimento e, posteriormente, devem possibilitar a tomada de decisões almejando à melhoria das condições de saúde de um determinado lugar ou população.

Dessa forma, a residência junto à eqmpe da Vigilância em Saúde do município de Currais Novos, propôs a implementação de uma Sala de Situação em Saúde específica para a covid-19, no que concerne ao acompanhamento e levantamento de informações acerca do desenvolvimento da doença na população, como forma de melhor planejar as ações de enfrentamento a pandemia no município. Destaca-se que diante do cenário pandêmico vivido pelo país, as RMS assumem também o papel de enfrentamento junto aos outros profissionais que estão na linha de frente e, neste sentido, os residentes contribuem significativamente para o fortalecimento das ações necessárias no âmbito do SUS. Nesse contexto, as residências destacam-se no cenário formativo como uma estratégia fundamental, de forma especial, pela radicalidade em que se colocam as possibilidades de aprendizagens. Isso ocorre pelo modelo que caracteriza o processo de ensino aprendizagem previsto para as residências em saúde, qual seja: a aprendizagem pelo trabalho, em serviço, baseada em situações concretas em que o residente mergulha de forma intensa e extensamente na rotina dos serviços de saúde e/ou dos territórios (Gomes *et al.*, 2020).

Deste modo, a formação nessa modalidade permite a constante articulação com cenários diferentes de atuação, promovendo o desenvolvimento de capacidades colaborativas e interprofissionais na gestão em saúde. Este estudo pretende relatar a experiência de atuação na implantação e operacionalização de uma Sala de Situação em Saúde voltada para a covid-19, apresentando os desafios e impactos desse processo diante o cenário pandêmico, em um município potiguar de médio porte.

Relato de experiência e vivência narrativa

Trata-se de um estudo em saúde, de caráter descritivo, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa, que, segundo Cortes, Padoim e Berbel (2018), busca compreender fenômenos a partir das experiências das pessoas e possibilita a resolução dos problemas apresentados na prática. O relato versa sobre a vivência no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, no contexto da pandemia, na implantação de uma Sala de Situação em Saúde voltada para a covid-19, idealizada pelos residentes e a equipe de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Saúde do Município de Currais Novos (RN).

Currais Novos está localizada no interior do Rio Grande do Norte (RN), na região do Seridó potiguar, distante 200 km da capital, Natal (RN). Com uma população estimada em 44.905 habitantes, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022). A experiência teve seu início em abril de 2020, ou seja, no primeiro ano da pandemia de covid-19 e teve seu fim no início de 2021. A equipe de residentes teve como cenário de atuação toda a Rede de Atenção à Saúde do município e, também, na rede socioassistencial.

A baixa disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para execução adequada do trabalho das equipes da Atenção Básica e dos demais âmbitos de atenção em todo o país foi uma das grandes problemáticas da pandemia. Dado que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Currais Novos foram inicialmente designadas como cenário de prática para o primeiro ano de residência, a falta de proteção

necessária para garantir condições minimamente seguras de trabalho levou a uma readequação desse cenário. Como consequência, a Secretaria Municipal de Saúde de Currais Novos (SEMSA) tomou-se o principal ponto de atuação dos residentes. O trabalho, então, foi subdividido em equipes voltadas para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, educação permanente em saúde, vigilância epidemiológica, voltados para o enfrentamento da covid-19. Foi nesse novo contexto para todos os trabalhadores, que se percebeu a necessidade de trabalhar de forma mais detalhada os dados da vigilância quanto à covid-19. A partir da soma desses fatos, surgiu a ideia de implantar uma Sala de Situação de Saúde no município, buscando compreender como a doença se comportava no território, mapeando quais locais seriam de maior risco de transmissão, quais territórios mais afetados e o que fazer diante desses dados.

A SDDS foi implantada fisicamente na mesma sala que a Vigilância em Saúde, localizada na SEMSA e utilizou como principal recurso de trabalho uma planilha *on-line* criada pela equipe, que reuniu e organizou as informações fundamentais, obtidas por meio de notificações do e-SUS Notifica. Esse sistema auxilia a vigilância epidemiológica na identificação e monitoramento dos casos no território, bem como das demais autoridades sanitárias, nele são registrados casos suspeitos ou confirmados, assim dando acesso em tempo real às notificações de síndrome gripal (Brasil, 2021).

O funcionamento da Sala de Situação de Saúde se deu por meio da coleta e análise dos dados da ficha de notificação oriundos do e-SUS Notifica, e ficaram sob a responsabilidade dos residentes, que foram coordenados pela responsável técnica da Vigilância em Saúde do município. A ficha de notificação solicita os dados pessoais do indivíduo, se é profissional de saúde ou de segurança e os dados referentes aos sintomas apresentados, data do início dos sintomas, qual o tipo de teste realizado, a data da realização e o resultado. Ao longo da pandemia, foram sendo adicionadas informações a referida ficha de notificação.

Os dados colhidos pela equipe foram "nome", "data de nascimento", "sexo", "idade", "endereço", "data dos primeiros sintomas", "etnia", "tipo de teste - SWAB"

ou "teste rápido", "data do teste", "sintomas", "se profissional de saúde ou não". Ao longo do processo, os dados auxiliaram em análises mais detalhadas. A exemplo disso, as localidades mais afetadas não coincidentemente eram áreas mais vulneráveis da cidade. Essas informações foram de suma importância para reflexão de como o trabalho precisava ser pensado naquele lugar.

A planilha *on-line* foi alimentada diariamente, a partir das notificações, o que proporcionou a organização dos dados coletados, bem como permitiu a categorização desses dados e a transformação destes em informação. A abrangência municipal dessa ferramenta teve como objetivo fortalecer os dados epidemiológicos e assim pensar em estratégias de enfrentamento da pandemia, conforme as necessidades do território.

Valorização e Qualificação da Sala de Situação de Saúde

Os dados da covid-19 do município começaram a ser acompanhados por meio das notificações feitas no e-SUS Notifica, sistema do Ministério da Saúde utilizado em todo o território nacional como ferramenta de registro das notificações imediatas de casos de síndrome gripal, com o intuito de garantir o monitoramento da análise epidemiológica da transmissão do vírus no país (Brasil, 2021). O primeiro caso positivo de covid-19 registrado no município de Currais Novos foi no mês de abril.

A notificação imediata no sistema auxilia na tomada de decisão acerca das medidas locais de isolamento social e nas ações de suporte da capacidade hospitalar instalada no município e nos serviços de referência da rede, ao passo que auxilia no monitoramento epidemiológico dos casos do território (Brasil, 2020a). Para melhor organização e compartilhamento dos dados, criou-se uma planilha *on-line*, alimentada pela equipe diariamente em tempo real, visando garantir a qualidade dos dados a fim de gerar informações epidemiológicas seguras para a gestão e a população. O acesso ao banco de dados era restrito a equipe da Sala de Situação de Saúde e gestão municipal.

Um dos grandes gargalos identificados pela equipe foi o preenchimento incorreto ou incompleto de dados nas notificações, além da não realização de forma compulsória, culminando na dificuldade de planejamento das ações, que devem ser guiadas pelo trabalho e fortalecimento da epidemiologia. As articulações internas e externas foram realizadas a partir da análise do panorama epidemiológico geral proveniente desses dados. Sobre isso, outro desafio enfrentado pela equipe foi a liberação de testes realizados em serviços laboratoriais privados do município. O setor privado não realizava notificação no sistema e não existia comunicação dos resultados para a vigilância, uma fragilidade significativa nesse processo de atualização dos dados. A ação configurava crime sanitário, visto que a Portaria nº 1.792/2020, de 17 de julho de 2020, determinava que todos os laboratórios públicos e privados notificassem os resultados de testes diagnósticos da doença em 24h. Os laboratórios que descumprissem a regra estariam sujeitos a sanções, como multa ou até mesmo interdição do laboratório, pela infração sanitária (Brasil, 2020b).

Diante da urgência da situação e com o objetivo de encontrar uma solução para o problema, a equipe criou um formulário específico para coletar os dados necessários. Além disso, entraram em contato diretamente com os laboratórios para ressaltar a importância do preenchimento e envio diário das informações. Embora os laboratórios não tenham aderido ao formulário, eles criaram suas próprias planilhas ou enviavam as notificações de casos positivos diariamente para o *e-mail* da vigilância. Como resultado, a equipe tornou-se dependente da colaboração desses laboratórios para acompanhar e atualizar os casos diários de testes positivos no município. Os óbitos decorrentes da covid-19 também foram acompanhados pela SDSS, as certidões de óbitos emitidas pelo hospital do município também eram enviadas diretamente para o *e-mail* da vigilância epidemiológica, na perspectiva de gerar investigação e atualização para a população.

Quando os números de casos positivos aumentaram exponencialmente, dificultou-se ter acesso aos dados em tempo hábil, pois as notificações não eram realizadas imediatamente no sistema. Diante disso, a equipe da Sala de Situação de

Saúde decidiu criar uma planilha *on-line* compartilhada para cada UBS do município, para fins de preenchimento diário de todas as testagens realizadas, com informações reduzidas em relação à ficha de notificação de sistema, mas importantes para atualização da Sala.

Outro desdobramento do monitoramento feito pela Sala foi a orientação para que a Atenção Básica realizasse, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o monitoramento das pessoas suspeitas e positivadas diariamente, além de acompanhar o quadro de evolução, por ligação telefônica. Observa-se que a vigilância epidemiológica não conseguiria mais sozinha desempenhar esse papel. Giovanella *et al.* (2020), afirmam que a ESF desempenha um papel de atuação comunitária importante no enfrentamento de emergências, como a pandemia, e tem papel decisivo na rede e na continuidade do cuidado em saúde. Afinal, a ESF está mais próxima do usuário e do território, de suas condições de vida e vulnerabilidades, contribuindo diretamente no acompanhamento e investigação de casos suspeitos e/ou confirmados.

Por meio do acompanhamento pela ESF, a vigilância obteve subsídios para propor busca ativa em locais suspeitos de transmissão, como supermercados, empresas, pequenos comércios, em que trabalhadores estavam se contaminando. Portanto, havia a necessidade urgente de recomendar medidas de prevenção no controle da doença, como orientações preventivas e realização de testes, a partir da identificação de fatores condicionantes de saúde coletiva, como se preconiza que seja o papel da vigilância epidemiológica (Brasil, 2018).

Peduzzi e Agreli (2018) afirmam que não basta ter equipes integradas e efetivas para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde da população. É necessário também que profissionais e equipes de outros serviços e setores colaborem seguindo a lógica de rede. A Sala culminou na elaboração de boletins epidemiológicos publicados diariamente nas redes sociais da SEMSA de Currais Novos. Este apresentava os números de casos confirmados, em tratamento, recuperados, internados e os óbitos, mantendo a população informada diariamente sobre a situação da pandemia no município.

Ao longo do percurso da pandemia, sentiu-se a necessidade de aprofundar mais as informações divulgadas. Criou-se um boletim epidemiológico detalhado, produzido com dados mais específicos, publicado nas redes sociais semanalmente. Os dados apresentados neste boletim apresentaram um panorama epidemiológico completo, com o número de pessoas monitoradas, a quantidade de testagens realizadas, a distribuição de casos de covid-19 por bairros, incluído a zona rural, distribuição de casos confirmados por sexo, os números de óbitos por sexo, distribuição de óbitos por localidade e a faixa etária e óbitos por mês.

A divulgação dos dados se deu por meio de gráficos e tabelas para melhor representação das informações. A divulgação dos boletins epidemiológicos ocorreu como um recurso inovador de transparência e informação à população, que temia pela doença e tinha o direito de acessar informações verídicas e seguras. Além disso, no decorrer de todo o trabalho voltado para divulgação, a equipe utilizou de recursos que potencializam a comunicação, como: rádios, televisão local, carro de som etc. Os dados reunidos pela Sala também nortearam as decisões relacionadas ao uso dos testes rápidos no município, no intuito de direcionar a utilização desse recurso de forma inteligente.

Dessa forma, um trabalho em conjunto com a secretaria de saúde do município foi iniciado para discutir e encaminhar qual a melhor forma de usar os testes em prol da prevenção da doença e evitar a superlotação do hospital da cidade. Foi decidido realizar testagens em lugares estratégicos, como as instituições de longa permanência, especialmente os lares de idosos, considerados grupo de risco, com grandes chances de hospitalização devido às suas comorbidades, e onde a estrutura física impossibilita o isolamento, além dos prestadores de serviço desses locais também terem suas atividades laborais em hospitais, o que trazia mais risco de transmissibilidade aos idosos.

Além disso, a equipe usou um mapa da cidade em tamanho físico e aumentado para realizar o mapeamento dos casos. Observaram-se as regiões mais afetadas no território e as zonas de maior circulação do vírus conforme o número de

positivados, compondo uma visualização e análise geral da covid-19 de forma estratégica. O mapa auxiliou a delimitação de "zonas" com maior probabilidade de propagação do vírus. Diante disso, elaboraram -se ações estratégicas, como, por exemplo, na feira livre, que possuía um grande fluxo de pessoas do município e das cidades vizinhas.

Cabe mencionar que, durante a maior parte do processo, a equipe da Sala desenvolveu o que se chama de "investigação epidemiológica". Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica, este é um método de trabalho de campo que objetiva esclarecer a ocorrência de doenças emergenciais, como surtos e epidemias, incluindo casos isolados ou relacionados entre si, a partir de casos notificados (declarados ou suspeitos). O objetivo é identificar a fonte de infecção, o modo de transmissão, os grupos mais expostos a fatores de risco e os próprios fatores de risco, com o propósito final de orientar medidas de controle para impedir a ocorrência de novos casos (Brasil, 2009). Mesmo sem o total domínio e preparo para tal, os conhecimentos de cada pessoa da equipe colaboraram diante da necessidade de resposta rápida, para adequação de medidas de controle diante da complexidade dos casos de covid-19 que aumentavam descontroladamente.

A pandemia pelo coronavírus projetou múltiplas incertezas no cenário de saúde coletiva, tanto pelo avanço da doença quanto pelos desafios para se cumprir as exigências de prevenção e combate à covid-19. Dessa forma, a Educação em Saúde, que segundo o Ministério da Saúde, é o processo educativo de construção de conhecimentos em saúde visando à apropriação temática pela população e contribuindo para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado (Brasil, 2013b), deve ser construída de forma participativa. Partindo dessa premissa, os métodos para disseminar informações precisam ser ajustados conforme os novos protocolos devido às medidas de prevenção à disseminação do vírus. O direcionamento da vigilância para os territórios com o maior número de pessoas com teste positivo para covid-19 também foi um resultado das análises dos dados da Sala. Diante disso, a equipe assume o papel de realizar busca ativa e educação em saúde na comunidade com os

recursos possíveis naquele momento, pois nem todos possuem o acesso à informação via Internet ou pela televisão.

Portanto, a vigilância dividiu-se em equipes e foi de porta em porta no território, realizando a entrega de máscaras de tecido, orientando a importância do contato com a UBS de referência diante dos sintomas para o monitoramento e realização de testes. Nesse período, as UBSs funcionavam apenas por agendamento para evitar aglomerações no serviço e, portanto, toda e qualquer dúvida era sanada por meio do WhatsApp, dificultando o acesso da população que não possuía celular ou não dominavam o uso desta ferramenta.

Ressalta-se que a comunidade não sofre apenas com a pandemia e falta de informação segura, mas também com a falta de direitos básicos, como: acesso à água potável, comida, saneamento básico etc. A vulnerabilidade da população é proveniente de fatores como a baixa escolaridade, que resulta em trabalhos informais sem direitos trabalhistas garantidos, como o afastamento por doença, por exemplo. Além disso, as moradias são estruturalmente pequenas e possuem poucos cômodos para abrigar uma família inteira. Esses fatores estão diretamente ligados à impossibilidade de realizar o isolamento social e cumprir as medidas de segurança dentro de suas próprias residências. Com a redução na incidência da doença em meados do segundo semestre de 2021, a vigilância pôde retomar as atividades voltadas para outras questões de saúde que tinham se estagnado no ano anterior, quando a atenção às demais doenças e agravos foi descontinuada e trabalhada isoladamente.

Dessa forma, devido aos efeitos positivos do uso da Sala durante a pandemia, a continuidade da ferramenta foi mantida, agora voltada para o acompanhamento mais concreto de outras doenças e agravos de interesse da saúde coletiva, como hepatites, acidentes causados por animais peçonhentos, acidentes antirrâbicos, violência contra a mulher, infecções sexualmente transmissíveis (IST), entre outros. Os dados utilizados para acompanhar tais agravos foram retirados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças

de notificação compulsória, com sua última atualização feita pela Portaria n.º 1061, de 18 de maio de 2020. A plataforma permite a realização do diagnóstico da ocorrência de um evento na população, identificando a realidade epidemiológica de determinada área geográfica (Brasil, 2007).

A partir das experiências da Sala de Situação de Saúde, a vigilância epidemiológica passou a emitir boletins epidemiológicos temáticos mensais, conforme o calendário do Ministério da Saúde, sobre doenças e agravos de importância à saúde coletiva, fazendo uma série histórica de levantamento dos últimos cinco anos de notificações, como forma de manter a população atenta à essas ocorrências no território do município. Tal ação permitia a democratização da informação, indicando riscos aos quais as pessoas estavam sujeitas. Ao passo que as informações disponíveis para os profissionais possibilitavam a reflexão sobre explicações causais e o direcionamento para planejamento na busca por estratégias para promover ações visando à prevenção, à promoção e à organização da rede diante da realidade do município.

Conclusão

O enfrentamento à pandemia de covid-19 desvelou as desigualdades sociais existentes no país e a necessidade de fortalecer a rede de atenção à saúde, cujos processos de trabalho precisam ser orientados de forma dialogada e conexa. O estado de calamidade trouxe à tona a importância do papel da Vigilância em Saúde em todas as suas áreas e níveis, como elemento primordial para o contingenciamento de uma crise mundial, tendo em vista seu poder de articulação com demais setores sociais, respaldada pelas políticas públicas que orientam o nosso SUS.

Nesse processo, merece destaque que aquilo que foi vivido transcende a teoria dos livros, legislações e notas técnicas. O aprendizado relatado confirma o quanto se faz necessário que sejamos humanos antes de profissionais para melhor entender o outro, e que precisamos do próximo para efetivar qualquer tipo de ação

e/ou trabalho, seja no SUS ou fora dele. Ficou evidente que a ferramenta denominada Sala de Situação em Saúde colabora de forma eficaz com o acompanhamento da população e seus agravos à saúde. Sua visão integral e intersetorial, por meio da coleta, análise e divulgação de dados de importância para a saúde coletiva, exige o comprometimento de cada profissional do SUS, desde o Agente Comunitário de Saúde (ACS) até os especialistas.

Os objetivos foram alcançados quanto à educação, promoção e vigilância da saúde. O trabalho em equipe, reunindo profissionais da atenção primária, da gestão do sistema de saúde e da vigilância epidemiológica qualificou o desempenho do município. O trabalho da residência revelou que o trabalho realizado se destacou em comparação com os demais municípios da região, tomando-se um exemplo para eles.

Referências

- Barreto, M. L., *et al.* (2020). O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de covid-19 no Brasil? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23(Supl. 1), 1-4.
- Brasil. (2005). *Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005*. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as leis n.º 10.683, de 28 de maio de 2003 e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm
- Brasil. (2021). *Manual de integração - e-SUS Notifica - módulo de notificação covid-19*. Ministério da Saúde Secretaria Executiva Departamento de Informática do SUS Coordenação de Interoperabilidade. <https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2022/02/Manual-de-Utilizacao-da-API-e-Sus-Notifica.pdf>
- Brasil. (2018). *Resolução n.º 588, de 12 de julho de 2018*. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Diário Oficial da União. https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/36469447/do1-2018-08-13-resolucao-n-588-de-12-de-julho-de-2018-36469431
- Brasil. (2013a). *Portaria n.º 1.378, de 9 de julho de 2013*. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União. [\[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prtl_378_09_07_2013.html\]](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prtl_378_09_07_2013.html)
- Brasil. (2020b). *Portaria n.º 1.792, de 17 de julho de 2020*. Altera a Portaria n.º 356/GM/MS, de 11 de março de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade de notificação ao Ministério da Saúde de todos os resultados de testes diagnóstico para Sars-CoV-2 realizados por laboratórios da rede

pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo território nacional. Ministério da Saúde. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-l.792-de-17-de-julho-de-2020-267730859>

- Brasil. (2020a). *Nota técnica n.º 20/2020 - SAPSIGABISAPSIMS*. Notificação Imediata de Casos de Síndrome Gripal via plataforma do eSUS VE e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizado no STVEP-Gripe. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde.
[https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200429_N_NotaTecnica20NotificacaoimediateCasosdeSindromeGripalviaplataformadoeSUSVEeSindromeRespiratoriaAgudaGrave\(..._823_3595274282640358.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200429_N_NotaTecnica20NotificacaoimediateCasosdeSindromeGripalviaplataformadoeSUSVEeSindromeRespiratoriaAgudaGrave(..._823_3595274282640358.pdf)
- Brasil. (2007). *Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan: normas e rotinas* (2nd ed.). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.
http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Aplicativos/sinan_net/Manual_Normas_e_Rotinas_2_edicao.pdf
- Brasil. (2009). *Guia de vigilância epidemiológica* (7th ed.). Ministério da Saúde.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf
- Brasil. Secretaria Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2013b). *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde* (2nd ed.). Ministério da Saúde.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf
- Brasil. *Resolução CNRMS n.º 2, de 13 de Abril de 2012*. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União; seção I, Brasília, DF, p. 24-25.
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192
- Cortes, L. F., Padoin, S. M. M., & Berbel, N. A. N. (2018). Problematization Methodology and Convergent Healthcare Research: praxis proposal in research. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 440-445.
- Giovanella, L., et al. (2020). A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à covid-19. *Revista Saúde em Debate*, 44(Supl. 4), 1-21.
- Gomes, D. F., Dias, A. S. M., Gadelha, A. K. S., & Martins, A. F. (2020). *(Trans)formações das residências multiprofissionais em saúde*. Edições UVA.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2022). *População estimada: estimativas da população residente da cidade de Currais Novos/RN*.
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/currais-novos/panorama>
- Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS]. (2010). *Sala de situação em saúde: compartilhando as experiências do Brasil*.
https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2012-06/salas-de-situacao-em-saude.pdf
- Peduzzi, M., & Agreli, H. F. (2018). Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária. *Revista Inte,face*, 22(67), 1525-1534.

- Maia, J. K. O., Rebouças, E. R. N., Costa, A. M. T., Araujo Junior, A. J. L., & Araujo, T. L. (2020). Residência multiprofissional: contribuições durante a pandemia. *Cadernos ESP - Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará*, 14(1), 118-123.
- Recktenwaldt, M., & Junges, J. R. (2017). A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. *Revista Saúde Sociedade*, 26(2), 367-381.

CAPÍTULO 5

PRÁTICAS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NA BAHIA

Ricardo Cardoso dos Santos
Catharina Leite Matos Soares

Introdução

Em 2020, o mundo foi submetido a um cenário complexo, quando a pandemia por um novo coronavírus começou a se espalhar. Uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) foi declarada em janeiro de 2020, no intuito de alertar os países e toda a comunidade global para a coordenação e o controle da propagação do vírus. No Brasil, a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) foi decretada em fevereiro de 2020, e, em março, a OMS considerou a covid-19 como uma pandemia, devido à sua dispersão por várias regiões do mundo.

Com a evolução exponencial da doença no mundo e entre os estados brasileiros, diversas foram as medidas adotadas para o enfrentamento à pandemia, tais como o fortalecimento da vigilância epidemiológica, a definição de protocolos para a Atenção Primária à Saúde (APS) e também para os serviços especializados, a adoção de medidas não farmacológicas, como o uso de máscaras - obrigatórias para a circulação em espaços públicos e privados no Brasil (Brasil, 2020) - , a higienização das mãos, o distanciamento social e o monitoramento de sintomas suspeitos.

Em adição, houve a abertura de leitos de enfermaria e terapia intensiva, a abertura de hospitais de campanha, a aquisição de equipamentos, como respiradores, além de medidas como o fechamento de fronteiras e de atividades consideradas não essenciais e a transferência de renda para famílias em situação de vulnerabilidade,

devido aos impactos econômicos causados pela restrição dessas atividades (Antunes *et al.*, 2020; Kissler *et al.*, 2020).

No enfrentamento à covid-19, os serviços de saúde foram essenciais, assim como a organização da força de trabalho em saúde. Nessa direção, os trabalhadores da saúde, especialmente aqueles na linha de frente do combate à pandemia, enquadram-se como grupo de risco para a doença, devido à exposição ao vírus no contexto do trabalho, pela exposição direta e prolongada a pacientes com diagnóstico positivo. Essa exposição gera não só o risco de adoecimento pela covid-19, como também compromete a saúde mental.

Em revisão de artigos nacionais e internacionais publicados sobre a covid-19, realizada por Teixeira e colaboradoras (2020), as autoras apontaram que a exposição à doença no trabalho pode gerar ansiedade, medo, depressão e outros sintomas psicossomáticos. Ainda segundo as autoras, esses problemas propostos pela pandemia se somam a problemas crônicos do Sistema Único de Saúde (SUS), como o subfinanciamento e a precarização das condições de trabalho, que limitam a efetividade da atenção prestada pelos serviços públicos de saúde à população que depende dele (Teixeira *et al.*, 2020).

No conjunto dos trabalhadores da saúde, a Constituição Federal de 1988 propõe como atribuição do SUS o ordenamento da formação de recursos humanos para a saúde, assim como reitera a Lei n.º 8.080/1990. Para atendimento dessa premissa constitucional e desenvolvimento de formação profissional em nível de especialização, apresentam-se as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), que surgem com o propósito de superar as limitações da formação na graduação e acompanhar a necessidade de especialização exigida pelo mercado de trabalho (Torres *et al.*, 2019). As residências devem ser vistas, como uma estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS), uma vez que articulam o ensino ao trabalho em saúde, com vistas à qualificação das práticas de saúde no contexto do SUS (Shikasho, 2013).

Conforme os princípios do SUS e orientado pela educação pelo trabalho como estratégia formativa, diversos são os cenários de inserção das Residências em

Saúde, em especial as RMS, caracterizadas pela formação pelo trabalho colaborativo e em equipe (Silva & Dalbello-Araujo, 2019; Torres *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2016; Casanova *et al.*, 2015; Rosa & Lopes, 2009-2010). Nesse sentido, possuem como alguns dos seus eixos norteadores: a concepção ampliada de saúde, a Política Nacional de Gestão da Educação na Saúde para o SUS, a abordagem pedagógica do processo ensino-aprendizagem-trabalho, a integração ensino-serviço-comunidade, a descentralização e a regionalização, a avaliação formativa, e a integralidade (Brasil, 2009).

Ceccim (2010) afirma que, na articulação entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, a prática nas RMS promove mudanças nos modelos de atenção à saúde. Isso porque, como afirmam Goulart e colaboradores (2012), nessa modalidade, a reflexão crítica e teórica proposta sobre o trabalho desenvolvido viabiliza a reflexão da prática e, logo, contribui com o aperfeiçoamento das intervenções, para serem efetivas. Além de contribuir para a formação e qualificação de profissionais da saúde, a Residência também se propõe à melhoria da qualidade do serviço prestado nas instituições em que se inserem (Shikasho, 2013).

Nesse sentido, o residente em saúde está inserido em dois "mundos": o do trabalho e o da formação. Não são estudantes, mas profissionais em formação, cujo percurso formativo e articulação ensino-serviço é de responsabilidade da instituição formadora. Mas, como profissionais, respondem legalmente sobre o exercício das suas práticas. Ao articular esses dois mundos, a inserção diferenciada dos residentes no contexto dos serviços de saúde está associada a uma prática supervisionada e à garantia de espaços reflexivos e para o trabalho em equipe e multiprofissional (Rodrigues, 2016; Schmaller *et al.*, 2012).

No mundo do trabalho, a precarização do trabalho como um reflexo da crise do capitalismo e o atravessamento dos interesses privatistas no SUS, que se relacionam à sua fragilização, são elementos que contextualizam a inserção dos residentes nos serviços. Decorrente disso, situam-se algumas problemáticas: os residentes podem ser vistos como mão de obra para suprir a falta de profissionais

naquela área, com as demandas dos serviços sobrepondo o caráter formativo da Residência; a intensa carga horária de 60 horas semanais, cujo desafio consiste também na necessidade de se adequar à realidade e o funcionamento dos serviços; e o próprio trabalho multiprofissional, desafiador na medida em que se faz acontecer (Rodrigues, 2016).

Em pesquisa qualitativa conduzida por Silva e colaboradores (2015), os residentes de programas de RMS percebem suas experiências na Residência por meio da prática multiprofissional, da prática de trabalho em equipe, do reconhecimento do trabalho dos residentes pelos usuários dos serviços, e da experiência no contexto do trabalho em saúde (Silva *et al.*, 2015). Por outro lado, em revisão bibliográfica, Silva e Dalbello-Araújo (2019) destacam a hegemonia do modelo biomédico e a precarização das condições de trabalho como fatores limitantes para a formação pela prática profissional nas RMS.

Em outra investigação, Baquião e colaboradores (2019), ao tomar a interdisciplinaridade como característica central das RMS, destacam como obstáculos: a formação insuficiente na graduação; a lógica biologicista, hospitalocêntrica (Casanova *et al.*, 2015) e médico centrada, sobretudo no ambiente hospitalar, e as dificuldades no diálogo com essa categoria; a falta de reconhecimento da identidade dos residentes, por vezes confundidos como estagiários; e a extensa carga horária (Baquião *et al.*, 2019).

Entendendo que a atuação dos residentes se reconfigurou diante do cenário pandêmico, voltando-se, inclusive, para o enfrentamento à pandemia nos diversos cenários do SUS - desde a atenção, à vigilância e a gestão em saúde -, sob riscos e efeitos consoantes com o avanço da pandemia no país, o presente estudo buscou analisar como se caracterizou o trabalho dos residentes em um Programa de Residência em Saúde Coletiva, com foco no planejamento e gestão em saúde. Esses trabalhadores em formação, foram submetidos a um cenário adverso no que tange à relação entre trabalho e educação. Assim, a pergunta que orientou o trabalho foi "quais

as características do trabalho desenvolvido por residentes em Planejamento e Gestão em Saúde durante a pandemia de covid-19 na Bahia?".

Estudo exploratório com residentes em saúde

Realizou-se um estudo quanti-qualitativo e exploratório, que teve como objeto o trabalho desenvolvido por residentes de um Programa de RMS na Bahia, durante a pandemia de covid-19. De acordo com o Edital n.º 01/2020, da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), que trata do processo seletivo unificado para Residência em Área Profissional da Saúde (uni e multiprofissional) no estado da Bahia, em 2021 foram ofertadas 341 vagas, distribuídas em 34 Programas de Residência. Do levantamento de Programas de Residência implantados no estado da Bahia, a Residência em Saúde Coletiva, com área de concentração em Planejamento e Gestão em Saúde (RPG), tem como objetivo "preparar profissionais com habilidades, conhecimentos e atitudes necessárias à execução e coordenação de práticas de planejamento, gestão e avaliação de práticas, serviços e sistemas de saúde".

São ofertadas 18 vagas por turma, que se distribuem entre as seguintes profissões: enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, psicologia e saúde coletiva. Para tanto, os residentes desenvolvem suas práticas no município de Salvador, nos distritos sanitários e no nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/SSA), além do nível central da SESAB.

Foram incluídos no estudo os residentes das turmas do primeiro ano (R1) e segundo ano (R2) do ano de 2020 - o que corresponde ao período de março a dezembro. A coleta dos dados foi realizada por meio de formulário eletrônico estruturado, enviado aos residentes do programa. O instrumento contempla a caracterização dos residentes participantes, além de perguntas abertas relativas ao objeto de estudo desta pesquisa, que tocam os componentes do processo de trabalho e os elementos que constrangeram ou favoreceram o seu desenvolvimento.

Na análise dos resultados, os dados foram organizados em matriz conforme componentes do processo de trabalho (agente, objeto, meios de trabalho, finalidades e resultados do trabalho) (Peduzzi & Schraiber, 2008; Gonçalves, 1992, 1979; Marx, 1983), de acordo com cada atividade listada. Acrescentou-se a estes componentes as facilidades e as dificuldades vivenciadas no contexto da pandemia para o exercício do labor.

Como categoria de análise, o processo de trabalho em saúde toma por base as considerações de Marx acerca desse conceito (Gonçalves, 1992). O trabalho -- atividade mediada por uma finalidade -, é operado sobre um objeto por meio de instrumentos, para a obtenção de um produto. O processo ocorre, então, entre a relação desses elementos. O trabalho humano, além de ser coletivo - e, com isso, relacionado e interdependente entre aqueles que o fazem -, é reflexo dos modos de produção da sociedade em um dado momento, ou seja, é marcado por tempo e espaço. No atual sistema capitalista, os modos de produção se dão por meio da apropriação - pelo detentor dos meios de produção - da força de trabalho do trabalhador (Frigotto, 2008; Merhy & Franco, 2008; Marx, 1983).

Assim, o processo de trabalho em saúde é dado por uma finalidade e composto pelas necessidades de saúde - objeto de intervenção por meio dos saberes técnicos e de instrumentos materiais, por agentes, cuja intencionalidade imprime nesse processo a dinâmica do trabalho humano à sua época (Peduzzi & Schraiber, 2008; Gonçalves, 1992, 1979). Em uma sociedade que garante o direito à saúde como dever do Estado, como a brasileira, o "valor de uso" atribuído ao produto do trabalho em saúde é orientado pelas necessidades de saúde, que organizam a produção de saúde e, logo, o cuidado em saúde.

Esse objeto a que se procura satisfazer (as necessidades de saúde individuais e coletivas) é, então, simbólico. Para isso, o trabalho em saúde tem nos instrumentos, no saber técnico e nas relações entre sujeitos, a tecnologia em que se produz. Portanto, a produção do cuidado é coletiva, isto é, operada por diversos atores que trabalham em torno das necessidades de saúde (Merhy & Franco, 2008). A pesquisa foi

submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e aprovada, portanto, fundamentou-se nos princípios éticos e científicos, conforme Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, com parecer CAAE 53707121.5.0000.5030.

Residência Multiprofissional em Planejamento e Gestão em Saúde: dos agentes aos resultados do trabalho

Participaram do estudo 17 profissionais de saúde residentes, sendo que 11 (64,7%) cursavam o primeiro ano da Residência (R1), enquanto 6 (35,3%) estavam no segundo ano (R2). Destes, 82,4% de mulheres e 17,6% de homens, 52,9% negros e 47,1% brancos. Quanto às faixas etárias, 52,9% entre 18 e 29 anos, enquanto 47,6% com idade igual ou superior a 30 anos de idade. Quanto à formação profissional, 29,4% de sanitaristas e 17,6% de cirurgiões-dentistas, seguida de fonoaudiólogos (17,6%), psicólogos (11,8%), enfermeiros (11,8%), nutricionistas (5,9%) e fisioterapeutas (5,9%). A maioria desses refere cinco anos ou mais quanto ao tempo de formação profissional (47,1%), enquanto os demais referem entre um e dois anos (29,4%) ou 3 a 4 anos (23,5%).

Cenários de prática: o desenvolvimento do trabalho dos residentes na pandemia

Quanto ao campo de desenvolvimento da prática profissional, os residentes distribuem-se entre a SMS/SSA e a SESAB, onde atuaram nos âmbitos distrital e central desses espaços institucionais. Nesses campos de prática, predominou o trabalho presencial em detrimento ao remoto. Dentre os cenários de atuação, o estudo evidenciou uma diversidade de espaços que contemplaram a gestão da atenção à saúde, a vigilância em saúde, o planejamento em saúde, a regulação do acesso ao sistema de serviços de saúde e a gestão do trabalho e da educação na saúde, além da gestão local dos serviços de saúde, identificada por meio da atuação dos R1 nos

diversos distritos sanitários (DS) da SMS/SSA, o que inclui a gestão local da atenção e da vigilância, entre outras ações.

As atividades desenvolvidas pelos residentes

Foram observadas práticas relacionadas à elaboração de instrumentos de gestão e outros programas e projetos; ao monitoramento e avaliação de políticas, programas e projetos; à vigilância em saúde; à comunicação em saúde; e ações de qualificação da força de trabalho. Essas práticas se distribuem por uma abrangência que varia desde o nível distrital, ao municipal e estadual, a depender do campo de prática. Por vezes, incidem sobre a APS ou a atenção especializada, mas sobretudo estão relacionadas, em alguma medida, à covid-19. Dessas categorias, pode-se exemplificar produções como: análises da situação de saúde, planos de contingência para a covid-19, fluxos de acesso a serviços de saúde e protocolos para organização do sistema, apoio em ações de saúde do trabalhador da saúde, planos e programações específicas, ações de territorialização de equipes de saúde, modelagem de programas estratégicos, relatórios de gestão, gestão de bancos de dados em saúde, informes e boletins epidemiológicos e outros documentos técnico-informativos.

O Quadro 1 destaca algumas ações levantadas pelos residentes participantes do estudo no contexto do trabalho nos campos de prática da residência. Com isso, atribuíram uma finalidade correspondente ao trabalho desenvolvido, além dos meios utilizados no seu desenvolvimento para garantir a finalidade proposta - instrumentos como conhecimentos, equipamentos, insumos e demais tecnologias - apontados pelos sujeitos da pesquisa. Nesse segmento, identificou-se o conhecimento relativo ao planejamento, gestão e avaliação em saúde, como saberes fundamentais para o desenvolvimento das atividades.

Todavia, foram citados meios de trabalho adicionais, sobretudo pela pandemia, que exigiram mudanças e adaptações no trabalho cotidiano. Dentre eles, foram referidas as plataformas de videoconferência, os canais digitais de

comunicação, as ferramentas e *softwares* para organização de dados. Acrescentam-se as habilidades relacionais e competências, como comunicação, criatividade, negociação e liderança como elementos fundamentais.

Quadro 1 - Ações e finalidades atribuídas pelos residentes participantes do estudo em algumas atividades desenvolvidas nos campos de prática da Residência no ano de 2020, Bahia, 2023.

Ação	Finalidade
Implantação do Núcleo de Atendimento e Apoio aos Trabalhadores.	Estruturar um dispositivo de acolhimento e atendimento aos trabalhadores da saúde dos estabelecimentos do distrito sanitário no contexto da Pandemia da covid-19.
Produção de informes epidemiológicos sobre a covid-19.	Divulgar informações sobre a covid-19 direcionadas aos trabalhadores de saúde do território.
Pactuação de diretrizes com os Serviços de Atenção Especializada de Salvador.	Pactuar uma compreensão mínima entre os trabalhadores dos Serviços de Atendimento Especializado sobre as diretrizes que regem esse tipo de serviço, reconhecendo especificidades locais.
Elaboração e monitoramento da Programação Anual de Saúde de Salvador e Programação Operativa Anual.	A elaboração das programações tem o propósito de estabelecer objetivos e metas do setor da saúde em determinado território, previstas para os três quadrimestres do ano. No monitoramento, são identificados os níveis de cumprimento das atividades planejadas e, com isso, o desempenho da instituição é medido e apresentado nos relatórios de gestão.
Elaboração do modelo lógico do programa Salvador Protege.	Propor a organização de fluxos nas unidades de saúde para o enfrentamento da covid-19, por meio da implantação de um programa com vistas à reestruturação da APS.

Fonte: Elaboração própria.

Dificuldades encontradas para o desenvolvimento do trabalho durante a pandemia

A pandemia introduziu desafios para o desenvolvimento do trabalho nas organizações de saúde. Dentre elas, as questões relativas à infraestrutura dos serviços de saúde - a exemplo de recursos físicos limitados e estruturas inadequadas, força de trabalho limitada -, às dificuldades de gestão do sistema de saúde no contexto da pandemia e ao processo de trabalho dos locais onde estavam inseridos. Em outra direção, foram apontadas limitações quanto ao suporte teórico-prático dado pela Residência, bem como o fornecimento de EPI.

Ademais, a covid-19 também aparece como uma dificuldade devido a circunstâncias como o medo pela exposição, o adoecimento e o fornecimento de EPis não constante. Ainda assim, destacaram-se algumas estratégias dentre essas limitações, como as adaptações feitas para garantir o funcionamento dos serviços de saúde - escalas de trabalho, reuniões virtuais, distribuição de EPis -, e o acolhimento dos residentes pelas equipes.

Facilidades encontradas para o desenvolvimento do trabalho durante a pandemia

Embora tenham sido apontadas dificuldades, foram também feitas referências a facilidades do contexto de trabalho desses residentes que contribuíram para o desenvolvimento das atividades. O trabalho colaborativo em equipe e a preceptoria qualificada aparecem como fatores que contribuem para o êxito nas práticas desses residentes. Aqueles que apontaram dificuldades proporcionadas pela pandemia destacaram dessa vez o trabalho remoto, quando possível, como uma possibilidade de atuação frente ao distanciamento social e outras medidas necessárias.

"No olho do furacão, na ilha da fantasia"¹: caminhos para a reinvenção das RMS?

A listagem das atividades desenvolvidas pelos residentes nesses campos de atuação revela uma diversidade de objetos de trabalho por meio dos quais estes agentes desenvolvem suas práticas, todavia, todos compatíveis com um perfil de egresso esperado como sanitarista na área de planejamento e gestão, conforme mencionado no Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência em estudo. A relação entre esses elementos pode ser observada na finalidade atribuída pelo residente ao trabalho que desenvolveu sobre determinado objeto. Essa finalidade também expressa indiretamente a necessidade de saúde para qual este trabalho opera, uma vez que relaciona um problema de saúde que se pretende superar com o trabalho desenvolvido.

Como característico das RMS, este estudo teve uma composição multiprofissional, em que se destaca, aliás, a maior prevalência de sanitaristas, formados por graduação em Saúde Coletiva, um perfil geralmente ainda não encontrado entre as vagas disponíveis nos diversos programas de RMS. Os cenários das práticas onde se desenvolveram as atividades apresentadas se mostram diferentes de outros estudos na literatura, cujas pesquisas envolvem sobretudo residentes em ambiente hospitalar ou no contexto da APS e saúde da família, além daqueles em Programas de RMS em Saúde Mental e, por último, relacionados à gestão e vigilância em saúde (Awadallah *et al.*, 2021; Mello *et al.*, 2018; Fernandes *et al.*, 2017; Neves & Oliveira, 2015; Silva *et al.*, 2015; Cahú *et al.*, 2014).

No contexto do SUS, os instrumentos de planejamento são ferramentas de operacionalização do sistema (Teixeira, 2010), condicionantes das transferências de recursos financeiros. Conforme apresentado, a atuação dos agentes sobre esses objetos

¹ A referência à expressão "No olho do furacão, na ilha da fantasia" pertence ao artigo de Daniela Dallegrave e Maria Henriqueta Luce Kruse que assim enunciam "a invenção da residência multiprofissional em saúde" (Dallegrave & Kruse, 2009, p. 213).

de trabalho demonstra a contribuição dada no ciclo de formulação, monitoramento e avaliação desses instrumentos, uma vez que estão interligados. Nesse sentido, o monitoramento pode ser entendido como o processo de acompanhamento da implementação de uma política, plano ou programa, assim como as práticas categorizadas como avaliativas correspondem a análises acerca da pertinência, suficiência, progresso, eficiência, eficácia e efetividade de políticas, programas, serviços e ações de saúde (Silva, 2005).

Os trabalhos relacionados à Vigilância em Saúde têm sua aceção no termo mais restrito do conceito, conforme trazido por Teixeira (Teixeira, 2010), cujas práticas estão voltadas para, dentre outras, a vigilância epidemiológica. No contexto da covid-19, essas práticas tomam centralidade entre as práticas de planejamento de residentes na RPG - conforme finalidades atribuídas às atividades destacadas, apresentadas anteriormente -, como forma de acompanhamento da evolução da doença e outras variáveis, por meio do uso dos sistemas de informação e demais estratégias de vigilância.

Ainda disparada pela inserção no contexto da covid-19, estabelecendo, com isso, relação direta com a vigilância epidemiológica, práticas de comunicação em saúde apareceram como objetos de trabalho, no intuito da produção de informação para a organização do cuidado em saúde no enfrentamento à pandemia. Na iminência dessa situação de contingência, especialistas já discutiam sobre os desafios para a organização do SUS e da força de trabalho em saúde para lidar com a ESPIN, sobretudo pela sua sobreposição a problemas crônicos da saúde coletiva no Brasil. O subfinanciamento, o subdimensionamento da força de trabalho, a precarização das condições de trabalho, associadas a problemas de infraestrutura nos serviços de saúde do SUS, entre outros desafios, são agudizados frente à necessidade de respostas rápidas e eficientes para conter a disseminação do vírus, preservar a saúde da população e mitigar os efeitos econômicos da pandemia (Teixeira *et al.*, 2020). É nesse contexto que os agentes do trabalho em discussão pontuam problemas

estruturais do SUS como limitações nos seus processos de trabalho (Silva; Dalbello-Araujo, 2019).

A formação teórica da Residência - correspondente aos 20% de carga horária teórica proposta em legislação (Brasil, 2009) - é listada neste estudo como uma limitação para a atuação em serviço, assim como em outros estudos (Silva & Dalbello-Araujo, 2019). Fernandes e colaboradores (2017) destacam, em estudo que envolve um programa de RMS, que esse é um fator de insatisfação entre residentes, devido a uma desarticulação entre a teoria e o cotidiano da prática, que por sua vez demanda formação para atuação. Enquanto isso, Mello e colaboradores (2018) destacam que a organização didático-pedagógica dos programas de residência influencia no processo ensino-aprendizagem dos residentes, sendo essencial a articulação entre estratégias de ensino-aprendizagem, organização de espaços formativos e processos avaliativos no planejamento educacional dos programas, para fomentar a problematização e a reflexão crítica da realidade embasada na relação entre teoria e prática, o trabalho cooperativo e em equipe, a tomada de decisão e outras habilidades, competências e atitudes necessárias (Mello *et al.*, 2018).

Com a pandemia, a alternativa do ensino remoto apresentou-se, ainda que permeada por desafios, sobretudo no caso das residências em saúde, que assumiram o combate à covid-19 junto aos trabalhadores da saúde. O uso das ferramentas tecnológicas, as mudanças na comunicação, interação e o acesso à Internet, além das diferenças do ensino remoto no processo de aprendizagem e troca de conhecimentos, repercutiram na formação teórica dos residentes (Moreira *et al.*, 2021). Por outro lado, experiências de trabalho colaborativo mostraram favorecer o processo de trabalho de residentes, assim como discute Mello e colaboradores (2018), já que o aprendizado em coletivo, com interação entre diversas profissões para a troca de conhecimentos, favorece o exercício de habilidades e atitudes necessárias. Nesse sentido, a multiprofissionalidade e a atuação em equipe foram identificadas na pesquisa de Fernandes e colaboradores (2017) como oportunidades satisfatórias das RMS para os residentes.

Da mesma forma, a contribuição de profissionais qualificados para a preceptoria de residentes nos serviços foi tida como fator facilitador para o êxito no trabalho desses agentes. Isso porque a articulação teórico-prática proposta pela mediação do preceptor na relação entre o serviço e o residente em atuação potencializa essa formação, enquanto também agrega ao preceptor novas experiências e conhecimentos (Antunes *et al.*, 2017). Entretanto, a preceptoria no SUS é um desafio, em razão da necessidade de aliar essa atribuição a um conjunto de outras do cotidiano dos serviços e sem remuneração específica para tal, além da falta de qualificação instituída para essa função (Silva & Dalbello-Araujo, 2019; Mello *et al.*, 2018; Neves & Oliveira, 2015).

Considerações finais

O estudo do trabalho desenvolvido por residentes mostrou que, como agentes das práticas, esses profissionais desenvolveram atividades diversas, que, em última análise, visaram à qualificação do cuidado em saúde. Por meio do planejamento estratégico e de práticas de gestão nas Secretarias de Saúde, em pleno avanço da covid-19 no país, o estudo mostrou grande atividade do segmento profissional analisado. Essas práticas foram essenciais para a manutenção do SUS e, por sua vez, contribuíram para o enfrentamento da pandemia.

Reconhece-se que o trabalho em saúde em organizações públicas de saúde apresenta desafios para o seu desenvolvimento, mas a reflexão acerca das facilidades e dificuldades encontradas no processo de trabalho dos residentes nos serviços de saúde durante a pandemia reafirma o desafio que é a implementação dos programas de RMS, sobretudo como estratégia para a qualificação de profissionais para atuação comprometida com o SUS. Por isso, ao tempo em que se reconhece a multiplicidade de vivências proporcionadas pelas RMS, o estudo valoriza o trabalho desenvolvido pelos residentes e é um estímulo à socialização e à divulgação destas experiências,

com vistas à defesa do SUS, a garantia do direito à saúde e à EPS como estratégia de qualificação e valorização da força de trabalho no SUS.

Referências

- Antunes, B. B. P., Peres, I. T., Baião, F. A., Ranzani, O. T., Bastos, L. S. L., Silva, A. A. B., Souza, G. F. G., Marchesi, J. F., Dantas, L. F., Vargas, S. A., Maçaira, P., Hamacher, S., & Bozza, F. A. (2020). Progressão dos casos confirmados de covid-19 após implantação de medidas de controle. *Revista Brasileira de Terapia intensiva*, 32(2), 213-223. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/w5ncnKcbTKRR9LDYVYsj6mg/abstract/?lang=pt>
- Antunes, J. M., Daher, D. V., & Ferrari, M. F. M. (2017). Preceptorial como locus de aprendizagem e de coprodução de conhecimento. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 11(10), 3741-3748. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/22612/pdf>
- Awadallah, N. S., Czaja, A. S., Fainstad, T., McNulty, M. C., Jaiswal, K. R., Jones, T. S., & Rumack, C. M. (2021). The impact of the covid-19 pandemic on family medicine residency training. *Family Practice*, 38(Supl. 1), i9-i15. https://academic.oup.com/fampra/article/38/Supplement_1/i9/6358440#google_vignette
- Baquião, A. P. S. S., Carvalho, S. M., Peres, R. S., Mármora, C. H. C., Silva, W. M. D., & Grincenkov, F. R. S. (2019). Percepções de residentes multiprofissionais de saúde sobre a interdisciplinaridade. *Saúde e Pesquisa*, 12(1), 187-196. <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6919/3391>
- Brasil. (2020). *Lei n.º 14.019, de 2 de julho de 2020*. Altera a Lei n.º 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual para circulação em espaços públicos e privados[...]. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.019-de-2-de-julho-de-2020-264918074>
- Brasil. (2009). *Portaria Interministerial MEC/MS n.º 1.077, de 12 de novembro de 2009*. Dispõe sobre a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/degex/legislacao/2018-e-antes/2009/portaria-n-1077-12-novembro-2009.pdf/view>
- Cahú, R. A. G., Santos, A. C. O., Pereira, R. C., Vieira, C. J. L., & Gomes, S. A. (2016). Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 76-83. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SI1808-56872014000200003
- Casanova, I. A., Batista, N. A., & Ruiz-Moreno, L. (2015). Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sciences*, 40(3), 229-233. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/111-771401>

- Ceccim, R. B. (2010). Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In A. P. Fajardo, C. M. F. Rocha, & V. L. Pasini (Orgs.), *Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde* (pp. 18-23). Hospital Nossa Senhora da Conceição.
- Dallegrave, D., & Kruse, M. H. L. (2009). No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde. *Interface*, 13(28), 213-237.
<https://www.scielo.br/j/icse/a/xpQYKhpmL5CbnY4CLVrBjhs/abstract/?lang=pt>
- Fernandes, M. N. S., Beck, C. L. C., Weiller, T. H., Coelho, A. P. F., Prestes, F. C., & Donaduzzi, D. S. (2017). Satisfação e insatisfação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva da formação. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(3), e18344.
<https://periodicos.utba.br/index.php/enfermagem/article/view/18344>
- Frigotto, G. (2008). Trabalho. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Eds.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (2nd ed., pp. 399-404). EPSJV.
<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>
- Gonçalves, R. B. M. (1979). *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico* [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo].
- Gonçalves, R. B. M. (1992). *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde.
- Goulart, C. T., Silva, R. M., Bolzan, M. E. O., & Guido, L. A. (2012). Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(1), 178-186.
https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12870/1/2012_art_ctgoulart.pdf
- Kissler, S. M., Tedijanto, C., Goldstein, E., Grad, Y. H., & Lipsitch, M. (2020). Projecting the transmission dynamics of Sars-CoV-2 through the postpandemic period. *Science*, 368(6493), 860-868.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7164482/>
- Marx, K. (1983). *O Capital - v. I*. Abril Cultural.
- Mello, A. L., Terra, M. G., Nietzsche, E. A., Siqueira, D. F., Canabarro, J. L., & Arnemann, C. T. (2018). Formação de residentes multiprofissionais em saúde: limites e contribuições para a integração ensino-serviço. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 8, 2567.
<http://seer.ufsj.edu.br/recorn/article/view/2567/1950>
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2008). Trabalho em saúde. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Eds.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (2nd ed., pp. 427-432). EPSJV.
- Moreira, A. C. M. L., Mendonça, C. R., Moreira, S. O. L., Santana, V. A., Moraes, J. M. A., Silva, J. C., Guimarães, N. N., Figueiredo, A. C. R., Pardi, P. C., Cardoso, J. R., & Moreira, P. C. (2021). Repercussões da aprendizagem por meio de aulas remotas para o curso de medicina durante a pandemia de covid-19. *Brazilian Journal of Development*, 7(7), 66716-66724.
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/32468/pdf>
- Neves, T. M., & Oliveira, A. S. (2015). Diagnóstico das ações de saúde de residentes multiprofissionais na Atenção Básica. *Revista de APS*, 18(3), 309-315.
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15534/8152>
- Peduzzi, M., & Schraiber, L. (2008). Processo de trabalho em saúde. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Eds.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (2nd ed., pp. 320-328). EPSJV.

- Rodrigues, T. F. (2016). Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho. *Serviço Social & Saúde*, 15(1), 71-82.
<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8647309/14261>
- Rosa, S. D., & Lopes, R. E. (2009-2010). Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trabalho, Educação e Saúde*, 7(3), 479-498.
<https://www.scielo.br/j/tes/a/3NPzjZyJXbWcFmn564kjjkR/?format=pdf&lang=pt>
- Schmaller, V. P. V., Lemos, J., Silva, M. G., & Lima, M. L. L. T. (2012). Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do serviço social na residência multiprofissional em saúde da família. *Textos & Contextos*, 11(2), 346-361.
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12362/8651>
- Shikasho, L. (2013). *Os programas de residência e a integralidade da atenção: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora].
- Silva, C. A., & Dalbello-Araujo, M. (2019). Programa de residência multiprofissional em saúde: o que mostram as publicações. *Saúde em Debate*, 43(123), 1240-1258.
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9MkjpJphRF3RqWmb9bwrQxS/?format=pdf&lang=pt>
- Silva, C. T., Terra, M. G., Kruse, M. H. L., Camonogara, S., & Xavier, M. S. (2016). Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(1), e2760014.
<https://www.scielo.br/j/tce/a/SR4N3H7CqdTmtk9tRcshdxh/?format=pdf&lang=pt>
- Silva, J. C., Contim, D., Ohl, R. I. B., Chavaglia, S. R. R., & Amaral, E. M. (2015). Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(2), 132-138.
<https://www.scielo.br/j/ape/a/kQcqR5H7nD5sk48FBSbD93F/?format=pdf&lang=pt>
- Silva, L. M. V. (2005). Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In Z. M. A. Hartz & L. M. Vieira da Silva (Eds.), *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde* (pp. 15-39). EDUFBNFiocruz. (pp. 15-39). EDUFBNFiocruz.
- Teixeira, C. F., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. M., Andrade, L., Esperidião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465-3474.
<https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/?format=pdf&lang=pt>
- Teixeira, C. F. (2010). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. EDUFBA.
- Torres, R. B. S., Barreto, L. C. H. C., Freitas, R. W. J. F., & Evangelista, A. L. P. (2019). Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da saúde. *interface*, 23, e170691. <https://www.scielo.br/j/icse/a/jF6rRNzt57ZtmNy5G3TtdNg/?format=pdf&lang=pt>

CAPÍTULO 6

CONTRIBUIÇÕES DE RESIDENTES PARA O AVANÇO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 NO SERTÃO DE PERNAMBUCO

Iara dos Santos Leal
Emanoela Antunes da Silva
Maiara Kely da Silva
Cindy Avani Silva Ceissler

Introdução

A pandemia de covid-19, decretada em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), provocou uma crise do ponto de vista epidemiológico (Magalhães *et al.*, 2020; Armstrong *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021). Denominada doença de coronavírus 2019 (covid-19), causada pelo coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (Sars-CoV-2), foi identificada pela primeira vez em 31 de dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China, e espalhou-se rapidamente para o mundo (Atehortua & Patino, 2021; Armstrong *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021; Daniel *et al.*, 2022). Desde então, tem causado impactos inestimáveis na vida cotidiana, nos sistemas de saúde, educação e economia da população mundial (Brito *et al.*, 2020).

A covid-19 é uma doença infecciosa e altamente contagiosa, transmitida por meio de gotículas respiratórias e contato, com forma sintomática ou assintomática, desde um quadro gripal, até uma insuficiência respiratória grave (SRAG) (Paiva *et al.*, 2020; Umakanthan *et al.*, 2020; Santos *et al.* 2021; Daniel *et al.*, 2022). Propagou-se para os demais países rapidamente devido a sua alta capacidade de transmissão e pela mobilidade humana (Aquino *et al.* 2020). No fim do período de emergência global, em maio de 2023, já eram mais de 760 milhões de pessoas infectadas pelo vírus e quase sete milhões mortas por causa da doença em âmbito mundial (OMS, 2024).

O Brasil é o terceiro país mais afetado do mundo, com mais de 39 milhões de casos, e o segundo mais afetado em mortes, com mais de 715 mil óbitos (Brasil, 2024). Em Pernambuco, foi relatada transmissão local pela primeira vez em 17 de março na região metropolitana, com posterior interiorização. Em fevereiro de 2022, o estado atingiu mais de 600 mil infectados e 20 mil óbitos (Pernambuco, 2022a). O estado de Pernambuco está localizado na região Nordeste do Brasil, é subdividido em 12 regiões de saúde. A VI Região de Saúde, também conhecida como a região do Moxotó, possui uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 432.229 habitantes. Dos seus 13 municípios, 11 (84,6%) são de pequeno porte (até 50.000 habitantes), concentrando-se no município de Arcoverde a maior população, 75.296 habitantes, seguido do município de Buíque, com 59.449 habitantes (Pernambuco, 2022b).

A região registrou, até janeiro de 2022, período de desenvolvimento deste estudo, 23.777 mil casos confirmados, sendo 22.508 mil casos leves e 1.269 mil casos graves, e um quantitativo de 522 óbitos por covid-19, atingindo a 7ª posição como a mais afetada do estado (Pernambuco, 2022b). De acordo com Quinino *et al.* (2021), um potencial para a interiorização da covid-19 foi por essas áreas do interior, rurais e/ou remotas, que abrigam populações em situações de vulnerabilidade e extrema pobreza, não serem alcançadas por políticas públicas. Por outro lado, estratégias como o uso de máscara, distanciamento social e medidas mais severas, como o *lockdown*, proporcionaram retardamento, mas não foram suficientes para conter a doença.

O desenvolvimento da vacina da covid-19 apresentou potencial animador para o arrefecimento da pandemia e pressão sobre os sistemas de saúde, sobretudo na prevenção de quadros clínicos graves (Castro, 2021). Assim, tornou-se importante a ampliação da cobertura vacinal contra a covid-19. A cobertura vacinal representa o "percentual de uma população alvo com esquema vacinal completo, sendo obtida pela proporção entre o número de doses aplicadas de determinada vacina pela população alvo" (Teixeira & Mota, 2010). Assim, o percentual de cobertura vacinal completa (indivíduos com 1ª e 2ª dose e/ou dose única) na região apresentava-se em 53,8% até

o início de outubro do ano de 2021. Os municípios Tupanatinga e Manari apresentavam os percentuais mais baixos com 41,3% e 38,3%, respectivamente (Pernambuco, 2021).

Nesse sentido, diante do cenário sanitário de pandemia causado pela covid-19 e a urgência em intensificar o processo de vacinação em Pernambuco para a redução do número de casos graves e óbitos pela doença, o objetivo deste relato é descrever o processo de construção coletiva e integrada de planos de ação para fortalecimento da vacinação contra a covid-19 nos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco, por residentes do Programa Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Saúde (PRMSC-Redes), da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE).

Relato de experiência a partir da vivência de residentes

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, foi produzido a partir da vivência de residentes do PRMSC-Redes, da ESPPE, com formação em enfermagem e fisioterapia; na realização de reuniões com os municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco, acerca da construção de planos de ação a fim de ampliar a cobertura vacinal contra a covid-19. As visitas instrutivas foram realizadas nos municípios que compõem a região: Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa.

Diante do baixo percentual de cobertura vacinal apresentado por alguns municípios da região, foi desenvolvido um projeto de intervenção visando o desenvolvimento de ações para o aumento destes percentuais. Essas ações deveriam ser pensadas e pactuadas de maneira intersetorial. Assim, para fins de monitoramento, foi construído um instrumento norteador em formato de planilha designando ações possíveis e específicas, incluindo também os responsáveis, prazos e situação da ação. Também foi incluído um campo para observações em caso do não cumprimento do

prazo, a fim de que as dificuldades encontradas fossem posteriormente analisadas, e a ação reformulada e posta em prática.

Foram realizadas 13 reuniões, uma reunião em cada município da VI Região de Saúde, nos dias 27 a 29 de outubro e 8 a 11 de novembro de 2021. Previamente à ida aos municípios, a coordenação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) regional, informou às coordenações dos PNI municipais, responsáveis pelos convites em âmbito municipal, os setores que deveriam fazer parte da elaboração do plano de ação, tais como, profissionais da gestão em saúde, assistência em saúde, assistência social e educação, na intencionalidade de desenvolvimento de ações para além do setor saúde.

As reuniões foram mediadas pela coordenadora do PNI regional, técnicos da VI Gerência Regional de Saúde (Geres) e residentes do PRMSC-Redes. Reforçou-se inicialmente a importância de cada um dos participantes como peça-chave para a melhoria da cobertura vacinal, seguida de diálogo com os profissionais presentes. Por fim, foi apresentada a planilha de ações (Figura 1) que deveria ser construída com base nas dificuldades e potencialidades de cada município. A construção foi conduzida e facilitada pelas residentes.

Figura 1 - Instrumento norteador para elaboração de planos de ação municipais para ampliação da cobertura vacinal contra a covid-19, Arcoverde, 2022.

PROJETO TERAPÊUTICO INSTITUCIONAL			
Município: _____			
Data: _____			
AÇÕES	RESPONSÁVEIS	PRAZO	STATUS

Fonte: Elaboração própria.

Além disso, durante as reuniões, foram documentadas observações e reflexões em um diário de campo. O diário de campo é definido como uma importante ferramenta de autoanálise do pesquisador que possibilita visibilizar aspectos da sua implicação com o campo estudado (Kroef *et al.*, 2020). A critério de formalidade foram elaborados relatórios das visitas a cada município contendo os participantes, as principais discussões, as ações propostas, bem como um comparativo da cobertura vacinal antes e após a visita. Para análise dos relatórios e registros em diário de campo, utilizou-se a análise de conteúdo temática (Bardin, 2011).

Por tratar-se de relato de experiência, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, mas ressalta-se que princípios éticos de recomendações nacionais e internacionais de pesquisa foram considerados. Também foi obtida anuência pela gerência da VI Geres para uso dos relatórios desenvolvidos, relato das observações realizadas e planos de ação construídos pelos municípios.

Diários de campo e relatórios das visitas

A partir das informações constantes nos diários de campo e relatórios das visitas, observou-se que, em relação aos participantes das reuniões, apenas os municípios de Buíque e Inajá não apresentaram representantes de fora do setor da saúde, enquanto os demais fortaleceram a discussão intersetorial com a inclusão de representações dos setores da educação e da assistência social. Dentro do campo da gestão em saúde, fizeram-se presentes profissionais atuantes nas secretarias municipais de saúde, direção da unidade mista¹ e coordenação de serviço hospitalar, este último apenas no município de Tacaratu. Quanto aos trabalhadores, participaram profissionais da assistência à saúde, destacando-se a presença apenas da Atenção Primária em Saúde (APS) representada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

¹ Unidade mista - unidade sanitária composta por um centro de saúde e uma unidade de internação com características de hospital local de pequeno porte, sob administração única (Brasil, 1987).

Dentre os participantes, pontua-se a ausência do controle social nas reuniões. Sabe-se que a participação social no SUS foi institucionalizada desde 1990, com objetivo do melhor desenvolvimento da gestão pública por intermédio de conferências e conselhos de saúde (Pereira *et al.*, 2019; Silva *et al.* 2021). Assim, na perspectiva de democratizar a gestão da saúde, o exercício participativo entre sociedade civil e representantes do poder público possibilita à gestão pública a percepção das necessidades e demandas da população, contribuindo para a formulação, acompanhamento e verificação das políticas públicas (Oliveira *et al.* 2013). Fato corroborado por Araújo Júnior *et al.* (2021) ao relatar a potencialidade do controle social de políticas públicas, por meio do Conselho Municipal de Saúde, para efetivação do direito fundamental à boa administração pública no cenário da pandemia de covid-19.

Em discussão sobre a operacionalização da vacinação contra a covid-19, os atores presentes nas reuniões citaram uma série de dificuldades, sendo a hesitação vacinal pela população e a ausência de uma normativa de âmbito estadual para obrigatoriedade da vacinação as mais citadas. Em 2012 a OMS formou um grupo de especialistas, o *Strategic Advisory Group of Experts Working Group on Vaccine Hesitancy* (SAGE-WG), responsável por propor a definição da hesitação vacinal, entender sua magnitude e desenvolver um modelo para categorizar os fatores que influenciam a decisão comportamental de aceitar uma vacina (Sato, 2018). Conforme o Grupo,

A hesitação da vacina refere-se ao atraso na aceitação ou recusa da vacinação, apesar da disponibilidade dos serviços de vacinação. A hesitação vacinal é complexa e específica do contexto, variando ao longo do tempo, lugar e vacinas. É influenciado por fatores como complacência, conveniência e confiança (Macdonald & Sage Working Group on Vaccine Hesitancy, 2015).

Em consonância, um estudo realizado no estado do Maranhão, nordeste do Brasil (Oliveira *et al.*, 2021), tal como o apresentado por Larson *et al.* (2014), apresentou as razões para esta hesitação, incluindo preocupações com a segurança da vacina e ingredientes potencialmente nocivos, crença de que estilo de vida e dieta

saudáveis são suficientes para prevenir doenças, baixo risco percebido de doença, preferência por imunidade natural, desconfiança das empresas farmacêuticas e imunobiológicos, do governo e da grande mídia, preocupações de "sobrecarregar" o sistema imunológico, crenças religiosas e limitadas na eficácia da vacina e medo de injeções. Em acréscimo, achados recentes da literatura indicam que baixos níveis de conhecimento e crenças da população sobre a gravidade da covid-19 (Daniel *et al.*, 2022) têm criado situações em que famílias e até mesmo profissionais da saúde apresentam dúvidas sobre a necessidade da aplicação de vacinas (Succi, 2018).

De acordo com Couto, Barbieri e Matos (2021), outro importante fator para a hesitação é que "estratégias de prevenção trazem em si o conflito entre o individual e o coletivo". Acontece, segundo os autores, que "as normatizações, regulamentações e recomendações são oriundas de órgãos ou instituições de saúde (OMS, Ministério da Saúde, sociedades médicas etc.)", mas, uma vez direcionadas às coletividades, envolvem a tomada de decisões indivíduo-centradas". Nesse caso, "ocorrem predominantemente a partir de referências próprias ao sujeito, conformadas e compartilhadas em seu entorno". Para os atores sociais presentes nas reuniões, a ausência de uma normativa de âmbito estadual para obrigatoriedade da vacinação é apontada como uma dificuldade entre os municípios para o seu avanço. O governo do estado de Pernambuco estabeleceu o Decreto n.º 51.749, de 29 de outubro de 2021, autorizando em todos os municípios a exigência de controle vacinal e/ou dos resultados negativos dos testes para a covid-19 para a realização de eventos culturais, shows e bailes.

Entretanto, os profissionais exigiam decretos mais específicos com exigência para o desenvolvimento das atividades, como a prestação de serviço em todos os setores públicos (Bolsa Família, Centro de Referência da Assistência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Regulação de exames e consultas, atendimento em Unidades Básicas de Saúde), alegando que não poderiam deixar de prestar o serviço, caso o usuário não tivesse a apresentação do comprovante, por receio de represália e/ou descumprimento dos direitos do usuário.

Outros obstáculos citados foram: permissão de eventos coletivos com aglomeração; ações públicas insuficientes para o alcance da população; ausência de alguns setores estratégicos na reunião; falta de comunicação e articulação entre os setores da gestão e assistência em saúde e educação; dificuldade econômica da população rural impossibilitando seu deslocamento à zona urbana para o acesso à vacinação e não reconhecimento da potencialidade do trabalho do ACS.

Diante das dificuldades relatadas pelos profissionais, diversas ações foram propostas para contorná-las. Após a leitura de todas as ações propostas, estas foram categorizadas segundo o núcleo de sentido em três temas: "mudanças no processo de trabalho das equipes de vacinação"; "obrigatoriedade do certificado ou passaporte vacinal" e "ações de educação em saúde". Nas estratégias apontadas, as mudanças no processo de trabalho das equipes de vacinação foram as mais frequentes, sendo incluídas nos planos de ação de todos os municípios. Dentre as ações, foram citadas: busca ativa das pessoas com doses em atraso, busca ativa de grupos prioritários (idosos, acamados, domiciliados, gestantes e população quilombola), vacinação em escolas públicas e particulares para garantia da imunização de adolescentes, ampliação dos pontos de vacinação, incluindo as UBS e localidades da zona rural, ampliação dos horários de funcionamento dos pontos de vacinação, pactuação de apoio de áreas para além do setor saúde, tais como indústria e comércio, inclusão de pontos volantes de vacinação em locais de grande circulação e durante eventos realizados pelo setor público e a realização de uma "Dia D" de vacinação.

Para as estratégias que correspondem à obrigatoriedade do certificado ou passaporte vacinal, os profissionais de saúde incluíram a apresentação do cartão de vacina para acesso aos serviços públicos, o que, de acordo com Khan Sharun *et al.* (2021), objetiva estimular a população a obter a imunização contra a covid-19 para não haver limitação ao seu acesso a locais públicos e privados. Foi incluída a necessidade de comprovação de profissionais da educação e profissionais da saúde dos municípios, além da comprovação para atendimento em dispositivos da saúde (UBS, policlínicas, clínicas de reabilitação, consultas odontológicas) e da Secretaria

de Assistência Social (CRAS, CREAS, Criança Feliz), atualização de dados cadastros do Bolsa Família e outros programas sociais, cadastro de novos usuários do CadÚnico, uso de transportes coletivos públicos e privados e do transporte do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), liberação de medicamentos na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAP), marcação de consultas e exames via regulação, matrícula escolar da Educação Básica, participação em grupos de convivência da Ação Social, realização de exames laboratoriais, recebimento do programa Leite para Todos e renovação de contratos.

Apesar de queixas acerca dessas medidas interferirem na liberdade e autonomia individual, é importante considerar o bem-estar coletivo, principalmente em questões relacionadas com matérias de saúde coletiva, devido ao Sars-CoV-2 apresentar-se como ameaça para a comunidade consequente ao alto poder de contágio, facilidade de transmissão e risco de óbito (Raposo, 2021). A Organização Pan-Americana da Saúde (2021) corrobora com esse posicionamento e acrescenta que as normas devem buscar um equilíbrio entre o bem-estar da comunidade e as liberdades individuais.

O grupo de atividades com menos estratégias propostas foi o de Ações de Educação em Saúde em que foi citada a necessidade de solicitar o apoio dos ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE) para sensibilização da população quanto à importância da vacinação contra a covid-19, bem como o desenvolvimento de rodas de conversa e atividades coletivas nas escolas, orientações durante os atendimentos em dispositivos da saúde e da Secretaria de Assistência Social, divulgação de informações em redes sociais, rádios comunitárias e carros de som, confecção e distribuição de materiais educativos, orientações para uso do aplicativo para celular ConectSUS, além de parceria com o Programa Mãe Coruja para orientações às gestantes e com comerciantes.

Nesse sentido, destacamos que as ações educativas em saúde buscam a prevenção em saúde e tal trabalho, educativo e de mobilização, conta sobretudo com o apoio dos ACS, além de importantes setores da sociedade, como lideranças

comunitárias, movimentos sociais, comunidades escolares e universidades públicas, para disseminar e transformar os conhecimentos científicos em cultura, prática e realidade das pessoas. A educação apresenta-se como uma forma de controle e ordenamento social (Morei, 2021). Após cada município construir seu plano, enviaram-nos à coordenação do PNI regional. Os planos foram monitorados pelas residentes para verificar se os prazos determinados para as ações estavam sendo cumpridos e se apresentavam alguma dificuldade para a sua realização. Diariamente, os coordenadores do PNI de cada município informavam e divulgavam fotos das ações realizadas à coordenação do PNI regional. Após dois meses, foi solicitado o reenvio dos planos de ações com seus *status* de atividade (realizado, em andamento, não realizado). O quantitativo de ações contabilizadas e monitoradas até o dia 17 de dezembro de 2021 está na Tabela 1.

Tabela 1 - Situação das estratégias propostas nos planos de ação para aumento da cobertura vacinal contra a covid-19 dos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Município	Ações						
	Propostas	Realizadas		Em andamento		Não realizadas	
	n	n	%	n	%	n	%
Arcoverde	12	5	41,7	7	58,3	0	0,0
Buíque	10	1	10,0	8	80,0	1	10,0
Custódia	23	11	47,8	12	52,2	0	0,0
Ibimirim	9	0	0,0	9	100,0	0	0,0
Jatobá	10	9	90,0	1	10,0	0	0,0
Manari	7	2	28,6	4	57,1	1	14,3
Pedra	16	8	50,0	8	50,0	0	0,0
Petrolândia	11	11	100,0	0	0,0	0	0,0
Sertânia	7	2	28,6	5	71,4	0	0,0
Tacaratu	21	0	0,0	20	95,2	1	4,8
Tupanatinga	13	7	53,8	5	38,5	1	7,7
Venturosa	7	2	28,6	5	71,4	0	0,0

Fonte: Elaboração própria.

Conforme observado na Tabela 1, a maioria dos municípios ainda estava realizando as ações propostas e o município de Petrolândia se destacou com o cumprimento de todas as ações, enquanto Jatobá garantiu a realização de 90% destas. Nesse sentido, considera-se que as reuniões para construção dos planos de ação foram fundamentais para a implementação de estratégias visando o aumento da cobertura vacinal contra a covid-19. Vale ressaltar que em sua grande maioria, as ações em andamento foram caracterizadas pelos municípios como medida contínua. Assim, na intenção de acompanhar a cobertura vacinal, também foi realizado o monitoramento antes das reuniões, no dia 19 de outubro de 2021, e após, no dia 17 de dezembro do mesmo ano por meio do Painel de Acompanhamento Vacinal da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE)², conforme descrito na Tabela 2. Assim, observa-se que todos os municípios ampliaram a cobertura vacinal no período da intervenção, principalmente para a segunda dose. A maior variação percentual para a primeira dose foi em Ibimirim (11,3%) e para a segunda dose em Manari (42,8%).

Tabela 2 - Percentual de cobertura vacinal antes e após o desenvolvimento das estratégias do Plano de ação para ampliação da cobertura vacinal contra a covid-19 dos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Município	Percentual de cobertura vacinal				Variação percentual	
	Antes da visita (19/10/2021)		Após a visita (17/12/2022)			
	1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose
Arcoverde	91,20	54,00	93,49	75,00	02,40	28,00
Buíque	86,50	52,05	89,66	75,46	03,50	31,00
Custódia	86,40	56,80	90,73	82,21	04,80	30,90
Ibimirim	79,00	52,50	89,08	71,52	11,30	26,60
Inajá	69,80	44,10	73,11	61,27	04,50	28,00
Jatobá	82,80	63,60	-	-	-	-
Manari	86,00	37,03	88,50	65,19	02,80	42,80

² O Paine de Acompanhamento Vacinal (SES/PE) pode ser encontrado em: <https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br>.

Pedra	78,40	46,10	81,17	69,17	03,40	33,40
Petrolândia	85,00	44,80	93,41	74,20	09,00	39,60
Sertânia	78,00	49,90	80,42	68,03	03,00	26,70
Tacaratu	77,30	64,40	79,93	70,89	03,30	09,20
Tupanatinga	71,50	40,30	73,44	61,24	02,60	34,20
Venturosa	84,30	54,40	87,71	75,27	3,900	27,70

Fonte: Painel de Acompanhamento Vacinal SES-PE (2022).

Dentre as limitações do relato de experiência, cita-se o uso de dados secundários de sistemas de informação no monitoramento das coberturas vacinais, visto que estes estão vulneráveis a vieses no registro das informações. Ressalta-se, também, que não há a intenção de inferir estatisticamente a relação da elaboração dos planos de ação com o aumento da cobertura vacinal nos diversos municípios, mas relatar as potencialidades da atuação conjunta e articulada em nível local do enfrentamento à pandemia de covid-19. Ainda, não foi possível comparar a cobertura vacinal do município de Jatobá devido ao não monitoramento de seus dados na data determinada, uma vez que o sistema apresenta mudança diária de informação, não sendo possível estratificá-lo pela data, e, embora não tenha sido encontrado diferença para as variações de cobertura vacinal entre os municípios que receberam a visita no mês de outubro e aqueles que receberam no mês de novembro, vale salientar que para os municípios do último mês, o tempo para a elaboração de seus mapas foi reduzido.

Quanto às dificuldades para o desenvolvimento da atividade nos municípios, a falta de manutenção das rodovias pode ser mencionada, uma vez que essa problemática causou atraso para chegada aos municípios mais distantes, como Petrolândia, Tacaratu e Jatobá, e não possibilitou reuniões mais prolongadas com a representação regional para as discussões. Outro fator relevante observado na maioria dos municípios, foi a ausência de atores sociais considerados estratégicos devido à indisponibilidade de agenda.

Assim, o presente relato destaca que, mesmo diante de diversas dificuldades ainda vivenciadas no segundo ano de pandemia de covid-19, a construção a partir dos diversos olhares dos atores sociais envolvidos potencializou esse enfrentamento. Apesar da obrigatoriedade da comprovação vacinal ainda se destacar como uma das principais estratégias, a educação em saúde mostra-se como elemento importante para reconstrução do pacto coletivo necessário para o combate e mitigação da pandemia e seus efeitos. Para tanto, destaca-se também a necessidade de superar o desafio de fortalecimento da participação da população e suas representações na definição das ações públicas.

A adesão dos municípios às ações pactuadas foi fundamental para os resultados positivos alcançados, o que também se atribui à inclusão de atores estratégicos no processo de planejamento das ações, a criação de espaços intersetoriais de discussões no formato presencial e a abertura de possibilidade de ajustes de ações/estratégias ao longo da execução do plano. Entretanto, os planos poderiam ter atividades previstas para além do curto prazo, com ações pensadas em médio e longo prazo, o que poderia ampliar o escopo de ações e possibilitar a incorporação no cotidiano dos municípios.

Nesse cenário, também se destaca a contribuição profissional das residentes em saúde como estratégia de força de trabalho diante da necessidade de renovação dos serviços de saúde para garantia do cuidado à população. A atuação profissional durante a pandemia possibilitou o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos em cenários de prática diversos, bem como uma experiência atípica, intensa e desafiadora. Estes desafios foram multifacetados, indo além da mera ameaça virar e abrangendo a escassez de recursos materiais e humanos nos municípios, bem como a falta de apoio por parte do Governo Federal, que questionou as diretrizes científicas estabelecidas.

A contribuição ativa em atividades como vigilância epidemiológica e no Programa Nacional de Imunização, assim como a colaboração em equipe, são exemplos notáveis das contribuições das residentes para o enfrentamento da doença,

mesmo diante das adversidades, proporcionando uma aprendizagem valiosa sobre a distribuição e administração das vacinas. Além disso, esse período enfatizou a importância da abordagem interdisciplinar, envolvendo não apenas profissionais de saúde, mas também diversos setores, o que resultou em contribuições significativas para superar os desafios enfrentados durante a pandemia.

Considerações finais

A construção coletiva e integrada de planos de ação para fortalecimento do processo de vacinação contra a covid-19 junto aos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco foi fundamental para a melhora das coberturas vacinais, principalmente da segunda dose. Foram relatadas estratégias, como a obrigatoriedade de certificado ou passaporte vacinal, mudanças no processo de trabalho e a educação em saúde como indispensáveis para o alcance de melhores coberturas vacinais.

Além disso, a experiência contribuiu para consolidação da formação na modalidade residência ao colocar a equipe de residentes diante de desafios que reforçam o diálogo da teoria com a prática, sendo enfatizados aspectos como atuação em períodos de emergências em saúde pública de interesse nacional, bases do planejamento estratégico, mobilização social, monitoramento epidemiológico e desenvolvimento estratégico de medidas sanitárias.

Referências

- Aquino, E. M. L., Silveira, I. H., Pescarini, J. M., Aquino, R., Souza-Filho, J. A., Rocha, A. S., Ferreira, A., Victor, A., Teixeira, C., Machado, D. B., Paixão, E., Alves, F. J. O., Pileco, F., Menezes, G., Gabrielli, L., Leite, L., Almeida, M. C. C., Ortelan, N., Fernandes, Q. H. R. F., ... Lima, R. T. R. S. (2020). Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(Supl. 1), 2423-2446. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
- Araújo Júnior, D. G., Severino Ágape, L. C., Machado, E. S., & Silva, D. N. (2021). Controle Social como estratégia de efetivação da boa Administração Pública frente à covid-19. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, 20(Supl. 1). <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1506>

- Armstrong, A. C., Souza, C. D. F., Santos, M. 8., Santos, L. G., & Canno, R. F. (2021). Urban mobility and covid-19 in Brazil: comparison between 2020 and 2021. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 67(9), 1221-1225. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO104-42302021001001221&tlng=en
- Atehortua, N. A., & Patino, S. (2021). Covid-19, a tale of two pandemics: novel coronavirus and fake news messaging. *Health Promotion International*, 36(2), 524-534. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33450022/>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Almedina.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2024). *Covid-19 no Brasil*. Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES-PE). https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. (1987). *Terminologia básica em saúde* (n. 4). Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Brito, S. 8. P., Braga, L. O., Cunha, C. C., Palácio, M. A. V., & Takenami, I. (2020). Pandemia da covid-19: o maior desafio do século XXI. *Visa em Debate*, 8(2), 54-63. <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1531>
- Castro, R. (2021). Vacinas contra a covid-19: o fim da pandemia? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(1), e310100. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312021000100100&tlng=pt
- Couto, M. T., Barbieri, C. L. A., & Matos, C. C. S. A. (2021). Considerações sobre o impacto da covid-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. *Saúde e Sociedade*, 30(1). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200450>
- Daniel, C. L., Williams, J., Legg, R., McGownen, C., & Stutzman, J. (2022). Factors associated with covid-19 vaccination intentions among adults in the deep South. *Vaccine*, 40(6), 841-853. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0264410X21016674>
- Kroef, R. F. S., Gavillon, P. Q., & Ramm, L. V. (2020). Diário de campo e a relação do(a) pesquisador(a) com o campo-tema na pesquisa-intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(2), 464-480. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812020000200005&lng=pt&nrm=iso
- Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D. M. D., & Paterson, P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*, 32(19), 2150-2159. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0264410X14001443>
- MacDonald, N. E., & Grupo de Trabalho SAGE sobre Hesitação Vacinal. (2015). Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161-4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
- Magalhães, J. J. F., Mendes, R. P. G., Silva, C. T. A., Silva, S. J. R., Guarines, K. M., Pena, L., & Grupo Pernambucano de Pesquisa Covid-19. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of the first 557 successive patients with covid-19 in Pernambuco state, Northeast Brazil. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 38, 101884. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S147789392030380X>
- Merhy, E. E. (2007). Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de fabricar os modelos de atenção. In E. E. Merhy, H. M. Magalhães Júnior, J. Rimoli, T. B. Franco,

Morei, A. P. M. (2021). Negacionismo da covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19, e00315147. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00315>

Oliveira, A. M. C., Ianni, A. M. Z., & Dallari, S. G. (2013). Controle social no SUS: discurso, ação e reação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8), 2329-2338. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800017>

Oliveira, B. L. C. A., Campos, M. A. G., Queiroz, R. C. S., Alvez, M. T. S. B., Souza, B. F., Santos, A. M. & Silva, A. A. M. (2021). Prevalência e fatores associados à hesitação vacinal contra a covid-19 no Maranhão, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 55, 12. <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/184862>

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2022). *Covid-19 and mandatory vaccination: ethical considerations and caveats: policy brief*, 13 April 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/J0665/34084J>

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2024). *WHO Coronavirus (Covid-19) dashboard*. <https://covid19.who.int/>

Paiva, M. H. S., Guedes, D. R. D., Docena, C., Bezerra, M. F., Dezordi, F. Z., Machado, L. C., Krokowsky, L., Helvecio, E., Silva, A. F., Vasconcelos, L. R. S., Rezende, A. M., Silva, S. J. R., Sales, K. G. S., Sá, B. S. L. F., Cruz, D. L., Cavalcanti, C. E., Menezes Neto, A., Silva, C. T. A., Wallau, G. L. (2020). Multiple introductions followed by ongoing community spread of Sars-CoV-2 at one of the largest metropolitan areas of Northeast Brazil. *Viruses*, 12(12), 1414. <https://www.mdpi.com/1999-4915/12/12/1414>

Pereira, I. P., Chai, C. G., Loyola, C. M. D., Felipe, I. M. A., Pacheco, M. A. B., & Dias, R. S. (2019). O Ministério Público e o controle social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5), 1767-1776. <https://www.scielo.br/j/csc/a/rkMJkw7FqKzKD6bzsqNqpvg/>

Pernambuco. (2021). *Painel de Acompanhamento Vacinal contra a Covid-19*. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiNmllNDcyYTUyTlhmS00ZWFlLWE4MTYtOGQzM2RkMzgyOTAxliwidCI6ImQ1ZTU0MGZmLkZkZnZAtNGNhMi04YmVmLWQwMzcyMWQxM2MwNSJS9&pageName=ReportSectiondc8ac2b66d0753222000>

Pernambuco. (2022). *Sala de situação em saúde*. <http://salasituacao.saude.pe.gov.br/QvAJAXzf/salasituacao.htm>

Pernambuco. (2022). *Boletim Covid-19 - comunicação SES-PE n.º 686*. Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES-PE). <http://portal.saude.pe.gov.br/boletim-epidemiologico-covid-19>

Quinino, L. R. M., Vasconcellos, F. H. M., Diniz, I. S., Aguiar, L. R., Ramos, Y. T. M., & Bastiani, F. (2021). Aspectos espacial e temporal e fatores associados à interiorização da covid-19 em Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(6), 2171-2182. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.00642021>

Raposo, V. L. (2021). Meu corpo, minha escolha... a saúde de todos: batalhas sobre vacinação em tempo de pandemia. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 10(Supl.), 101-115. <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/843>

- Rolim, L. S., Cruz, R. S. S., & Sampaio, K. J. A. J. (2013). Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*, 37(96), 139-147. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dNgCW9WdJJx7VHV7xWkhSHq/>
- Santos, S., Santos, F. S., & Ribeiro, E. R. (2021). Clinical-epidemiological relation between Sars-CoV-2 and Kawasaki disease: an integrative literature. *Revista Paulista de Pediatria*, 39, e2020217. <https://www.scielo.br/j/rpp/a/z8H8h8Px7mWx4XktkTgpThf/#>
- Sato, A. P. S. (2018). What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? *Revista de Saúde Pública*, 52, 96. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052001199>
- Sharun, K., Tiwari, R., Dhama, K., Rabaan, A. A., & Alhumaid, S. (2021). Covid-19 vaccination passport: prospects, scientific feasibility, and ethical concerns. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(11), 4108-4111. <http://doi.org/10.1080/21645515.2021.1953350>
- Silva, R. C. C., Novais, M. A. P., & Zucchi, P. (2021). Social participation in the unified health system of Brazil: an exploratory study on the adequacy of health councils to resolution 453/2012. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1120. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-07161-1>
- Succi, R. C. M. (2018). Vaccine refusal - what we need to know. *Jornal de Pediatria*, 94(6), 574-581. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29654748/>
- Teixeira, A. M. S., & Mota, E. L. A. (2010). Denominadores para o cálculo de coberturas vacinais: um estudo das bases de dados para estimar a população menor de um ano de idade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 19(3), 187-203. http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000300002
- Umakanthan, S., Sahu, P., Ranade, A. V., Sukelo, M. M., Rao, J. S., Abrahao-Machado, L. F., Dahal, S., Kumar, H., & Kv, D. (2020). Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (Covid-19). *Postgraduate Medical Journal*, 96(1142), 753-758. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10016932/>

CAPÍTULO 7

CAMPANHA DE INCENTIVO À VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 PARA GESTANTES E PUÉRPERAS NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE EM UM HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE PORTO ALEGRE, RS

Ana Carolina Brondani
Luiz Carlos Espindola Júnior
Gabriela Brito Pires

Introdução

No final de 2019, diversos casos de pneumonia de causa desconhecida foram diagnosticados na China e em janeiro do ano seguinte foi anunciado que os sintomas eram causados pelo vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (Sars-CoV-2) (OPAS, 2023). Considerando o alto potencial de infecção do vírus, consistindo em uma ameaça internacional, foi declarado, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, que o surto do novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), caracterizando-se como uma pandemia em 11 de março do mesmo ano pelo diretor-geral da OMS (OPAS, 2023).

Até o fim da ESPII, em maio de 2023, quase sete milhões de pessoas morreram em decorrência da infecção por covid-19 (OMS, 2023). Conforme dados oficiais do Ministério da Saúde (Brasil, 2023), o Brasil foi responsável por mais 10% das mortes no mundo, enquanto a população brasileira representa cerca de 2,6% da população mundial. Em dezembro de 2020, a primeira vacina contra a covid-19 foi aplicada fora de um teste clínico. De acordo com Watson *et al.* (2022), utilizando um modelo matemático baseado em dados de transmissão da covid-19 e de vacinação para prever o impacto das vacinas nos índices de mortalidade, estimou-se que o primeiro

ano de vacinação preveniu cerca de 19,8 milhões de mortes entre dezembro de 2021 e dezembro de 2022 em 185 países e territórios.

Neste trabalho, buscamos apresentar o processo de construção e implementação da campanha de incentivo e conscientização da vacinação contra covid-19 para gestantes e puérperas (mães que tiveram bebê há até 45 dias) realizada em 2021 no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), de Porto Alegre, que oferece atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde.

A finalidade da campanha foi promover equidade em saúde ao enfrentar as *fake news* sobre as vacinas, oferecer informações baseadas em evidências científicas sobre o tema, auxiliar a tomada de decisão de gestantes e puérperas sobre a imunização e diminuir barreiras de acesso. Além da proteção da saúde das mulheres mães, aumentar a taxa vacinação deste público também promove a saúde dos fetos e recém-nascidos que poderiam estar expostos às consequências deletérias da covid-19 ou serem prejudicados nos seus cuidados, no caso de a mãe estar impossibilitada temporariamente de exercê-los ou até ir a óbito.

Em relação às taxas de mortalidade de gestantes e de puérperas por covid-19 no Brasil, segundo o Boletim Observatório de Covid-19 da Fiocruz (Castro, 2021), essa população tem mais que o dobro da letalidade da população geral do país (7,2% para 2,8% respectivamente). O Boletim ainda alerta que gestantes estão sujeitas a complicações decorrentes das formas graves da doença, que podem ter como desfecho a antecipação do parto, acarretando prematuridade para os bebês.

A sensibilização dos autores para com estes dados se deu com o acesso à divulgação científica em rede social própria feita por uma médica ginecologista, professora universitária, pesquisadora e trabalhadora do SUS - Melania Maria Ramos de Amorim. Escolhemos explicitar esse caminho, pois ele não se deu por vias institucionais de capacitação dos gestores e trabalhadores locais pelo Ministério da Saúde. Ao contrário, ocorreu pelo esforço voluntário de uma pesquisadora da área e trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS), como tantos durante a pandemia, que

disponibilizaram publicamente informações com embasamento científico para enfrentar a desinformação vigente sobre a pandemia do coronavírus e as vacinas.

A iniciativa partiu do diagnóstico de que uma quantidade considerável de gestantes e puérperas atendidas na instituição apresentava relato de recusa vacinal. As recusas eram baseadas em informações sensacionalistas divulgadas em meios de informação sem credibilidade científica e em uma superestimação de risco dos efeitos colaterais. No campo da neonatologia (onde os residentes trabalharam no primeiro semestre de 2021), as puérperas com recém-nascidos hospitalizados afirmavam não terem se vacinado por medo de terem trombose e falecerem, ou de causar algum mal ao bebê. Algumas destas citaram o caso da gestante do Rio de Janeiro que faleceu após aplicação de uma dose do imunizante contra a covid-19 em maio de 2021 (G1, 2021).

Esse caso foi amplamente midiaticizado e levou à suspensão da administração da vacina da AstraZeneca para o público de gestantes e puérperas. O efeito da ampla divulgação dessa morte, observado no contexto hospitalar, foi que mulheres grávidas e puérperas passaram a superestimar os riscos da vacinação e a subestimar os riscos associados à covid-19. Considerando: (1) as altas taxas de mortalidade de gestantes e puérperas por covid-19 no ano de 2021, especialmente entre mulheres negras (Santos *et al.* 2021); (2) a insuficiência de campanhas promovendo o estímulo à vacinação para este grupo em nível federal, estadual e municipal e (3) a percepção de que a orientação do Ministério da Saúde sobre a dependência de avaliação e prescrição médica para gestantes e puérperas sem comorbidades dificultou acesso destas à vacinação contra covid-19, identificou-se a necessidade de realizar uma ação de promoção da imunização com trabalhadores e usuárias do SUS. A campanha partiu da iniciativa de residentes do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança - violência e vulnerabilidades (PRIMSC/UFRGS) e de uma residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente (PUCRS).

Este trabalho tem como objetivo relatar o processo de construção e implementação da campanha de incentivo à vacinação contra a covid-19 para gestantes e puérperas, realizada em um hospital que oferece atendimentos exclusivamente pelo SUS na cidade de Porto Alegre/RS no ano de 2021. Além disso, intenta fomentar uma discussão pautada em documentos oficiais e na literatura científica que visa discutir as ações de gestão da saúde coletiva realizadas no período em que se dá a experiência relatada. Busca-se discutir, em específico, como a ação do Governo Federal impactou a vacinação e a tomada de decisão sobre imunização de gestantes e puérperas, bem como as estratégias adotadas pelo coletivo de residentes e trabalhadores do hospital para responder a esse cenário.

Relato de experiência como metodologia narrativa

Para alcançar o objetivo proposto, utilizamos a metodologia do relato de experiência, que consiste na apresentação por escrito de uma experiência vivida. Da perspectiva de uma análise narrativa, toma-se como dados de estudo ações e eventos que a análise permite desdobrar em uma narrativa. Cabe ressaltar que tal metodologia não consiste apenas em realizar um inventário dos acontecimentos, mas se busca imprimir a estes uma perspectiva de processo histórico, ou seja, tanto relacionados com eventos passados, quanto passíveis de serem vinculados a ações futuras (Grollmus & Tarrés, 2015). A redação deste relato foi realizada por três profissionais diretamente envolvidos na realização da campanha: dois residentes multiprofissionais e uma preceptora.

Na rotina de trabalho com gestantes e puérperas no hospital, os residentes perceberam que muitas delas estavam se recusando a realizar a vacinação contra a covid-19, as quais apontavam, como motivos para a recusa vacinal, informações sensacionalistas divulgadas em meios de informação sem credibilidade científica e uma superestimação de risco dos efeitos colaterais da imunização. Nas unidades de neonatologia do hospital, as puérperas relatavam terem optado por não se vacinarem

por medo de que a vacina poderia acarretar alguma malformação fetal (risco de teratogênese) e/ou de desenvolver trombose e falecerem, a exemplo do caso mencionado da gestante do Rio de Janeiro ocorrido em maio de 2021 (G1, 2021).

Neste mesmo período, acabava de ser publicada a Nota Técnica n.º 2 (Brasil, 2021), do gabinete da Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 do Ministério da Saúde, assinada em julho de 2021, que atualizou as indicações de vacinação para gestantes e puérperas como grupo prioritário, baseada em dados epidemiológicos para realizar uma avaliação risco-benefício da vacinação. Para a reavaliação de risco *versus* benefício foram considerados os dados referentes à incidência de formas graves de covid-19 em gestantes e puérperas, bem como os dados de notificação de eventos adversos pós-vacinação (EAPV) no país.

Conforme a referida nota técnica, com base nos dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) referentes ao ano de 2021, observou-se que até a data da publicação da nota técnica (6 de julho), no Brasil, foram observados 1066 óbitos de gestantes por Síndrome Aguda Respiratória Grave (SRAG), dentre os quais, 991 com diagnóstico confirmado de covid-19, correspondendo a uma incidência de 42,8 óbitos por SRAG e 39,7 óbitos por covid-19 confirmado a cada 100.000 gestantes, indicando gestantes e puérperas como grupo vulnerável à covid-19.

Por outro lado, o registro de eventos adversos pós-vacinação (EAPV) notificados no e-SUS (Brasil, 2021) indicava que, até 23 de maio - quando havia registro de terem sido aplicadas 87.632 doses de vacina contra covid-19 em gestantes no Brasil - a incidência de óbito com comprovada associação causal com a aplicação da vacina era de 2,26 óbitos a cada 100.000 doses aplicadas da AstraZeneca/Oxford. Frente a estes dados, a nota técnica passou a indicar a vacinação para todas as puérperas e gestantes (anteriormente, a vacinação era indicada somente para as pertencentes aos grupos de risco de comorbidades), com imunizantes de maior segurança para esta população (Pfizer e Sinovac).

No entanto, a nota técnica manteve a posição anterior, de que a vacinação deveria ocorrer mediante avaliação individual, realizada por médico e prescrição indicando sua administração. Em pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre mortes maternas na América Latina, evidenciou-se que essa população apresentou maior morbidade em comparação com a população geral, menor acesso a tratamentos de saúde intensivos e uma menor taxa de imunização contra a covid-19, fatores que indicam iniquidades no cuidado de saúde desse grupo (Maza-Arnedo *et al.*, 2022). Estes dados reforçam a importância de incentivar a vacinação de gestantes e puérperas como resposta às iniquidades de saúde desta população.

No Brasil, perceberam-se problemas e lacunas nas campanhas promovendo o estímulo à vacinação para este grupo em nível federal, estadual e municipal (Maciel *et al.*, 2022). Acrescenta-se que tal percepção se dá em um cenário onde, segundo os dados oriundos do 10º Boletim de Direitos na Pandemia (Ventura & Reis, 2021), o Governo Federal teve um papel ativo na obstrução das respostas dos governos estaduais à pandemia por meio de atos normativos deliberados, indicando a existência de uma estratégia para a propagação do vírus.

Tais análises permitem afirmar que o Governo Federal não apenas agiu de forma omissa em relação ao combate à pandemia, mas também que atuou para sabotar a imunização da população. Uma pesquisa que analisou o impacto da disseminação de desinformação sobre a pandemia de covid-19 por líderes estatais ao redor do mundo encontrou um aumento expressivo na procura pelos termos "cloroquina" e "hidroxicloroquina" no site de busca Google após manifestações públicas do então presidente do Brasil, Jair Bolsonaro, em favor do uso dessas medicações para o tratamento da covid-19 (Lisboa *et al.* 2020).

Frente ao contexto pandêmico e de hesitação vacinal causada por desinformação sobre os reais riscos da covid-19 e desconfiança sobre a segurança das vacinas, os residentes multiprofissionais tomaram a iniciativa de elaborar uma estratégia local para combater a recusa vacinal e possibilitar aumentar a imunização

do público de gestantes e puérperas que acessaram as unidades do hospital. A problemática foi apresentada para o coletivo de residentes e preceptoras atuantes no campo da neonatologia e passou-se a utilizar os espaços de atividades práticas e teórico-práticas da residência para a construção e implementação da campanha de vacinação.

A primeira ação foi criar um material informativo sobre os locais de vacinação para grupos de gestantes e puérperas no município de Porto Alegre. Esse material incluía orientações sobre como seria a vacinação para gestantes e puérperas com e sem comorbidades naquele período, especificando quais vacinas eram indicadas e quais documentos seriam necessários para a vacinação. Esse material foi utilizado durante os atendimentos dos residentes multiprofissionais ao abordar a temática da vacinação contra a covid-19 e foi disponibilizado na recepção das unidades do hospital que atendiam esse público.

A partir do conteúdo das conversas durante os atendimentos realizados pelos residentes, no qual as mulheres relataram seus medos relacionados às vacinas de covid-19 e seus motivos para não terem se vacinado, foi identificada a necessidade de produzir materiais que, de forma acessível, trouxessem informações científicas para combater a desinformação e gerar segurança para que esse público aderisse à vacinação. A segunda ação da campanha consistiu na criação de materiais gráficos, que foram afixados na entrada do hospital e nos corredores das unidades-alvo (pré-natal, banco de leite, alojamento conjunto e unidade de cuidados intensivos neonatais).

A estratégia adotada foi a confecção de cartazes informativos (Imagem 1 e Imagem 2) que informassem com respostas simples de "sim" ou "não" a perguntas como: "as vacinas oferecidas às gestantes e puérperas são seguras?", "Tenho mais riscos de complicações se tomar a vacina do que se pegar covid-19?", "Posso amamentar após tomar a vacina da covid-19?".

Para a confecção do conteúdo do texto foram utilizadas fontes como o Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) e notas

técnicas de entidades como a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Buscou-se o banco de leite humano do hospital para adquirir informações acerca da segurança da vacina para a amamentação, a fim de qualificar as orientações sobre interação entre vacina e leite humano. O *layout*, a diagramação, o uso de imagens e as impressões dos materiais foram realizados em parceria com a Assessoria de Comunicação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (ASSECOM).

Imagem 1 e 2 Cartazes informativos.



Fonte: Secretaria de Comunicação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (2021).

Contudo, a ação de conscientizar as gestantes e puérperas sobre a importância da vacinação não era suficiente para garantir que a vacinação de fato ocorresse. Especialmente no caso de puérperas sem comorbidades, a vacinação só ocorria naquela época (mesmo após a Nota Técnica n.º 2) mediante a apresentação de prescrição médica. Considerando que grande parte da população que acessa o SUS

não tem condições financeiras para consultas médicas particulares e enfrenta dificuldades para acessar consultas médicas com especialistas no SUS, as mulheres ficavam dependentes da conduta do médico assistente disponível, que poderia optar por não prescrever a imunização.

Condicionar a vacinação desse grupo ao aval de um médico, terceiriza a responsabilidade de avaliação da segurança da vacina para esse público - responsabilidade que deveria ser do Ministério da Saúde (MS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) - e submete essas mulheres a possíveis recusas/omissão de prescrição, como evidenciado por reportagem do portal de notícias *on-line* do Uol em julho de 2021 (Leite, 2021), configurando uma grave barreira de acesso ao melhor método de prevenção e combate a covid-19 e sua morbidade neste grupo. Essa condicionalidade acentua iniquidades em saúde experienciada por uma população já vulnerável.

No hospital, identificou-se que, enquanto alguns setores estavam com a conduta de oferecer a prescrição médica de vacinação contra a covid-19 para todas as pacientes (como no serviço de pré-natal de alto risco), outras unidades não haviam adotado esse procedimento como conduta padrão (como no centro obstétrico). Dessa forma, a campanha partiu para uma terceira ação: a sensibilização de gestores das unidades a fim de adotarem, junto de suas equipes, a prescrição das vacinas como rotina.

No caso do centro obstétrico, a ação consistiu em conversa com o gestor da unidade sobre os riscos aumentados que essa população tem de comorbidades e morbidade relacionados à covid-19, o quanto essas mulheres teriam dificuldade de acessar essa prescrição em outros locais e a apresentação das recomendações técnicas da Febrasgo (2021a, 2021b) que haviam sido publicadas poucos dias antes da conversa com o gestor. Como resultado da sensibilização, o gestor comprometeu-se a adotar a prescrição da referida imunização na unidade como conduta padrão de sua equipe.

Análise e confronto quanto ao do direito à vacinação das gestantes

A partir do exposto, diante da orientação do Ministério da Saúde sobre a necessidade de avaliação e prescrição médica para gestantes e puérperas sem comorbidades, avaliamos que tal medida dificultou o acesso destas mulheres à vacinação contra covid-19, ferindo o seu direito à vacinação. A manutenção da necessidade de prescrição médica para gestantes e puérperas sem comorbidades, apesar das manifestações de entidades como Febrasgo, Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) e Comitê de Monitoramento Extraordinário da covid-19 da Associação Médica Brasileira, contrárias a essa exigência (Associação Médica Brasileira, 2021), transferiu a responsabilidade de avaliar a segurança da vacina do Ministério da Saúde e da Anvisa para o profissional médico. Essa ação gerou receio entre os profissionais de saúde quanto à prescrição, devido ao medo de judicialização de saúde em caso de efeitos colaterais após a administração das vacinas, o que resultou em dificuldades no acesso dessas mulheres à imunização.

Após as intervenções facilitadas pela campanha, ao conversar com gestantes e puérperas, foi observada uma redução da recusa vacinal de mulheres que tinham um bom vínculo profissional-paciente e maior abertura destas para as orientações da equipe sobre a vacinação contra a covid-19. Foi possível observar também mudanças no comportamento de profissionais com os quais os residentes tinham contato no sentido de incentivar a imunização.

Cabe explicitar que a campanha não contou com procedimentos de avaliação de sua efetividade de forma estruturada, portanto, a avaliação dos efeitos da intervenção se baseou na experiência dos residentes junto ao campo de práticas. Avaliamos que o diálogo suscitado a partir da campanha com as gestantes e puérperas permitiu uma maior adesão à vacinação, bem como a sensibilização das equipes permitiu quebrar barreiras de acesso às vacinas de usuárias do SUS.

Entendemos que a campanha auxiliou na promoção e proteção da saúde das gestantes e puérperas, permitindo uma maior adesão à vacinação desse público. Isso foi alcançado por meio da qualificação da informação recebida por essas mulheres das equipes que as atenderam, possibilitando uma tomada de decisão mais informada. Também entendemos que a mudança de prescrição das vacinas por parte da equipe médica partiu de uma sensibilização de que existia uma barreira de acesso às vacinas, a qual afetava, especialmente, gestantes e puérperas usuárias do SUS.

A campanha, ao sensibilizar as equipes das unidades do hospital, buscou alterar os processos de trabalho relacionados às orientações sobre a vacinação contra a covid-19 e à prescrição médica da vacina da covid-19 para gestantes e puérperas. Essas propostas partiram da reflexão de que o direito à vacinação estava dificultado pela desinformação de usuárias e trabalhadores, falta de plano governamental organizado e de fôlego para capacitar profissionais e combater as *fake news*.

A partir do momento em que as informações corretas passam a ser difundidas, as dúvidas e receios acerca de novos desafios, como a pandemia de covid-19, são mais bem enfrentados. Nesse sentido, avaliou-se que, na experiência desses residentes na relação profissional com o paciente, a receptividade às orientações sobre vacinação era melhor quando existia um vínculo fortalecido. Considerando que o referido hospital mantém atendimento 100% SUS e é referência no atendimento a pacientes em situação de vulnerabilidade social, toma-se ainda mais fundamental a capacitação dos profissionais de saúde com informações corretas e confiáveis. Isso é essencial para oferecer a melhor acolhida e cuidado possíveis ao público referenciado.

Discussão

Ao analisar a ação relatada, é importante ressaltar que, no contexto político no qual o Governo Federal agiu de forma a agravar a situação da pandemia, muitas ações de promoção e conscientização da vacinação contra a covid-19 não contaram com capacitação, orientação ou financiamento da administração pública,

especialmente a federal, ficando a cargo da iniciativa e implicação dos trabalhadores e gestores, consequentemente, limitando a efetividade da intervenção. Mesmo a campanha tendo alterado alguns processos de trabalho das equipes dos setores alvo e possibilitado o acesso de gestantes e puérperas a informações confiáveis sobre as vacinas contra a covid-19, os efeitos e a capacidade de impacto da ação estavam limitados pelos recursos (financeiros, pessoais e técnicos) e pelo contexto organizacional aos quais os residentes estavam inseridos.

Em primeiro lugar, deve-se considerar, por exemplo, que o sucesso de implementação da campanha de vacinação esteve atrelado a algumas variáveis subjetivas, tais como a inclinação de cada um dos atores envolvidos (residentes, preceptoras e o restante da equipe do hospital) a realizar uma ação que não era prescrita diretamente pela gestão. A implementação da campanha poderia não ter ocorrido caso os residentes encontrassem preceptoras e equipes do hospital com uma leitura negacionista sobre a pandemia e uma perspectiva antivacina, ou poderia não ter encontrado receptividade por parte da assessoria de comunicação da Secretaria de Saúde do município, ou ainda a gestão do hospital poderia ter negado a distribuição de material informativo e afixação dos cartazes nas dependências do hospital.

Dentro desse contexto, cabe mencionar que a campanha de incentivo à vacinação de gestantes e puérperas analisada foi uma iniciativa de alguns residentes sensibilizados com a temática. A implementação partiu dos residentes multiprofissionais do núcleo de Psicologia, embora os programas de residência multiprofissionais incluam outros núcleos profissionais, como educação física, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e serviço social.

Em segundo lugar, o acesso às informações atualizadas sobre a relação risco-benefício da vacinação em gestantes e puérperas, utilizadas nesta ação dos residentes, não ocorreu por meio de um programa centralizado de Educação Permanente em Saúde para todos os profissionais. Em vez disso, ocorreu por redes sociais de uma professora e pesquisadora, médica ginecologista, que se empenhou em divulgar informações científicas, compilando referências e interpretando-as para o público.

Conforme apontado por Melania Amorim e outras pesquisadoras em um editorial que discute o papel da divulgação científica no contexto brasileiro (Biasi *et al.* 2022), esses fatores deixaram a realização de intervenções importantes, como uma campanha de vacinação, à mercê de muitos fatores condicionantes em uma conjuntura incerta.

No entanto, mesmo com a omissão do Governo Federal, especialmente Ministério da Saúde e Presidência da República, na disponibilização de recursos e liderança na estruturação do combate à pandemia, o SUS demonstrou capacidade superior de resposta à pandemia, de reorganização dos equipamentos de atenção à saúde e de efetividade na assistência à saúde quando comparado com o setor privado de saúde no Brasil (Paschoalotto *et al.*, 2021).

Esses dados demonstram como a capacidade instalada pelas décadas de construção do SUS permitiu que essa política pública se organizasse para responder à pandemia de covid-19, apesar da omissão e sabotagem de sua gestão federal e das contradições de financiamento, desde a implementação desta política pública em que o recurso público escoou para o setor privado (Bahia, 2008). Outra conclusão que pode ser derivada é que a capacidade de resposta à pandemia poderia ter sido mais efetiva com uma coordenação assertiva do Governo Federal. Sem a obrigatoriedade de prescrição médica para a vacinação de gestantes e puérperas - como ocorreu com a vacinação de crianças (Rodrigues, 2021) - e com uma campanha federal coordenada de incentivo à vacinação contra a covid-19, quantas mortes maternas, prematuridade relacionada à covid-19 e outras morbidades poderiam ter sido evitadas?

Ao analisar as capacidades estatais do governo brasileiro para responder à pandemia de covid-19 ainda em 2020, o estudo de Dantas (2020) apontou que a capacidade instalada de equipamentos permitiu a organização de pesquisas para o desenvolvimento de vacinas e a atenção à saúde da população. Contudo, a implementação das ações enfrentou muitas contradições tanto em termos de gestão quanto de financiamento, o que resultou em limitações de efetividade e grandes desigualdades entre diferentes recortes populacionais no país.

Outro resultado dessas contradições das ações dos governos federal, estaduais e municipais foi a baixa taxa de imunização contra a covid-19 da população brasileira que passados os seis primeiros meses da campanha de vacinação (agosto de 2021) apenas 22,9% da população estava com esquema vacinal de duas doses ou dose única e 52,9% da população havia realizado apenas a primeira dose (Maciel *et al.*, 2022). A baixa taxa de vacinação explica-se tanto por questões de oferta e distribuição, como por desigualdades macrorregionais, como por baixa adesão à vacinação. Neste mesmo estudo, os autores ressaltam a importância do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do governo brasileiro e o quanto ele é referência no cenário internacional. Mesmo assim, ao analisar seu uso frente à pandemia, constata-se que devido aos descompassos entre corpo técnico e político/gestor, o PNI ficou aquém de suas potencialidades. O grupo de gestantes e puérperas, mesmo com vacinas disponíveis em muitos lugares, contou com uma adesão à imunização muito aquém do esperado e desejado (Baixíssima, 2021). Esses dados apontam para o impacto da campanha de desinformação e a relevância de campanhas informativas que incentivem à vacinação.

Conclusão

A ação da campanha de vacinação relatada neste trabalho demonstra como a formação em saúde na modalidade de residência multiprofissional contribui para a construção e efetivação de um SUS alinhado com seus princípios norteadores. Pode-se concluir que a presença de residentes multiprofissionais nos serviços de saúde tem potencial de desencadear intervenções que qualificam estes equipamentos em consonância com os princípios norteadores do SUS e de propiciar maiores oportunidades para realização de ações de Educação Permanente em Saúde que impactam a equipe atuante nos serviços. Essa modalidade de formação pode ser considerada estratégica no enfrentamento de situações de calamidade, tal como foi a pandemia de covid-19, com possibilidades de gerar intervenções em situações críticas

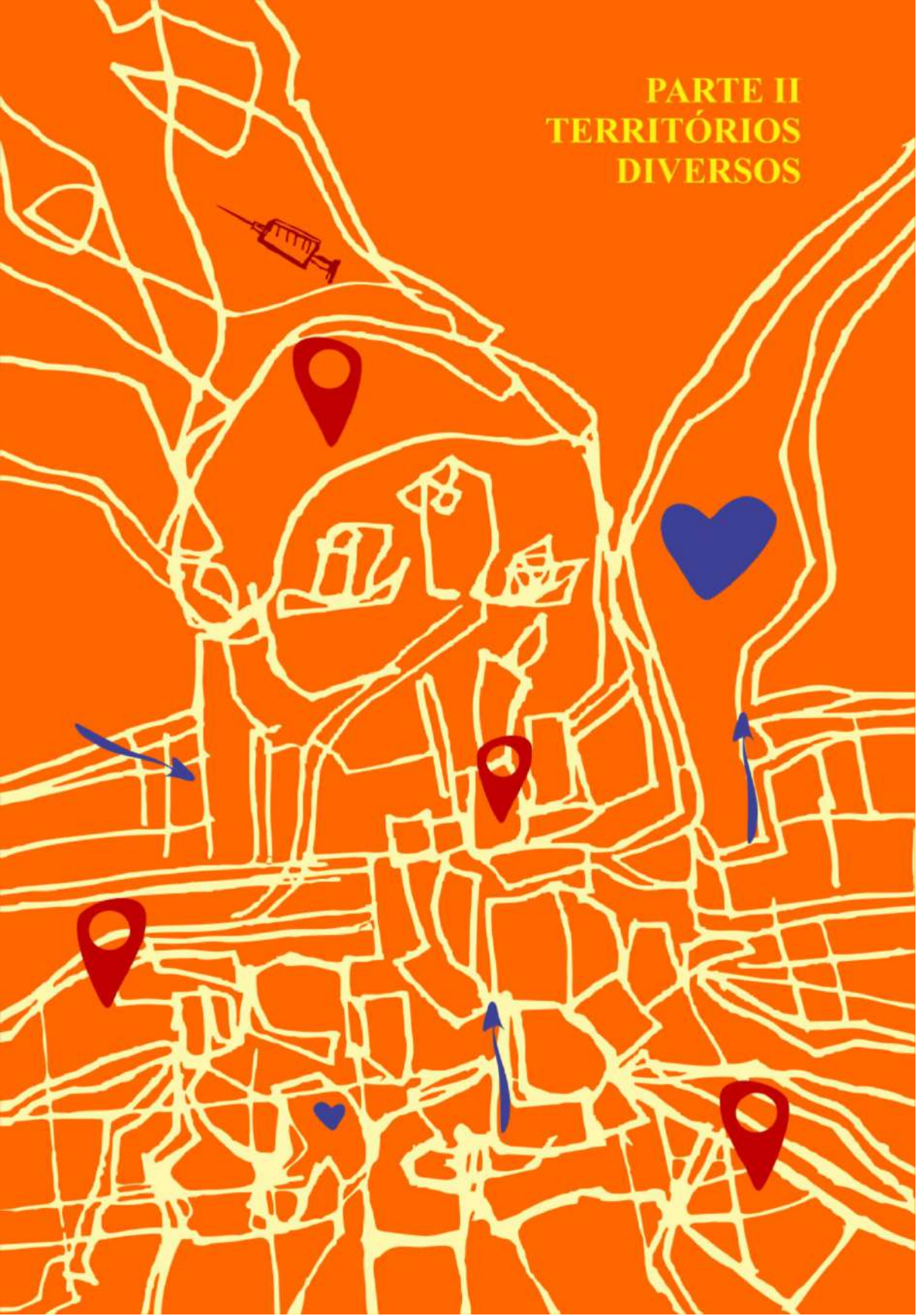
e de construir redes de trabalho, mesmo que limitadas, em um cenário de omissão da gestão federal, tal como procuramos demonstrar ao longo do trabalho.

Referências

- Associação Médica Brasileira. (2021). *Atualização do Boletim 011/2021: Gestantes e puérperas incluídas nos grupos prioritários para vacinas contra covid-19 no Plano Nacional de Imunização*. <https://amb.org.br/cem-covid/atualizacao-do-boletim-011-2021-gestantes-e-puerperas-incluidas-nos-grupos-prioritarios-para-vacinas-contr-covid-19-no-plano-nacional-de-imunizacoes/>
- Bahia, L. (2008). As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1385-1397. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500002>
- Biasi, M. F., Amorim, M. M. R., & Katz, L. (2022). What is the role of the scientific community in the fight against covid-19 pandemic? Observations concerning fake news, predatory journals and public policies. *Revista Brasileira de Saúde Materno infantil*, 22(3), 459-460. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200030001>
- Brasil. (2021). *Atualização das recomendações referentes a vacinação contra a covid-19 em gestantes e puérperas até 45 dias pós-parto* (Nota Técnica n.º 2/2021 - SECOVID/GAB/SECOVID/MS). Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19. <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2021/nt-02-2021-secovid-vacinacao-gestantes-e-puerperas-l.pdf/view>
- Brasil. (2024). *Coronavírus Brasil*. Ministério da Saúde. <https://covid.saude.gov.br/>
- Castro, R. (2021, 7 de junho). *Observatório Covid-19 destaca alta mortalidade materna*. Fiocruz. <https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-destaca-alta-mortalidade-materna#:~:text=As%20gestantes%20e%20pu%C3%A9rperas%20v%C3%AAm,%C3%A9%20de%20%2C8%25>
- Dantas, L. B. (2020). As capacidades estatais na resposta brasileira à pandemia de Covid-19. *Coletânea*, 19(38), 201-214. <http://www.revistacoletanea.com.br/index.php/coletanea/article/view/221/163>
- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). (2021a). *Gestantes e puérperas incluídas nos grupos prioritários para vacinas contra Sars-CoV2 no Plano Nacional de Imunização*. Febrasgo. <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1284-gestantes-e-puerperas-incluidas-nos-grupos-prioritarios-para-vacinas-contr-sars-cov2-no-plano-nacional-de-imunizacao>
- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). (2021b, 10 de junho). *Vacinação contra a covid-19 em gestantes e puérperas*. Febrasgo. <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1274-vacinacao-contr-a-covid-19-em-gestantes-e-puerperas>
- G1. (2021). *Investigação sobre morte de gestante de 35 anos levou à suspensão do uso da vacina AstraZeneca, diz Anvisa*. <https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2021/05/11/recomendacao-para-suspender-uso-da-vacina-astrazeneca-para-gravidas-ocorreu-apos-notificacao-da-morte-de-uma-gestante-de-35-anos-diz-anvisa.ghtml>

- Grollmus, N., & Tarres, J. (2015). Relatos metodológicos: difractando experiencias narrativas de investigación. *Fórum Qualitative Social Research*, 16(2), 201-214. <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/2207/3810/>
- Leite, M. (2021). *Grávidas relatam que médicos têm contraindicado vacina contra a covid-19*. UOL. <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2021/07/15/covid-19-gravidas-confrontam-medicos-antivacina-e-brigam-por-autorizacao.html>
- Lisboa, L., Ferro, V., Brito, J. R., & Lopes. (2020). Disseminação da Desinformação Promovida por Líderes Estaduais na Pandemia da Covid-19. In *Anais do 7º Workshop sobre as Implicações da Computação na Sociedade (WJCS)* (pp. 114-121). Sociedade Brasileira de Computação. <https://doi.org/10.5753/wics.2020.11042>
- Maciel, E., Fernandez, M., Calife, K., Garret, D., Domingues, C., Kerr, L., & Dalcolmo, M. (2022). A campanha de vacinação contra o Sars-CoV-2 no Brasil e a invisibilidade das evidências científicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(3), 951-956. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.21822021>
- Maza-Arnedo, F., et al. (2022). Maternal mortality linked to Covid-19 in Latin America: results from a multi-country collaborative database of 447 deaths. *The Lancet Regional Health, Americas*, 12, 100269. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100269>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2023). *WHO Coronavirus (Covid-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int>
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2023). *OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à Covid-19*. OPAS. <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>
- Paschoalotto, M. A. C., Oliveira, P. H., Lopes, J. E. F., & Barros, P. P. (2021). SUS X Não SUS? Uma análise comparativa da capacidade de resposta frente à pandemia de covid-19. In *Anais do VIII Encontro Brasileiro de Administração Pública* (pp. 1-15). SBAP. <https://sbap.org.br/ebap/index.php/home/article/view/10>
- Rodrigues, 8. (2021). *Ministério da Saúde não deve exigir prescrição médica para vacinar crianças*. CNN Brasil. <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/ministerio-da-saude-nao-deve-exigir-prescricao-medica-para-vacinar-criancas/>
- Santos, D. S., Menezes, M. O., Andreucci, M. N., Knobel, R., Katz, L., Salgado, H. O., Amorim, M. R., & Takemoto, M. (2021). Disproportionate impact of coronavirus disease 2019 (covid-19) among pregnant and postpartum black women in Brazil through structural racism lens. *Clinical Infectious Diseases*, 72(11), 2068-2069. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa066>
- Ventura, D. F. L., & Reis, R. (2021). A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19: um ataque sem precedentes aos direitos humanos no Brasil. *CEPED/ISA, Conectas*, 10, 6-31. <https://static.poder360.com.br/2021/01/boletim-direitos-na-pandemia.pdf>
- Watson, O., Bamsley, G., Toor, J., Hogan, A., Winskill, P., & Ghani, A. (2022). Global impact of the first year of covid-19 vaccination: a mathematical modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*, 22(9), 1293-1302. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35753318/>

PARTE II TERRITÓRIOS DIVERSOS



CAPÍTULO 8

DO LUTO À LUTA: O COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO DELTA DO PARNAÍBA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Daline da Silva Azevedo
Antônio Vladimir Félix-Silva
Matheus Barbosa da Rocha

Introdução

O presente texto é fruto da experiência da primeira autora na ocasião em que, estando como psicóloga de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Básica (PRMSF) ofertado pela Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPar), cartografou o cotidiano de trabalho de profissionais da Atenção Básica, de modo mais específico: equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF), residentes, atendentes, vigias e demais sujeitos atuantes em uma mesma unidade de saúde. O nosso interesse, nesta discussão, é sustentar uma aposta na capacidade de tais atores e atrizes transformarem o sentimento de perda e desamparo (materiais, simbólicos, econômicos, afetivos e relacionais), típicos dos processos de luto decorrentes da crise sanitária que assolou o Brasil e o mundo, em formas de luta para enfrentar esse cenário de guerra.

Um primeiro ponto a ser ressaltado é que apesar de as residências multiprofissionais se fazerem presentes no Brasil desde os anos 1970, é somente a partir de 2002 que estes programas foram desenvolvidos com financiamento do Governo Federal. Contudo, o marco normativo que regulamenta tais iniciativas só veio com a Lei Federal n.º 11.129/2005. Estas iniciativas ocorrem sob a forma de pós-graduação *lato sensu*, com duração mínima de dois anos e carga horária de 60 horas semanais, em regime de dedicação exclusiva, tendo como cenário principal de atuação a Atenção Básica em Saúde (Flor *et al.*, 2023).

Esta se caracteriza como um conjunto de intervenções em saúde, individuais e coletivas, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos (físicos, biológicos e psicossociais), o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção das condições de saúde. Tem como enfoque um trabalho interprofissional direcionado a uma população de um território delimitado, assumindo sobre tais sujeitos uma responsabilidade sanitária. Orienta-se pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, acessibilidade e coordenação da assistência e gestão do cuidado em saúde. Na realidade brasileira, a ESF surge como a principal personagem para a concretização da Atenção Básica (Brasil, 2017).

Ao operarmos na ESF, atuamos, portanto, a partir de alguns atributos, a saber: ela é a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde; há a assunção de responsabilidade pelo usuário ao longo de toda sua vida, independentemente da presença ou ausência de doenças; há uma descentralização da medicina liberal privatista que atua única e exclusivamente sobre um corpo adoecido física e biologicamente, enfocando, em vez disso, em uma concepção ampliada de saúde, que abarca dimensões orgânicas, psíquicas, sociais, econômicas, políticas e culturais; há a coordenação e articulação das ações e serviços em saúde que compõem o SUS; e ela centraliza suas intervenções na família e na realidade na qual ela está inserida (Giovanella & Mendonça, 2012).

Percebe-se, portanto, que a Atenção Básica e, de modo mais específico, a ESF, teve um importante protagonismo no combate e enfrentamento da pandemia do *Severe Cute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (Sars-CoV-2), também conhecido como novo coronavírus, causador da covid-19. Conforme é de conhecimento público, o vírus alastrou-se gerando mudanças de modo geral na rotina de todas as pessoas, como trabalho, escolas, comércios, além de ocasionar muitas mortes, adoecimentos físicos e psicossociais. O primeiro caso desta enfermidade foi detectado em 2019 na cidade de Wuhan, na China. Diante disso, surgiram muitas especulações a respeito da transmissão e dos seus sintomas (Croda & Garcia, 2020; Rodrigues-Morales *et al.*, 2020).

No Brasil, a chegada da enfermidade é confirmada pelo Ministério da Saúde no dia 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo. A situação, em decorrência da negligência e irresponsabilidade do governo de Jair Bolsonaro (2019-2022), não foi tratada com medidas eficientes de biossegurança, de assistência à saúde e a direitos humanos básicos (auxílio financeiro; alimentação; emprego; moradia; transporte público de qualidade; educação; políticas públicas para o cenário de guerra; incentivo a medidas de isolamento social; distribuição gratuita de *kits* de proteção individual a diferentes segmentos sociais; construção de hospitais de campanha ao cuidado de pessoas infectadas com a doença e maior investimento financeiro nos centros de cuidado já existentes; oferta de possibilidades dignas de trabalho aos trabalhadores que lidavam com multidões etc.).

Com rápida transmissão da doença, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou, em 11 de março de 2021, um cenário de pandemia. A enfermidade atingira proporções globais. No cenário brasileiro, diante das reivindicações de diferentes setores da sociedade civil, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 188/2020, decretou Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Brasil, 2020a).

Concomitante à declaração da OMS sobre a situação pandêmica e segundo a Portaria n.º 454, de 20 de março de 2020, o Ministério da Saúde declara estado de transmissão comunitária em todo o território brasileiro (Brasil, 2020b). Surgiram também decretos estaduais e municipais. No dia 19 de agosto de 2020, o Governo do Estado do Piauí decretou estado de calamidade, além de formar o comitê de gestão na crise. Diante disso, algumas atividades começaram a ser suspensas, dentre elas a assistência à saúde bucal no âmbito público e privado.

Em abril de 2020, o Ministério da Saúde lançou uma versão atualizada do protocolo de manejo clínico para Sars-CoV-2 na Atenção Básica. Nesse protocolo, constavam orientações sobre teleatendimento, fluxograma, identificação de casos suspeitos, medidas para evitar contágio, além da estratificação da gravidade da síndrome gripal. Havia orientações sobre o que fazer em casos leves, moderados ou

graves, sobre a realização de testes e ações de monitoramento clínico, medidas de prevenção comunitária e encaminhamentos para urgência dos casos mais graves (Brasil, 2020b). Em 4 de maio de 2020, a Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (SESAPI) lançou o Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19, o documento não faz referência às ações da Atenção Básica (Piauí, 2020).

Giovanella e colaboradores (2021), a partir de experiências locais de organização da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia de covid-19, apontam a existência de quatro campos integrados, com atuação das ESF, Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Agentes Comunitário de Saúde (ACS) e agentes de endemias nos territórios, a saber:

- a) Vigilância em saúde no território:** identificação, notificação e busca ativa de casos confirmados e suspeitos, segundo definição atualizada; incentivo ao isolamento domiciliar e acompanhamento à distância; apoio a estabelecimentos de longa permanência inseridos em seus territórios de atuação; promoção da Educação em Saúde na comunidade; e realização de testagem, a fim do diagnóstico precoce da doença.
- b) Cuidado individual de casos confirmados e suspeitos:** organização dos fluxos de atenção; adequação da infraestrutura da unidade de atendimento; cuidado dos pacientes com quadros leves; garantia do encaminhamento oportuno àqueles que necessitem de outros cuidados na Rede de Atenção à Saúde; provisão de equipamentos de proteção individual a usuários e profissionais da saúde; teleatendimento; e Educação Permanente em Saúde endereçada a outros profissionais de sua equipe ou de outras unidades.

- c) Apoio aos grupos vulnerabilizados em seu território:** articulação de iniciativas comunitárias e promoção de atuação intersetorial; e mapeamento dos grupos com maior risco de contrair a doença.
- d) Continuidade dos cuidados rotineiros da Atenção Básica:** pré-natal, atenção aos hipertensos e diabéticos, vacinação, elaboração de lista de pacientes crônicos que necessitam de cuidados contínuos; visitas domiciliares; desenvolvimento de formas de cuidado à distância; assistência farmacêutica e atendimentos a partir da modalidade "portas abertas".

Em Sobral, no Ceará, durante a pandemia de covid-19, os serviços centraram-se no desenvolvimento de ações no território, na vigilância em saúde (na tentativa de reduzir o índice de contaminação), na promoção da saúde, na prevenção de agravos e na provisão de cuidados à população e no compartilhamento do cuidado em rede. No Recife, estado de Pernambuco, as atividades e ações foram reorganizadas gradativamente para serem mantidas. Além disso, manteve-se a oferta de cuidados no território durante a pandemia (Oliveira *et al.*, 2020; Ribeiro *et al.*, 2020).

Na cidade de Parnaíba, região litorânea do Piauí e local onde a experiência deste texto foi produzida, existem em tomo de 43 eSF. Durante a pandemia de covid-19, estas atuaram de forma bastante precarizada devido ao afastamento de alguns funcionários e a suspensão das atividades coletivas, tendo permanecido apenas algumas ações consideradas "essenciais", a saber: as consultas de pré-natal, com prioridade para o de alto risco; a assistência farmacêutica; e, em grau de prioridade máxima, estabeleceram-se as notificações de síndromes gripais e o monitoramento destes casos via telefone, exercendo desta forma um importante papel no enfrentamento da transmissibilidade da doença. As outras intervenções foram suspensas, como grupos educativos e de acolhimento a pessoas em sofrimento psíquico, visitas domiciliares, calendário vacinal e puericultura.

Teixeira e colaboradores (2020) realizaram um estudo que sistematizou os principais problemas que afetaram os profissionais da saúde que estão na linha de frente da pandemia de covid-19. O trabalho traz experiências internacionais apresentadas em artigos. Dentre os principais problemas enfrentados, o estudo destaca a saúde mental dos profissionais da saúde, que apresentaram aumento dos sintomas ansiosos e depressivos, medo de contaminação e transmissão da doença, levando ao aumento do uso abusivo de substâncias psicoativas. Estresse e sintomas presentes nas fases de luto, como negação e raiva, também foram encontrados entre os profissionais de saúde (Teixeira *et al.*, 2020). Na realidade brasileira, além dessas questões, temos o projeto político em torno do sucateamento do SUS e a negligência em torno dos serviços de Atenção Básica, como fatores predisponentes ao adoecimento dos profissionais.

Como os profissionais desse âmbito de atuação, no auge da pandemia de covid-19, lidaram com as perdas em seus cotidianos de trabalho (fossem elas relacionadas ao dia a dia profissional ou não)? Para responder a essa pergunta, precisamos, em primeiro lugar, entender o que seja o luto. Diz Chimamanda Ngozi Adichie (2021, p. 14-15):

O luto é uma forma cruel de aprendizado. Você aprende como ele pode ser pouco suave, raivoso. Aprende como os pêsames podem soar rasos. Aprende quanto do luto tem a ver com palavras, com a derrota das palavras e com a busca das palavras. Por que sinto tanta dor e tanto desconforto nas laterais do corpo? É de tanto chorar, dizem. Não sabia que a gente chorava com os músculos. A dor não me causa espanto, mas seu aspecto físico sim: minha língua insuportavelmente amarga, como se eu tivesse comido algo nojento e esquecido de escovar os dentes; no peito um peso enorme, horroroso; e dentro do corpo uma sensação de eterna dissolução. Meu coração me escapa - meu coração de verdade, físico, nada de figurativo aqui - e vira algo separado de mim, batendo depressa demais num ritmo incompatível com o meu. É um tormento não apenas do espírito, mas também do corpo, feito de dores e perda de força. Carne, músculos, órgãos, tudo fica comprometido. Nenhuma posição é confortável. Passo semanas com o estômago embrulhado, tenso e contraído de apreensão, com a certeza sempre presente de que alguém mais irá morrer, de que mais coisas irão se perder. Uma manhã, *Okay* me liga um pouco mais cedo do que de costume e eu penso: Diga logo, me diga de uma vez quem morreu agora. Foi a mamãe?

Como estes sujeitos atuantes em um cenário de guerra, em que, diante de tantas perdas, suas carnes, músculos e demais órgãos ficaram comprometidos, continuaram com as armas em mãos no campo de batalha? Quais artifícios utilizaram? Teriam utilizado de sua dor como adubo para frutificar novas possibilidades de "estar em campo?". Isto é, teriam eles/elas transformado seus lutos pessoais e profissionais em possibilidades de luta?

Relato de experiência cartográfico

Trata-se de um relato de experiência cartográfico. Nesta aposta investigativa, "o ponto de apoio é a experiência entendida como um saber-fazer, isto é, um saber que vem, que emerge do fazer. Tal primado da experiência direciona o trabalho da pesquisa do saber-fazer ao fazer-saber, do saber na experiência a experiência do fazer" (Passos & Barros, 2009, p. 18). Nela, o pesquisador se propõe em acompanhar processos, lançando mão, para isso, de ferramentas como a observação participante, a fim de construir um contato direto com as pessoas e seus territórios existenciais (Barros & Kastrup, 2009). Contudo, é importante ressaltar que não estamos diante de um método de pesquisa pronto e acabado, com regras gerais possíveis de serem encontradas em manuais de metodologia, mas, sim, em uma diretriz construída caso a caso (Kastrup & Barros, 2009).

O bairro Ilha Grande de Santa Isabel é um dos territórios contemplados pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade, local onde essa experiência cartográfica foi desenvolvida. Destaca-se por fazer parte de um dos arquipélagos protegidos pela Área de Proteção Ambiental (APA) do Delta do Parnaíba. Com 240 km² de extensão, o bairro abriga diversos grupos sociais e organizações de artesanatos, pescadores e marisqueiras. Neste território, funciona a Unidade Básica de Saúde Ilha Grande de Santa Isabel, que contempla o trabalho de duas ESF e uma equipe de residentes (composta por

enfermeira, farmacêutica, fisioterapeuta e psicóloga). As duas ESF em questão são formadas por: duas enfermeiras gestoras; dois técnicos em enfermagem e 18 ACS. Além disso, as unidades em questão também contam com o apoio de dois atendentes de regulação, duas atendentes sociais, dois vigias e duas zeladoras.

Inicialmente, os profissionais foram convidados a participar de um momento de conversa e cuidado com a psicóloga residente. O encontro deu-se na sala de reuniões do posto de saúde, em dois momentos: o primeiro momento foram as "boas-vindas" e o "momento de autógrafos", esse último consistindo em cada participante pegar uma mensagem que já estava pronta em uma caixinha e dedicar a alguém presente na sala. Algumas das mensagens disponibilizadas: "Obrigada por fazer parte dessa equipe"; "Você faz as coisas se tomarem mais fáceis"; "Admiro a sua competência e profissionalidade"; "Você é bonita por dentro e por fora". Algumas mensagens foram dedicadas para o grupo todo. No segundo encontro, intitulado como "trajetória durante a pandemia", contamos com três perguntas disparadoras: "O que eu perdi?"; "Como enfrentei?" e "O que esperam para os próximos dias e anos?"

Durante a intervenção, estavam disponíveis cartolinas, folhas e pincéis para que os participantes que desejassem pudessem expressar em palavras o que a pergunta disparadora fazia emergir. Perguntamos como eles se sentiram com a experiência. Após a socialização, agradecemos a participação deles e reiteramos a pertinência de momentos de reflexão e cuidado coletivizados. Por fim, afirmamos o compromisso de continuar desenvolvendo espaços como aquele, para além do momento instituído da pesquisa, pois algumas temáticas e inquietações ainda eram possíveis de serem debatidas em oportunidades futuras.

Participaram da intervenção 16 profissionais que atuaram na Atenção Básica em Saúde durante a pandemia ocasionada pelo vírus da covid-19, estando eles assim distribuídos: oito ACS; dois técnicos em enfermagem; uma enfermeira; uma zeladora; um atendente social; um atendente de regulação; dois residentes e um vigia.

**Produto cartográfico: o que eu perdi, como eu enfrentei, o que esperar?
O que eu perdi?**

Imagem 1 - O que eu perdi?



Fonte: Elaboração própria.

Ao serem solicitados para dizer uma palavra que representasse o que perderam durante a pandemia, "segurança" foi a que mais se destacou, sendo mencionada mais de uma vez pelos participantes. Lima e colaboradores (2022) apontam como principais aspectos que afetaram a saúde mental dos profissionais de saúde durante a pandemia de covid-19: o desgaste físico e psicológico; a sobrecarga de trabalho; as constantes situações de morte; o estresse por lidar com pacientes infectados por uma doença que, na ocasião, pouco se conhecia a seu respeito; e a falta de protocolos de atendimentos que garantisse acolhimento e humanização no cuidado em saúde.

Além dessas questões, Fernandes (2023) traz outros elementos para compreensão dos processos de saúde-doença destes atores sociais neste cenário de guerra: os altos índices de desemprego e a possibilidade de, em futuro próximo, compor essa estimativa; os retrocessos na participação feminina no mercado de trabalho e o aumento da informalidade.

Outras questões podem ser trazidas à cena a fim de entendermos esse sentimento mútuo de falta de segurança. Entre 2020-2022, houve um aumento da violência e criminalidade na cidade de Parnaíba, inclusive no bairro Ilha Grande de Santa Isabel, o qual, em decorrência de um histórico descaso na oferta de saúde, educação, assistência social, moradia, saneamento básico, emprego e transporte público de qualidade neste território, já possuía, entre os habitantes do município, um estereótipo de lugar perigoso.

Com a entrada dos grupos faccionados na cidade, o bairro ganhou mais (in)visibilidade. Visibilidade por parte dos grupos faccionados que encontraram oportunidades de dominarem o bairro, visibilidade midiática em relação aos crimes ocorridos. Por outro lado, invisibilidade dos moradores de outros bairros, de *delivery*, dos aplicativos de transportes e até mesmo dos poderes públicos. Fica implícito nos relatos que os medos conversam entre si, sejam eles causados: em virtude das consequências do armamento da sociedade e da violência resultante dele; ou pela contaminação causada pela infecção de covid-19; a sensação de desamparo diante do fato de cenário de completa angústia e incerteza.

Sair de casa só para situações essenciais era uma recomendação dos órgãos de saúde para conter a contaminação, porém para os relatores dessa intervenção o receio da violência se tornou uma motivação a mais para ficar em casa. Sentimentos como o medo, a preocupação e a frustração eram expressas diariamente, tanto pelos profissionais já atuantes há bastante tempo na unidade de saúde, como pelos recém - chegados residentes, da qual eu estava inclusa:

Relato 01: Perdi a confiança nas pessoas e governantes, sinto que eles não ofereceram mais qualidade de vida para a sociedade.

Relato 02: Não me sinto segura nem no meu lugar.

Relato 03: Perdi a coragem, hoje me sinto receosa e com menos força.

A perda da confiança e do senso de proteção indica como os profissionais da saúde se sentem em relação a esse cenário de violência. Assim, é possível perceber

que acontecimentos como homicídios, tiroteios, vídeos que circulam nas redes sociais com ameaças aos moradores da cidade atravessam o fazer-saúde.

Outra questão que apareceu com a proposição da pergunta "O que eu perdi?" diz respeito ao trabalho dos residentes com as visitas domiciliares. Logo no início da crise sanitária, estes foram orientados pela coordenação do Programa a se utilizarem desta ferramenta apenas com o transporte da prefeitura. Com isso, algumas pessoas foram prejudicadas tanto em relação à assistência em saúde, como em relação aos vínculos, pois, em determinados casos, não havia compreensão dos pacientes e até mesmo de outros profissionais.

Em outras cidades, durante o contexto da pandemia, encontramos situações semelhantes às relatadas no presente estudo. Por exemplo, em Fortaleza, um estudo de natureza quantitativa verificou a influência da violência no trabalho dos ACS e suas implicações no enfrentamento da covid-19. Foi constatado que, nos bairros com maior número de casos e óbitos de covid-19, eram também os bairros que apresentavam maiores casos de homicídios. Alguns profissionais, dentre eles os ACS não se sentem seguros para atuarem no território, agindo assim limitadamente nos bairros onde havia vulnerabilidade social associada à violência (Vieira-Meyer *et al.*, 2021).

A desigualdade social no Brasil é uma situação que tende a crescer e, conseqüentemente, promover níveis altos de criminalidade no país. Dessa forma, na maior crise de saúde coletiva que o Brasil atravessou, geradora de impactos econômicos, sociais e políticos, fizeram-se necessárias medidas de proteção por meio da adoção e efetivação de políticas públicas de seguranças (Almeida & Almeida Júnior, 2021). Entretanto, o que presenciamos por parte dos nossos governantes em exercício foram condutas autoritárias, negacionistas e genocidas, que caminharam contra as medidas de biossegurança em prol da perpetuação da vida e contra a oferta de direitos humanos básicos. Processos estes que levaram à perda de segurança e confiança de alguns profissionais da saúde nos governantes (Farias, 2020; Rocha Neto, 2020). Outro ponto expressado foi a perda dos vínculos, dos contatos com

familiares e amigos, do tempo e, principalmente, das pessoas conhecidas que faleceram:

Relato 04: Sinto que os dias e anos não foram aproveitados como deveriam.

Relato 05: Se não fosse a pandemia, mais ações de saúde poderiam ser desenvolvidas, sinto falta de um maior vínculo com a comunidade.

Relato 06: O que mais me fez falta foi do contato físico, dos abraços, das reuniões e atividades presenciais.

Para os residentes multiprofissionais, recém-chegados no território, quando se iniciou o período pandêmico, os sentimentos de frustrações surgiram, em especial, por: não poderem desempenhar atividades grupais; sentir que o processo formativo da residência foi prejudicado; estar diante de uma realidade sanitária em que ainda não existiam protocolos de atuação. No início da crise, estes profissionais, em um primeiro momento, ficaram afastados dos seus serviços. Em um segundo momento, após reunião com a gestão municipal e a coordenação do Programa, ficou estabelecido que cada residente deveria trabalhar seis horas consecutivas em seus territórios de atuação, complementada por mais duas horas de *home office*, onde seriam realizadas ações de planejamento e organização do trabalho em saúde.

Na pandemia de covid-19, assim como em outras grandes catástrofes, as perdas não se configuram apenas no campo da morte, mas também em relação ao trabalho, rotina, lazeres, contato pessoal, formação acadêmica e profissional, nos quais se experimentou outros modos de vida, como o remoto, nem sempre acessível a todos os públicos (Moretti *et al.*, 2020).

Como enfrentei?

As primeiras possibilidades de combate à covid-19 apontadas foram o uso dos recursos tecnológicos, de modo mais específico, as ligações e chamadas de vídeo e a perspectiva de que alguma forma de aprendizado seria possível diante desse cenário de guerra:

Relato 07: O tempo isolado com a família fizeram as coisas se tomarem menos difíceis.

Relato 08: Tentei valorizar as pequenas coisas, tentando tirar algo de positivo.

Embora a recomendação inicial fosse para ficar em casa, todos os ACS relataram que não tinham como seguir esta orientação, pois constantemente recebiam dúvidas e pedidos de ajuda, de modo que não tinham como ficar parados.

Relato 09: Enfrentei dentro da comunidade, orientando, ligando para outros profissionais. Me senti uma doutora, fui muito valorizada pela comunidade.

Relato 10: Mesmo com a 'proibição' não tinha como não ir para o território. As pessoas que podiam e tinham como ligavam e mandavam mensagens. Fomos a categoria mais corajosa, por sermos porta de entrada, fomos bastante procurados, atendemos e notificamos várias pessoas nessa sala. Mesmo sendo uma doença nova, não tínhamos informações, mas buscávamos entender e segurar as pontas. Mesmo com a cabeça a mil, não deixávamos a peteca cair.

Vale ressaltar que os ACS são profissionais exclusivos do SUS, os quais desempenham papel fundamental de vigilância e Educação em Saúde. Com o afastamento desses profissionais durante o período inicial da pandemia, em decorrência de medidas da prefeitura da cidade onde atuávamos, essa função ficou prejudicada, gerando desconhecimento da população com relação ao vírus. O afastamento desses profissionais foi totalmente em desacordo com as orientações do Ministério da Saúde que visavam a orientação por meio de visitas domiciliares, busca ativa de suspeitos e acompanhamento de casos positivos no território (Brasil, 2020c).

Para a OMS, a maioria dos casos da Sars-CoV-2 poderiam ser tratados via Atenção Básica e apenas 20% dos casos apresentariam necessidades voltadas para internação e evolução para cuidados intensivos. Com isso, foi possível perceber o desconhecimento das nossas políticas públicas de saúde e a necessidade do fortalecimento do SUS em todos os âmbitos da atenção, em especial o primário (Brasil, 2020a). Antônio Carlile Holanda Lavor, médico sanitário e gestor da Fiocruz do estado do Ceará, relata em uma entrevista a importância do

investimento em pesquisa e enfatiza a importância da equipe no papel da criação de estratégias de Educação Permanente em Saúde para capacitação e fortalecimento dos ACS, considerando que muitos desses não possuem nível superior acadêmico ou técnico (Lavor, 2021).

Os profissionais participantes também relataram sobre as diferentes realidades existentes na comunidade e sobre as dificuldades enfrentadas no dispositivo de saúde, como a falta de EPI e as incertezas e medo quando apresentavam algum sintoma. Para Lavor (2021), houve um maior investimento no setor terciário do cuidado, ao mesmo tempo em que se assistiu uma pauperização da Atenção Básica, o que é possível a partir das questões mencionadas, como o afastamento de profissionais, a falta de preparação para manejo da realidade político-sanitária e a ausência de subsídios para execução do trabalho. Apesar disso, isso não significou que os profissionais desse âmbito de atenção ficaram "com os braços cruzados", de forma que, mesmo diante de um cenário de incertezas e desinvestimento na saúde, possibilidades de atuação foram possíveis.

Outro ponto a se destacar se refere a que o "fazer-saúde", por mais assertivo que seja, não pode ser concebido como uma verdade universal. Algumas medidas sugeridas pelo Ministério da Saúde precisavam ser adaptadas para a realidade do território de atuação, as quais estavam atravessadas por inúmeras situações de iniquidades. Com isso, as ações realizadas na comunidade visavam minimizar os impactos de uma contaminação. Dessa forma, foram promovidas ações de Educação em Saúde na direção de se explicitar medidas de biossegurança elementares.

Essa realidade não é exclusiva do território que descrevemos. Em outro estado do Nordeste, foi realizada uma pesquisa de opinião com 2.364 pessoas. Nela, foi constatada que as medidas de isolamento social eficaz têm relação direta com renda, escolaridade, sexo e idade. Em relação à renda, a população mais vulnerável economicamente precisa sair para trabalhar, dependendo, muitas das vezes, do transporte coletivo. Além disso, constatou-se, também, que os homens estão mais propícios a se contaminarem por cumprirem menos isolamento (Lima *et al.*, 2020).

Todos os presentes na intervenção realizada relataram também o medo diante do cenário da Sars-CoV-2 e como precisaram adaptar as recomendações das entidades nacionais e internacionais de saúde para a realidade enfrentada. O medo tomou -se um sentimento constante, todos tiveram seus planos rompidos abruptamente, intervindo nos modos de vida, como renda, estudos e nos demais aspectos da vida (Bolással *et al.*, 2020). No ambiente de trabalho, o medo ainda foi atravessado pela preocupação em relação à contaminação, pois os trabalhadores da Atenção Básica não tinham equipamentos de proteção adequados e em quantidade suficiente para todos. Além disso, os residentes não eram considerados parte da equipe de saúde, não recebendo, em decorrência disso, os poucos EPis que chegavam à unidade. Um relato produzido em uma das oficinas realizadas caminha nessa direção:

Relato 11: A falta de EPis e o medo da infecção eram angustiantes, quando fiquei suspeita de ter contraído o vírus, saí dessa sala chorando e os meus colegas não sabiam o que fazer, não podiam nem me dá um abraço.

O que esperam para os próximos dias e anos?

Os sentimentos para os dias e anos vindouros foram desanimadores, demonstrando, dentre outras questões: preocupação com novas ondas do vírus; medo e receio com as sequelas do distanciamento social e da doença. Quanto a aspectos positivos, desejaram paz, segurança e cuidado com o outro.

Relato 12: Não tenho perspectiva de me sentir segura, e não falo só por conta da covid-19.

Outra participante referiu-se à entrada dos grupos faccionados na cidade, como citado anteriormente. A população nesse contexto limita-se para determinadas situações, até mesmo de lazer, impedindo os profissionais de saúde de exercerem suas atividades com tranquilidade. A mesma participante também demonstrou preocupação em relação à depressão:

Relato 13: Será se estamos preparados para a doença do século?

Infelizmente, essa pergunta não é atual. Desde muito antes da pandemia ocasionada pela covid-19, já se discutia sobre o assunto. Considera-se que os fatores contemporâneos são um dos grandes responsáveis pelo aumento e popularização da doença, tais como: vida profissional, falta de tempo e qualidade de sono. Segundo a OMS, estima-se que 2030 seja o ano em que a depressão será a doença mais comum no mundo. Embora alguns estudos apontem traços existentes da doença até mesmo antes de Cristo, o que leva ao questionamento: está ocorrendo um aumento real da doença, ou só estamos falando mais sobre, considerando que o adoecimento mental está sendo desmitificado na atualidade? (Lucena, 2019).

O fato é que o aumento das demandas relacionadas à ansiedade, crises de pânico e sintomas depressivos se tornou frequente no início da pandemia em 2020. A procura pelo serviço de psicologia na Unidade de Saúde da qual relato a experiência foi bastante significativa. Pessoas procuravam ajuda por medo da contaminação, e havia também quem buscava apoio psicológico após o período de contaminação pela doença. A preocupação em torno do aumento dos casos de saúde mental durante e após o período pandêmico é válida, o período de isolamento trouxe à tona inúmeras fragilidades não somente internas ao indivíduo, mas políticas, sociais e econômicas. No relato de outra participante, percebe-se um discurso atravessado pelo negacionismo científico:

Relato 14: É tudo incerto, a eficácia da vacina e a existência ou não do aumento dos casos e mortes, porém se for para desejar algo, desejo que retiremos as máscaras.

Durante todo esse tempo imersos na pandemia, ouvimos vários discursos minimizando a gravidade da doença. Muitos desses relatos foram legitimados e espalhados pelo governo federal, que desde o início lidou com a crise sanitária de forma ineficaz. O uso obrigatório de máscaras, a necessidade de medidas de isolamento social e a compra de vacinas em um período hábil foram algumas das ações que estes setores sociais mais menosprezaram. Ao fim, os demais participantes desejam paz e, sobretudo, segurança.

Considerações finais

O relato de experiência cartográfica que acabamos de apresentar é um fragmento da situação-problema da crise sanitária global escancarada pela pandemia de covid-19. No Brasil, governado pelo ex-presidente Jair Bolsonaro (2019-2022), a crise sanitária agravou-se, haja vista que os processos de territorialização da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde estavam diminuindo à medida que os processos de mercantilização da saúde, marcados pelo colonialismo capitalista global, avançavam, produzindo fome, miséria, insegurança alimentar, desemprego, desastres socioambientais e adoecimentos. O estudo abordou as vivências de profissionais da saúde diante desse cenário pandêmico, proporcionando acesso aos modos de sobrevivência e de enfrentamento ao luto relacionado com as perdas.

Em geral, uma perda implica luto. A dor da perda pode ser individual, mas o sofrimento da pessoa enlutada pela perda pode afetar um grupo de pessoas, configurando-se um sofrimento coletivo dada a dimensão ético-política do luto mediado pelas injustiças sociais. A pandemia de covid-19 emergiu como um acontecimento analisador nos fazendo ver e falar da precarização da vida e dos processos de gestão, trabalho e educação na saúde, além do crescimento das violências no território de abrangência do entorno da UBS Ilha de Santa Isabel. Portanto, a pesquisa proporcionou o conhecimento das vivências de profissionais da saúde e suas perdas que não estão relacionadas somente com a morte de algumas pessoas, estão atravessadas também pelo contexto do trabalho, da falta de segurança pública e por consequência da vida.

O estudo apresentado demonstrou também algumas fragilidades encontradas no SUS devido à má gestão e desconhecimento da Educação na Saúde para uma maior prevenção e promoção de saúde para a população. Em contrapartida, pudemos perceber profissionais da saúde cuja implicação com os processos de cuidado e de atenção em saúde está relacionada também com a defesa da vida e do SUS..

Referências

- Adichie, C. N. (2021). *Notas sobre o luto*. Companhia das Letras.
- Almeida, W. C., & Almeida Júnior, W. C. (2021). As Políticas públicas de segurança na pandemia causada pela covid-19. *Revista Direitos Culturais*, 16(39), 131-141.
- Barros, R. B., & Kastrup, V. (2009). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 52-76). Sulina.
- Bolassél, L. T., Nunes, F. R. C., Valandro, G. S., Rittman, I., Markus, J., Weide, J. N., Seibt, L. T., Verde, L. V., & Rodrigues, C. S. M. (2020). *O processo de luto a partir das diferentes perdas em tempos de pandemia*. PUCRS.
- Brasil. (2017). *Portaria n.º 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.
- Brasil. (2020a). *Orientações gerais sobre a atuação do ACSfrente à pandemia de covid-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2020b). *Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na atenção primária à saúde*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2020c). *Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente à covid-19*. Ministério da Saúde.
- Croda, J. H. R., & Garcia, L. P. (2020). Resposta imediata da vigilância em saúde à epidemia da covid-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(1), 1-3.
- Farias, H. S. F. (2020). O avanço da covid-19 e o isolamento social como estratégia para redução da vulnerabilidade. *Espaço e Economia*, 9(17), 1-12.
- Fernandes, R. C. P. (2023). O construto multidimensional trabalho precário, o futuro do trabalho e a saúde de trabalhadoras(es). *Cadernos de Saúde Pública*, 39(4), 1-15.
- Flor, T. B. M., et al. (2023). Análise da formação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: perspectiva de egressos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(1), 281-290.
- Giovanella, L., Martufi, V., Ruiz, D. C., Mendonça, M. H. M., Bousquat, A., Aquino, R., & Medina, M. G. (2021). A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à covid-19. *Saúde em Debate*, 45(130), 748-762.
- Giovanella, L., & Mendonça, M. H. M. (2012). Atenção Primária à Saúde. In L. Giovanella, S. Escorei, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (Orgs.), *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* (pp. 493-547). Editora Fiocruz.

- Kastrup, V., & Barros, R. B. (2009). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 76-92). Sulina.
- Lavor, A. C. H. (2021). Entrevista com Antonio Carlile Holanda Lavor: É preciso investir em pesquisas para aprender como orientar as famílias contra a covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 1817-1822.
- Lima, A. F., et al. (2022). Dilemas éticos durante a pandemia da covid-19. *Revista Bioética*, 30(1), 19-26.
- Lima, D. L. F., et al. (2020). Covid-19 no Estado do Ceará: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5), 1575-1586.
- Lucena, C. Y. F. (2019). *Depressão compreendida como distúrbio e doença do século* [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Campina Grande].
- Moretti, A. A., Guedes-Neta, M. L., & Batista, E. C. (2020). Nossas vidas em meio à pandemia da covid-19: incertezas e medos sociais. *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva*, 4(2), 32-41.
- Oliveira, M. A. B., et al. (2020). A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia covid-19. *APS em Revista*, 2(2), 142-150.
- Passos, E., & Barros, R. B. (2009). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 17-32). Sulina.
- Piauí. Secretaria de Saúde do Piauí. (2020). *Plano estadual de contingência para o enfrentamento da infecção humana pelo coronavírus (2019-nCoV) do estado do Piauí*. SESAPI.
- Ribeiro, M. A., et al. (2020). Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da covid-19: experiência de Sobral-CE. *APS em Revista*, 2(2), 177-188.
- Rocha Neto, J. M. (2020). As fragilidades do federalismo cooperativo na crise da covid-19. *Gestão & Saúde*, 11(3), 340-356.
- Rodriguez-Morlaes, A. J., et al. (2020). Covid-19 in Latin America: the implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 35, 1-3.
- Teixeira, C. F. S., et al. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465-3474.
- Vieira-Meyer, A. P. G. F. et al. (2021). Violência e vulnerabilidade no território do agente comunitário de saúde: implicações no enfrentamento da covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 657-668.

CAPÍTULO 9

CRIAÇÃO DE DISPOSITIVOS PARA A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR À POPULAÇÃO IMIGRANTE: O GRUPO DE TRABALHO DO INTÉRPRETE CULTURAL REMOTO¹

Luiz Carlos Espíndola Júnior
Sandra Corrêa da Silva
Rita Buttes da Silva

Introdução

Este texto tem como objetivo relatar a experiência do Grupo de Trabalho Intérprete Cultural Remoto (GTICR) na elaboração de um dispositivo destinado a implementar um procedimento padrão para o atendimento da população imigrante não falante de português. Esse dispositivo utiliza intérpretes acionados por meio das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC), visando aprimorar a qualidade da assistência prestada à população imigrante. No contexto da pandemia de covid-19, o GTICR foi proposto por um programa de residência multiprofissional em saúde no ano de 2020, sediado em um hospital público materno-infantil, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, em conjunto com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Este trabalho discute, a partir do relato das atividades realizadas por este GTICR, alguns obstáculos no acesso à saúde do imigrante, assim como possibilidades de atuação com competência cultural junto a esta população.

De acordo com dados compilados no Relatório Anual de 2020, do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), no período compreendido

¹ Releitura do Trabalho de Conclusão de Residência, apresentando por Luiz Carlos Espíndola Jr. em dezembro de 2021, para o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança - Violência e Vulnerabilidades (Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas).

entre 2015 e 2020, há maior presença das mulheres nos registros migratórios brasileiros, especialmente das venezuelanas, haitianas e cubanas² (Cavalcanti & Oliveira, 2020). Tonhati e Macêdo (2020) apontam para o aumento da procura de emprego formal por estas mulheres e revelam que mulheres imigrantes ocupam menos de 30% dos postos de trabalho formais dentre a totalidade da população imigrante. Ainda de acordo com estas pesquisadoras, entre 2010 e 2019, as mulheres imigrantes no Brasil são

[...] em sua maioria jovens, com nível de instrução de ensino médio completo, provenientes dos países da América Latina, com destaque para as haitianas, venezuelanas, cubanas e paraguaias, atuando no mercado de trabalho dos setores de limpeza, produção ou venda de alimentos, trabalho em frigoríficos e atividades de serviço, com renda média de dois salários mínimos e empregadas, principalmente, no estado de São Paulo e na região Sul (Tonhati & Macedo, 2020 *apud* Cavalcanti & Oliveira, 2020, p. 11).

No que diz respeito à saúde, de acordo com a Lei n.º 8080/90, que dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, todos os indivíduos no território brasileiro têm direito de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), sistema de acesso público, de forma universal e equitativa. Na prática, no entanto, verifica-se que a efetivação do direito à saúde do imigrante enfrenta diversos obstáculos que impactam no acesso e qualidade dos serviços de saúde prestados (Martins-Borges & Girardi, 2016). De acordo com pesquisas com o objetivo avaliar o acesso da população imigrante ao sistema de saúde (Martes & Faleiros, 2013; Silveira, 2013; Waldman, 2011), foram apontados como principais dificuldades

[...] problemas de comunicação (principalmente a língua), o horário de funcionamento da atenção básica (concorrente com o horário de trabalho), o tempo de espera, a falta de documentação (que não impede, mas dificulta o acesso), o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com diferenças culturais e experiências de discriminação por parte

² A respeito das migrações no Brasil, observa-se o crescimento entre países da América Latina, chamadas por alguns pesquisadores de "migrações sul-sul" (Santos & Rossini, 2019). Tal conceito às vezes aparece indicando o crescimento e a especificidade do fenômeno da migração intrarregional na América Latina, ou da migração entre países do "sul do mundo", considerando também os processos migratórios dos continentes africanos e asiáticos. Na demarcação desse fenômeno, discutem-se experiências de xenofobia, racismo e desigualdades sociais enfrentadas pelos migrantes "sul-sul" em contraste com as migrações cuja origem são os países do "norte do mundo", como EEUU e países do continente europeu.

de funcionários e profissionais de saúde (Martins-Borges & Girardi, 2015, p. 140).

Em resposta a estas dificuldades, a literatura internacional (Sandhu *et al.*, 2013; Pusseti, 2010; Kirmayer, 2011; Penka *et al.*, 2012 *apud* Martins-Borges & Girardi, 2016) já aponta para o papel da formação dos profissionais de saúde e para práticas que propiciem comunicação efetiva entre profissionais e usuários, como intérpretes e mediadores culturais.

Além desses achados, um estudo transversal com uma amostra probabilística de 452 imigrantes haitianos realizado em Cuiabá revelou que fatores decisivos para a utilização dos serviços de saúde pela população haitiana foram a renda, o maior tempo de estadia no país de acolhida e a autopercepção da piora da saúde. O estudo identificou que, entre o conjunto de imigrantes haitianos, as mulheres eram as que mais utilizavam os serviços de saúde (Alves *et al.*, 2019). Os autores argumentam que esse padrão é frequentemente observado em outros estudos com grupos de imigrantes e pode estar relacionado à maior procura das mulheres pelos serviços de saúde para cuidados preventivos ou pré-natal, como foi observado em imigrantes bolivianos residentes em São Paulo, onde o pré-natal foi um dos principais motivos de busca pelos serviços de saúde (Waldman, 2011).

Outros estudos (Risson, 2016; Santos, 2016 *apud* Alves, 2019) confirmam que a gestação para as imigrantes, assim como para as mulheres em geral, é um importante fator de aproximação com os serviços de saúde das imigrantes. Este mesmo estudo destaca a dificuldade em avaliar o perfil da população haitiana atendida pelos serviços de saúde, devido à falta de completude das informações sobre a nacionalidade do paciente nos principais Sistemas de Informação em Saúde do SUS, como o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) (Alves *et al.*, 2019)³.

³ Poderíamos acrescentar também o e-SUS, sistema de informações que opera na Atenção Básica, no qual também se verifica a incompletude da informação no que diz respeito à nacionalidade dos usuários dos serviços.

O objetivo deste relato é apresentar a experiência de constituição de um grupo de trabalho para implantação e implementação de um procedimento padrão para atendimento à população migrante por meio do acesso a intérprete cultural remoto no hospital, a partir de um programa de residência multiprofissional em saúde. O trabalho de base, implicou, a partir da observação-participante nas atividades do GTICR e dos documentos disponíveis sobre sua atividade, discutir tópicos relativos à assistência hospitalar à população migrante e sintetizar de modo analítico as propostas do GTICR para a qualificação do acesso dessa população à atenção hospitalar.

Uma experiência vivida e relatada

A metodologia utilizada na realização deste trabalho consiste em um relato de experiência, portanto, na apresentação sistemática de uma experiência vivida. Utilizou-se, especificamente, a perspectiva da análise narrativa como um enredo de pesquisa cujos dados de estudo consistem em ações e eventos, mas nos quais é a análise que permite desdobrar os acontecimentos em uma narrativa (Grollmus & Tarrés, 2015). Essa narrativa não se limita a enumerar eventos, mas busca fornecer uma perspectiva de processo histórico, destacando os efeitos das ações passadas e sua vinculação com as ações futuras.

Este trabalho se propõe a relatar a experiência do GTICR, que operou a partir de 2020 até o início de 2022. O grupo teve suas atividades sediadas no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV), um hospital público 100% SUS, sendo o principal campo de práticas de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança. Ao longo do período indicado neste relato, o grupo foi composto por: 1) residentes de Psicologia e de Serviço Social, 2) profissionais contratados e 3) servidores do hospital, dentre os quais havia uma preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança. Este grupo, que se reuniu por meio de reuniões virtuais, teve participantes que atuavam em diversos setores do hospital.

O relato foi construído a partir da observação das atividades do GTICR e do registro feito em relatorias de reuniões ordinárias do grupo ao longo do período compreendendo 2020 a 2021. As observações foram realizadas pelo residente atuante no GT desde sua criação até novembro de 2021 e proponente da sua criação. O texto original foi discutido com a preceptora de núcleo e tutora de campo integrantes do GT para que pudessem integrar sua autoria.

O período que compreendeu a residência

Durante o período que compreendeu a residência, o Grupo de Trabalho Intérprete Cultural Remoto reuniu-se com a finalidade de implementar um procedimento padrão para atendimento à população imigrante não falante de português com intérpretes acionados por meios das Tecnologias da Comunicação (TIC), com um *tablet* ou celular. A proposta para a criação de um procedimento que facilitasse a comunicação entre profissionais da saúde e população imigrante e indígena⁴ surgiu a partir do reconhecimento dos obstáculos enfrentados por estas populações e da angústia dos profissionais que tinham como tarefa atendê-las sem os recursos técnicos necessários para tal, especialmente durante a pandemia de covid-19.

Em condições típicas, quicá ideais, um imigrante haitiano, por exemplo, que sabe que será internado em um hospital, poderia ter próximo a si um conhecido ou parente que domina suficientemente a língua portuguesa. Se isso não fosse possível, a equipe de saúde ainda poderia tentar contatar uma das organizações que, no município, dão suporte à população imigrante, visando auxiliar na mediação cultural e linguística com o usuário imigrante. No entanto, estes são recursos que podem ou não estar disponíveis e nos cabe perguntar se uma política pública universal como o

⁴ O GTTCR também visava incluir a população indígena no seu escopo de trabalho, pensando na qualificação da assistência hospitalar prestada a essa população. Em Porto Alegre, são atendidas, em especial as etnias Guaraní Mbya e Kaingang. A este respeito, observamos um obstáculo semelhante ao dos imigrantes, relativo à língua e à cultura. Optou-se por realizar este relato com enfoque na população imigrante por conta dos poucos avanços obtidos pelo GTTCR com relação ao atendimento da população indígena, não sendo o objetivo deste trabalho a discussão da natureza destes obstáculos.

SUS deveria contar de antemão com este tipo de garantia para concretizar o princípio da integralidade e da equidade em saúde.

A vivência disparadora

No período que comporta a redação deste trabalho, viveu-se o início da pandemia de covid-19, que impôs, progressivamente, restrições importantes à circulação de pessoas no hospital. O atendimento, que já era desafiador, encontrou obstáculos ainda maiores e as estratégias adotadas anteriormente tomaram-se problemáticas pela exigência de autorizar a circulação de uma pessoa adicional nas dependências do hospital, o que se chocava com as orientações quanto ao controle da pandemia vigentes naquele momento.

Anteriormente à pandemia, o bebê de Abina⁵ esteve internado durante três dias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, pois necessitou de cuidados após entrar em sofrimento fetal, em função de uma infecção materna. Os serviços de Psicologia e Serviço Social foram acionados pela equipe de ginecologia da maternidade, onde a mãe estava, pois não conseguiam comunicar-se com a puerpera; precisavam informar a ela que seu bebê precisaria ser transferido para UTI Neonatal, para tratamento. Abina era haitiana e falava o crioulo haitiano. A demanda chamou a atenção das colegas do setor de Psicologia, pois nós, residente, preceptora e tutora, também não falávamos créole haitiano.

Encontramos Abina chorando na entrada da UTI Neonatal. Ela conseguia compreender algumas palavras do português, mas não o suficiente para ser possível explicar sobre a internação de seu filho. Tentamos utilizar, portanto, em nossos celulares pessoais, aplicativos de tradução, em que ela precisaria escrever créole e o texto seria traduzido para o português. Essa estratégia se demonstrou muito limitada, pois as frases depois da tradução não faziam sentido para nós. No entanto, apesar das dificuldades enfrentadas, conseguimos estabelecer uma comunicação por meio de

⁵ Para preservar a privacidade das pessoas envolvidas, os nomes citados neste relato são todos fictícios.

tentativa e erro, utilizando diferentes estratégias. Foi possível compreender que Abina vivia há dois anos no Brasil e este era o seu quarto parto, o primeiro no país. Foi a primeira vez que passou por uma episiotomia - uma incisão no períneo, entre o ânus e a vagina, para facilitar a passagem do bebê - e, durante o parto, não conseguia compreender o motivo pelo qual a equipe teria feito aquilo. Além disso, referiu ter sentido muita dor, sem conseguir comunicá-la com palavras para a equipe. Em suma, Abina relatou ter vivido um parto traumático e um momento de desespero, para em seguida, ter seu filho manuseado e transferido para outro lugar, sem que pudesse compreender o motivo ao certo.

Após este primeiro atendimento, o trabalho realizado foi sobretudo em conjunto com pessoas que compartilhavam com Abina os seus referentes culturais: seu marido e uma amiga haitiana que conhecera no Brasil e que era fluente em português. Com o auxílio da mediação cultural proporcionada, sobretudo por esta amiga, foi possível dissolver certas dúvidas e medos que Abina acumulou ao longo da internação como, por exemplo, o medo de que "trocassem seu bebê".

Em diversos momentos do acompanhamento a esta mãe, surgiram temas que explicitam a diferença cultural em jogo e a necessidade de sua mediação. Os procedimentos invasivos realizados no interior de uma UTI foram os que mais causaram estranhamento, o método de cura baseado em líquidos controladamente colocados para dentro do corpo do adoentado por meio de ferimento provocado com uma agulha, calculadamente aberta no braço do bebê, mais conhecido por nós como acesso venoso, causavam espanto em Abina que, naquele momento, gostaria de poder dar a seu filho uma infusão de uma planta nativa de propriedades curativas. Graças à mediação cultural, a dimensão cultural do usuário pôde ser escutada e acolhida.

Em outra situação, atenderam-se os pais de um bebê internado na UTI, que eram imigrantes haitianos e que, diferentemente do caso relatado anteriormente, não conseguiram mobilizar uma rede de suporte referenciada na sua cultura. Neste caso, o auxílio de uma organização da sociedade civil atuante no município, voltada para o trabalho com populações imigrantes, foi crucial para assistir integralmente à família.

Neste caso em específico, havia a necessidade de comunicar a identificação de uma infecção sexualmente transmissível à usuária, preservando a sua privacidade, de modo que contar com o seu marido como mediador estava fora de questão. A partir disso, ressaltou-se a importância da preservação da privacidade e do sigilo durante a realização da mediação cultural, principalmente no momento da comunicação de dados sensíveis, considerando que o acompanhante não tem a mesma obrigação de sigilo dos profissionais da saúde. Ficou evidente a urgência em se discutir também os aspectos éticos e legais envolvidos na prática da mediação cultural no hospital.

Os primeiros passos do grupo de trabalho

O GTICR foi constituído inicialmente com residentes de Psicologia e Serviço Social e por uma preceptora, com o objetivo de implementar a prática do intérprete cultural remotamente, para garantir o atendimento de qualidade ao imigrante durante a pandemia. O GTICR passou a se reunir remotamente em frequência quinzenal e a registrar seus encontros em uma ata *on-line*. No ano de 2020, o grupo reuniu-se do final de setembro até o começo de dezembro, totalizando seis encontros, estabelecendo um hiato em relação à data de continuidade das reuniões.

Nas primeiras reuniões, surgiram diversas dúvidas sobre por onde e como começar a construção do procedimento padrão. Essas questões que surgiam colocaram para o grupo a necessidade de acessar informações sobre como outros municípios e hospitais lidavam com a dificuldade linguística na assistência à saúde. Consequentemente, parte dos integrantes do GTICR dedicou-se a entrar em contato com hospitais de Porto Alegre e outros foram em busca de iniciativas no interior das políticas municipais, que ajudassem o grupo a encontrar pontos de partida e inspirações.

Quatro hospitais do município foram contatados. A resposta que obtivemos à época era a seguinte: um dos hospitais - do âmbito federal - mantinha parceria com

uma das organizações da sociedade civil que trabalha junto da população imigrante; outro, hospital universitário, possuía um fluxo para acesso a intérpretes no atendimento da população imigrante, estabelecido há alguns anos⁶; os outros dois não possuíam fluxo para este tipo de atendimento. Nenhum dos hospitais mencionou possuir um fluxo para o acesso de intérpretes de maneira remota, por meio das TIC.

No âmbito das políticas municipais voltadas à atenção à saúde dos imigrantes, destaca-se a Política Municipal para a População Imigrante de São Paulo, instituída pela Lei Municipal n.º 16.478, de 8 de julho de 2016. O artigo 4º dessa lei prevê a "designação de mediadores culturais nos equipamentos públicos com maior afluxo de imigrantes para auxílio na comunicação entre profissionais e usuários". Essa política, pioneira no país, estabelece diretrizes e ações prioritárias para o atendimento qualificado da população imigrante na cidade de São Paulo. Além disso, o Conselho Municipal de Imigrantes também faz parte dessa iniciativa. Vale ressaltar que, em 2020, foi instituído o 1º Plano Municipal de Políticas para Imigrantes, que define as diretrizes para o período de 2021 a 2024.

A disponibilização de mediadores culturais nos serviços públicos surge novamente no 1º Plano Municipal de Políticas para Imigrantes de São Paulo (2021-2024) na meta de "Instituir aplicativo multilíngue e canal de interlocução remota entre a pessoa imigrante e intérprete especializado para garantir a padronização de abordagem intercultural nos serviços de atendimento em saúde física e mental".

Banco de intérpretes e a construção de uma rede de trabalho

Em 2020, enquanto esperava a chegada de um aparelho remoto prometido pela gestão do hospital para viabilizar o projeto, o GTICR reuniu-se para discutir

⁶ De acordo com a chefia de Serviço Social do hospital universitário citado, existe um cadastro de profissionais na comunidade interna e externa, no qual voluntários se colocam à disposição para poder atender às necessidades dos usuários relacionadas ao idioma. Tal cadastro fica à disposição junto ao serviço de telefonia do hospital para que todos os profissionais internos possam acessar, quando necessário. Com relação aos usuários indígenas, é realizado o contato com a Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI) que se dirige até o hospital para realizar o contato.

outras condições que eram necessárias para colocar em prática o procedimento padrão. Duas questões haviam se destacado, sendo uma delas a criação de um banco de intérpretes para uso do hospital e, a outra, os aspectos legais e éticos envolvidos na intervenção proposta.

Dentro do hospital, buscamos o apoio do Comitê de Bioética Clínica para avaliar o texto do projeto e indicar pontos que fossem importantes de serem desenvolvidos sob o aspecto ético. O Comitê, que era composto por colaboradores e trabalhadores de diversos núcleos profissionais do hospital, acolheu a solicitação e convidou o GTICR para uma de suas reuniões para debater a proposta de procedimento padrão, posteriormente emitindo um parecer por escrito. Em outro momento, uma das integrantes do Comitê de Bioética Clínica participou de uma das reuniões do GTICR.

O parecer do Comitê de Bioética Clínica sugeria ao GTICR: 1) um termo de consentimento em que o usuário autorizasse a realização da intermediação cultural, traduzido na sua língua; 2) a elaboração de um texto informativo, traduzido, que informasse sobre a possibilidade de mediação cultural nas unidades de atendimento; 3) a importância de capacitação dos atores envolvidos no projeto (trabalhadores, usuários e intérpretes) acerca da mediação cultural.

No hospital, além das articulações com o Comitê de Bioética Clínica, um convite aberto aos profissionais do hospital que soubessem outra língua para contribuir na intermediação foi pensado para ser divulgado por meio dos canais institucionais pela direção do hospital.

O grupo de trabalho também se dividiu para efetuar contato com os diversos grupos que atuavam com a população imigrante, no município de Porto Alegre. Ainda em 2020, houve participações em reuniões do Comitê Estadual de Atenção a Migrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas do Tráfico de Pessoas do Rio Grande do Sul (COMIRAT-RS) e da Área Técnica de Saúde do Imigrante da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Outros agentes também foram mapeados e contatados. O Brasil tem reconhecidamente mais de quatro mil refugiados

provenientes de pelo menos 76 nacionalidades, número pequeno devido a distância dos países da África e Leste Europeu.

Foram percebidos, em síntese, três tipos de agentes: 1) os profissionais que desenvolviam um trabalho individual sensível à população imigrante na rede de serviços públicos; 2) os comitês intersetoriais vinculado às esferas governamentais direcionados à questão da migração, assim como grupos e núcleos de estudos na universidade que ofertam tanto atividades de extensão, quanto realização de pesquisa sobre temas relacionados à migração e imigrantes e; 3) por fim, os agentes que vinham realizando, de forma voluntária, um trabalho junto à população imigrante, sem necessariamente fazer parte da classe profissional ou ser vinculado a uma instituição. Estes agentes, muitas vezes, eram também imigrantes.

Em dezembro de 2020, o grupo de trabalho reuniu-se antes do recesso de fim de ano. Discutiu-se, sobretudo, sobre a possibilidade de formalização do GTICR mediante portaria municipal, o que tomaria suas atividades públicas e reconhecidas oficialmente, podendo ser mais bem reconhecida na carga horária de seus integrantes e qualificaria a continuidade da proposta de trabalho. Redigiu-se, portanto, uma minuta de portaria que formalizaria a composição do grupo que, na época, não foi aprovada pela gestão.

Um recesso prolongado

O recesso, que se pensou que seria somente durante o período das férias, prolongou-se por meses. O grupo formado, composto por residentes e uma preceptora em vias de aposentadoria, via-se pressionado pelas demandas de trabalho e de formação, dificultando a realização de novas reuniões. A pausa, que durou metade de um ano, gerou variadas interpretações por parte dos membros do grupo. Essas interpretações eram frequentemente marcadas por dúvidas e desconfiança em relação aos processos de gestão. Havia receio de que os avanços percebidos em 2020, sob a gestão anterior, tivessem sido perdidos com a mudança de administração,

especialmente devido à falta de formalização do GTICR e à ausência de notícias sobre os materiais necessários para a execução do procedimento padrão.

Ocorreu que, de modo inesperado ao grupo, no final de maio, um celular e um *tablet* chegaram, cedidos por outra instituição pública ao hospital e direcionados pela nova gestão para a execução do Projeto Intérprete Cultural Remoto, dentre outras atividades do Setor de Psicologia no hospital. A chegada destes recursos levou o grupo a se reunir novamente para retomar os rumos. Na reunião do GTICR, as avaliações centraram-se sobre a necessidade de novamente inserir no grupo profissionais de outros setores do hospital e de apresentar a proposta de ação à nova direção da instituição. Tal preocupação vinha apoiada tanto nas necessidades inerentes à execução da proposta de procedimento padrão, quanto da perspectiva de permanência no hospital dos integrantes do GTICR que corria o risco de, até o fim do ano, ficar esvaziado com a formatura dos residentes que o compunham e com a aposentadoria de uma integrante. Havia ainda a preocupação tanto com a operacionalização do procedimento em diferentes setores, quanto com a própria continuidade do GTICR que o impulsionava.

A partir de então, o GTICR iniciou a escrita de um novo texto, que buscou detalhar o procedimento que estava sendo proposto e que fornecesse uma síntese dos debates relativos à ética e sigilo na assistência mediada por um intérprete cultural remoto. Foi estabelecido que o texto do projeto incluiria um fluxograma, detalhando o procedimento passo a passo, além dos respectivos termos de consentimento para o paciente e de confidencialidade para o mediador.

Esses elementos foram considerados necessários com base nas discussões que o grupo vinha realizando desde o ano anterior, com o apoio do Comitê de Bioética Clínica. Com o texto do projeto finalizado, em agosto de 2020, foi realizada uma reunião com a direção do hospital para apresentação da proposta de procedimento à gestão que havia assumido após as eleições municipais de 2020. Após uma breve reunião entre membros do GTICR e a direção técnica, ficou acordado o agendamento de outra reunião para apresentação do protocolo piloto. Nessa próxima sessão,

estavam presentes a responsável técnica da Saúde do Imigrante do Núcleo de Equidades da Secretaria Municipal de Saúde (NEQ), da Coordenação de Políticas Públicas em Saúde (CPPS) da Atenção Primária em Saúde (APS/SMS).

Na nova reunião, realizada no início de setembro, além da aprovação do novo texto do projeto pela gestão atual, foi discutida a possibilidade de contratação de mediadores culturais, via processo seletivo, pelos serviços de saúde conveniados com a prefeitura. Tal discussão se deu nesses termos, na medida em que as possibilidades de contratação estavam diretamente ligadas com o caráter desestatizado da saúde do município, tomando as possibilidades de concurso público remotas no momento.

A direção levantou a proposta de verificar a possibilidade de contratação por meio da empresa conveniada. Como alternativa à contratação via convênio, a representante do Serviço de Referência para Triagem Neonatal (SRTN) aventou a possibilidade de entrar em contato com o Ministério da Saúde para verificar a possibilidade de aquisição de mediador cultural para o hospital, por meio de recursos federais. Importante salientar que a reunião de setembro de 2021 contou com a presença de uma profissional atuante do SRTN, serviço especializado em doenças detectadas pelo teste do pezinho, dentre elas a anemia falciforme que se expressa sobretudo na população negra. De acordo com o relato da profissional, o SRTN atende cerca de 50 haitianos ou filhos de casais haitianos, o que chama a atenção da equipe da qual faz parte. No final de agosto, o GTICR contou com a entrada de representantes do SRTN e do Pré-Natal de Alto Risco do hospital, serviço que também relatou atender muitas haitianas.

O Núcleo de Mediação Cultural no Hospital

Após a reunião de setembro, na qual o GTICR apresentou à direção do hospital a versão mais recente do texto do projeto, foi marcada uma nova reunião para

a sua apresentação à recentemente retomada⁷ Comissão de Humanização do hospital, prevista para o início do mês de novembro de 2020. Antes desta reunião, o grupo reuniu-se e dedicou tempo para discutir e elaborar a pauta relacionada à realização de uma roda de conversa sobre o acesso à saúde de imigrantes no hospital.

O objetivo dessa roda de conversa era dialogar diretamente com a população imigrante sobre esse tema específico, apresentar-lhes a proposta de procedimento padrão e convidá-los a participar como intérpretes voluntários. Além disso, foi encaminhado que o GTICR, ao se dirigir ao Comitê de Humanização do hospital, proporia a criação de um subcomitê de acolhimento ao imigrante, com função de proporcionar Educação Permanente em Saúde sobre o tema, além de suporte operacional às equipes do hospital no atendimento de imigrantes.

Nesse ínterim, o grupo foi surpreendido pela notícia da contratação de mediadores interculturais pela rede municipal de saúde. Foram contratados como mediadores interculturais, com auxílio da Área Técnica da Saúde do Imigrante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), dois haitianos - uma mulher e um homem - e uma senegalesa. O impacto desta notícia sobre o GTICR fez repensar a estratégia de utilização de voluntários como intérpretes culturais remotos. Parte substancial do grupo, desde o seu início, compreendia que a atuação de haitianos como voluntários na qualificação do acesso à saúde dos imigrantes poderia se caracterizar como a exploração do trabalho não remunerado dessas populações, já exposta a condições precárias de trabalho nos países de acolhida.

No entanto, como a contratação parecia algo pouco factível até pouco tempo atrás, a atuação dos imigrantes como voluntários parecia a única alternativa disponível para reduzir as barreiras linguísticas e culturais no acesso à saúde. Com a contratação

⁷ A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, busca pôr em prática os princípios e diretrizes do SUS no cotidiano dos seus serviços, por meio de estratégias que visam humanizar o atendimento em saúde. A este respeito foram publicadas cartilhas e diretrizes, além disso, foram criados comitês de humanização em alguns dos hospitais com objetivo de implementar os objetivos da PNH. A Comissão de Humanização do HMIPV esteve desativada durante alguns anos e foi retomada em outubro de 2021.

de mediadoras, a roda de conversa foi adiada, encaminhando-se, em seu lugar, uma reunião com os mediadores interculturais contratados.

No início de novembro de 2021, o GTICR apresentou seu projeto na Comissão de Humanização do hospital. O GTICR obteve aprovação em reunião para duas importantes medidas: a inclusão da nacionalidade no cadastro de usuários do hospital, visando aprimorar as informações disponíveis sobre o acesso da população imigrante; e a criação do Núcleo de Mediação Cultural (NUMEC/HMIPV). Este núcleo estará vinculado à administração do hospital e ligado à Comissão de Humanização, composto pelos mesmos integrantes do GTICR. As funções do NUMEC compreendem realizar ações de Educação Permanente em Saúde junto às equipes do hospital no tocante à qualificação do atendimento às populações imigrantes e indígenas e prestação de suporte operacional às equipes do hospital na assistência a estas populações.

O NUMEC/HMIPV, diferentemente do GTICR, está vinculado à administração e gestão do hospital, ligado à Comissão de Humanização. Avaliou-se que este novo estatuto do trabalho realizado pelos integrantes do GTICR poderia auxiliar na difusão de uma agenda de qualificação da assistência a diferentes culturas no SUS.

Discussão e fechamento... ou o grupo de trabalho e seus horizontes de possibilidades

Nesta última parte do trabalho, a título de considerações finais, faremos alguns apontamentos sobre o futuro do grupo de trabalho e seu horizonte de possibilidades. No HMIPV, assim como nos diversos serviços de saúde de Porto Alegre, enfrentam-se obstáculos no tocante ao atendimento à população imigrante, especificamente haitiana. Em 2020, diante da dificuldade de comunicação entre os profissionais e as usuárias haitianas do hospital, especialmente devido à falta de

domínio da língua materna por parte das equipes assistentes e à falta de compreensão das diferenças culturais entre as nacionalidades, foi criado o GTICR.

O objetivo deste grupo era implementar o uso de intérpretes por meio de dispositivos remotos. Durante suas atividades, o grupo identificou não apenas barreiras linguísticas, mas também outros obstáculos que impactavam na qualidade da assistência à saúde dessa população, como a ausência de informação sobre a nacionalidade dos usuários nos registros hospitalares. No intuito de planejar a implantação do seu procedimento padrão, o grupo previu a articulação dos recursos já existentes na rede pública (estado e município) e na sociedade civil, por meio de suas organizações e associações. Assim, os integrantes do GTICR passaram a compor o debate sobre direito à saúde da população imigrante no município de Porto Alegre, entrando em contato com setores da SMS e instituições parceiras, com destaque para a Área Técnica de Saúde da População Imigrante que compõe o Núcleo de Equidades em Saúde (NEQ) da SMS.

Partindo das reflexões trazidas pelo GTICR, em conjunto com o indicado pela literatura científica, compreende-se, a necessidade de um maior desenvolvimento de estudos e pesquisas, de forma a fundamentar a criação de políticas públicas e de intervenções adequadas às reais necessidades do imigrante em geral. Deste modo, o presente texto teve como finalidade relatar a experiência da criação do Grupo de Trabalho Intérprete Cultural Remoto, argumentando acerca do potencial deste grupo em identificar obstáculos para a assistência hospitalar da população imigrante.

A criação do Núcleo de Mediação Cultural, como um braço da Comissão de Humanização do HMIPV, proposta pelo GTICR em novembro de 2021 e a contratação de mediadores culturais pela rede de saúde do município, lançaram expectativas positivas para a qualificação e humanização da assistência hospitalar à população imigrante, dando ao HMIPV a oportunidade de contribuir para a implementação efetiva dos mediadores interculturais.

Cabe também ressaltar a importância do dispositivo da residência multiprofissional no agenciamento destas possibilidades, fazendo perpassar ensino,

gestão e assistência. Abre-se, assim, a possibilidade de novas contribuições nas políticas públicas de saúde no horizonte da efetivação dos princípios do SUS, possibilitando respostas mais efetivas a situações emergenciais, tal como se constituiu a pandemia de covid-19.

Referências

- Alves, J. F. S., *et al.* (2019). Utilização de serviços de saúde por imigrantes na grande Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4677-4686.
- Cavalcanti, L., *et al.* (2019). *Imigração e Refúgio no Brasil. A inserção do imigrante, solicitante de refúgio e refugiado no mercado de trabalho formal. Resumo Executivo*. Observatório das Migrações Internacionais. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral.
https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/publicacoes-obmigra/RESUMO%20EXECUTIVO%20_%202019.pdf
- Cavalcanti, L., & Oliveira, W. F. (2020). Um panorama da imigração e do refugio no Brasil. Reflexões à guisa de introdução. In L. Cavalcanti, A. T. Oliveira, & M. F. R. de Macedo (Orgs.), *Imigração e refúgio no Brasil. Relatório Anual 2020. Série Migrações* (pp. 8-16). Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral.
- Girardi, J. F., & Martins-Borges, L. (2016). Imigração, saúde e direitos humanos. In K. S. Silva, M. R. Pereira, & R. M. Santos (Orgs.), *Refúgios e migrações: práticas e narrativas* (1st ed., pp. 131-143). NEFIPO/UFSC.
- Gomes, J. M. E. (2013). *Imigrantes indocumentados no Brasil: uma análise sob o enfoque do Direito do Trabalho* [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade de Brasília].
- Grollmus, N. S., & Tarres, J. P. (2015). Relatos metodológicos: difracting experiências narrativas de investigación. *Fórum Qualitative Social Research*, 16(2).
- Kirmayer, L. J., *et al.* (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 959-967.
- Lima, V. (2011). *Refugiados: a situação dos haitianos*. Câmara dos Deputados.
<https://www.camara.leg.br/radio/programas/354223-refugiados-a-situacao-dos-haitianos-0648/>
- Martes, A. C. B., & Faleiros, S. M. (2013). Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 351-364.
- Penka, S., *et al.* (2012). The concept of "intercultural opening": the development of an assessment tool for the appraisal of its current implementation in the mental health care system. *European Psychiatry*, 27(Suplemento 2).
- Pussetti, C. (2010). Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde & Sociedade*, 19(1), 94-113.

- Risson, A. P. (2016). *Cartografia da atenção à saúde de imigrantes haitianos residentes em Chapecó, SC* [Dissertação de Mestrado, Universidade Comunitária da Região do Chapecó].
- Sandhu, S., *et al.* (2013). Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 48.
- Santos, A. L., & Rossini, R. E. (2018). Reflexões geográficas sobre migrações, desenvolvimento e gênero no Brasil. In R. Baeninger *et al.* (Orgs.), *Migrações sul-sul* (pp. 277-295). Núcleo de Estudos de População "Elza Berquó" - Nepo/Unicamp.
- Santos, F. V. (2016). A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(2), 477-494.
- Silveira, C., *et al.* (2013). Living conditions and access to health services by Bolivian immigrants in the city of São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 2017-2027.
- Tonhati, T., & Macedo, M. de. (2020). Imigração de mulheres no Brasil: movimentações, registros e inserção no mercado de trabalho formal (2010-2019). In L. Cavalcanti, A. T. Oliveira, & M. F. R. de Macedo (Orgs.), *Imigração e refúgio no Brasil. Relatório Anual 2020. Série Migrações*. Observatório das Migrações Internacionais. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral.
- Waldman, T. C. (2011). Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianos em São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*, 12(1), 90-114.

CAPÍTULO 10

"AQUI SE RESPIRA LUTA": UMA EXPERIÊNCIA DE COZINHA POPULAR SOLIDÁRIA

Isabel Passos Delforge
Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Livia Milena Barbosa de Deus Mélo

Introdução

Este é um relato de luta pela vida. Ele se dá em um cenário em que ocorrem simultaneamente diversas crises. Uma crise sanitária, a partir da pandemia de covid-19 e seus impactos, principalmente no Brasil, considerando a gestão criminosa do Governo Federal, conduzido pelo então presidente Jair Messias Bolsonaro, que ilustra duas outras crises: uma política e outra social. Não menos importante, uma crise econômica, com altos índices de desemprego, inflação e austeridade fiscal, com retirada de conquistas sociais importantes.

Em 2022, o Brasil volta ao Mapa da Fome da Organização das Nações Unidas (ONU), com 125,2 milhões de pessoas em domicílios com Insegurança Alimentar (IA) e mais de 33 milhões em situação de fome, isto é, insegurança alimentar grave (Penssan, 2022). Como nos alerta Josué de Castro, não se trata da fome como fenômeno exclusivamente econômico, como desejam as chamadas por ele de "minorias dominantes", ignorando, assim, seu valor intrínseco ligado aos interesses da saúde coletiva (Castro, 1984).

Trataremos a fome como fenômeno inerente ao capitalismo (Ávila, 2010), entendendo seu aumento a partir do aprofundamento da desigualdade social, que também lhe é inerente, mas que recrudesce neste país a partir desse encontro de crises. Outra crise a ser notada é a ambiental, os impactos dela incidem de maneira desigual na sociedade, na dependência dos determinantes sociais de gênero, raça e etnia (Malerba, 2010). São as camadas mais vulnerabilizadas, periféricas, oprimidas, que

vivenciam cotidianamente, não somente os efeitos desta crise, mais de todas essas crises do capital.

É a partir dessa vivência, extremamente difícil, que surge esse relato de experiência, fruto de um trabalho realizado "a muitas mãos". Surge do encontro da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM), da Universidade de Pernambuco (UPE), com a Campanha Mãos Solidárias (CMS) e o Movimento de Trabalhadoras e Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). A RMSM constitui-se com um caráter formativo e político. É uma formação no âmbito de uma universidade pública voltada para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Defende os princípios da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, visando atuação profissional crítica e propositiva no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A Mãos Solidárias é uma estratégia estadual, que se soma à campanha nacional Periferia Viva. Ambas surgiram a partir da chegada da pandemia no Brasil, como forma de ampliar a capacidade de resposta da população ao vírus, considerando a falta de resposta governamental eficiente para seu controle (Méllo *et al.*, 2020). Nestas campanhas, cultua-se o conceito de solidariedade ativa, no qual o povo se faz sujeito ativo e coletivo, capaz de lutar por seus direitos, distanciando-se de práticas assistencialistas, nas quais o povo somente é receptáculo da solidariedade (Méllo *et al.*, 2020).

A *Campanha* no Recife iniciou-se com o projeto Marmitas Solidárias, localizado no Armazém do Campo, ainda em março de 2020, com parcerias de diversos movimentos e organizações sociais. Nos eixos de saúde e educação, a parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) construiu a "Formação de Formadores dos Agentes Populares de Saúde" (Mello *et al.*, 2020). Esta formação teve por objetivo difundir conhecimentos acerca do coronavírus, além de formas de prevenção e cuidados, tendo como público prioritário as lideranças comunitárias, dentre outros sujeitos atuantes nos territórios de ação. Visava ao desenvolvimento de respostas coletivas e comunitárias, somando-se aos esforços da atenção primária local (Mello *et al.*, 2020).

Com a formação de Agentes Populares de Saúde (APS) em toda a Região Metropolitana do Recife (RMR), a Mãos Solidárias iniciou sua territorialização: saiu do centro do Recife e adentrou os morros, periferias e palafitas da cidade. Foi a partir da perspectiva da Educação Popular que ocorreu a inserção das Agentes Populares de Saúde em suas comunidades. A percepção da realidade social local permitiu atuar sobre ela. Com a práxis, então, surgiram diversas outras frentes de atuação na Mãos Solidárias, tais como os Bancos Populares de Alimentos, as Hortas Populares Solidárias e o Roçado Solidário, entre outras, as quais este trabalho não tem a pretensão em esgotar. Este relato refletirá sobre uma dessas frentes, que surgiu em 2022, as Cozinhas Populares Solidárias, em especial, a Cozinha Irmã Dorothy, no município de Camaragibe.

Na linha de frente das ações da Mãos Solidárias, encontra-se a Brigada Popular Solidária Dom Hélder Câmara (BDH), do MST, convocada em tempos de pandemia para atuação emergencial no contexto urbano. O MST surgiu em 1984, e, desde este período, elenca três principais objetivos: lutar pela terra, pela reforma agrária e pela transformação da sociedade (Manzin, 2015). Atualmente, cultua-se o conceito da Reforma Agrária Popular (RAP), objetivando a aliança entre os trabalhadores urbanos e rurais, em defesa da soberania e no combate à mercantilização dos bens da natureza, para a produção de alimentos saudáveis para a população (Manzin, 2015).

Este relato expressa o encontro de todas essas lutas, pela Reforma Sanitária, pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e pela Reforma Agrária Popular. Destaca-se o conceito de saúde do MST: "Saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime" (Silva & Prada, 2019, p. 61). É a partir desta perspectiva, de uma produção de saúde com consciência política, que seguiremos neste trabalho.

Relato de experiência como encontro entre saúde e luta popular

No município de Camaragibe são realizadas as atividades práticas da RMSM, de março de 2021 a março de 2023, componentes deste relato. O percurso da

residência incluiu a Atenção Básica, com atuação no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tipo II, e prossegui para a atenção especializada, com atuação em três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): para Adultos, para as pessoas com uso problemático de Álcool e Outras Drogas e para crianças e adolescentes (Infanto-Juvenil). Em 2022, iniciou-se a atuação junto à Brigada Popular Solidária, especificamente na Brigada Territorial de Camaragibe, devido à proximidade com o município. Neste ano, a Brigada Territorial estava presente, a partir da Mão Solidárias, nos bairros de Nazaré, território coberto pelo NASF II, e em Bondade de Deus I e II (BD 1/11), área de ocupação urbana sem cobertura pela Atenção Básica. Em Nazaré, presenciamos a cheia do rio Capibaribe tomar conta das casas, após uma noite de fortes chuvas; enquanto em Bondade de Deus organizamos a Cozinha Popular Solidária Irmã Dorothy, como resposta aos desastres que esse período chuvoso acarretou, não só na região metropolitana, mas em todo estado de Pernambuco.

Como este relato é produto do encontro entre saúde e luta popular, objetiva-se discorrer sobre essas duas temáticas, a partir de duas perguntas centrais. A primeira visa contribuir para uma tarefa coletiva da militância da Brigada Dom Hélder Câmara: a de sistematizar o método de trabalho urbano do MST em Recife. Perguntamo-nos então: como se organizou a Cozinha Popular Solidária Irmã Dorothy? A segunda pergunta se associa às reflexões provocadas no processo de imersão no SUS, a partir da RMSM: como pode esta cozinha ser produtora de saúde? Dessa forma, tem como objetivo sistematizar a experiência de constituição da Cozinha Popular Solidária Irmã Dorothy como espaço de organização política e promoção da saúde.

Os sujeitos envolvidos neste relato são a militância da Brigada Popular Solidária Dom Hélder Câmara em conjunto com as Agentes Populares de Saúde envolvidas na Cozinha Irmã Dorothy. Este é um relato de experiência reflexivo, com abordagem qualitativa. Será utilizado o método de Sistematização de Experiências, de Oscar Jara, respeitando seus cinco tempos: 1 - O ponto de partida; 2 - As perguntas iniciais; 3 - Recuperação do processo vivido; 4 - A reflexão de fundo e 5 - Os pontos de chegada (Jara, 2006, p. 29).

Este método foi eleito, pois, baseando-se em uma concepção metodológica dialética, propõe uma reflexão teórica a partir da prática, com os seguintes objetivos: 1 - obter compreensão aprofundada das experiências que vivemos, a fim de melhorar nossa prática; 2 - compartilhar o aprendizado vivido com outras práticas semelhantes e 3 - conduzir à reflexão teórica os conhecimentos surgidos das práticas (Jara, 2006). Serão utilizados como instrumentos de pesquisa, além da pesquisa bibliográfica, informações de domínio público, disponíveis nas páginas da Mãos Solidárias e do MST, o diário de campo da residente, construído de forma orgânica durante todo o período da residência, e as relatorias, construídas de forma sistemática nas reuniões da brigada territorial de Camaragibe. Este relato de experiência não revelará as identidades dos atores envolvidos nas ações. Utilizou-se somente materiais produzidos pela residente.

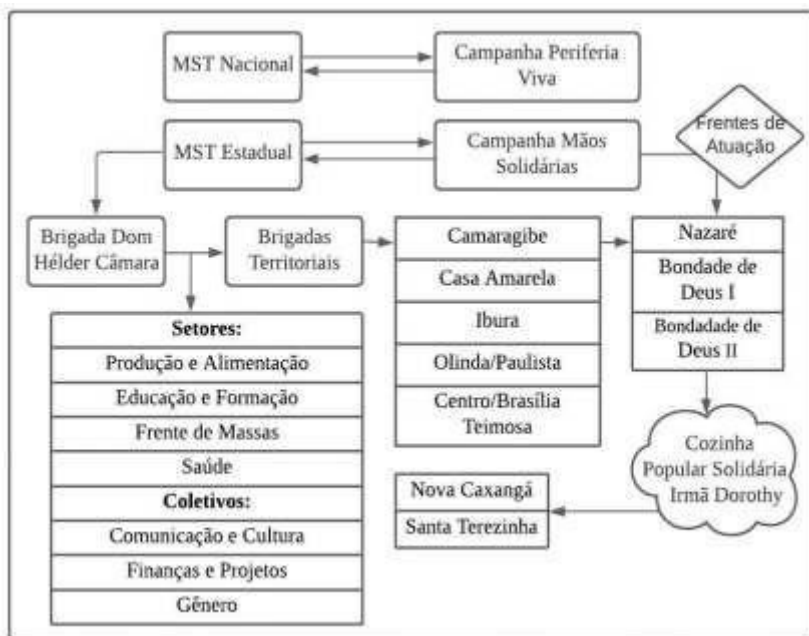
Recuperação do processo vivido: a inserção no território

Há diversas cronologias que poderiam ser seguidas neste relato. O ponto de partida será ter participado e registrado toda a experiência (Jara, 2006). A atuação da residente se deu a partir de 22 de outubro de 2021, momento em que participou da "Formação de Agente Popular", no Armazém do Campo em Recife. Tal formação teve por objetivo qualificar a atuação dos voluntários da Mãos Solidárias, a partir da ótica da Educação Popular. É a partir deste momento que se pode compreender o papel central da Educação Popular para a prática descrita.

Após essa formação, a residente participou do "Curso de Apresentação do MST", para aqueles que desejavam se tomar parte da militância a partir da Brigada Popular Solidária Dom Hélder Câmara, ocorrida no Assentamento Che Guevara, em Moreno (PE). Tal formação abordava temas tais como a história do MST, seu método de organização social, seus objetivos etc. Concomitante a este curso, houve dois encontros de planejamento do ano de 2022 na Brigada. Ali foi definida uma nova organicidade para a Brigada, com a entrada de novos militantes, dentre os quais a residente.

O planejamento das ações delineou as frentes de atuação da Brigada, delimitando os objetivos de cada uma e o setor responsável pela ação. As frentes de atuação foram: Roçado Solidário, Bancos Populares de Alimentos, Marmita Solidária, Hortas Populares, Cozinhas Populares, Bibliotecas Populares, Alfabetização de Adultos, Maracatu da Resistência, Oficinas de Bicicleta, Rede de Costura, Agentes Populares de Saúde, Estágios e Comunicação Popular. Os setores foram definidos baseados na organicidade do MST, contendo algumas modificações devido ao seu caráter urbano: produção e alimentação, saúde, educação e formação, frente de massas. Os coletivos, na mesma lógica dos setores, foram: finanças e projetos, comunicação e cultura e gênero.

Figura 1 - Organicidade da Brigada Dom Helder Câmara, 2022



Fonte: Elaboração própria.

A Figura 1 representa a organicidade da Brigada Popular Solidária Dom Hélder Câmara, planejada para 2022, contendo cinco Brigadas Territoriais (BT) com coordenações próprias, envolvendo militantes da Brigada e membros das comunidades. A partir do Planejamento da Brigada, cada BT desenvolveu seu planejamento territorial, envolvendo as demandas das Agentes Populares de Saúde e das comunidades. Em Camaragibe, foram previstas as seguintes frentes: Banco de Alimentos, Horta comunitária, Biblioteca Comunitária, Geração de Renda, Cozinha Solidária e Curso de Educação Popular.

Da lama ao caos: as saídas populares para o enfrentamento da crise ambiental

Com o avanço da crise ambiental, presenciamos desastres em grande escala. A madrugada do dia 28 de maio de 2022 foi um desses marcos em que se desencadeou o processo de constituição da Cozinha Popular Solidária de Camaragibe. Neste dia, Pernambuco sofreu as consequências do encontro das fortes chuvas com as cidades, com pelo menos 30 mortes na Região Metropolitana do Recife, 20 somente no bairro do Ibura (Schmidt, 2022).

A mobilização emergencial da Brigada Popular Solidária Dom Hélder Câmara consistiu em reunião para o levantamento de quais ações seriam necessárias. Definiu-se que primeiro seria realizada uma mobilização para arrecadação de "água, comida, barracas, lonas e colchões para famílias desabrigadas da Região Metropolitana no Armazém do Campo no Recife" (Gonzaga, 2022).

Parte da Brigada desloca-se para o recebimento e organização dessas doações e a outra segue para o Ibura, bairro mais afetado em Recife. Foram articulados, no mesmo dia, na comunidade Vila dos Milagres, no Ibura, o espaço de urna escola para o acolhimento das pessoas desabrigadas ou em áreas de risco, em caráter emergencial, uma "Cozinha Mãe", em um espaço disponibilizado por uma igreja. Essa cozinha, no primeiro dia, produziu 800 marmitas, 400 para o almoço e 400 para o jantar.

Em Camaragibe, na noite do dia 28 de maio, chegaram, provenientes dessa cozinha, 50 refeições para o jantar. São entregues na comunidade de Nazaré, onde a

água ultrapassava a linha da cintura e havia diversas pessoas ilhadas em suas casas. As marmitas são entregues pelas janelas, as pessoas vão gritando e colocando os braços para fora, enquanto a liderança comunitária entrega as marmitas, andando dentro daquela água, marrom e fria.

A história da Cozinha de Camaragibe foi ordenada em dois momentos: um primeiro no âmbito da atuação emergencial e um segundo a partir de seu estabelecimento e funcionamento na comunidade no resto do ano. Segundo Jara (2006), durante o processo de sistematização "o ordenamento e a classificação da informação deve permitir reconstruir, de forma precisa, os diferentes aspectos da experiência, vista já como um processo" (Jara, 2006, p. 87).

Atuação emergencial da Cozinha Popular Solidária Irmã Dorothy

Nos dez dias que se seguiram às chuvas, a Brigada Popular Solidária Dom Hélder Câmara continuou atuando em duas frentes: arrecadação e atuação *in loco*. Contamos com a participação de muitos voluntários e nos conectamos com diversos pontos da Região Metropolitana, que também estavam sofrendo com a falta de estrutura das cidades para acomodar tanta água. Foram articuladas doações de alimentos, leite, fraldas, materiais de higiene e de limpeza, colchões, roupas e água mineral. As pessoas haviam perdido tudo.

Também atuamos para facilitar o acesso aos órgãos públicos, para cadastramentos, direcionamentos e informações, mapeando locais atingidos, dentre outras atividades em território feitas pelos militantes, em conjunto com a população, conforme a realidade de cada local. Foi feito um trabalho importante de articulação com as redes de saúde, com a disseminação de informações acerca da leptospirose e suas formas de prevenção, sintomatologia e redes de cuidado.

Frisa-se a atuação da Brigada de Camaragibe, baseada em informes, redigidos pela residente, em diário de campo:

Relato Camaragibe 29/05:

Situação atual: a água já baixou, o pessoal limpando a lama, algumas casas sem luz, ainda sem fornecimento de água. Há uma demanda grande por produtos de limpeza. A escola direcionada como abrigo pela prefeitura está fechada. O que foi feito: Hoje novamente foram articuladas com as cozinhas do Tburá 100 marmitas pro almoço do pessoal da comunidade de Nazaré. Levamos também as doações de roupas que foram arrecadadas na Várzea.

Articulamos com o pessoal de uma hamburgueria próxima para que nossa cozinha itinerante funcionasse lá, às segundas-feiras inicialmente, que são os dias que eles não abrem. Levamos para lá, vindos do Armazém, os alimentos, panelas e marmitas. Amanhã vamos ter uma reunião para planejar a operacionalização. Precisamos de fogão e botijão de gás. A ideia é que seja uma cozinha que possa fornecer também alimentos para outras comunidades atingidas que ficam próximas, como o bairro dos Estados, onde houve deslizamento e mortes.

Relato Camaragibe 30/05:

Hoje novamente foram enviadas 50 marmitas para o almoço da comunidade de Nazaré. Realizamos reunião com as coordenações territoriais de Nazaré e Bondade de Deus II, pauta única: cozinhas populares solidárias/mapeamento das famílias mais vulnerabilizadas. Em Camaragibe funcionarão duas cozinhas. Em Nazaré, uma cozinha solidária itinerante, às segundas-feiras. Em Bondade de Deus II, a partir da semana que vem, a cozinha popular solidária entrará em funcionamento, às terças e quintas. Nessa semana, será realizado mutirão com os educandos do Curso de Educação Popular, para estruturação do espaço e planejamento de sua organicidade. Foram feitas 70 marmitas na cozinha de Nazaré para o jantar, entregues lá e em Bondade de Deus II. Contamos com a participação de comunitários de ambos os territórios.

Relato Camaragibe 31/05:

Hoje novamente foram enviadas 50 marmitas para o almoço da comunidade de Nazaré, vindos do Tburá. Estivemos em Bondade de Deus II, para levantamento de vulnerabilidades e necessidades e mobilização da comunidade em torno da cozinha. Realizamos reunião da coordenação para planejamento:

Quarta-feira--->Chegada dos materiais para a cozinha e organização do espaço;

Quinta-feira ---> Mutirão para cadastramento na Campanha de Arrecadação para as Vítimas das Chuvas/ Centro de Apoio Operacional à Cidadania, do Ministério Público de Pernambuco (CAO/MPPE);

Domingo---> Mutirão com os educandos do Curso de Educação Popular para planejar organicidade da cozinha.

Fornos chamadas por Maria, que já trabalhou no Centro de Formação Paulo Freire, para apoio à comunidade Nova Caxangá. Levamos roupas de Bondade de Deus II para lá. A Coordenadoria de Defesa Civil do

Recife (CODECIR). ainda não chegou e a comunidade está muito desassistida, a água chegou até o primeiro andar de algumas casas, a maioria das pessoas perdeu quase tudo. Ainda há pessoas na beira do rio, que se recusam a sair. Ficaram o final de semana sem se alimentar e nessa semana conseguiram receber marmitas, articuladas pelo PT. Manteremos acompanhamento e apoio para lá. (Diário de campo, 2022).

Após as chuvas, as brigadas territoriais continuaram a atuar *in loco* e a agir conforme as diferentes realidades e demandas de cada comunidade. A gestação da Cozinha de Camaragibe se deu a partir dessa mobilização. Estava ocorrendo o "Curso de Educação Popular territorial", e nos utilizamos da última etapa para, junto aos moradores, organizarmos nossa cozinha seguindo os princípios da Educação Popular.

O curso estava organizado a partir de três encontros, com cinco módulos com os seguintes conteúdos: 1) Concepção de Educação Popular e o agente popular; 2) O que queremos? A Educação Popular como estratégia; 3) Nosso método; 4) Atuar localmente em vista da superação da situação atual; e 5) Teorizar a prática em vista do avanço (MST, 2022a).

A organização do processo de trabalho foi proposta e realizada de forma semelhante às outras cozinhas, com divisão de tarefas no início do dia e avaliação ao final. No momento de atuação emergencial, foi realizado acordo com a coordenação da Residência, para que a residente acompanhasse o processo às terças e quintas-feiras de junho de 2022.

No primeiro dia de funcionamento, tivemos a meta de fazer 150 marmitas, o que foi superado com a produção de 230, distribuídas nas três comunidades da Brigada Territorial: Nazaré, Bondade de Deus I e Bondade de Deus II. Ao longo do processo, outras comunidades desassistidas entraram em contato conosco e passamos a fornecer alimentação para mais duas localidades: Nova Caxangá, no Recife, e para uma associação de moradores que estava funcionando como abrigo, sem receber alimentação, em Santa Terezinha, Camaragibe.

A Cozinha Irmã Dorothy, neste momento de atuação emergencial, funcionava três dias na semana, oferecendo almoço e em alguns dias o jantar, conforme a disponibilidade de proteínas. Foram inauguradas, também neste período,

mais oito Cozinhas Populares Solidárias pela Brigada Dom Hélder, totalizando nove equipamentos que seriam chamados posteriormente de "Rede de Cozinhas Populares Solidárias".

Organicidade: consolidação da Rede de Cozinhas Populares Solidárias

O trabalho na frente emergencial durou cerca de um mês após as chuvas. É aí que se organiza a Rede de Cozinhas Populares Solidárias, com o objetivo de dar organicidade e unidade ao funcionamento de todas as cozinhas. A partir de junho de 2022, realizou-se reuniões quinzenais da rede no Armazém do Campo. Foi amadurecido o objetivo das cozinhas de levar comida e organização popular para as periferias; além de suas diretrizes político-pedagógicas baseadas na Reforma Agrária Popular; na organização de mulheres periféricas; na produção de saúde; na socialização da vida e na economia solidária.

Assim, formulou-se uma compreensão coletiva do papel das cozinhas nas comunidades, que não visava substituir o Estado na garantia de alimentação, a qual é um direito básico. A cozinha foi entendida como instrumento de denúncia da fome e de mobilização da comunidade para enfrentamento dos problemas locais, a partir da força da organização coletiva. Fomenta-se que o espaço da cozinha seja um espaço comunitário, onde haja outras atividades associadas à entrega de alimentos, à luz da solidariedade ativa, que guia as ações da Mãos Solidárias. As cozinhas começam a ser pensadas como espaços de encontro da população.

A Cozinha Irmã Dorothy, a partir de julho de 2022, passou a produzir duas refeições por semana. As 200 marmitas do almoço eram divididas para as comunidades de Bondade de Deus II e Nazaré em um dia e para Bondade de Deus I e II no outro dia. O quantitativo de marmitas por comunidade foi delimitado pelas APS a partir do mapeamento das famílias com maiores vulnerabilidades.

Neste momento, de início da organicidade, deixamos de atender também às duas outras comunidades fora da BT, a partir do entendimento mútuo de que não havia

mais demandas para uma atuação em âmbito emergencial. As comunidades de Nazaré e Nova Caxangá participavam do preparo do alimento na cozinha, localizada em Bondade de Deus II, enquanto a comunidade de Bondade de Deus I iniciou um movimento de arrecadação de alimentos. Assim, era garantido que todas as comunidades beneficiadas também participassem do processo da cozinha, entendendo o caráter político pedagógico da cooperação e da solidariedade ativa.

Reflexões de fundo: teorizando sobre a prática

Ao longo deste relato, percebe-se a predominância de dois temas centrais, que são o norte para nossas reflexões: a Educação Popular e a saúde da população. A Educação Popular está presente desde o início da Mãos Solidárias, sendo o conceito-chave que guiou os cursos de "Agentes Populares de Saúde"; "Agentes Populares"; "Apresentação do MST" e "Educação Popular". Ela também aparece como tática política do trabalho de base das brigadas urbanas do MST. Por último, a Educação Popular também aparece como valor no trabalho da solidariedade ativa, seguindo o humanismo e a amorosidade que Freire tanto pregava: "A solidariedade, exigindo de quem se solidariza, que 'assuma' a situação com quem se solidarizou, é uma atitude radical" (Freire, 1980, p. 37).

O segundo tema central é a saúde da população, em seu conceito mais ampliado, que foi mote da Mãos Solidárias desde o princípio, a partir do lema: "O povo cuidando do povo em defesa do SUS". A saúde aparece indissociável da política, a partir do modelo da Determinação Social da Saúde, em que podemos compreender como neste período de pandemia e de crises do capital, há uma diminuição das condições de vida da população, logo, uma diminuição também em seus níveis de saúde.

No contexto em que se organiza a Cozinha Solidária Irmã Dorothy, percebe-se claramente a materialização da relação saúde-doença e sua determinação, baseada na correlação de forças políticas que imprime um projeto econômico, social e

ambientalmente desigual e adoecedor. Assim, as ações coletivas desenvolvidas pela brigada tomam-se elemento-chave na disputa das ideias e no processo de elevação do nível de consciência da população para uma compreensão ampliada da saúde.

A práxis, porém, é reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo. Sem ela, é impossível a superação da contradição opressor-oprimidos. Desta forma, esta superação exige a inserção crítica dos oprimidos na realidade opressora, com que, objetivando-a, simultaneamente atuam sobre ela (Freire, 1980, p. 40).

Foi enquanto estávamos realizando o Curso de Educação Popular Territorial, que a realidade das chuvas bateu à nossa porta. Assim, a partir dessa organização popular, conseguimos em dez dias montar a nossa Cozinha Popular Solidária. Aqui, destaco a relação de rapidez de nossa resposta em uma situação emergencial com a nossa proximidade com os territórios.

O que mais chamou nossa atenção, nos dias que estivemos em atuação emergencial, foi a ausência do poder público nesses locais. Falta que se revelava antes do ocorrido, com poucas, ou nenhuma, ações de prevenção e *a posteriori*, com respostas lentas e muitas vezes ineficazes para uma população em desespero. O desamparo era adoecedor. Ouvimos muitos relatos de pessoas que haviam sido aconselhadas pela Defesa Civil a saírem de suas casas, mas que, sem suporte algum do Estado e sem o desejo de abandonar seus lares, decidiram por ficar.

Em Nazaré, a escola, apontada como abrigo, tinha um enorme cadeado em sua entrada. Moradores de Nova Caxangá estavam passando fome. O abrigo em Santa Terezinha, em uma associação de moradores, não estava recebendo suporte alimentar regular do poder público. Esse foi o público que a Cozinha Popular Solidária atendeu, para além da comunidade de Bondade de Deus, que não foi gravemente atingida pelas chuvas, mas que enfrentava diversos outros problemas estruturais, por ser uma ocupação urbana: não há pavimentação, saneamento básico, iluminação pública, transporte público e o acesso à saúde e à educação são dificultados.

No tocante à saúde, a Atenção Básica (AB) é elencada como coordenadora do cuidado, já que a proximidade com o território possibilita maior conhecimento da real situação de saúde da população (Sousa, 2017). Não por acaso, foi ela um dos

alvos do desmonte após a eleição de Bolsonaro, com a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017. Esta modificação na política reduz a presença das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), desmonta o NASF e realiza um movimento em direção ao modelo biomédico da saúde.

No cenário pandêmico, esse desmonte foi ainda mais acentuado, com respostas hospitalocêntricas e pouco ou nenhum incentivo para a atuação da Atenção Básica, nos âmbitos de educação, prevenção e promoção da saúde. Foi o que presenciamos ao passar pela Atenção Básica em Camaragibe. Profissionais do NASF organizavam-se para a redação de uma Portaria que garantisse seu trabalho no município, já que não havia mais orçamento público federal específico para este tipo de equipe.

A malona das unidades de saúde tinha pequena cobertura de Agentes Comunitárias de Saúde, pois foram aposentadas ou estavam afastadas, devido à pandemia, sem reposição. Faltavam Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para a atuação dos profissionais, decorrentes do desfinanciamento da PNAB. É no território onde mais se reflete o desmonte da Atenção Básica, com baixa presença de seus profissionais, percebida no período emergencial.

Momentos de crise, como vivemos nesses últimos anos, podem nos endurecer com tantas dificuldades. Mas, também, são nesses momentos em que se cultua um bonito sentimento de solidariedade. Na cozinha, cerca de dez mulheres formavam um espaço de encontro e de amorosidade, retirando o cozinhar do lugar de trabalho doméstico para um âmbito político, de um trabalho coletivo:

Não só por um desejo de saciar a fome de quem não tem o que comer, mas por um desejo de transformação que não mais produza a fome como sintoma social, a cozinha solidária contempla dimensões de contestação e denúncia sobre a atual política genocida em curso; contempla dimensões de uma solidariedade política às vítimas do Estado, e contempla dimensões de utopia de uma sociedade mais justa (Oliveira, 2022, p. 26).

Em março de 2022, as comunidades da BT haviam participado da Jornada das Mulheres Sem Terra, que teve como lema: "Terra, Trabalho, Direito de Existir.

Mulheres em Luta não vão sucumbir!" (MST, 2022b), a partir de uma agenda de luta nos territórios, com cineclubes e rodas de conversa. Nessas atividades, percebemos como as temáticas de gênero e raça aparecem como disparadores, no sentido freiriano, importantes para a construção de diálogos e debates que apontam para as contradições do sistema de opressões em que vivemos. Em documento da campanha Periferia Viva, explicita-se a perspectiva política de suas ações: "A Solidariedade classista, antirracista e feminista. A Solidariedade Ativa foi ganhando contornos de estratégica porque diz respeito à construção de força social urbana" (Periferia Viva, 2020, p. 9).

A própria presença da fome, em um país como o Brasil, pode ser apontada como uma das grandes contradições no Sul Global. Ficamos reféns do capital, com nossas terras a seu serviço, transformadas em propriedade e mercadoria, gerando lucro para os países centrais e pobreza e desigualdade social para nós.

O cenário pandêmico fortificou a ideia de que as redes de solidariedade social contribuem para a organização coletiva, além de darem maior visibilidade a determinadas agendas na esfera pública, transformando temáticas como as da desigualdade, da fome e da informalidade no mercado de trabalho em 'problemas públicos' (Brandão *et al.*, 2020, p. 4).

No momento da abertura da Cozinha, atuava a partir da RMSM no CAPS Álcool e Outras Drogas. Perdemos a conta de quantos relatos ouvimos daquelas mulheres, onde o cenário em comum era o desemprego, o abuso de substâncias por seus maridos e a violência contra a mulher, principalmente a doméstica, que teve grande aumento na pandemia em todo o país. Porém, também ouvíamos como aquele espaço era propiciador de saúde mental, fornecendo um lugar de escuta e apoio, para aquelas mulheres que vivenciavam sozinhas os efeitos da pandemia em suas casas.

Pontos de chegada: *organizando posso desorganizar*

Neste momento, para além de formular conclusões, Jara (2006) também nos orienta a comunicar a aprendizagem gerada a partir da experiência, considerando os eixos definidos inicialmente, a partir de nossas perguntas: "Como se organizou a

Cozinha Popular Solidária Irmã Dorothy?" e "Como pode esta cozinha ser produtora de saúde?"

Sobre a primeira pergunta, acredito que o relato em si já foi capaz de respondê-la. Interessante seria perceber os aprendizados gerados a partir dessa experiência. O primeiro deles, sobre a importância do conceito de solidariedade ativa. Durante o processo de funcionamento da cozinha, foi possível criar laços, encontros, conversas, círculos de cultura, troca de experiências e de conhecimento, como objetivou a Rede de Cozinhas, somente com a equipe engajada no processo coletivo. O laço criado com as famílias que somente recebiam o alimento, sem participar do processo que o envolvia, foi e ainda é muito incipiente. A criação da Rede de Cozinhas tem como princípio justamente essa conexão com o todo da Campanha Mãos Solidárias. É importante que nossas comunidades estejam cada vez mais envolvidas no todo, e não somente nas partes, para que assim possamos forjar consciências críticas. A cozinha precisa estar conectada com as hortas, com o roçado, com a cultura, com a comunicação e com a política. Esse é o nosso desafio para os próximos passos, a fome como denúncia e o alimento como mobilizador e organizador da luta por direitos e libertação desse sistema.

Sobre a segunda pergunta: "Como pode esta cozinha ser produtora de saúde?", podemos refletir a partir de alguns olhares. Primeiro, se tomarmos em conta o conceito de saúde do MST, "Saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime" (Silva & Prada, 2019), veremos que a cozinha pode ser vista como equipamento de fermentação dessa luta, que principalmente nós mulheres somos linha de frente.

Foi a partir também da experiência da cozinha que começamos, em nossa brigada, a discutir com mais incidência a importância de temas como "machismo" e o "racismo", em nossa atuação nas comunidades. O ato de cozinhar, designado a nós mulheres, permitiu dar à luz e o enfoque devido a essas temáticas. Em nossas formações da Brigada Dom Hélder, chamados "estágios de vivência", no início do ano de 2023, foi acrescentado o módulo temático "Raça, Gênero e Classe".

Considera-se um conceito de saúde indissociável da política. Nota-se que este relato é escrito em um cenário de clara evidência dessa relação. Portanto, a partir de uma perspectiva crítica, tem-se que as questões pertinentes à determinação da saúde são essencialmente questões sociais, tendo a política um papel central no ordenamento social, logo, o processo saúde-doença é também processo político (Fleury-Teixeira & Bronzo, 2010). Ao lutar por melhores condições de vida, lutamos por saúde. Ao nos encontrarmos e sairmos do registro da individualidade, da opressão e da violência, para um espaço de coletividade, solidariedade e educação, produzimos saúde. Nas conversas do dia a dia, sobre a vida, nos círculos, como nos ensina Paulo Freire, é que podemos começar a esperar e construir uma realidade melhor, para todas nós.

Referências

- Ávila, M. B. (2010). "Mulher e Natureza": dos sentidos da dominação no capitalismo e no sistema patriarcal. In R. Arantes & V. Guedes (Orgs.), *Mulheres, Trabalho e Justiça Socioambiental*. SOS CORPO - Instituto Feminista para a Democracia.
- Brandão, B., et al. (2020). *Redes de solidariedade em favelas e periferias no contexto da covid-19* [Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro].
- Castro, J. de. (1984). *Geografia da fome* (10th ed.). Edições Antares.
- Fleury-Teixeira, P., & Bronzo, C. (2010). Determinação social da saúde e política. In R. Passos Nogueira (Org.), *Determinação social da saúde e reforma sanitária* (pp. 37-58). CEBES.
- Freire, P. (1980). *Pedagogia do oprimido* (8th ed.). Paz e Terra.
- Gonzaga, V. (2022, 29 de maio). *Saiba como ajudar as famílias desabrigadas após chuvas no Recife e Região Metropolitana*. MST. <https://mst.org.br/2022/05/29/saiba-como-ajudar-as-familias-desabrigadas-apos-chuvas-no-recife-e-regiao-metropolitana/>
- Jara Holliday, O. (2006). *Para sistematizar experiências* (2nd ed., revista). MMA.
- Malerba, J. (2010). A luta por justiça socioambiental na agenda feminista: visibilizando alternativas e fortalecendo resistências. In R. Arantes & V. Guedes (Orgs.), *Mulheres, Trabalho e Justiça Socioambiental*. SOS CORPO - Instituto Feminista para a Democracia.
- Manzin, A. D., et al. (2015, dezembro). *História do MST: a gente cultiva a terra e ela cultiva a gente*. Instituto de Educação Josué de Castro.
- Mello, L. M. B. de D. e, et al. (2020). *Agentes populares de saúde: ajudando minha comunidade no enfrentamento da pandemia de covid-19*. Fiocruz-PE.

- Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST). (2009, outubro). *Caderno de Formação n. 38. Setor de Formação do MST: Método do Trabalho de base e organização popular*. <https://mst.org.br/download/cademo-de-formacao-no-38-metodo-de-trabalho-de-base-e-organizacao-popular/>
- Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST). (2021, julho). *Caderno de Formação n. 54. Setor de Formação do MST: O MST como Força Política*. <https://mst.org.br/download/cademo-de-formacao-no-54-o-mst-como-forca-politica/>
- Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST). (2022a). *Curso de Educação Popular para Formação de Agentes Populares no Campo e na Cidade*. Mimeo.
- Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST). (2022b). *Jornada das Mulheres Sem Terra*. <https://mst.org.br/especiais/jomada-das-mulheres-sem-terra/#apresentacao>
- Oliveira, S. (2022). *O estômago é um órgão político: resistência, combate à fome e vínculos de solidariedade em cozinhas solidárias na pandemia de covid-19* [Trabalho de Conclusão de Curso, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].
- Penssan (Pesquisa Nacional em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional). (2022). *2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil*. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. <https://pesquisassan.net.br/2o-inquerito-nacional-sobre-inseguranca-alimentar-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19-no-brasil/>
- Periferia Viva. (2020). *Caderno 1: O que tem na Mochila do Militante da Política de Solidariedade*. https://drive.google.com/file/d/1qvuk5_1_irFpVt3BrMD6BLnh4OFbcb_1_5/view
- Schmidt, T. (2022). Chuvas em Pernambuco já deixaram 56 mortos e quase 4 mil desabrigados. *Brasil de Fato*. <https://www.brasildefato.com.br/2022/05/29/chuvas-em-pemambuco-ja-deixaram-56-mortos-e-quase-4-mil-desabrigados#>
- Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). *Saúde em Debate*, 43(spe8), 50-65. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VhwPJZrdhm3d95Y6vzLrYh/>
- Sousa, F. de O. S., et al. (2017). O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. *Saúde em Debate*, 41(115), 1075-1089. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711507>

CAPÍTULO 11

ESTILO DE VIDA DE MULHERES DA ZONA RURAL PARTICIPANTES DE GRUPOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19

Nicole Caroline Nascimento da Silva Carvalho
Maria Deisyelle Sibaldina da Silva Almeida
Taynara Poliana Gonçalves de Melo
Emmanuelly Correia de Lemos

Introdução

O conceito de "saúde" não se limita à ausência de doenças, mas abrange uma série de fatores que influenciam nosso bem-estar físico, mental e social (Brasil, 1988). A forma como vivemos e nos comportamos pode estar diretamente relacionada a um estilo de vida mais ou menos ideal, afetando os determinantes de saúde tanto a nível individual quanto coletivo (Nahas, 2001). A prática regular de atividade física desempenha um papel importante na promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas, além de melhorar outros fatores que impactam nosso estilo de vida. Ao adotar essa intervenção, estamos abordando componentes como nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse, que são determinantes do modo como as pessoas vivem (Nahas *et al.*, 2000). Avaliar os hábitos de vida com base nessa estrutura pentadimensional ajuda a identificar problemas e limitações que afetam a qualidade de vida, permitindo o planejamento de ações significativas em populações estratégicas, como a população rural.

Desde a década de 1970, as populações rurais, incluindo a zona rural de Caruaru, têm passado por transformações sociais e econômicas, migrando de uma agricultura familiar para atividades, a exemplo da costura, predominantemente realizada por mulheres. Essas mudanças também têm impacto direto no estilo de vida dessas mulheres (Ribeiro *et al.*, 2020). No entanto, é importante lembrar que o espaço

rural possibilita histórias, identidades, valores e crenças intrinsecamente ligados ao modo de vida dos habitantes (Martins, 2001).

No contexto da pandemia de covid-19, as mulheres, que desempenham o papel de donas de casa, enfrentam uma sobrecarga adicional de cuidados e trabalho doméstico, intensificando as desigualdades já existentes. Nesse sentido, é importante questionar se as mulheres buscam um estilo de vida que se aproxime do ideal (Paulilo, 2004). A avaliação do estilo de vida, especialmente em regiões onde há pouca literatura específica sobre o assunto, destaca a importância de identificar e analisar essas variáveis para melhorar a qualidade de vida e promover comportamentos saudáveis.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com ênfase na população rural, busca atuar em quatro eixos centrais, alinhados aos princípios da "atenção integral à saúde da população dos campos, das florestas e das águas" (Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas): Educação Permanente em Saúde, promoção da saúde, clínica ampliada e ações coletivas e de participação popular (UPE, 2015).

Avaliar o estilo de vida das mulheres que vivem nesse contexto permite desenvolver processos educativos comunitários e projetos baseados em educação popular em saúde, que tragam abordagens inovadoras para promover a saúde. O Pentágono do Bem-Estar é uma ferramenta que avalia essas dimensões e identifica informações relevantes para intervenções (Nahas *et al.*, 2000). Essas intervenções podem ser realizadas em grupos vinculados à Unidade de Saúde da Família, que conhecem as necessidades da população e promovem ações de saúde, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e reduzindo os riscos à saúde.

No entanto, devido à pandemia, os cuidados oferecidos pelos grupos foram redirecionados para combater a covid-19, afetando o estilo de vida das mulheres participantes, cujas rotinas foram modificadas. O isolamento social afetou os hábitos alimentares, atividade física, estresse emocional e sono. (Cruz *et al.*, 2020). Portanto, é importante conhecer as características das participantes desses grupos na zona rural,

bem como suas formas de organização e propósitos, a fim de avaliar e construir caminhos para a promoção de hábitos saudáveis.

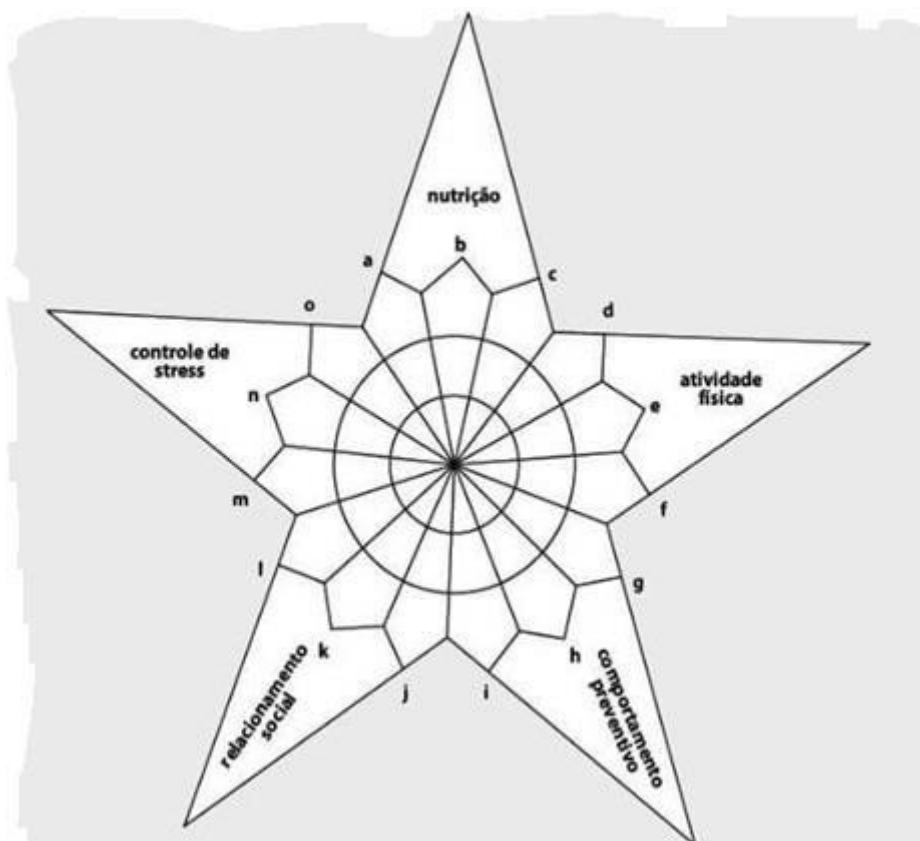
A avaliação do estilo de vida pelo Pentáculo

O objetivo do presente trabalho foi avaliar o estilo de vida das mulheres da zona rural, considerando o município de Caruaru, no estado de Pernambuco, durante a pandemia de covid-19, utilizando-se do Pentáculo do Bem-Estar. Nessa concepção, é notório perceber que o estilo de vida se caracteriza como um conjunto de crenças, valores e atitudes que refletem em suas ações do dia a dia. Por conseguinte, escolher um estilo de vida saudável melhorará também a qualidade de vida em dimensões como: nutrição, comportamento preventivo, atividade física, controle do estresse e relacionamento social (Nahas, 2003).

Quando esses aspectos são incorporados a um estilo de vida que não promove a qualidade de vida de forma positiva, os fatores de risco tendem a aumentar significativamente. Isso é corroborado por pesquisas realizadas pelo IBGE (2003), que demonstram que as doenças crônicas não transmissíveis estão frequentemente associadas a essas dimensões, especialmente no que se refere à alimentação e à falta de atividade física.

A avaliação dessas dimensões para perceber a adoção do estilo de vida do indivíduo ou de um coletivo foi criada e chamada de "Pentáculo do Bem-Estar". Trata-se da análise do perfil de estilo de vida nas áreas de: atividade física, nutrição, comportamento preventivo e controle do estresse. São abordadas com 15 perguntas, sendo demonstradas em forma de pentagrama (estrela), ver Figura 1 (Nahas *et al.*, 2000).

Figura 1 - Pentáculo do Bem-Estar.



Fonte: Nahas *et al.* (2000).

Procedimentos

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal, que tem como objetivo avaliar o estilo de vida das mulheres da zona rural de Caruaru, Pernambuco, durante a pandemia de covid-19, utilizando-se Pentáculo do Bem-Estar. Inicialmente, a população alvo seriam todas as 45 mulheres dos grupos Mulheres em Movimento e Corpo Ativo da zona rural do Distrito II de Caruaru (PE). No entanto, devido a algumas mulheres estarem isoladas na casa de outros parentes fora do

território e outras apresentarem sintomas do vírus de covid-19, o número foi reduzido para 29. Esses grupos oferecem atividades físicas variadas, com ênfase na dança e jogos, além de rodas de conversas sobre temas relacionados à saúde e assistência.

Para inclusão no estudo, as mulheres precisavam estar cadastradas na base local da Unidade Básica de Saúde da Família da Vila Rafael e terem participado dos grupos entre 2019 e 2020. Mulheres que, mesmo participando do grupo, não eram da comunidade, foram excluídas. A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2020, por meio de questionário aplicado face a face. O questionário continha uma seção para levantamento do perfil sociodemográfico e de saúde, e outra composta pelo Pentágono do Bem-Estar, que avalia as dimensões de nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse. A linguagem utilizada foi acessível e objetiva, visando uma comunicação mais efetiva com as entrevistadas. A coleta foi realizada tanto nas casas das entrevistadas quanto na Unidade de Saúde da Família.

Após a coleta de dados, as informações foram tabuladas e analisadas no programa Microsoft Excel, sendo apresentadas como frequências relativas e absolutas. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do centro Universitário Tabosa de Almeida sob o número CAEE: 31991220.1.0000.5203 e parecer de comprovação de número: 048857/2020. Todas as entrevistadas concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e discussão

Participaram do estudo 29 mulheres, média de idade de 50 anos, com predominância de raça/cor parda (37,9%), com baixo nível de escolaridade - analfabeto/até 3ª série fundamental (37,9%), donas de casa (55,2%), casadas (55,2%) e não tem salário (58,6%). Em relação à quantidade de filhos, uma pequena quantidade (20,6%) não possui filhos, esses dados estão dispostos na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas das participantes dos grupos Mulheres em Movimento e Corpo Ativo, Caruaru, 2020.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	29	100,0
Masculino	0	0,0
Escolaridade		
Analfabeto / Até 3ª série fundamental (Analfabeto/Primário incompleto)	11	37,9
Até 4ª série fundamental (Primário completo/Ginasial incompleto)	10	34,5
Fundamental completo (Ginasial completo/Colegial incompleto)	5	17,2
Médio completo (Colegial completo/ Superior incompleto)	3	10,3
Superior completo	0	0,0
Ocupação		
Aposentada	10	34,5
Comerciante	1	3,4
Costureira	2	6,9
Dona de casa	16	55,2
Salário-mínimo		
Não tenho salário	17	58,6
< 1 SM	2	6,9
1 SM	9	31,0
De 1 a 2 salários	1	3,4
Estado civil		
Casado(a) ou vivendo com parceiro(a)	16	55,2
Solteira	6	20,7
Divorciado ou separada	4	13,8
Viúva	3	10,3
Cor da pele		
Branca	9	31,0
Preta	7	24,1
Parda	11	37,9
Indígena	1	3,4
Não sabe informar	1	3,4

Variável	N	%
Quantos filhos		
Não tem filho	6	20,7
1	6	20,7
2	7	24,1
3	4	13,8
4	1	3,4
5	3	10,3
6	1	3,4
10	1	3,4

Fonte: Elaboração própria.

Quanto às informações relacionadas à saúde, 27,6% das mulheres afirmaram ser hipertensas e 51,7% têm ido ao médico para cuidar de alguma doença crônica. Em relação à questão de como está a saúde em geral, 48,3% responderam que está regular e 48,3% relataram que sua saúde está "igual" comparando com mulheres da mesma idade. No tocante "cuidado geral com a saúde" apenas 10,3% respondeu que cuida de forma inadequada. Ainda, 58,6% afirmaram fazerem uso de medicamentos. Entre as mulheres, 24,1% e 65,5% relataram ter adoecido nas últimas semanas e usa a USF para assistência à saúde, respectivamente. Verificou-se que 34,5% das mulheres entrevistadas realizaram visitas ao médico com uma frequência de 6 meses a 1 ano (Tabela 2). Todos os dados foram coletados a partir do questionário sobre características sociodemográficas.

Tabela 2 - Distribuição da condição de saúde das participantes dos grupos Mulheres em Movimento e Corpo Ativo, Caruaru, 2020.

Variável	N	%
Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está?		
Excelente/Muito boa	2	6,9
Boa	11	37,9
Regular	14	48,3
Ruim	2	6,9

Variável	N	%
Atualmente, ao comparar sua saúde com a de outras pessoas de sua idade, como você avalia a sua saúde?		
Melhor	8	27,6
Igual	14	48,3
Pior	2	6,9
Não sabe informar	5	17,2
Cuidado geral com a saúde		
Muito bom	6	20,7
Bom	10	34,5
Regular	10	34,5
Ruim	3	10,3
Deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde?		
Sim	7	24,1
Não	22	75,9
O(a) Sr.(a) se sente sozinho(a)?		
Não	13	44,8
Às vezes	11	37,9
Sim	5	17,2
Algum médico já lhe deu o diagnóstico de algumas das doenças crônicas listadas abaixo:		
Ansiedade	3	10,3
Artrite	2	6,9
Depressão	1	3,4
Hipertensão	8	27,6
.Hipertensão e diabetes	1	3,4
Hipertensão, diabetes e ansiedade	2	6,9
Hipertensão, doença crônica do pulmão e depressão	1	3,4
Hipertensão, doença do coração e diabetes	1	3,4
Não possui	8	27,6
Reumatismo, epilepsia	1	3,4
Síndrome do pânico	1	3,4
Nos últimos três meses, você tem usado medicamentos (remédios) de forma regular, receitados pelo médico para controlar a(s) doença(s) crônica(s) que referiu na questão acima?		
Não	11	37,9
Sim	17	58,6
NA	1	3,4

Variável	N	%
Quantos medicamentos		
0	12	41,4
	5	17,2
2	4	13,8
3	4	13,8
4	4	13,8
Você vai ao médico/serviço de saúde regularmente (pelo menos 1x/ano) por causa da sua doença crônica?		
Sim	15	51,7
Não, somente quando tenho algum problema de saúde	9	31,0
não	4	13,8
NA	1	3,4
Quando foi a última vez que você recebeu assistência de saúde por conta de sua doença crônica?		
<6 meses	7	24,1
6 a <12 meses	10	34,5
12 a <24 meses	4	13,8
24 a <36 meses	1	3,4
36 meses ou mais meses	1	3,4
Nunca recebeu	2	6,9
NA	4	13,8
A última vez que recebeu assistência médica para sua doença, onde você foi atendido(a)?		
Instituição pública - Unidade de Saúde da Família (USF/UBS)	19	65,5
Instituição pública - Unidade de Pronto Atendimento/Ambulatório	2	6,9
Instituição privada - plano de saúde suplementar	1	3,4
Instituição privada - consultório particular	5	17,2
Outra	1	3,4
NA	1	3,4

Fonte: Elaboração própria.

Quanto à avaliação do estilo de vida por meio do Pentágulo do Bem-Estar, demonstrou-se que a maioria das mulheres (72,4%) não estava fazendo atividade física no lazer e não incluíam exercícios de força e alongamento pelo menos dois dias na semana (58,6%). No que se refere à alimentação, mais da metade (51,7%) não estava incluindo em sua alimentação diária porções de frutas e hortaliças. Em relação aos comportamentos preventivos avaliados, a maioria das mulheres reconhece a sua

condição quanto à presença de doença e procura controlá-la (51,7%) e se abstém do tabagismo e da ingestão de álcool (79,3%). A maioria das mulheres procurava cultivar amigos e estava satisfeita com seus relacionamentos (62,1%), buscando ser ativa em sua comunidade (62,1%). Sobre o controle do estresse, mais da metade afirmou que "não" ou apenas "às vezes" conseguia ter comportamentos que são considerados positivos.

Tabela 3 - Distribuição da avaliação dos componentes do estilo de vida, Pentáculo do Bem-Estar, das participantes dos grupos Mulheres em Movimento e Corpo Ativo, Caruaru, 2020.

Variável	N	%
Alimentação		
A. Sua alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças?		
Não	15	51,7
Às vezes	11	37,9
Quase sempre		3,4
Sempre	2	6,9
B. Você evita ingerir alimentos gordurosos e doces?		
Não	5	17,2
Às vezes	9	31,0
Quase sempre	8	27,6
Sempre	7	24,1
C. Você faz quatro a cinco refeições variadas ao dia, incluindo um bom café da manhã?		
Não	7	24,1
Às vezes	7	24,1
Quase sempre	3	10,3
Sempre	12	41,4
Atividade física		
D. Seu lazer inclui a prática de atividades físicas (exercícios, esportes ou dança)		
Não	21	72,4
Às vezes	4	13,8
Quase sempre	1	3,4
Sempre	3	10,3

Variável	N	%
E. Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular		
Não	17	58,6
Às vezes	8	27,6
Quase sempre	3	10,3
Sempre		3,4
F. Você caminha ou pedala como meio de deslocamento e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador		
Não	5	17,2
Às vezes	2	6,9
Quase sempre	6	20,7
Sempre	16	55,2
Comportamento preventivo		
G. Você conhece sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los		
Não	7	24,1
Às vezes	4	13,8
Quase sempre	3	10,3
Sempre	15	51,7
H. Você se abstém de fumar e ingere álcool com moderação (ou não ingere)		
Não	0	0,0
Às vezes	3	10,3
Quase sempre	3	10,3
Sempre	23	79,3
Relacionamentos		
J. Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos?		
Não	1	3,4
Às vezes	5	17,2
Quase sempre	5	17,2
Sempre	18	62,1

Variável	N	%
K. Seu lazer inclui encontros com amigos, atividades em grupo, participação em associações ou entidades sociais?		
Não	9	31,0
Às vezes	9	31,0
Quase sempre	2	6,9
Sempre	9	31,0
L. Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social?		
Não	0	0,0
Às vezes	8	27,6
Quase sempre	3	10,3
Sempre	18	62,1
Controle do estresse		
M. Você reserva tempo (ao menos cinco minutos) todos os dias para relaxar?		
Não	7	24,1
Às vezes	5	17,2
Quase sempre	3	10,3
Sempre	14	48,3
N. Você mantém uma discussão sem se alterar, mesmo quando contrariado?		
Não	9	31,0
Às vezes	11	37,9
Quase sempre	5	17,2
Sempre	4	13,8
O. Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer?		
Não	11	37,9
Às vezes	7	24,1
Quase sempre	5	17,2
Sempre	6	20,7

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados deste estudo são reflexos da realidade vivida pelas mulheres da zona rural de Caruaru durante a pandemia de covid-19. A maioria das participantes possui baixa escolaridade, não trabalha fora de casa e tem uma rotina doméstica intensa. Carneiro *et al.* (2020) aponta algumas características que podem influenciar e relacionar o desconhecimento a respeito da real condição de saúde, como: nível de escolaridade; trabalho em excesso, que dificultaria a busca por cuidados de saúde; e acesso reduzido aos serviços de saúde, característicos da população rural, comprometendo a manutenção de um estilo de vida saudável.

Um aspecto preocupante é o comprometimento da atividade física durante o período de isolamento social. As participantes relataram a diminuição da prática de exercícios e o aumento do comportamento sedentário. Isso pode trazer consequências negativas para a saúde, principalmente para aquelas que possuem doenças cardiovasculares (Peçanha *et al.*, 2020). É importante ressaltar a importância da promoção da atividade física, mesmo em momentos de crise, e buscar alternativas para que as mulheres consigam manter uma rotina ativa.

Outro aspecto de destaque é a redução do consumo de frutas e hortaliças e o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados. Essa mudança na alimentação pode ser reflexo da crise sanitária e do aumento dos preços dos alimentos saudáveis (Malta *et al.*, 2020). Tal condição pode acarretar problemas de segurança alimentar e impactar negativamente a saúde das mulheres.

Por outro lado, foi identificado que a maioria das mulheres possui bons relacionamentos sociais e se sentem úteis em sua comunidade. Isso pode ser atribuído à participação em grupos de saúde e atividades comunitárias. Esses achados corroboram com o estudo de Silva *et al.* (2019), o qual avaliou que mulheres participantes de grupos conseguem ter bons hábitos neste quesito, contribuindo para um perfil de estilo de vida saudável. Nessa perspectiva, a abordagem em grupos desenvolve um trabalho com características criativas que aumentam a interação por

estarem em constante comunicação e construção de vínculos afetivos dentro da comunidade (Mendonça & Nunes, 2015).

Em relação ao controle do estresse, observou-se uma perspectiva positiva quanto à reserva de tempo para relaxar. No entanto, muitas mulheres relataram dificuldades em equilibrar o tempo de lazer e de trabalho. Essa questão é comum em áreas rurais, onde as pessoas trabalham intensamente e têm dificuldades em encontrar momentos de descanso (Grunennvaldt *et al.*, 2014). É importante buscar formas de promover o equilíbrio entre o trabalho e o lazer nessas comunidades.

Em relação ao comportamento preventivo das mulheres, notou-se que evitam ingerir álcool ou fumar, obedecem às normas de trânsito e conhecem a pressão arterial e os níveis de colesterol. O estudo de Pereira *et al.* (2008) explica que os indivíduos do sexo feminino se previnem do álcool e tabagismo, no entanto, demonstra que há uma lacuna significativa em relação à prática de atividade física, o que desassocia com o estudo de Pereira *et al.* (2017) que traz aspectos relacionais de comportamento preventivo e atividade física. Neste estudo, há um contrassenso de atividade física e comportamento preventivo, visto que a atividade física está relacionada com a promoção e prevenção de doenças.

Esses resultados contribuem para a ciência ao evidenciar a realidade das mulheres da zona rural durante a pandemia de covid-19. Essas informações podem subsidiar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, considerando as especificidades desse contexto. Além disso, destacam a importância da intersetorialidade e da mobilização de recursos da Política Nacional de Promoção da Saúde para atender às necessidades dessas mulheres.

Conclusão

Em conclusão, os resultados revelaram uma avaliação negativa do estilo de vida das mulheres nos seguintes aspectos: atividade física no lazer, consumo de frutas e hortaliças para uma alimentação saudável, e controle do estresse, especialmente na

dificuldade de não se alterar em situações de discussão e no equilíbrio entre o tempo dedicado ao trabalho e ao lazer. Esses aspectos podem também estar relacionados com a não realização dos grupos de cuidado da USF em conjunto com a Residência devido à pandemia, por outro lado, os relacionamentos, controle do estresse e comportamento preventivo foram os componentes avaliados em sua maioria de forma positiva.

Destaca-se como limitação do estudo o fato da coleta de dados ter sido realizada no contexto de pandemia da covid-19, influenciando a quantidade de pessoas entrevistadas e sofrendo a interferência do momento. Com a avaliação do estilo de vida das mulheres da zona rural de Caruaru a partir do Pentágulo do Bem- Estar, foi possível conhecer a situação atual do estilo de vida dessas mulheres, com isso, a identificação de suas necessidades durante a pandemia. Os resultados contribuem para o planejamento e desenvolvimento de ações correntes com a realidade, identificando aquilo que precisa melhorar, manter ou incorporar em termos de comportamento saudável no estilo de vida quando se enseja a promoção da saúde, mesmo no contexto de covid-19. Tendo em vista que estudos sobre a temática no contexto das populações rurais são escassos, os resultados podem servir como fonte para futuras pesquisas.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2009). *Caderno de Atenção Básica*, 27 (Diretrizes do NASF). Ministério da Saúde.
- Cruz, R. C. M., *et al.* (2020). Uma análise interprofissional do impacto do isolamento social na saúde da mulher durante a pandemia da covid-19. *Research, Society and Development*, 9(11), e5449 I 19577.
- Grunennvaldt, A. C. R., *et al.* (2014). O lazer das mulheres do campo no município de Sinop, Mato Grosso, Brasil. *Revista Educação, Cultura e Sociedade*, 4(1).
- Lourenço Pereira, D. S., Oliveira, A. S., & Oliveira, R. E. M. (2017). Avaliação do perfil de estilo de vida de usuários que praticam exercício físico regular comparado a usuários sedentários inseridos em uma estratégia saúde da família - região sudeste do Brasil. *Revista de APS*, 20(1).
- Malta, D. C., *et al.* (2020). A pandemia da covid-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(4), e2020407.

- Martins, J. S.(2001). O futuro da sociologia rural e sua contribuição para a qualidade de vida rural. *Estudos Avançados*, 15, 31-36.
- Mendonça, F. F., & Nunes, E. F. P. A. (2015). Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13, 397-409.
- Nahas, M. V. (2003). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Mediograf.
- Nahas, M. V., Barros, M. V. G., & Francalacci, V. (2000). O pentágulo do bem-estar: base conceituai para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 5(2), 48-59.
- Paulilo, M. L. S. (2004). Trabalho familiar: uma categoria esquecida de análise. *Revista Estudos Feministas*, 12, 229-252.
- Pereira, E. P., *et al.* (2008). Atividade física e estilo de vida de idosos com idade entre 60 e 69 anos. *Lecturas Educación Física y Deportes*, 12.
- Ribeiro, J. M., *et al.* (2020). *O saber-existência das mulheres rurais: histórias de vida a partir dos feminismos subalternos e decoloniais*.
- Universidade de Pernambuco (UPE). (2015). *Projeto Metodológico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde do Campo*.

CAPÍTULO 12

TECENDO LINHAS NO CAMPO EM MEIO À PANDEMIA DE COVID-19: NARRATIVAS DE MULHERESTRABALHADORASDEFACÇÃODE COSTURA SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Taynara Poliana Gonçalves de Melo
Maria Deisyelle Sibaldina da Silva Almeida
Fernando de Lima
Emmanuelly Correia de Lemos

Introdução

A indústria têxtil é uma das mais disseminadas pelo mundo e se caracteriza em um importante meio de geração de renda e emprego. Caruaru, Toritama e Santa Cruz do Capibaribe em Pernambuco (PE) são as três principais cidades denominadas triângulos das confecções. Seus produtos se assemelham às peças do vestuário destinado ao mercado de moda popular de vários estados do Brasil (Barros, 2009). Por trás dos números de superprodução, existe a precarização e superexploração no processo de trabalho, principalmente das mulheres, que apresentam relações de trabalho desiguais em comparação aos homens.

De acordo com Lima (2009), o trabalho em facção pode ser compreendido como a etapa fundamental da produção têxtil, em que pequenas empresas se localizam no domicílio das proprietárias, fazendo uso da mão de obra familiar. Milanês (2015) discorre que as facções são pequenas unidades produtivas que funcionam no espaço doméstico, onde o trabalho é especializado apenas em uma etapa do processo de produção.

Durante a territorialização realizada na zona rural de Caruaru (PE) no início da Residência em Saúde da Família do Campo, observou-se que a maioria das famílias trabalhava em suas garagens e no interior de suas casas com costuras. Segundo Milanês (2020), essas residências possuem pequenos espaços e produções informais, aglomerando utensílios domésticos, equipamentos industriais e matérias-primas para

produção.

É importante citar Krein e Castro (2017), pois estes observaram que a realização desse trabalho está muito marcada pela inserção, principalmente, das mulheres, reforçando e naturalizando a responsabilidade de conciliar trabalho e família, ou seja, é algo imbricado no patriarcado, tendo em vista que muitas das trabalhadoras costuram no interior de suas casas e não há separação entre os afazeres de casa e a costura.

Fazendo um resgate histórico acerca da temática, a partir da década de 1970, cresce a inserção da mão de obra feminina no segmento têxtil e de vestuário. Com a reabertura comercial e a alta competitividade, no Brasil, esse setor passou a reduzir custos, colocando às margens a mão de obra feminina, fazendo com que essas mulheres fossem jogadas à própria sorte em suas facções (Neves, 2006). Pesquisadores do estado de Santa Catarina têm realizado estudos ao longo do tempo e identificado a prevalência de mulheres inseridas em um cenário de precarização e adoecimento no trabalho (Prazeres & Navarro, 2011; Veiga & Galhera, 2017; Moretto; Chesani & Grillo, 2017)

Para além de toda a sobrecarga com o trabalho e atividades domésticas vivenciadas pelas mulheres, elas tiveram como atravessador a pandemia de covid-19, causada por um vírus de alta transmissibilidade, responsável por provocar síndrome respiratória aguda, variando desde casos leves, até casos muito graves, com insuficiência respiratória, podendo evoluir para o óbito. Este fato influenciou e impactou a vida e saúde dessas mulheres, gerando ansiedade, medo, e sobretudo, influenciando no seu processo de vendas.

Como residente em Saúde da Família do Campo e trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS), é necessário dialogar com essas mulheres sobre sua percepção a respeito da qualidade de vida e saúde relacionada ao trabalho em facção de costura. Além de pensar, também, em modos de cuidados com esse público. Vale ressaltar que essas mulheres estão inseridas em contexto rural, em que o acesso à informação parece ainda ser limitado. O presente trabalho tem como objetivo analisar a compreensão das

mulheres que trabalham nas facções de costuras da zona rural do agreste pernambucano sobre sua saúde, qualidade de vida e as relações com seu trabalho.

Uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo

Esta pesquisa foi desenvolvida pelo núcleo de educação física da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo da Universidade de Pernambuco. Caracteriza-se como pesquisa exploratória de caráter qualitativo. O estudo foi realizado em Serra Verde, localizado na zona rural do município de Caruaru, no agreste do estado de Pernambuco. A população alvo foram mulheres que trabalhavam em facção de costura.

A pesquisa foi realizada no período de maio a outubro de 2021, durante a pandemia de covid-19. Logo, foram seguidas todas as recomendações sanitárias para prevenção, como uso de máscara, álcool 70% e distanciamento social. Realizou-se visita domiciliar para conversar com essas mulheres e esclarecer os objetivos da pesquisa.

Em relação aos instrumentos e procedimentos da coleta de dados, foi utilizado um questionário semiestruturado que contemplou aspectos sociodemográficos, percepção das mulheres que trabalham em facções de costura sobre saúde e qualidade de vida. Por último, foi construído com cada mulher participante do estudo, o Mapa Corporal Narrado (MCN), com objetivo de identificar possíveis desconfortos corporais que possam estar relacionados com o trabalho (Matos; Silva & Garcia, 2018).

O procedimento da coleta de dados foi realizado em duas etapas: na primeira foi realizada visita domiciliar para apresentar-lhes o objetivo da pesquisa, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o traçado do MCN. Na segunda e última visita, foi feita a discussão com as mulheres sobre a relação entre qualidade de vida, saúde e trabalho nas facções de costura, baseado no MCN construído na visita anterior, com objetivo de criar coletivamente um plano de cuidado

que se adeque à realidade de cada mulher participante.

Em relação à análise dos dados, os dados qualitativos que se referem à entrevista semiestruturada foram analisados pela técnica de análise do conteúdo de Bardin (1977). Para análise do questionário sociodemográfico, foram apresentadas as frequências relativas das respostas. Para o MCN, a análise foi feita por meio das cartolinas (identificar como se expressa a qualidade de vida no corpo das mulheres por meio da expressão artística, com intuito de pensar sobre os modos de cuidados).

Este projeto foi autorizado pela prefeitura do município de Caruaru (PE) e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo seres humanos do Complexo Hospitalar Estadual da Universidade de Pernambuco (HUOC/PROCAPE), parecer 4.656.838 e CAAE: 44500621.2.0000.5192. Foram observadas as diretrizes estabelecidas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e todas as participantes assinaram o TCLE, permitindo a coleta e a utilização dos dados para análise, sendo-lhes assegurados todos os direitos. As participantes serão identificadas por letras de A a F.

Dos resultados e da discussão

Participaram da pesquisa seis mulheres que trabalhavam em facção de costura e residiam na comunidade quilombola Serra Verde, Caruaru (PE). A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das mulheres que participaram do estudo, como grau de escolaridade, renda individual, raça/cor, estado civil e quantidade de filhos. Conforme os dados da análise sociodemográfica, o perfil encontrado das mulheres é: baixa escolaridade; renda individual baixa; a maioria das mulheres não tem filhos, são casadas e/ou vivem com parceiros. Por meio da análise das entrevistas com as mulheres que trabalham em facção de costura, emergiram três categorias de análise, são elas: percepção das mulheres sobre qualidade de vida, possibilidades de cuidado em saúde nas facções de costura, covid-19 e trabalho em facção.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das mulheres que trabalham em facção de costura, Caruaru, 2022

Variáveis	Total (n=6)	%
Grau de escolaridade		
Primário completo	2	33,3%
Fundamental completo	2	33,3%
Ensino médio completo	2	33,3%
Renda individual		
<1 salário-mínimo	5	83,3%
1-2 salários-mínimos	1	16,6%
Raça/cor		
Preta	3	50,0%
Amarela/parda/mestiça	3	50,0%
Quantidade de filhos		
0	3	50,0%
1	2	33,3%
2	1	16,6%
Estado civil		
Casada ou vivendo com parceiro	4	66,6%
Solteira	2	33,3%

Fonte: Elaboração própria.

Percepção das mulheres sobre qualidade de vida

A qualidade de vida está atrelada ao caráter subjetivo do sujeito e relaciona-se à forma como as pessoas percebem a si e sua relação com o mundo em que vivem (Fleck *et al.*, 2008). Ainda, Nahas (2006) explicita que qualidade de vida é a percepção de bem-estar que reflete um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano.

Estudos sobre a qualidade de vida em costureiras mostraram que, no Norte do Brasil, apresentaram aspectos negativos em questões emocionais, seguido por limitação funcional e aspecto geral de saúde (Praia *et al.*, 2013). A respeito da percepção da qualidade de vida para as trabalhadoras de facção de costura participantes do presente estudo, elas discorreram que está associado intrinsecamente com ter um trabalho, consequentemente dinheiro e alimentação saudável, demonstrando de maneira redundante e resumida sua percepção.

Participante A

[...] Para mim qualidade de vida é você estar trabalhando, tendo seu dinheiro... acho que tendo uma boa alimentação. [...] acho que é um conjunto de muitas coisas, né? Sobre estar bem no emprego, não tá passando por dificuldades financeiras.

A respeito do trabalho em facção de costura e qualidade de vida, quando as participantes foram questionadas a falar sobre elas, relataram que há uma associação negativa.

Participante D

[...] Eu nem sempre faço uma boa alimentação, devido à correria [...], quando penso em comer saudável vem na minha cabeça o tempo que vou ficar na cozinha sem trabalhar, aí procuro fazer coisas mais práticas [...] as pessoas costumam dizer que somos o que comemos, né? Então se não me alimento bem, futuramente pode ter complicações na saúde.

A fala da participante demonstra obviamente que o trabalho em facção de costura impacta diretamente na saúde do trabalhador, Manhanini *et al.* (2012) dialoga que a carga horária dos costureiros é alta, em média, 44 horas semanais, sendo passível de horas extras a fim de atingir metas de produção, também sendo denominado de

"serão". Vale destacar que o horário de pausa durante o expediente de trabalho, muitas vezes, é insuficiente para o descanso, logo isso impacta no preparo de seu alimento.

Por meio de avaliações das falas das participantes, foi possível observar que o lazer em nenhum momento foi mencionado no contexto da sua qualidade de vida. Levanta-se essa reflexão, pois muitas começaram o trabalho em facção de costura muito jovem, algumas ainda na infância e outras na adolescência, o que pode influenciar acerca da percepção sobre qualidade de vida, como é possível observar nas falas.

Participante B

"Eu comecei a costurar com nove anos de idade [...] no começo não tínhamos como ser criança, tivemos que trabalhar para sobreviver".

Participante F

"Com 11 anos de idade comecei a costurar [...] brinquei com meus primos até um certo momento, depois precisei desviar para começar a trabalhar e ser independente".

Há um forte traço na região demarcado pelo aprendizado da costura ainda na infância (Milanês, 2020). Essa prática e seus ensinamentos fazem parte de um circuito de transmissão de experiências baseadas em uma sabedoria coletiva, que é compartilhada e ensinada por membros da família ou por relações de vizinhança e amigos. É fundamental ressaltar que, pelo ingresso precoce dos trabalhadores no processo de trabalho das facções, inclusive com uso do trabalho infantil, esta tendência pode se expressar em uma invalidez, bem como em desgaste precoce de trabalhadores jovens (Lira *et al.*, 2020).

Dialogar sobre essa temática com as mulheres da zona rural permitiu perceber as limitações na percepção sobre a qualidade de vida desse público. Dessa forma, foi possível refletir, junto com os profissionais da Atenção Básica, sobre a importância de um olhar ampliado para essas mulheres. Além disso, reconheceu-se que o desenvolvimento do ser social só será possível quando não existirem relações sociais que impliquem a exploração de um ser humano por outro.

Possibilidades de cuidado em saúde nas facções de costura

O trabalho em facção de costura é extremamente exaustivo e com alta jornada de trabalho. Consequentemente, faz-se importante refletir e pensar em possibilidades de diálogos e cuidados em saúde nesses espaços com essas mulheres. Durante as entrevistas com as mulheres, foi questionado sobre o que seria importante para melhorar as possíveis dores corporais ocasionadas pelo trabalho. Relatou -se que exercício físico realizado de forma regular seria um forte aliado nesse cuidado com a saúde, bem como ter uma alimentação saudável. Vale ressaltar que uma das premissas na construção desse cuidado em saúde é inserir o sujeito como protagonista do seu próprio cuidado. Seguem algumas falas de mulheres que participaram do estudo sobre as possibilidades das práticas de cuidado com a saúde:

Participante C

[...] Se exercitar bem e ter uma alimentação boa. Fazer isso de forma responsável, colocar na sua rotina alimentação e exercício físico.

Participante D

[...] A forma de cuidado seria eu trabalhar menos, eu acho que resolveria, e praticar algum exercício físico.

De acordo com Maciel *et al.* (2016) a prática de atividade física está alinhada a vários benefícios na qualidade de vida dos trabalhadores, no que compete aos aspectos psicológicos, sociais e cognitivos. Durante as entrevistas, as mulheres foram questionadas sobre a compreensão acerca dos benefícios do exercício físico para a saúde, abaixo seguem algumas narrativas.

Participante A

"Melhora 100%, melhorou minhas dores, senti que estou melhor, a disposição ficou mais".

Participante D

"Eu acho que melhora tanto o físico como o psicológico, né? Até na autoestima também a gente melhora bastante".

A literatura discute amplamente os benefícios dos exercícios físicos (EF) para a saúde. De acordo com Luan *et al.* (2019), a prática regular de EF é considerada

uma estratégia não farmacológica para o tratamento e prevenção de diversas doenças, sejam elas metabólicas, físicas e/ou psicológicas. Durante as conversas, ficou evidente o conhecimento das mulheres sobre os benefícios dos exercícios físicos para sua saúde. Ainda sobre as possibilidades de cuidado em saúde, foi utilizado o MCN para dialogar com as mulheres, na medida em que tal mapeamento possibilita a identificação das dores corporais relacionadas ao processo de trabalho que pode ser expresso por meio da arte e da escrita. O mapa, por se tratar de uma metodologia ativa, possibilitou que as mulheres desenhassem seu próprio corpo e indicassem os locais que mais a incomodam, foi possível acessar sofrimento psicológico e a partir disso intervir de forma multiprofissional no cuidado à saúde da participante.

O MCN permite à participante se perceber como protagonista, parte integrante e ativa no processo da pesquisa e não um sujeito subordinado e dependente (Bourdieu, 2001). A utilização do mapa em pesquisas permite uma maior aproximação entre pesquisador-pesquisado. A Figura 1, retrata alguns resultados do MCN elaborados pelas mulheres.

Figura 1 - Construção do MCN



Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao MCN e a relação com o trabalho, as mulheres descreveram que costumam sentir dores corporais, expressaram baixa autoestima, bem como sofrimento psíquico. Diante disso, foram realizadas algumas orientações sobre a importância da prática regular de exercícios físicos para auxiliar nas dores. Além disso, houve atuação multiprofissional para dialogar sobre saúde mental. Foram também colocadas imagens nas paredes, mostrando alongamentos e um copo com água, para lembrar as participantes de se alongarem e se hidratarem durante o trabalho.

Após as aproximações com as participantes do estudo, foi iniciado um grupo de mulheres no ponto de apoio da Unidade de Saúde da Família da comunidade de Serra Verde, com o objetivo de discutir sobre saúde e a realização de exercícios físicos. Como residente em saúde, trazer à luz e dialogar a respeito dos modos de cuidado com esse público contribuiu positivamente, pois permitiu desenvolver ações diversas, além de possibilitar a continuação pelos profissionais da Atenção Básica.

Imagem 2 - Realização de exercícios físicos com as mulheres



Fonte: Acervo pessoal.

Apesar dos desejos por parte das participantes da pesquisa em iniciar e dar continuidade ao grupo de mulheres, não houve adesão à iniciativa. Dessa maneira, é importante levantar uma reflexão a respeito de qual seria a prioridade de cuidado naquele momento para essas mulheres e quais são as barreiras de acesso. Uma das barreiras de acesso para a prática regular de atividade física está relacionada a aspectos históricos, individuais, comportamentais e ambientais (Sallis *et al.*, 2016).

Frisa-se também que a não adesão no grupo pode estar relacionada à carga horária de trabalho extensa e ao maior envolvimento das mulheres em atividades domésticas. Esse achado permite levantar uma provocação para os demais residentes e para os profissionais da Atenção Básica no que tange à escuta dos usuários, além de um maior vínculo, pois esta situação implica na continuação dos processos terapêuticos, além da relação entre profissional-usuário.

Covid-19 e trabalho nas facções

Imagem 3 - O trabalho em facção de costura



Fonte: : Acervo pessoal.

A covid-19 é uma doença causada pelo vírus Sars-CoV-2 que ocasionou uma crise sanitária em âmbito global. No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo (OMS, 2020). Devido ao aumento do número de casos graves da Sars-CoV-2, o isolamento social foi uma estratégia adotada para minimizar o risco de contágio da população. Com isso, houve o fechamento de praticamente todos os estabelecimentos de serviços pessoais, lazer e cultura, também chamado de serviço não essencial. Logo, os trabalhadores informais também foram afetados, os quais compõem parcela importante dos 5,4% da força de trabalho (Mattei & Heinen, 2020). A precarização do trabalho, embora não seja um fenômeno novo, ainda se faz presente no bojo do capitalismo.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), o setor de tecidos, vestuário e calçados foi a principal influência no campo negativo na composição da taxa do comércio varejista nacional em 2020. Como as entrevistas ocorreram no período latente da covid-19, as participantes foram questionadas se o atravessamento da pandemia influenciou negativamente no seu processo de produção e vida.

Teve muito impacto por conta dessa pandemia. Os trabalhos diminuíram. Você sempre fica preocupado com medo de ser contaminado, medo de sair de casa, mudou muito, muito mesmo, depois dessa pandemia.

Modificou e muito. Teve muita influência, o salário antes era ótimo.

Modificou, passamos um tempo parado no ano passado. Ficamos uns dois meses parado, aí depois voltamos aos poucos.

Desenvolver este trabalho com o atravessador da covid-19 foi bastante desafiador, tanto pela questão da segurança sanitária, quanto pela saúde mental afetada das participantes. Essa barreira decorrente da pandemia influenciou diretamente o fazer em saúde pelos residentes, impactando na continuidade do cuidado e no fortalecimento do vínculo com as mulheres.

Conclusão

A discussão sobre a percepção das mulheres que trabalham em facções de costura sobre sua saúde, qualidade de vida e as relações com seu trabalho é um tema de relevância. Este é um cenário complexo e em constante evolução, especialmente por se tratar de um estudo realizado em um contexto rural, visto que a maioria dos estudos publicados se concentra no contexto urbano. Além disso, a pandemia de covid-19 deixou marcas profundas na vida de todas as mulheres, tomando essa discussão ainda mais importante. Com base nas entrevistas semiestruturadas, foi possível perceber que as mulheres associam a qualidade de vida a questões financeiras, a ter um trabalho e hábitos saudáveis, incluindo exercício físico e alimentação. Todas as participantes relataram dores corporais, principalmente quando submetidas a muitas horas sentadas trabalhando.

Trazer à luz a temática do trabalho desenvolvido pelas mulheres em facções de costura mostrou-se muito potente. Essa abordagem permitiu mobilizar e provocar os profissionais da Atenção Básica a prestar maior atenção a esse público, especialmente durante o período da covid-19. Além disso, possibilitou a aproximação dos futuros residentes em saúde com essas mulheres, fomentando uma compreensão mais profunda de suas realidades e necessidades.

É importante que os órgãos governamentais competentes atendam essa classe de trabalhadores, pois estão amplamente presentes no município de Caruaru (PE), o qual é considerado um dos maiores polos têxteis do agreste. Faz-se necessário, então, pensar em estratégias de cuidado, sobretudo, visando medidas de proteção voltadas à saúde dos trabalhadores, principalmente aqueles que são pouco valorizados financeiramente e submetidos a longas horas de trabalho, como mencionado ao longo do texto.

Referências

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

- Barros, I. S. (2009). O Cenário do polo de confecções do Agreste de Pernambuco. In *Anais do 2º encontro de ensino pesquisa e extensão da faculdade Senac*.
- Bourdieu, P. (2001). *Para uma sociologia da ciência*. Edições 70.
- Fleck, M. P., et al. (2008). *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Artmed.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2020, 30 de abril). Desemprego sobe para 12,2% e atinge 12,9 milhões de pessoas no 1º trimestre. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27535-desemprego-sobe-para-12-2-e-atinge-12-9-milhoes-de-pessoas-no-1-trimestre#>
- Krein, D., & Castro, B. (2017). As formas flexíveis de contratação e a divisão sexual do trabalho. In D. Krein et al. (Orgs.), *Mundo do trabalho das mulheres: ampliar direitos e promover a igualdade*. Unicamp, IE, Cesis.
- Lima, Â. M. S. (2009). *As faces da subcontratação do trabalho: um estudo com trabalhadoras e trabalhadores da confecção de roupas de Cianorte e Região* [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas].
- Lira, P. V. R. A., et al. (2020). Superexploração e desgaste precoce da força de trabalho: a saúde dos trabalhadores de confecção. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18.
- Luan, X., et al. (2019). Exercise as a prescription for patients with various diseases. *Journal of Sport and Health Science*, 8(5), 422-441.
- Maciel, E. S., et al. (2016). Influência do nível de atividade física na percepção da qualidade de vida em comunidade universitária. *Revista brasileira de qualidade de vida*, 8(1), 42-56.
- Manhanini, T. V., et al. (2012). Fatores predisponentes ao aparecimento de DORT em costureiras. *Revista Científica da Faminas*, 8(1).
- Matos, J. A. V., Silva, K. L., & Garcia, M. C. (2018). O mapa corporal narrado: relato de experiência de pesquisa com aporte teórico de Bourdieu. *Escola Anna Nery*, 22.
- Mattei, L., & Heinen, V. L. (2020). Impactos da crise da covid-19 no mercado de trabalho brasileiro. *Brazilian Journal of Political Economy*, 40, 647-668.
- Milanês, R. B. (2015). *Costurando roupas e roçados: as linhas que tecem trabalho e gênero no Agreste pernambucano* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro].
- Milanês, R. (2020). O trabalho das mulheres costureiras na zona rural do Agreste pernambucano. *IDeAS*, /4(1).
- Moretto, A. F., Chesani, F. H., & Grillo, L. P. (2017). Sintomas osteomusculares e qualidade de vida em costureiras do município de Indaial, Santa Catarina. *Fisioterapia e pesquisa*, 24, 163-168.
- Nahas, M. V. (2006). Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. (4th ed.). Midigraf.
- Neves, M. A. (2006). Trabalho e gênero: permanências e desafios. *Sociedade e cultura*, 9(2), 257-265.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020). *Histórico da pandemia de covid-19*. <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>

- Praia, D. T., *et al.* (2013). Risco ergonômico em costureiras da indústria de confecções de Coari-AM. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 3(2).
- Prazeres, T. J., & Navarro, V. L. (2011). Na costura do sapato, o desmanche das operárias: Estudo das condições de trabalho e saúde das pespontadeiras da indústria de calçados de Franca, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(10), 1930-1938.
- Sallis, J. F., *etal.* (2016). Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. *The Lancet*, 387(10034), 2207-2217.
- Veiga, J. P. C., & Galhera, K. M. (2017). Ação coletiva transnacional na cadeia de confecção do vestuário e a questão de gênero. *Sociologias*, 19(45), 142-174.

CAPÍTULO 13

AFETIVIDADE, ALTERIDADE E EMPATIA: APROXIMAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DO SER RESIDENTE NA PANDEMIA DE COVID-19 E EM MOMENTO DE DISTANCIAMENTO GEOGRÁFICO

Margareth Pandolfi
Célia Márcia Birchler
Priscila Rocha Araújo Nadder
Reijane Pandolfi

Introdução

O Ensino à Distância (EaD) é uma modalidade de ensino, a qual prevê o distanciamento geográfico por meio de um Projeto Pedagógico assim delineado e uso de tecnologias remotas selecionadas à adequação com tal delineamento. Uma clássica definição de EaD é apresentada por Moore e Kearsley (2007), destacando que, além do uso de tecnologias e da temporalidade, envolve atores que se encontram em um espaço predominantemente virtual, segundo pressupostos didático-pedagógicos que orientam atividades e avaliações em regime aprendizagem sob tutoria. Nas Diretrizes Nacionais da Educação no Brasil, o EaD é uma modalidade educacional na qual a mediação didático-pedagógica ocorre por meio de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) e atividades desenvolvidas em lugares e tempos diversos (Brasil, 2017).

O EaD, o Ensino Remoto e o Ensino Remoto Emergencial (ERE), não podem ser compreendidos como sinônimos. O termo "remoto" significa distante no espaço e se refere a um distanciamento geográfico. A exemplo, na pandemia de covid-19, o ensino foi considerado remoto, mas emergencial, porque os atores estavam impedidos, por decretos de distanciamento social, de frequentarem instituições de ensino para evitar a disseminação do vírus. Embora ambos mencionem o uso de recursos digitais,

cada modalidade à distância está ancorada em pressupostos teórico-conceituais distintos e que sustentam práticas didático-pedagógicas distintas. Embora articulados com recursos digitais, orientam de modo distinto as relações entre os participantes da cena educativa (Moore & Kearsley, 2007). O ensino remoto emergencial não pode ser considerado uma modalidade educativa, mas, sim, uma ação pedagógica, na qual se processa certa transposição do ensino presencial para o ensino mediado por ferramentas predominantemente digitais ou pela proposição de apostilas e materiais impressos.

Podemos conjecturar que a interação se refere a estar junto, compartilhando o mesmo espaço, devendo-se observar que outras formas de interação, mediadas por TDIC, não tenham o mesmo reconhecimento. Nesse sentido, a interação implicaria na presencialidade do corpo físico, impedida na interação virtual. Contudo, compreendemos que consistem em modos diferentes de estar com o outro (Charczuk, 2020). Segundo Corraliza (1998), um dos processos mais relevantes da interação está relacionado não com a interação presencial do corpo físico, mas à conversão do espaço físico em espaço significativo. Na análise desse significado, deve-se considerar os processos culturais, sociais e políticos, entre outros.

Na construção social do significado espacial, a experiência emocional de um lugar considera tanto os aspectos individuais quanto aqueles que têm por base a relação entre sujeito e ambiente (Charczuk, 2020). Porém, não podemos desconsiderar que os espaços mediados por TDIC também podem produzir encontros. Quando não reconhecemos essa possibilidade, corremos o risco de dicotomizar interação presencial e interação virtual, de forma semelhante ao que se faz com ensino presencial e EaD ou entre ensino remoto e ERE. Em meio a isso, há que se ressaltar que ensino tradicional e espaço físico passaram por muitas transformações em tempos de covid-19, seja na EaD seja no Ensino Remoto e ainda impuseram o ERE.

A pandemia iniciou em dezembro de 2019, quando uma série de casos de alterações respiratórias agudas foi relatada em Wuhan, cidade mais populosa da China Central, com dez milhões de habitantes. Em 11 de março de 2020, a Organização

Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), e o *status* de pandemia de covid-19, doença infecciosa causada por um novo coronavírus - o Sars-CoV-2 (Pandolfi, 2022).

Muito além de sindemia¹ - conjunto de condições endêmicas e epidêmicas intimamente relacionadas -, os números ainda causam impactos diretos para além das medidas de mitigação (distanciamento e isolamento social, quarentena e *lockdown*), ficando evidente que os efeitos psicológicos e sociais resultantes das consequentes mudanças nas relações humanas, mas, também, nas diferenças de acesso aos recursos digitais de comunicação, informação e educação. Independentemente da modalidade de sentimentos, emoções e comportamentos, são comuns aos três processos de ensino-aprendizagem a falta ou dificuldade de interação (um desafio, no qual se vê conflitos, dores, zona de conforto, paralisia); o desespero (quando queremos fazer tudo ao mesmo tempo e entramos em pânico); as mudanças e deslocamentos dos cenários e das práticas; e o desânimo (quando muitos se desconectam). Somam-se, ainda, a vigência do medo de adoecer ou morrer, a sensação de impotência por não poder proteger os entes queridos, o medo de se aproximar dos serviços de saúde por risco de adoecer, o desespero, o tédio, a solidão, o medo de perder dinheiro ou objetos materiais e o medo de ser socialmente excluído. Isso leva à ansiedade, ao estresse e à agitação, bem como à interrupção de rotinas, afetando negativamente o bem-estar das pessoas e das famílias, com consequente exposição à violência doméstica (Pandolfi, 2022). Isto também se fez presente no dia a dia dos docentes, tutores e residentes em todo país.

Para Celidônio (1998), o processo de ensino-aprendizagem não deve ser visto de forma mecânica e estática, deve ser visto como um processo ativo de padrões e conteúdos, a envolver significados do que se aprende e se ensina, devendo estar em constantes adaptações. O ato de conhecer é mais do que memorizar ou reter

¹ De acordo com o antropólogo e médico americano Merrill Singer - criador do termo "sindemia", em 1990 -, a sindemia é quando "duas ou mais doenças interagem e causam danos maiores do que a mera soma dessas duas doenças". O termo resulta da união das palavras sinergia e pandemia. Enquanto alguns países estão enfrentando a quarta onda, outros problemas de saúde relacionados ao CoV-2 ficam evidentes e se multiplicam em todo o mundo.

informações e é mais do que assimilar de modo passivo um reconhecimento elaborado. Conhecer envolve, além da assimilação, reelaboração crítica, reinterpretação e recriação. Em tempos de Pandemia de covid-19, de EaD, de Ensino remoto e de ERE, tais processos estiveram relacionados ao ambiente e à ambiência, aos novos cenários de ensino e aprendizagem que se configuraram. Muitas mudanças!

A aprendizagem é uma atividade interior, é algo muito pessoal, mas que pode ser influenciada com êxito por meio de encontros, estímulos, técnicas, atividades e estratégias; podendo promover encontros alegres e encontros tristes, mas sempre encontros. Por esta razão, o tema do outro é um dos grandes problemas a serem pensados pela educação, já que ela é o encontro de singularidades. Spinoza (2010) propôs pensar formas de estar no mundo que impulsionam o humano à ação. As experiências afetivas seriam entendidas, então, como potencializadoras ou despotencializadoras. Nesta perspectiva, existem afetos que se compõem como "paixões tristes", que podem paralisar ou despotencializar o ser, afetos que se compõem como "bons encontros". Bomfim (2010) destaca que os bons encontros são aqueles que permitem a composição do indivíduo com o outros (afecção de corpos) em um modo em que geram potência de ação.

O fato é que a pandemia fez surgir e/ou potencializou emoções, que, no processo de ensino-aprendizagem dos residentes, pode ter representado ou não modos eficazes de adaptação às mudanças ambientais, contextuais e/ou situacionais, dependendo de suas experiências pessoais, comportamentais e fisiológicas. Além disso, o modo como essas emoções foram conduzidas e facilitadas pode resultar em sentimentos de prazer ou descontentamento, com consequente impacto no desempenho no processo de ensino-aprendizagem. Papel importante teve o tutor e o preceptor em meio a pandemia de covid-19. Segundo Botti e Rego (2008), além de participar com o estudante da descoberta do conhecimento, o preceptor pode ter as funções de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento, bem como de auxiliar na formação ética. Desempenha, portanto, um papel fundamental, atuando

como mediador no processo de formação em serviço com paciência, sensibilidade, conhecimento e experiência (Missaka & Ribeiro, 2011).

A essas funções, acrescenta-se a de estimular/encorajar mais do que ajudar ou facilitar que os estudantes desenvolvam as atividades, com objetivo de potencializar habilidades e competências, sendo necessário, para isso, um ambiente acolhedor. Em meio a toda essa dinâmica foi preciso encontrar o caminho possível para ensinar. Se é possível um método para nos orientar o pensamento, é possível um método para orientar o pensamento do outro, um método para socializar conhecimentos, de modo que o ato de ensinar tenha relação direta com aquilo que cada um aprende (Gallo, 2019).

Este relato de experiência apresenta as estratégias e as atividades educacionais desenvolvidas pelos tutores da Unidade Educacional de Cuidados em Saúde aos Indivíduos (UESCI), da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação, da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (ICEPi/SESA-ES), com os fins de aproximar e motivar os residentes (R1 e R2), por meio da promoção da afetividade, da alteridade e da empatia, a entender como esses valores e emoções contribuíram para o enfrentamento da pandemia de covid-19 e ao favorecimento do processo de ensino-aprendizagem.

A "Unidade Educacional de Cuidados em Saúde aos Indivíduos" e a residência

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) do ICEPi/SESA-ES foi aprovado pelos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) em 2020, e compõe o Programa Qualifica APS, de melhoria do desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) e busca a estruturação de respostas a problemas como: desigualdade regional na distribuição de especialistas; baixa resolutividade da Atenção Primária à Saúde; provimento irregular e pouca clareza da política; altos custos dos serviços e baixa resolutividade; fragmentação do cuidado e dificuldade de

integração entre a atenção ambulatorial e hospitalar em um sistema integrado e regionalizado; absenteísmo e demandas ao sistema de regulação.

Sua implantação contribuiu para a mudança do modelo de atenção, apoiando-se na formação e inovação, que atendem ao propósito de ordenar a oferta de residências no estado, segundo as necessidades da assistência e proteção da saúde. Além disso, busca atender regiões com menor oferta de serviços de saúde. Assim, os programas são descentralizados para municípios e regiões de todo o estado, não atendendo apenas à região metropolitana da capital (Espírito Santo, 2023).

Os cenários e campos de prática são escolhidos de acordo com critérios que favoreçam a formação dos residentes na APS a partir dos princípios da Estratégia Saúde da Família (ESF), concretizado em um diálogo entre a gestão local e a coordenação do programa. Esses critérios buscam fortalecer os espaços para a atuação dos profissionais considerados como equipe de referência na ESF (enfermeiros, médicos e odontólogos) e os espaços para a atuação dos profissionais considerados de apoio matricial, retaguarda ou suporte, envolvendo oito categorias: educação física, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

Uma de suas premissas é formar profissionais reflexivos a partir de 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 é revisto fora do seu cenário, levando às reformulações do 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.

Na UECSI, as discussões perpassam pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelos protocolos da APS e da ESF em um desafio constante de superação de um modelo fragmentado de conhecimento e das práticas em saúde para um modelo voltado para a integralidade do cuidado, o que ocorre em uma perspectiva

de articulação do cuidado que possibilita ao profissional conhecer a ação do outro e agregar novos saberes à sua prática (Espírito Santo, 2023).

Dessa forma, a matriz curricular baseou-se na organização de problemas/situações relevantes ao processo de formação de um profissional de saúde para atuação nos territórios de saúde da família: modelos explicativos da saúde e doença; modelos de Atenção à Saúde; integração da Vigilância em Saúde com a APS/ESF; saúde da criança, do adolescente, da mulher, do homem e do idoso; além de temas pontuais e transversais. A metodologia de aprendizagem adotada é a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), desenvolvida em pequenos grupos. Nesta, preparam-se situações-problema, ou seja, conteúdos de estudo que se transformam em problemas para serem discutidos em grupo (Prado *et al.*, 2012) e que servem como disparadores dos grupos de aprendizagem. A partir da discussão desses problemas, os participantes identificam seus saberes prévios e as lacunas de sua aprendizagem, estimulando novas buscas de conhecimento. As Metodologias Ativas (MA) constituem um recurso importante na trajetória de mudar o atual modelo de assistência curativista na saúde, juntamente com o trabalho em equipe, sendo recurso para efetivar as demandas nas relações humanas (Marin *et al.*, 2010).

Conhecimento, habilidades e atitudes: as competências necessárias ao ser residente

O currículo do PRMSF está organizado em 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. Na concepção dialógica de competência, que trabalha com o desenvolvimento de capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos). Quando combinados, conformam distintas maneiras de realizar as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional (Lima, 2005) em um campo de saber.

Para tanto, a UECSI tem como foco de discussão o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (eSF) e organiza os conteúdos por ciclo de vida e por temáticas relacionadas aos cenários de prática. As categorias profissionais trabalham em conjunto para aplicar conhecimento exclusivo de cada um. Frequentemente ocorrem situações complexas que requerem uma abordagem interdisciplinar em que os novos e inusitados problemas exigem, na prática, a construção de um "campo" de saber comum a todas as categorias (Andrade, 2004).

Essa divisão organiza-se, na tutoria, da seguinte forma: o conteúdo da área de concentração é trabalhado em encontros semanais, conduzidos pelos tutores, e em grupos formados a partir dos cenários de prática. O conteúdo do núcleo do saber é desenvolvido em encontros mensais, conduzidos por um docente da mesma categoria profissional que os residentes. Os grupos são separados por categorias profissionais, compreendendo, além do PRMSF, os programas de residência multiprofissional em Saúde Mental e em Cuidados Paliativos, que têm essa UECSI em comum nos seus projetos pedagógicos (Espírito Santo, 2023).

Os encontros de tutoria almejam cumprir o papel de subsidiar a qualificação da prática a partir da promoção de reflexões e buscam por conteúdos inerentes ao incremento da formação do residente. Além desse aspecto formativo, os encontros de tutoria também se caracterizam como espaços de troca - encontros onde os residentes apresentam seus sentimentos, emoções e toda a carga que trazem do cenário de prática. Em tempos da pandemia de covid-19, houve um imperativo - as emoções-, cuja função foi estabelecer um determinado estado de informações que permitisse ter respostas rápidas em diferentes situações, a exemplo da RMSF. Tais emoções são capazes de aproximar ou afastar pessoas, lugares e situações. Isso não foi diferente na UECSI. Tutores, preceptores e residentes também sofreram impactos em suas vidas diárias e em suas atividades na RMSF. Em meio ao contexto dessas emoções carregadas de estresse, ansiedade e medo, a equipe da UECSI, que previamente já trabalhava com alguns disparadores no processo de ensino-aprendizagem, visando o

desenvolvimento do ser residente e de suas competências, passou a enfatizar a canalização de algumas emoções e sentimentos como:

Afetividade

Energia que impulsiona a ação, por isso ela é fundamental para o funcionamento da inteligência; ela permite organizar o mundo. A afetividade possibilita identificar seus desejos, sentimentos que o ajudam a ter êxito nas ações. Para formar pessoas felizes, éticas, seguras e capazes de se relacionarem com o outro e com o mundo (alteridade), faz-se necessária a afetividade desde o nascimento, sendo fundamental cuidar do aspecto afetivo no processo de ensino-aprendizagem e no desenvolvimento da autoestima. Por isso cabe ao professor/tutor proporcionar ao aluno/residente a interação que contribuirá na formação da identidade. A afetividade pode despertar interesse, motivação, desejos, valores, emoções, perguntas, respostas e o desenvolvimento da inteligência (Charczuk, 2020).

Arantes (2002, p. 164) afirma: "Na perspectiva genética de Henri Wallon, inteligência e afetividade estão integradas: a evolução da afetividade depende das construções realizadas no plano da inteligência, e vice-versa". Dentre os fatores analisados quanto à influência da afetividade, a motivação é um instrumento que permeia todas as relações de aprendizagem. Mesmo que o aluno domine as operações formais e disponha de conhecimento, necessita atribuir um sentido ao que aprende. Tal sentido é transmitido pela interação e engloba os fatores psicológicos de caráter afetivo, que nessa relação são mediados pela percepção que o aluno tem de si (autoconceito), a percepção que tem do professor/tutor, suas expectativas e o valor que atribui a si próprio (autoestima). A afetividade é um componente importante para a construção do autoconceito e da autoestima, pois ao valorizar o desempenho, o rendimento também melhora. O sentimento de insucesso compromete o desempenho, e por isso é importante a relação afetiva na construção da identidade (Souza, 2012). Com os residentes isso não é diferente.

Além disso, trabalhar a afetividade encontra fundamento no pensamento de Taille, Oliveira e Dantas (1992) sobre Vygotsky, que explora como os indivíduos enfrentam dores e conflitos e até que ponto estes podem afetar sua aprendizagem. O afeto é um elemento importante para fortalecer e aumentar a eficácia da aprendizagem, pois integra o aspecto cognitivo, sendo ambos inseparáveis. Nos filmes, alguns autobiográficos, como *O Primeiro da Classe* (Peter Wemer), *Coach Carter - Treino para a vida* (Thomas Carter), *Meu mestre, Minha Vida* (John G. Avildsen) e *Escritores da Liberdade* (Richard LaGravenese), fica claro como afetividade, alteridade e empatia interferiram nas relações entre todos. O fato, também observado nestes filmes, é que o desenvolvimento da afetividade depende, dentre outros fatores, da qualidade dos estímulos que o ambiente oferece; por isso, o professor/tutor precisa compreender adequadamente a base afetiva do indivíduo para ter uma compreensão completa do seu pensamento. A interação determina padrões afetivos, despertando processos de desenvolvimento enraizados nas influências mútuas.

Em tempos de mudanças, a covid-19 e suas medidas de mitigação foram agentes de transformação; as dores exacerbaram-se, tornando constante o envolvimento de todos que concebem o espaço educacional como *locus* privilegiado na formação humana, pois conhecimentos são construídos por meio da ação e da interação. O sujeito aprende quando se envolve ativamente no processo de produção do conhecimento, mediante a mobilização de suas atividades mentais e na interação com o outro. Portanto, foi preciso humanização e afetividade em suas diferentes manifestações, pois o afetivo e o intelectual são faces de uma mesma realidade - o desenvolvimento do ser humano.

Alteridade

Alteridade vem do latim *alteritas* ("outro"), e é uma concepção que parte do pressuposto básico de que todo ser humano é um ser social que interage com outro ser

humano em uma relação de interdependência um do outro. Para Flickinger (2018), a alteridade trata-se de uma relação interpessoal aberta, ou seja, uma relação que se qualifica pelo envolvimento existencial entre as pessoas. Nessa relação, a percepção do outro como *alter* de mim mesmo é o sentido originário do termo latino, que aborda pelo menos três aspectos: tenho aí o outro à medida que ele vem ao meu encontro como outro de mim mesmo; esse 'vir ao meu encontro' obriga que o meu eu tome posição frente a ele; e esta reação leva-me a responder suas perguntas, a aceitar, portanto, determinada responsabilidade em relação a ele.

Para Paterson (2007), quando discutimos o outro, frequentemente focalizamos em formas diferentes de alteridade, como se elas estivessem separadas de nossa consciência e identidade. Assim sendo, alteridade implica em um processo cognitivo que se manifesta dentro do sujeito e dos grupos. Por isso que a falta dela está na raiz das guerras, do racismo e da discriminação, sendo imperativo que ela seja exercitada para desfazer-se adversidades - a pandemia de covid-19 configurou-se como uma dessas adversidades.

O fato é que a educação no século XXI tem sofrido grandes abalos no que concerne às relações humanas, sejam elas referentes ao papel social de ser aluno, professor/tutor/preceptor ou de ser aluno/residente. Nesse contexto, a política e a *práxis* pedagógica veem-se obrigadas a lidar com questões outrora tidas como periféricas, como: mal-estar nas populações, convívio pacífico entre estranhos, reação aos novos desafios, vivência multicultural e experiência produtiva, vulnerabilidade, violência familiar, pobreza, acessibilidade, necessitando utilizar-se de diretrizes pedagógicas e estratégias de ensino mais que adequadas (Flickinger, 2018) - ainda mais a partir da pandemia de covid-19 e de seus impactos econômicos, sociais, físicos, psicológicos e mentais.

A educação, pensada com base na perspectiva da alteridade, necessita ser concebida como um processo construído pela relação particular e intensa entre diferentes sujeitos (Flickinger, 2018). O educador e, mais amplamente, a prática pedagógica devem dedicar particular atenção às relações e aos contextos, de modo a

contribuir para a explicitação e elaboração dos sentidos que os sujeitos em relação constroem e reconstróem (Fleuri, 2006).

Empatia

Considerada uma habilidade, a empatia relaciona-se com a alteridade no aspecto de colocar-se no lugar do outro, buscando agir conforme ele pensa e sente. É compreender sentimentos e emoções, procurando experimentar o que sente o outro. Existem diferentes tipos de empatia, como: empatia cognitiva, que é a capacidade de sentir o que o outro sente; empatia somática, capacidade de fornecer respostas apropriadas às emoções das outras pessoas; e empatia afetiva, que é a capacidade de entender o ponto de vista do outro, de fornecer respostas apropriadas às emoções das outras pessoas. Para tal, faz-se necessária a escuta qualificada e a significativa. Uma pessoa empática é aquela que se identifica com o outro ou com a situação vivida por ele. É alguém que sabe ouvir os outros e esforça-se para compreender seus problemas, suas dificuldades e suas emoções. Assim, a empatia pode ocorrer em todos os tipos de relacionamentos humanos.

Estratégias e Atividades da "Unidade Educacional de Cuidados em Saúde aos Indivíduos"

Na RMSF são utilizadas estratégias no processo de ensino e aprendizagem que visam despertar nos residentes o interesse pelo seu aprendizado. As estratégias educacionais são escolhidas de acordo com a intencionalidade de cada atividade e tema trabalhado, tendo por base a reflexão da prática vivenciada pelos residentes e devendo despertar o interesse pela busca de novos conhecimentos, promovendo, assim, o deslocamento na formação.

As estratégias educacionais, assim como o uso de metodologias ativas na condução dos encontros, fazem parte dos projetos pedagógicos dos PRMS, sendo

motivados a partir da necessidade de mudança na formação de profissionais de saúde. Elas buscam, ainda, a formação de profissionais críticos e reflexivos, capazes de lidar com a complexidade da prática cotidiana.

Espiral construtivista e as oficinas de trabalho (OT): estratégias educacionais utilizadas com base na problematização e nos conhecimentos prévios dos alunos, em que o professor é um facilitador do processo de aprendizagem, e não o detentor do saber. Pode ser realizada em pequenos ou grandes grupos e processadas por meio de disparadores (histórias clínicas, relatos de casos etc.) (Espírito Santo, 2023).

Viagem educacional (VE): atividade com caráter social e artístico desenvolvido em um contexto que contribui para a aprendizagem por meio da ativação de emoções. Pode ser organizada de maneira articulada a uma OT 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: 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): ação educacional que promove a construção de conhecimento, especialmente focalizada na resolução de problemas. Favorece o desenvolvimento de aprendizagem colaborativa, uma vez que se utiliza de discussão, considera distintos saberes e experiências, além de organizar-se em equipes. É desencadeada a partir de um contexto - um disparador. Cada participante analisa individualmente o contexto ou os materiais indicados previamente. Após, os participantes respondem a testes que abordam a tomada de decisão. 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

(Espírito Santo, 2023).

Todas as estratégias e atividades influenciam a construção da identidade do ser residente. As estratégias e atividades mobilizada com vistas às emoções e aproximações enfatizadas durante a pandemia de covid-19, período de 2019 a 2023 estão elencados nos Quadros 1 e 2:

Quadro 1 - Estratégias e atividades

Dinâmica do avatar	Consiste em desenvolver um avatar para apresentá-lo aos participantes do encontro. Estimula o participante a olhar para dentro de si, como se fosse um espelho, bem como ajuda aos demais a reconhecer o outro.
Dinâmica das expectativas	Por meio do <i>Jamboard</i> , os residentes expõem suas expectativas em relação à RMSF e em seguida são estimulados pelo tutor a falar sobre elas.
Dinâmica – O que exportar e importar?	Por meio do <i>Jamboard</i> , os residentes expõem suas percepções sobre o que exportam e para o grupo de trabalho (GT) e importam do GT e dos outros; em seguida, são estimulados pelo tutor a falar sobre elas.
Dinâmica do talento	Os residentes participam da atividade expondo e apresentando um talento. A atividade tem dois aspectos a destacar: um olhar para dentro de si e a exteriorização, e ambos favorecem o reconhecimento de suas habilidades e/ou limitações tendo em vista a autoestima e a segurança.
Pacto de trabalho	O pacto de trabalho é um acordo de ética, respeito e convivência entre todos. É mediado pelo tutor e por vezes pode ser revisitado.

Fonte: UECSI (2019-2023).

Quadro 2 – Disparadores

Curtas-metragens - Animações	<i>A História das Colheres de Cabo Grande</i>
	<i>Ajudar o próximo</i>
	<i>Alike - A sociedade e a nossa capacidade criativa</i>
	<i>A parábola dos lápis</i>
	<i>Aponte</i>

Curtas-metragens - Animações	Dia Mundial da gentileza
	<i>O menino e a árvore</i>
	<i>O pai, o filho e o pássaro</i>
	<i>O poder da Empatia</i>
	<i>Up: Altas Aventuras</i>
Séries	<i>Unidade Básica</i> - Helena Petta, Newton Cannito, Ana Petta
Documentários	<i>Adolescentes em Conflito com a Lei</i> - EMERG
	<i>Dentro de Nós</i> - Moniky Rodrigues
	<i>Envelhescência</i> - Proac SP
	<i>Habilidades especiais</i> - Jout Jout Prazer
	<i>Mulheres das Águas</i> - Fiocruz
	<i>Muito além do peso</i> - Estela Renner
	<i>Noivas do Cordeiro</i> - GNT
	<i>O cárcere e a rua</i> - Ministério da Cultura
	<i>Profissão Repórter - Sífilis</i> - Caco Barcelos
Cine-viagem	<i>Diários de Motocicleta</i> - Walter Salles
	<i>Juno</i> - Jason Reitman
	<i>Millennium</i> - Os homens que não amavam as mulheres - David Fincher
	<i>Nenhum a menos</i> - Zhang Yimou Flaga
	<i>Patch Adams</i> - O amor é contagioso - Tom Shadyac
	<i>Quanto sinto que já sei</i> - Antônio Sagrado, Raul Perez e Anderson Lima
	<i>Que horas ela volta</i> - Anna Muylaert
	<i>Si puó/are</i> - Giulio Manfredonia
	<i>Valentino</i> - Cássio Pereira dos Santos
Literatura, Poesia, Poemas	<i>Aninha e suas Pedras</i> - Cora Coralina
	<i>Sou feita de Retalhos</i> - Cris Pizzimenti
	<i>Tu que me deste o teu cuidado</i> - Manuel Bandeira
	<i>Use filtro solar</i> - Mary Schmuch

Fonte: UECSI, 2019-2023.

O lúdico, as artes e a cultura

Cassiodoro (século VI) destaca três funções para as artes: ensinar, comover e agradar ou dar prazer. Geralmente usadas para acolhimentos e cine-viagens, as atividades e artes (poesia, música, literatura, curtas-metragens) sempre tiveram uma intencionalidade - a expressão e inspiração das emoções. Elas podem funcionar como um catalisador, despertando o interesse das pessoas e, acima de tudo, constituir-se como um espaço de partilha de emoções. O lúdico, explorado principalmente nos curtas-metragens, estimulam a criatividade, a expressão e a espontaneidade, pois trabalha a imaginação e auxilia na aprendizagem significativa.

A escuta qualificada

É uma premissa tanto nos cenários de prática quanto nos encontros da tutoria. Destaca-se a construção coletiva do conhecimento por meio do processamento da Síntese Provisória (SP) e da Síntese Definitiva (SD), seguindo ou não os passos da Espiral Construtivista nos encontros e das Oficinas de Trabalho (OT). Nos encontros, há uma premissa em relação à participação dos atores: a de que "Ninguém fica de fora", como no filme *Nenhum a menos*, considerado uma estratégia que reafirma tal premissa, bem como desenvolve a empatia necessária ao processo de ensino-aprendizagem para que os residentes não se fechem em suas próprias convicções, crenças ou preconceitos. A escuta qualificada permite novas perspectivas e experiências que ampliem o seu horizonte e o seu entendimento do mundo.

A noção de equipe e a integração

Na perspectiva dos estudos de Bakhtin (2011) *apud* Dimbarre e Saleh (2020), todo agente social desenvolve uma atividade humana, por meio de enunciados, nas

esferas sociais, os quais são organizados pelos discursos. Dessa forma, há interação entre os agentes e há comunicação, que pressupõem ideologias, crenças, atitudes e tonalidades valorativas. Os enunciadores não são indiferentes uns aos outros nem são autossuficientes, reconhecem-se, refletem-se mutuamente. O sentido do enunciado é engendrado pelas condições reais da enunciação e distribui-se entre as diversas vozes que habitam a linguagem. Na UECSI isso se concretizou. Todos os tutores se guiam pelos mesmos valores e emoções. Em outras palavras, o enunciado é constitutivamente repleto de ecos, de lembranças de outros enunciados e vinculam-se a esferas de comunicação, e a linguagem é sempre encaminhada a alguém e se concretiza na relação com o outro. Ela é carregada das vozes do outro, de palavras alheias, isto é, de relações dialógicas constitutivas de sentido.

De fato, a produção do discurso envolve um trio, composto pelo autor, pelo destinatário e por todas as vozes-outras que sempre já nele habitam, pois o diálogo é o acontecimento do encontro e interação com a palavra do(s) outro(s). A alteridade é, então, parte de um processo dialógico em que o elemento comum é o discurso (Pires, 2018). A afirmativa também vale para a afetividade e para a empatia. Segundo Charczuk (2020), é justamente o laço entre os atores e o conhecimento que produz efeitos de reconhecimento dos sujeitos e de autoria nos processos de ensino e aprendizagem, aproximando-nos dos modelos teóricos construtivistas e da abordagem psicanalítica. Com essa reflexão, os autores nos convocam a pensar sobre o efeito que tal laço provoca nos atores e como acontecem seus processos em meio ao EaD e ao ERE em tempos de pandemia de covid-19.

Uma das rotinas da residência envolve atividades que reúnem todos os residentes, tutores e a coordenação do PRMSF. Em 2022, foi realizada uma atividade que aconteceu em quatro encontros e com todos os tutores. Em 2023 foi programada uma atividade mensal com fins de integração entre todos os atores envolvidos com a residência (coordenadores, tutores, preceptores e residentes). O primeiro tema abordado foi "O afeto nas práticas do Cuidado", ministrado por Fabiano Ribeiro - diretor do ICEPi. A iniciativa foi bem avaliada por todos, e por isso passou a ser parte

da programação. No mês de maio aconteceu uma reunião integradora com os coordenadores, tutores e preceptores.

O objetivo maior dessas iniciativas não é fazer a integração entre os atores como saberes, mas sim, que esta seja reconhecida nos cenários de prática como promoção de um trabalho multiprofissional, como indutora do cuidado integrado. Compreende-se esse cuidado integrado em uma perspectiva da prática multiprofissional como a base no programa.

Considerações finais

As práticas pedagógicas desenvolvidas na UECSI primam sobre valores como afetividade, alteridade e empatia, pois eles proporcionam bem-estar, prazer e felicidade, que são aspectos extremamente fundamentais para a elevação da autoestima e formação da personalidade do ser residente. Qualquer projeto educacional, por mais complexo e inovador que seja, dependerá do afeto para atingir os índices satisfatórios e desenvolver as competências necessárias para o cuidado em saúde - mais ainda para desenvolver as atitudes (saber ser).

A residência se destaca pela característica de integração ensino, serviço e comunidade, possibilitando dessa forma a incorporação de vivências ao processo de aprendizado. Vivência de saberes, práticas, emoções e afetos. É nesse turbilhão que o cuidado é processado, assim como a relação com o 'fazer saúde' de forma diferenciada.

O uso de novas TDIC, aliado à introdução de estratégias educacionais que promovem espaços de acolhimento em um momento tão complexo, como o da pandemia de covid-19, fez toda a diferença no processo de formação. A tutoria potencializou o espaço de escuta, fala, compartilhamento de saberes, fazeres e dores, mesmo diante da distância física. Promover a formação para além do atributo cognitivo é um desafio, em especial com a adoção de TIC, às quais o grupo não estava acostumado, em tempo hábil. No entanto, incorporar práticas educacionais que

suscitam aspectos afetivos faz com que os encontros de formação fiquem mais leves e prazerosos para todos, criando uma rede de apoio em um momento de tamanha complexidade.

Assim, apoiar a formação de pessoas e profissionais do SUS por meio de uma prática pedagógica que busca a interação vai muito além de simplesmente aplicar conteúdos e métodos. Trata-se de colocar-se no lugar de aprender a aprender todos os dias, utilizando todos os tipos de TDIC e considerando quaisquer emoções envolvidas. Afinal, estamos falando de formar pessoas que cuidam de vidas, nosso maior legado.

Referências

- Arantes, V. A. (2002). Afetividade no cenário da educação. In A. L. H. N. *et al.* (Orgs.), *Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea*. Moderna.
- Bomfim, Z. A. C. (2010). *Cidade e afetividade: estima e construção dos mapas afetivos de Barcelona e de São Paulo*. Edições UFC.
- Botti, S. H. O., & Rego, S. (2008). Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 3, 363-373.
- Brasil. (2017, 26 de maio). Decreto n.º 9.057, de 25 de maio de 2017. Regulamenta o art. 80 da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as DCNS.
- Celidônio, R. F. (1998). Trilogia inevitável: família, aprendizagem, escola. *Revista Psicopedagogia*, 17.
- Charczuk, S. B. (2020). Sustentar a transferência no ensino remoto: docência em tempos de pandemia. *Educação & Realidade*, 45(4), e109145.
- Corraliza, J. A. (1988). Emoción y ambiente. In Aragonés, J. I. & Américo, M. *Psicologia ambiental*. Ediciones Pirâmide.
- Dimbarre, M. C., & Saleh, P. B. O. (2020). Identidade, letramento e dialogismo nas aulas de Língua Portuguesa do 5º ano do Ensino Fundamental I. *Revista Educação e Linguagens*, 9(16), 302-328.
- Spinoza, B. (2010). *Ética* (3rd ed.). Autêntica.
- Fleuri, R. M. (2006). Políticas da diferença: para além dos estereótipos na prática educacional. *Educação & Sociedade*, 27, 495-520.
- Flickinger, H. G. (2018). Educação e alteridade em contexto de sociedade multicultural. *Cadernos de Pesquisa*, 48(167), 136-149.
- Gallo, S. (2008). Eu, o outro e tantos outros: educação, alteridade e filosofia da diferença. In *Anais do II Congresso Internacional Cotidiano: Diálogos sobre Diálogos* (pp. 1-16). Universidade Federal Fluminense.

- Lima, V. V. (2005). Competence: different approaches and implications in the training of healthcare professionals. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9, 369-379.
- Marin, M. J. S., *et al.* (2010). Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34, 13-20.
- Missaka, H., & Ribeiro, V. M. B. (2011). A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35, 303-310.
- Moore, M. G., & Kearsley, G. (2007). *Educação à Distância: uma visão integrada*. Thomson Learning.
- Morais, T. N. M., & Rocha, N. M. F. D. (2022). As concepções de cuidado em saúde de mulheres de uma comunidade quilombola da região metropolitana de Fortaleza (CE): uma investigação a partir dos afetos. *Saúde e Sociedade*, 31(3), e20076 1 pt.
- Pandolfi, M. (2022). Odontologia, saúde bucal e covid-19. In R. Elias (Org.), *Odontologia de alto risco: pacientes clinicamente comprometidos*. Lisermed.
- Paterson, J. M. (2007). Pensando o conceito de alteridade hoje. *Aletria*, 16, 13-19.
- Pires, V. P. (2002). Dialogismo e alteridade ou a teoria da enunciação em Bakhtin. *Organon*, 16(32-33).
- Prado, M. L., *et al.* (2012). Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Escola Anna Nery*, 16(1).
- Souza, C. M. M. (2002). *A Afetividade na formação da autoestima do aluno* [Monografia, Universidade da Amazônia].

CAPÍTULO 14

ABRIGO EMERGENCIAL PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO ENFRENTAMENTO À COVID-19: UMA ALIANÇA COM A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA

Isis Ariscia de Araújo Martins
Andréa Taborda Ribas da Cunha
Ricardo Burg Ceccim

Introdução

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Brasil, 2023), a população em situação de rua (PSR) no Brasil é composta em 87% por homens, dos quais 55% são adultos. Destes, 68% são da raça negra, sendo 51% de pessoas pardas e 17% de pessoas pretas. A maioria das pessoas em situação de rua é alfabetizada (90%) e teve experiência como trabalhador formal (68%), tendo carteira de trabalho assinada. A principal fonte de renda é proveniente do trabalho como catador (17%). Em dezembro de 2022, o país somava 236.400 pessoas como em situação de rua, considerados 3.354 municípios, o que representa 64% do total de municípios do país. No Rio Grande do Norte, território da experiência aqui relatada, pelos dados do censo estadual, em 2023, 25,1% da população em situação de rua eram mulheres e 74,9% eram homens. Quanto à raça/cor, 76,3% eram pessoas negras, sendo 22,5% pretas e 53,8% pardas (Rio Grande do Norte, 2023).

Na cidade de Natal, capital do Rio Grande do Norte, essa população cresceu 650% em 2020. Conforme Barreto *et al.*, (2020, s/p), "de março a dezembro [de 2020, esse] número saltou de 400 para 3 mil pessoas[, sendo que], em todo o [estado], o déficit habitacional [chegou a] 137 mil moradias". No ano de 2020, auge da pandemia de covid-19, uma crise política, econômica e sanitária assolava o país, repercutindo no aumento significativo da população em situação de rua. Em tempos de pandemia, parece fazer sentido que as políticas públicas se orientem pelas necessidades

populares, pelo agenciamento de vidas e pela promoção da solidariedade. O noticiário do período trazia todos os dias notícias dramáticas de morte, falta de leitos, pessoas morrendo sufocadas, idosos isolados dos netos, profissionais de saúde esgotados etc.

Quando se fala em população em situação de rua, no entanto, a produção de vida se encontra com o limite da sua irrelevância em políticas públicas, e a morte desponta como tecnologia de governo dessas populações. A pandemia escancarou o "método": deixar morrer. O filósofo camaronês Achille Mbembe instiga: para além do "deixar morrer", já enunciado por Michel Foucault, o governo de certas populações se faz segundo a produção de mortes, enunciando o conceito de "necropolítica" (Mbembe, 2018). Mbembe explicitou tal conceito em diversos ensaios e livros a partir de 2003, explorando como os estados modernos passaram a exercer uma biopolítica orientada pela ação de deixar morrer e fazer morrer, exercendo gestão da vida e da morte, perpetrando desigualdades e violências.

Dentro do contexto pandêmico, especialmente no Brasil, o deixar morrer e fazer morrer foi ensejado, revelando um governo pela necropolítica, no tocante às condutas do governo federal, chegando o então presidente da república, Jair Bolsonaro, a dizer que nada podia fazer quanto às mortes por covid-19 porque não era coveiro; encenar quadros de tosse para debochar dos familiares de pessoas acometidas pela doença; correr atrás das emas do pátio da residência presidencial com caixa de remédio na mão; estimular a invasão de hospitais e unidades de terapia intensiva porque seriam falsas as notícias de falta de leitos; declarar que não se vacinaria e nem deixaria que sua filha fosse vacinada; estimular o consumo em massa de vermífugos e antiparasitários para tratar virose; comprar remédios comprovadamente ineficazes, mas não vacinas, para distribuir à população; deixar hospitais sem suprimento de oxigênio; substituir um ministro médico por que dava plantão informativo sobre a pandemia, o que certamente seria campanha política pessoal; e substituir o segundo ministro médico porque este disse concordar com as medidas de proteção populacional, colocando no lugar um militar cuja formação era proveniente do curso de Comando e Estado-Maior no Exército e Política e Estratégia Aeroespaciais.

No Brasil, fizeram-se necessárias muitas iniciativas populares e dos profissionais de saúde em busca da defesa coletiva da vida. O isolamento social, conhecido pelo "Fique em Casa", era a maior recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) na prevenção ao contágio e disseminação da covid-19 até que uma vacina fosse desenvolvida. No entanto, a realidade dos "moradores de rua" mostrava-se diferente, uma vez que não seria possível o "fique em casa" para quem não tem casa. Somado a isso, o perfil heterogêneo da população em situação de rua constituía-se num dos desafios para o cuidado em saúde e assistência social a essa parcela da sociedade que tem sido excluída das políticas de direitos e do acesso aos serviços essenciais.

Em 23 de dezembro de 2009, o então presidente da república, Luiz Inácio Lula da Silva, estabeleceu, por meio do Decreto n.º 7.053, a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento (Brasil, 2009), o que permitia à sociedade e aos gestores descentralizados de estados e municípios, pensar em uma rede de acolhimento com serviços temporários regulamentados pelo setor de políticas públicas da assistência social, estruturada e ampliada para incentivar sua utilização pelas pessoas em situação de rua, inclusive mediante articulação com programas de moradia popular:

Art. 8º. O padrão básico de qualidade, segurança e conforto da rede de acolhimento temporário deverá observar limite de capacidade, regras de funcionamento e convivência, acessibilidade, salubridade e distribuição geográfica das unidades de acolhimento nas áreas urbanas, respeitado o direito de permanência da população em situação de rua, preferencialmente nas cidades ou nos centros urbanos. (Brasil, 2009).

Em contrapartida, o setor da saúde teve junto à Política Nacional de Atenção Básica, apresentada em 2011, a formulação da estratégia "Consultório na Rua", definida pelo objetivo de ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional (Brasil, 2012). Conforme as orientações do então Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, esses serviços deveriam realizar suas atividades de forma itinerante e, quando

necessário, desenvolveriam ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos respectivos territórios. Os Consultórios na Rua deveriam ser formados por equipes multiprofissionais, podendo fazer parte delas, dependendo do porte (modalidades I, II ou III), os cargos de agente social, assistente social, cirurgião-dentista, enfermeiro, médico, profissional com formação em arte, profissional com formação em educação, profissional/professor de educação física, psicólogo, técnico em saúde bucal, técnico em enfermagem e terapeuta ocupacional.

Diante desses cenários, a cidade de Mossoró, no estado do Rio Grande do Norte, atendeu o acolhimento temporário por meio do "Abrigo Emergencial para Pessoas em Situação de Rua", instalado provisoriamente em 2020 e organizado com a oferta regular de 30 vagas a partir de 22 de abril de 2021. O Abrigo Emergencial surgiu numa tentativa de cobertura às pessoas em situação de rua durante o período pandêmico e, a partir de 2021, passou a integrar a rede de acolhimento em saúde, por meio da interface com o Consultório na Rua (CnaR) e o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS ad III), apoiado pela Secretaria Municipal de Assistência Social, Cidadania e Juventude, responsável pela política pública de assistência social, e pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), que dele aproximou o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade (PRMAB/SFC) (UERN, 2020a; 2020b).

O presente documento analisa a experiência do Abrigo Emergencial para Pessoas em Situação de Rua, refletindo sobre seu processo de organização e normatização, atendimentos prestados, necessidades socioassistenciais e de saúde dos abrigados, tratando-se do primeiro serviço nesse escopo na cidade, para o qual a residência multiprofissional em saúde se fez presente. Para o desenvolvimento do relato, foram utilizados os registros em "diário de campo", relativos à participação da residente de psicologia, o cotejamento dos documentos de sua operacionalização e o acesso aos registros de atividades dos residentes com os abrigados.

Covid-19 e o abrigamento da população em situação de rua

A covid-19 foi declarada emergência de saúde pública de interesse internacional em março de 2020, sendo as recomendações da OMS, até a disponibilidade de vacinas, o isolamento social, de modo geral, e a quarentena, em casos de suspeita ou confirmação da infecção. A questão envolvendo a população em situação de rua era a maior exposição pela situação de insegurança alimentar, menor acesso aos hábitos de higiene propostos como prevenção, menor acesso e possibilidade real de uso de máscaras e álcool gel, além da impossibilidade de distanciamento segundo a permanência domiciliar (o "fique em casa, do isolamento social) e a guarda de quarentena em caso de contaminação e adoecimento. Diante da condição, a Prefeitura Municipal de Mossoró instalou, no dia 07 de abril de 2020, o abrigo emergencial de enfrentamento a covid-19 para pessoas em situação de rua.

A abertura do abrigo teve sua fatia de polêmica: diante da recomendação de fechar escolas, igrejas, restaurantes, espaços públicos e diminuir o fluxo de pessoas nas ruas para conter a disseminação do vírus, houve dúvida se o abrigo tinha caráter de acolhimento de saúde em prol da população vulnerabilizada ou de dispositivo higienista, usado como ferramenta de gentrificação, um modo de "limpar as ruas".

A Portaria n.º 69, de 14 de maio de 2020, da Secretaria Nacional de Assistência Social, do Ministério da Cidadania, aprovou as "recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da pandemia do novo coronavírus" (Brasil, 2020):

2.8.2. O reconhecimento destes riscos deve direcionar em cada localidade a elaboração de Plano(s) de Contingência e a organização de provisões no âmbito do Sistema Único de Assistência Social, com destaque para os seguintes acessos:

[...]

d) Segurança de acolhida, por meio do acesso a Serviços de Acolhimento, moradia provisória, alojamento ou outras alternativas relacionadas e destinação de espaços específicos para acolhimento em casos de suspeita ou confirmação de contaminação.

[...]

h) Ações de Abordagem Social nos territórios.

[...]

m) Suporte ao transporte para os Serviços de Acolhimento ou alojamentos provisórios e outras necessidades, como atendimento na saúde. (Nota Técnica n.º 13/2020, anexa à Portaria n.º 69/2020) (Brasil, 2020).

Planos de contingência deveriam dar conta das pessoas doentes, se não demandassem hospitalização; de pessoas contaminadas, que precisavam guardar quarentena; e pessoas simplesmente expostas ao vírus, para que não se contaminassem. O documento explicitava recomendações para cidades, como é o caso de Mossoró, que não dispunham de equipamentos como Centro Pop ou abrigos/locais de alojamento temporário.

5. RECOMENDAÇÕES PARA AS UNIDADES E SERVIÇOS DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE QUE ATENDAM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

5.1. No contexto da pandemia, os serviços de proteção social especial de alta complexidade são considerados essenciais, devendo-se assegurar sua continuidade, com atenção a medidas que proporcionem a ampliação das alternativas de acolhimento às pessoas em situação de rua, mitigando riscos relacionados à transmissibilidade do vírus e apoiando a proteção, o distanciamento social e o isolamento, quando necessário. (Nota Técnica n.º 13/2020, anexa à Portaria n.º 69/2020) (Brasil, 2020).

Figura 1 - Colégio Evangélico e suas salas de aula (dormitório para os abrigados), 2020.



Fonte : Acervo pessoal.

Levando em consideração as recomendações normatizadas, a primeira sede do abrigo emergencial para pessoas em situação de rua foi o Colégio Evangélico Leôncio José de Santana, alugado e mantido com fundos do governo federal, que tinha como objetivo proteger as pessoas em situação de rua expostas ao vírus e promover um serviço de articulação socioassistencial e sanitário para esse público.

Durante o processo de primeiro acolhimento ao público, não havia triagem de necessidades sociais ou de saúde, apenas revista feita pela Guarda Municipal e testagem para a covid-19. A adesão inicial do público foi grande, não somente pelo medo da nova doença, mas pela novidade do serviço socioassistencial até então desconhecido na cidade. Levando em consideração a proposta de proteção contra o vírus, a proposta inicial era o isolamento dos usuários, que, então, ficavam restritos ao espaço físico do abrigo. Após serem acolhidos e testados como positivos para o Sars-CoV-2, os abrigados passavam por quarentena de 14 dias no piso superior, reservado também para o isolamento de abrigados sintomáticos.

As primeiras equipes de saúde funcionavam em regime de plantão, contando com profissionais de enfermagem e medicina, mas o equipamento contava com a parceria do PRMAB/SFC, da UERN. Já a assistência social estava à frente de demandas como a inscrição no Cadastro Único e o direito a benefícios eventuais, como o auxílio emergencial, a retirada de segunda ou terceira via de documentos, o contato e o reestabelecimento de laços familiares dos abrigados, uma vez que a Portaria n.º 69/2020 (Brasil, 2020) determinava "priorização da integração ao convívio com família, amigos ou outras pessoas com vínculo significativo com o acolhido" (item 5.6, Nota Técnica n.º 13/2020, anexa à Portaria n.º 69/2020).

Apesar da estrutura disponível e da disponibilidade de recursos como alimentação e higiene, a falta de preparo por parte da gestão, de alguns profissionais ali alocados e dos residentes, era evidente. Muitos dos abrigados passavam por particulares condições de saúde física, de saúde mental e de consumo de álcool e outras drogas, o que se explicitava durante a convivência. Muitos profissionais assumiam uma postura rígida e higienista, ignorando as subjetividades ali confinadas,

enquanto outros buscavam promover acolhimento e humanização num espaço que começava a ser visto como hostil e com uso de práticas similares às de conduta carcerária. Usuários em conflito com a justiça buscavam abrigo e encaravam como risco tanto a presença da Guarda Municipal como a vigilância exercida pelas facções além-abrigo. A presença de jogos como baralho não era permitida, por serem considerados jogos de azar proibidos no Brasil, a rotatividade de usuários começava a preocupar a equipe e surgia o temor da violência que rondava algumas pessoas em situação de rua que buscavam o abrigo. O paralelo com uma realidade carcerária era inevitável, pois os abrigados não podiam sair do lugar em que estavam, não tendo acesso aos seus telefones e certos objetos pessoais e, muitas vezes, até atividades educativas com instrumentos como lápis eram manejadas sob vigilância.

A voz dos usuários

N., 32 anos, afirmava "estou cansado de tudo, cansei de sofrer, não sei por que ainda estou aqui". O abrigado, um ex-trafficante, foi atendido em 5 sessões de psicoterapia individual, podendo contar sua história, falar da vontade de reconstituir uma família, voltar a trabalhar e retomar para sua cidade natal no Paraná. Mais tarde, acometido por forte episódio depressivo, resolveu se desligar do abrigo e, no caminho para a casa de sua mãe, 12h após o desligamento, foi assassinado por membros de uma "facção rival". Em seus pertences, foram encontrados todos os documentos que teve oportunidade de obter como segunda via, mediante a ajuda do abrigo, e uma caneca com o símbolo de uma das facções dominantes no estado.

J. era uma pessoa com deficiência e sofria com a dificuldade para dormir, tendo pensamentos negativos envolvendo conflito com a justiça. Consumia crack e cocaína, sendo usuário apenas de álcool nos dias que envolveram seu abrigamento. Afirmava ter o sonho de ser vereador e montar um albergue para ajudar seus pares.

R., também com questões relacionadas à insônia, não tinha medo de esconder que fazia parte de uma facção do tráfico, mas relata que havia um acerto de contas lá

fora e, por isso, não conseguia se acalmar ou dormir. Preocupa-se com os filhos, mas não refere planejar ou sonhar outra vida diferente da que estava levando.

D. entra no abrigo com suspeita de gravidez, que mais tarde é confirmada, e afirma que tem vontade de "*rebolar* a criança no mato"¹. Relata ter sofrido abuso por parte de um tio durante a infância e que perdeu a mãe aos 10 anos de idade. Foi usuária de crack, mas, naquele momento, revelava-se usuária apenas de tabaco e álcool. Ganhava a vida como prostituta. Apesar das dificuldades enfrentadas na vida, mantinha um humor irreverente e era muito vaidosa. Realizou o pré-natal enquanto estava abrigada. Meses depois, teve a criança fora do abrigo.

M. sofria de transtorno mental grave e seu discurso era difícil de acompanhar. Não sabia exatamente quantos anos tinha, mas contou que gostava muito de cinema e de ciência. Falava sobre "a velocidade da Terra" e que já participara de várias produções hollywoodianas como um diretor que se tornara famoso. Passara pelo Hospital Psiquiátrico São Camilo e a notícia que se tinha era de que a família o abandonara. Não havia histórico de uso de drogas, adorava conversar e raramente apresentava queixas de saúde.

Cada uma dessas pessoas tinha necessidades, sonhos, crenças e diversidades, apesar de serem vistas, simplesmente, como a massa de pessoas de rua. A experiência no abrigo sublinhava a necessidade de políticas públicas sociais e de saúde, especialmente no campo da atenção psicossocial. Foi constatado, em 2020, um aumento em 54% no atendimento às situações envolvendo o consumo de álcool e outras drogas, não só pelas pessoas em situação de rua, mas por todas as pessoas durante a pandemia (CNM, 2021). Esse dado confronta a desassistência pré-pandemia na cidade de Mossoró e a suspensão de atendimentos durante boa parte do tempo de pandemia junto ao CAPS ad III. Além disso, era evidente a vigência do modelo assistencial focado na medicamentação.

¹ "Rebolar" é um termo do linguajar locorregional no Rio Grande do Norte e significa algo como abandonar ou livrar-se, também descartar ou jogar fora. A expressão "rebolar no mato" é desfazer-se de algo.

A insônia de R. podia ser pertinente a um transtorno psiquiátrico, mas estava claramente afetada pelas vivências familiares e sociais. Essa condição repetia-se em vários casos. A abstinência de N. era tratada com benzodiazepínicos e antipsicóticos, L. e M., casal homoafetivo, sofria tanto com questões de transtorno mental grave quanto de abstinência de crack, ambas tinham filhos e ambas tinham necessidade urgente de ganhar a vida fora do abrigo. Essa necessidade de ganhar a vida se fazia uma máxima para todos que ali estiveram presentes e todos que por ali passaram. Muitos e muitas não passaram muito tempo, por não aguentar a abstinência e o modelo rígido do equipamento, e muitos e muitas também não aguentaram muito tempo por terem questões sociais que julgavam mais urgentes do que a prevenção da contaminação pelo vírus da covid-19.

A adaptação da pessoa em situação de rua a uma rotina de quarentena é definitivamente diferente da adaptação de uma pessoa que tem ao menos a necessidade básica de moradia garantida. A rotatividade de pessoas no abrigo não era somente em função da necessidade de dar cabo das crises de abstinência, mas também de atender às necessidades sociais, familiares e de saúde que não podiam ser atendidas num cotidiano em reclusão. O que se observou foi a diminuição na busca pelo abrigo e na adesão a sua proposta socioassistencial, uma vez que o confinamento era real. Apenas quatro pessoas no mês de dezembro de 2020 permaneciam abrigadas no prédio alugado pela prefeitura. Após reuniões e decisões a respeito de questões tanto financeiras quanto políticas, a sede do abrigo passou a ser no Centro Geriátrico, prédio menor e ainda mais deteriorado do que a sede anterior.

Apesar de todos os desafios enfrentados no ano de 2020, o dispositivo proporcionou a possibilidade de acompanhamento contínuo de saúde, em especial ao sofrimento psíquico, e de atenção ao uso problemático de álcool e outras drogas, mediante acompanhamento psiquiátrico e psicossocial. O abrigo serviu como ponto de referência socioassistencial para a obtenção de documentos e acesso a benefícios a partir do acolhimento. No ano de 2021, a insegurança a respeito da pandemia afetou a continuidade do serviço: a incerteza a respeito da volta das aulas presenciais e o

próprio financiamento do dispositivo, por meio da verba federal, colocava em xeque o pleno funcionamento do abrigo. A equipe ali alocada e os residentes perseveraram na permanência do dispositivo, uma necessidade de oferta independente do menor ou maior número de abrigados.

O abrigamento temporário não pode ser tomado como internação psicossocial ou medida socioassistencial de internação, pois aqueles abrigados precisam manter suas fontes de renda e os laços possíveis com suas famílias ou comunidade da rua. A equipe multiprofissional e intersetorial do abrigo planejou uma nova forma de acolhimento ao serviço, envolvendo entrevistas estruturadas e semiestruturadas com o objetivo de compreender e ordenar as demandas da população em situação de rua que buscava pelo abrigo ou dos serviços que, para ali, referem seus próprios usuários. Entrevistas e instrumentos foram criados por meio de reuniões entre os órgãos municipais e a residência multiprofissional em saúde, organizando as formas de cuidado no abrigo, bem como priorizando grupos mais fragilizados como idosos, gestantes e pessoas com deficiência.

A consolidação intersetorial e interinstitucional do abrigo

A partir do segundo semestre de 2021, iniciam-se as campanhas de vacinação contra a covid-19 e a equipe do Consultório na Rua entra em ação tanto nas ruas quanto no abrigo, uma vez que a PSR é considerada grupo de risco quanto à exposição ao vírus. A articulação intersetorial e interinstitucional proporcionou um planejamento mais sólido para as ações dentro do abrigo emergencial, no entanto, a falta de uma coordenação e representação oficial do equipamento gerou ruídos e dificuldades no seu manejo formal, uma vez que não se sabia se era um dispositivo da assistência social, da saúde, de programas e projetos estratégicos ou outro órgão municipal responsável. Essa particularidade dificultava a busca e comunicação para recursos e melhoria do trabalho desenvolvido e também aumentava a insegurança em termos objetivos de permanência ou não do serviço.

Foi idealizado um regimento interno do abrigo, dispondo objetivos, público, critérios de acesso e permanência, horário de funcionamento, rotinas de atendimento, direitos e deveres dos abrigados, normas disciplinares e critérios de reentrada. Esse instrumento específico foi construído pelas equipes técnicas e plantonistas, considerando também as necessidades coletadas nos instrumentos de triagem, as situações indesejadas ocorridas durante o ano de 2020 e os desafios enfrentados pela equipe, pelos residentes e pelos próprios abrigados até então, como a divisão de quartos e dos móveis, os conflitos interpessoais entre os abrigados, a necessidade de atividades para a gestão e ocupação do tempo durante o isolamento e a definição específica das atribuições da equipe, dos plantonistas e dos residentes. O provimento de abrigo, higiene, saúde e alimentação para a população em situação de rua era a prioridade.

O modo de trabalho da residência multiprofissional em saúde no abrigo foi reformulado, utilizando os dados coletados como guia para o desenvolvendo de práticas de cuidado consonantes com a proposta de trabalho humanizado e interdisciplinar, menos focado em categorias e mais focado no fazer integral e interprofissional, como preconiza o Sistema Único de Saúde. Essa aposta em novas tecnologias de cuidado ficou explicitada no documento "Atribuições da Residência Multiprofissional em Saúde no Abrigo Emergencial", elaborado pelos próprios residentes:

- articulação com movimentos sociais, organização e fortalecimento da coestão e controle social;
- atuação com estratégias de redução de danos e estímulo ao autocuidado apoiado, com utilização de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), espaço da palavra e construção de Projetos Terapêuticos Singulares;
- desenvolvimento de atividades de educação em saúde;
- discussão de casos;
- participação ativa nas reuniões de equipe, promovendo também a representação política entre os abrigados;
- promoção da articulação intersetorial da rede de saúde com a rede socioassistencial;
- realização de projetos de intervenção com o fim de geração de emprego e renda, trabalhando potencialidades e habilidades já existentes ou desejadas (artesanato, culinária, música, conhecimento técnico). (Martins, 2022, p. 13).

Operacionalmente, foi construído um plano de ação para as atividades da residência, que foram divididas em três eixos: redução de danos; educação em saúde; e cultura, profissionalização e práticas artísticas. Nesses três eixos, dividiram-se pelo menos duas ou três equipes de residentes, que ficaram responsáveis, durante pelo menos dois meses, tempo do rodízio na escala da residência, por desenvolver ações voltadas a um ou mais desses eixos.

Levando em consideração as necessidades reais dos abrigados e da própria população em situação de rua na cidade de Mossoró, estreita-se um diálogo com o Movimento Nacional da População em Situação de Rua e sua representação no Rio Grande do Norte (MNPR-RN), a fim de semear a discussão a respeito de equipamentos que sejam resolutivos e de políticas definitivas e necessárias, como a construção de um Centro Pop e, até mesmo, a representação mossoroense no coletivo de pessoas em situação de rua no estado do Rio Grande do Norte.

Devido a questões políticas, a volta às aulas e a retomada dos espaços urbanos, os abrigados foram transferidos para a casa onde antes funcionava o Conselho Tutelar na cidade de Mossoró, com menos quartos e menos espaços comuns, assim, a dinâmica de admissão de novos abrigados se reduzia mais uma vez. As equipes, plantonistas e residentes continuaram atuando no equipamento, mas a capacidade de abrigamento reduziu para 6 a 7 pessoas. As equipes mantinham comunicação efetiva com a rede socioassistencial, CnaR e CAPS ad III, especialmente no que diz respeito a educação permanente em saúde dos profissionais do abrigo e no estabelecimento de um cuidado longitudinal em rede. A participação do MNPR-RN em reuniões periódicas demonstra o esforço em reconhecer a necessidade do estabelecimento de políticas públicas permanentes que deem conta das necessidades dessa população.

Figura 2 - Ações realizadas em 2021 pelos residentes no Abrigo Emergencial



Fonte: Acervo pessoal.

Em um dos momentos de iminência de fechamento do abrigo, ao final do ano de 2021, quatro dos sete abrigados conseguiram acesso a benefícios socioassistenciais do governo e, em decisão conjunta com a equipe do abrigo, deliberaram alugar uma casa e morar juntos. A equipe juntou esforços e doações de eletrodomésticos e utensílios do lar para dar suporte à nova jornada. A moradia alugada estava no território de uma UBS cenário do PRMAB/SFC, o que facilitou o processo de ambientação na comunidade. No entanto, em alguns dias, devido ao uso de álcool e conflitos interpessoais entre os ex-abrigados que dividiam a casa, a união se desfez. Alguns voltaram à situação de rua, outro buscou abrigo familiar e outro buscou amparo novamente no abrigo público. Os três usuários que haviam permanecido no abrigo conseguiram contato com suas famílias e tiveram seus laços familiares restabelecidos, voltando a morar com seus parentes em Mossoró ou em municípios vizinhos.

Conclusão

A experiência inédita de um dispositivo como o abrigo emergencial de enfrentamento à covid-19, destinado às pessoas em situação de rua, pode ser considerada um sucesso em alguns aspectos e um desafio em outros. A organização de um serviço inédito na cidade, a adesão da população, a articulação dos órgãos municipais e a interação com o PRMAB/SFC podem ser considerados pontos positivos e inovadores na experiência como um todo. Além de preservar vidas durante a pandemia, sobreveio a garantia de acesso a benefícios socioassistenciais e à documentação. Muitos esforços foram feitos para a obtenção de emprego e renda e pela reconstituição de laços familiares. Alguns conseguiram encontrar emprego e alguns se reencontraram com suas famílias, outros voltaram à situação de rua depois do período de quarentena, recorrendo ao abrigo conforme necessidades futuras ou aos equipamentos de atenção à saúde, especialmente o CAPS ad III.

A escuta dos usuários durante o processo de construção do equipamento se mostrou crucial, mesmo com uma população em situação de rua, pois suas especificidades e demandas são heterogêneas, e o próprio perfil dessa população é plural. Um trabalho intersetorial qualificado e embasado no cuidado contínuo e a educação permanente em saúde de todos os profissionais envolvidos, também é fundante para um melhor desfecho. Concluiu-se que o Abrigo Emergencial de Enfrentamento à Covid-19 para a população em situação de rua na cidade de Mossoró-RN foi, e ainda é, uma experiência de muitos êxitos, que abriu caminho para pensar nessa população de maneira inédita na cidade.

O abrigo emergencial foi um grande passo no estabelecimento da integração da residência com a cidade, sendo criado um espaço de diálogo e funcionamento em rede que pode se estender, inclusive, para outros públicos e outras necessidades. A presença da residência no processo de estruturação e manutenção do abrigo foi extremamente necessária, interferindo diretamente em todos os seus movimentos. Pode-se dizer que a residência funcionou como catalisadora do processo de construção

do abrigo e do trabalho intersetorial em rede. A proposta de um abrigo à população em situação de rua permaneceu após o controle da pandemia e a disponibilidade de imunizantes, restando, na sequência, a necessidade de atualização permanente de seu modelo para que faça sentido nos novos tempos, em que se colocam as instabilidades econômicas, as fragilidades humanas, o sofrimento psíquico, as dificuldades familiares e a injustiça ambiental.

Referências

- Barreto, J. B., Erys, L., & Gomes, A. C. (2020). Número de pessoas que moram nas ruas de Natal cresce 650% durante a pandemia, diz prefeitura. *GI RN*. <https://gl.globo.com/m/rio-grande-do-norte/noticia/2020/12/03/numero-de-pessoas-que-moram-nas-ruas-de-natal-cresce-650percent-durante-a-pandemia-diz-prefeitura-ra.ghhtml>.
- Brasil. Ministério da Cidadania. Secretaria Nacional de Assistência Social. (2020). *Portaria n.º 69, de 14 de maio de 2020*. Aprova as recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da pandemia do novo coronavírus. <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/regulacao/visualizar.php?codigo=5622>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- Brasil. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2023). *População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos do governo federal*. Brasília: MDSCF.
- Brasil. (2009). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009*. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
- Confederação Nacional de Municípios (CNM). (2021, 22 de julho). Na pandemia, atendimento de dependentes químicos aumentou 54%. <https://cnrn.org.br/comunicacao/noticias/na-pandemia-da-covid-19-atendimento-de-dependentes-quimicos-teve-aumento-de-54>
- Martins, I. A. A. (2022). *Por trás do véu dos invisíveis: relato de experiência de uma profissional residente no abrigo emergencial de enfrentamento ao covid para pessoas em situação de rua no município de Mossoró/RN* [Trabalho de Conclusão de Residência] Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.
- Mbembe, A. (2018). *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. São Paulo: N-1.

Rio Grande do Norte. (2023). *Promoção dos direitos da população em situação de rua do Rio Grande do Norte: diagnóstico e intervenção nos caminhos de inovação do Sistema Único de Assistência Social*. Natal: IFESP.

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). (2020a, 8 de abril). Agecom UERN. *Residentes da UERN atuam em abrigo montado em Mossará para atender pessoas em situação de rua durante a pandemia do Covid-19*. <https://portal.uern.br/blog/residentes-da-uern-atuam-em-abrigo-montado-em-mossoro-para-atender-pessoas-em-situacao-de-rua-durante-a-pandemia-do-covid-19/>

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). (2020b, 9 de julho). Agecom UERN. *Residentes da UERN fazem atendimentos a pessoas em situação de rua*. <https://portal.uern.br/blog/residentes-da-uern-fazem-atendimentos-a-pessoas-em-situacao-de-rua/>

PARTE III SAÚDE MENTAL



CAPÍTULO 15

SAÚDE MENTAL SE PRODUZ NO TERRITÓRIO: ANALISANDO A PRÁXIS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Thayane Pereira da Silva Ferreira

Introdução

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no âmbito do Ministério da Saúde, em 2003, marca uma série de iniciativas de reorientação da formação no e para o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2006). Entre estas iniciativas, destacam-se o desenvolvimento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), em fevereiro de 2005, seguidos pelos Programas de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-saúde), ao final de 2005, e de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-saúde), em 2009.

Destaca-se que os PRMS constituem como educação em serviço, possibilitam a formação no interior das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e consideram que o processo de ensino-aprendizagem é construído por meio da práxis. Isso envolve a experiência no cotidiano do processo de trabalho em saúde (Ceccim & Feuerwerker, 2004), promovendo não apenas o aprender-fazer, mas também o aprender-conhecer, aprender-ser e aprender-conviver. Dentre os PRMS, destacam-se os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, os quais buscam fortalecer os princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPB) e da Atenção Psicossocial (APS). Desse modo, a práxis desenvolvida a partir destes programas pauta-se na produção do cuidado em saúde mental em liberdade, no território e em rede (Amarante, 2018; Onocko-Campos, 2019).

Neste cenário, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), proposta pela Portaria n.º 3.088/2011, propõe uma rede de cuidado em saúde mental que envolve a Atenção Básica, por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), a Atenção Especializada, por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Centros de Convivência (Brasil, 2011). Na RAPS, a Atenção Básica oferece contribuição estratégica no cuidado em saúde mental, tendo em vista que está inserida no território e nos espaços de vida cotidiana das pessoas.

Neste sentido, a Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilita processos de construção da práxis em saúde mental que dialogam com o paradigma psicossocial, o qual aborda a defesa ético-política do cuidado em suas multidimensionalidades, para além da doença (Costa-Rosa, 2000). A atenção psicossocial desenvolvida na Atenção Básica potencializa o cuidado produzido na RAPS, de modo a compreender as demandas em saúde dos usuários, desenvolvendo estratégias de cuidado no território (Costa-Campos *et al.*, 2019).

No contexto de emergência em saúde pública da pandemia de covid-19, vivenciada no mundo e no Brasil (Noal, 2020), foram experimentados processos intensos, estes marcados por medos, incertezas e (re)invenções na formação em saúde mental - a partir dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (PRMSM). Este contexto impactou diretamente o funcionamento dos serviços da RAPS e, consequentemente, nos processos de ensino-aprendizagem. A memória em vertigem produzida neste texto tem como objetivo analisar a práxis em saúde mental na Atenção Básica a partir de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, da Universidade Federal da Paraíba, durante a pandemia de covid-19.

Experiência vivida, experiência de residente

O espaço de produção da análise sobre a experiência vivida se deu pela experiência como residente em saúde mental em uma Unidade de Saúde da Família

(USF) do município de João Pessoa (PB). A experiência ocorreu no período compreendido entre março e dezembro de 2020 - período marcado pelo início da pandemia no país e das maiores incertezas na condução da pandemia, com altos índices de contaminação, hospitalizações e mortes pela covid-19.

O processo de trabalho desenvolvido na USF aconteceu a partir de uma equipe multiprofissional em saúde, constituída por enfermeira, farmacêutico, profissional de educação física, terapeuta ocupacional e uma preceptora enfermeira de saúde da família. O registro escrito da experiência constituiu-se por meio do plano de trabalho produzido pelos residentes multiprofissionais em saúde mental, em diálogo com a preceptoria, como também o relatório de atividades desenvolvidas na USF.

No plano de trabalho constava o planejamento das ações a serem realizadas na Atenção Básica, dialogando com a necessidade de adaptação e (re)invenção que o contexto da pandemia de covid-19 suscitava. No relatório de atividades, produziram-se registros das ações em saúde mental desenvolvidas semanalmente na USF sob uma perspectiva de 'diários de campo'. Ressalta-se que estas construções teóricas/práticas se constituíram em uma perspectiva cartográfica, à medida que se desenhavam novos elementos e possibilidades teórico-práticas nas paisagens psicossociais (Rolnik, 2014) em contextos pandêmicos.

Práxis em saúde mental

A produção analítica da práxis em saúde mental se organiza a partir da compreensão de que a experiência é tudo aquilo que nos passa, nos toca e nos acontece. Os resultados produzidos a partir desta análise encontram-se organizados em três tópicos, a saber: (a) o que nos passa: as práticas em saúde mental na Atenção Básica na pandemia de covid-19; (b) o que nos toca: (re)invenções e caminhos trilhados na formação em saúde mental; e (c) o que nos acontece: analisando a práxis em saúde mental na Atenção Básica. Ressalta-se que, nesta produção cartográfica, um

tópico não se sobrepõe ao outro; ao contrário, complementam-se na tessitura da análise que se redesenha à medida que novos elementos são visualizados nas paisagens das práticas em saúde mental na Atenção Básica.

(Re)inventando as práticas em saúde mental: o que nos passa

A chegada da pandemia de covid-19 no Brasil produziu incertezas e mudanças no funcionamento dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais foram convocados a adaptarem-se ao contexto pandêmico e de incertezas (Noal, 2020). Diante de tal realidade, a inserção dos residentes multiprofissionais na Atenção Básica, reconhecendo o território e mapeando as possibilidades de atuação, necessitariam ser revisitadas e ressignificadas. Desse modo, iniciou-se o processo de planejamento do plano de trabalho, o qual objetivava (re)desenhar as possibilidades de atuação em saúde mental.

No plano de trabalho, foram projetadas ações a serem realizadas: sala de espera; acolhimento em saúde mental; atendimentos presenciais; teleatendimentos; discussões interprofissionais e evoluções multiprofissionais; ambiência e orientações escritas na organização do fluxo da USF; ações de cuidado em saúde mental aos profissionais da unidade, principalmente aos ACS; atividades educativas com os profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF); interconsultas em saúde mental e biossegurança psicossocial.

A sala de espera objetivava desenvolver ações sob a perspectiva da promoção da saúde de maneira integral, em especial a saúde mental. Esta desenvolvia-se a partir de encontros dialógicos entre residentes e usuários no mesmo momento em que aguardavam os atendimentos, sendo desenvolvido o acolhimento inicial na perspectiva da Educação Popular em Saúde (Ceccim, 2014). Neste sentido, diversos temas foram abordados, envolvendo temáticas como autocuidado; organização de rotina saudável; orientações em relação ao uso de medicações, principalmente aos cuidados para não realizar automedicação; práticas de atividade física; higiene do

sono; orientações sobre o uso de máscaras de pano (higienização, manuseio, a forma correta de colocar/retirar e orientação sobre o uso individual da máscara).

Além disso, orientava-se sobre o uso de máscaras em crianças menores de 2 anos; higienização das mãos (utilização da água e sabão e do álcool a 70% e em gel); orientações sobre autocuidados em casa durante o isolamento (técnicas de respiração, meditação, captação da luz solar para a produção de vitamina D; e orientações alimentares conforme a realidade de cada usuário. No momento da sala de espera, realizava-se a escuta inicial das demandas dos usuários e, de acordo com a demanda identificada, o atendimento em saúde mental era realizado. No que concerne aos acolhimentos em saúde mental e atendimentos presenciais, estes eram realizados aos usuários do território, conforme suas necessidades.

Os atendimentos tinham como objetivo oferecer um espaço de acolhimento ao sofrimento das pessoas e escuta de suas demandas a partir da construção de vínculo entre residentes e usuárias. Após a escuta, eram realizadas orientações em saúde mental a fim de dialogar com a realidade de cada usuário (Brasil, 2013). Ao final de cada atendimento, a equipe multiprofissional se disponibilizava para acompanhamento do usuário, prezando pelo cuidado compartilhado, reconhecendo -o como protagonista do seu processo de cuidado.

No que se refere aos teleatendimentos, a equipe de saúde mental os realizava pelo telefone da USF. A equipe, orientada pela terapeuta ocupacional residente, construiu um material de registro das informações (nome do usuário, endereço, telefone e ACS responsável) para organizar o processo de trabalho. Os teleatendimentos objetivavam realizar a escuta qualificada em saúde mental por meio da empatia, escuta atenta e implicada nas demandas dos usuários, assim como realizar orientações necessárias de acordo com cada demanda.

Os usuários eram acompanhados semanalmente via telefone e, quando identificada a necessidade de atendimento especializado, eram encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com monitoramento e corresponsabilização da equipe de Saúde da Família (Brasil, 2013). Após os atendimentos, eram realizadas

discussões sobre o caso na equipe multiprofissional que desenvolvia suas ações na perspectiva da interprofissionalidade. Eram realizados registros nos prontuários familiares da Atenção Básica à Saúde, de maneira compartilhada com a equipe de Saúde da Família.

No que concerne às discussões interprofissionais e evoluções multiprofissionais, a equipe realizava, a cada atendimento, registros em prontuários familiares, evoluindo a partir da perspectiva multiprofissional e interprofissional por meio das discussões dos casos atendidos e das orientações que eram realizadas. Na ambiência e orientações escritas na organização do fluxo da USF, a equipe realizou: a confecção de cartazes, que foram fixados na área do acolhimento da unidade (com delimitação dos espaços de cada equipe: eSF I, eSF II, eSF III, eSF IV); orientação do distanciamento; orientações para atendimentos específicos (vacinas, verificação de pressão arterial, consultas, retirada de pontos, renovação de receitas e consultas para pessoas com sintomas gripais).

Também foram desenvolvidas ações de cuidado em saúde mental para os profissionais da unidade, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe de saúde mental implementou rodas de conversa e espaços de cuidado para os profissionais da unidade, tendo em vista a demanda de sofrimento psíquico identificada - por parte dos profissionais, como o medo constante de morrer, de contaminar parentes e as incertezas constantes em tempos de pandemia de covid-19 (Noal, 2020). A partir daí, foram realizados momentos de cuidado (com princípios de terapia comunitária) e meditação guiada junto a esses trabalhadores. Além disso, havia atendimentos e escutas presenciais para os profissionais da unidade e escutas via telefone quando estes afastam-se do local de trabalho por adoecimento mental. Neste contexto de sobrecarga de trabalho e estresse constante, executava-se momentos de alongamentos musculares e técnicas de respiração com o intuito de diminuir a tensão comumente vivenciada no ambiente de trabalho.

Também foram desenvolvidas atividades educativas com os profissionais da ESF, que objetivou promover espaços educativos entre profissionais por meio de

orientações sobre uso e manuseio correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI). A equipe de residentes em saúde mental realizou interconsultas junto à equipe de Saúde da Família, dialogando com as ACS, enfermeiras, médicas e toda a equipe, com o intuito de garantir a resolutividade das demandas em saúde mental na Atenção Básica. Por meio destas, foram feitas mediações para a prescrição de psicotrópicos para pessoas que, de outra forma, seriam encaminhadas para o hospital psiquiátrico. Estas articulações buscavam fortalecer o cuidado em saúde mental no território (Brasil, 2013), o qual vivencia disputas com o modelo biomédico, psiquiátrico e hospitalocêntrico (Costa-Rosa, 2000). Nestas articulações, os profissionais da ESF encaminhavam, diariamente, usuários à equipe de residentes em saúde mental, que mantinham diálogo constante e focalizavam na produção do cuidado compartilhado, *comfeedbacks* positivos da equipe e dos usuários.

Ainda, a equipe de saúde mental, orientada pela residente de terapeuta ocupacional, desenvolveu ações sob a perspectiva da biossegurança psicossocial, como a confecção de crachás com fotos dos profissionais de saúde, nome e uma mensagem de acolhimento. O objetivo da confecção destes recursos era possibilitar a biossegurança psicossocial da equipe, visto que o uso dos EPI (máscara, óculos de proteção, *face shield*, entre outros) gera mudanças na imagem corporal dos trabalhadores de saúde.

Dessa forma, almejava-se resgatar e relembrar ao profissional sobre sua humanidade (e não heroísmo), e ao outro que o vê, por meio da foto do crachá. Este outro é seu colega de trabalho e o usuário que o busca na relação do cuidado. A biossegurança psicossocial dialoga com a Política Nacional de Humanização do SUS - política necessária e que precisa ser resgatada, cotidianamente, nas práticas em saúde. Além disso, a equipe desenvolveu uma ação de promoção à saúde mental dos trabalhadores da Atenção Básica, confeccionando mensagens de apoio psicossocial personalizadas para cada trabalhador. Elas foram elaboradas individualmente, com o nome de cada pessoa e uma mensagem direcionada, baseada no vínculo e conhecimento sobre cada membro da equipe (ACS, auxiliares de limpeza, auxiliares

de saúde bucal e farmácia, dentistas, enfermeiras, farmacêuticos, médicas, profissional de educação física, recepcionistas, terapeuta ocupacional e todos aqueles que compunham a equipe de Atenção Básica). Vale demarcar que todos foram fundamentais no enfrentamento da pandemia de covid-19, e as ações devem ser realizadas a partir do diálogo em equipe e compartilhadas entre os diversos saberes.

(Re)invenções e caminhos trilhados: o que nos toca

A experiência da formação em serviço durante o início da pandemia de covid-19 convocou mudanças, readaptações, (re)invenções da práxis em saúde mental na Atenção Básica. As ações desenvolvidas neste período inseriram-se em uma realidade de inseguranças, medo de morrer e de contaminar familiares, excesso de informações, falta de condução nacional, *fake news*, alta contaminação pela covid-19, falta de vacina, entre outros aspectos vivenciados.

Utilizamos a expressão 'nos toca' para considerar aquilo que se dá em um corpo coletivo, que convoca o resgate dos conhecimentos já produzidos acerca do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. No entanto, o contexto que se apresentava exigia, para além dos conhecimentos já adquiridos, a construção de uma práxis em saúde mental em situações de emergência em saúde pública.

Esta construção da práxis convocava a revisitação da formação em saúde mental com suas perspectivas teórico-práticas, de modo a considerar o conhecimento produzido no campo da atenção psicossocial e inseri-lo na realidade cotidiana dos serviços (Merhy, 2015). Neste cerne, tornava-se necessário considerar as demandas que o contexto apresentava, como o aumento considerável do sofrimento psíquico e adoecimento mental na comunidade em geral, distanciamento social, medo, estresse, ansiedade e toda a incerteza que a realidade apresentava.

Sendo 'tocados' - corpo coletivo - por esta experiência, em um primeiro momento, sentíamos-nos totalmente desestabilizados, sem norte nem roteiro de como lidar com tal situação; vivíamos um clima de guerra contra um vírus invisível que

assolava o mundo e a nossa realidade, matando pessoas diariamente. O conhecimento sobre as teorias e técnicas de cuidado em saúde mental parecia que caíam por terra. O que fazer em uma realidade tão incerta? Era a pergunta inicial do começo da pandemia de covid-19 no território local.

Impactados pela realidade cruel e dilacerante, buscou-se conhecimento sobre informações educativas sobre formas de contágio, com ênfase para os grupos vulneráveis, do ponto de vista psicossocial, a necessidade de sensibilização e informação sobre a saúde mental e atenção psicossocial durante a pandemia de covid-19 (IASC, 2020). A busca por estes saberes possibilitou a (re)invenção de práticas de cuidado em saúde mental a partir da identificação de grupos vulneráveis do ponto de vista psicossocial. No território de atuação, observava-se, cotidianamente, sentimentos como medo, solidão, vulnerabilidades, além do receio de as famílias terem dificuldade de garantir as necessidades básicas, como: renda, alimentação, condições adequadas de moradia, acesso a água, saneamento, entre outros.

Neste sentido, no processo de construção da práxis, considerou-se que o cuidado em saúde mental deveria englobar as seguintes estratégias: avaliação das necessidades psicossociais da população; apoio às ações fundamentais de detecção precoce, notificação, atenção, controle da propagação e identificação dos sofrimentos psicossociais agudos mais recorrentes; informação e orientação sobre: o que está ocorrendo, ações desenvolvidas e o que as pessoas devem fazer.

Analizando a práxis em saúde mental: o que nos acontece

A experiência repercutiu em uma série de acontecimentos no processo de ensino-aprendizagem na formação em saúde mental pelo PRMSM, envolvendo um misto de sentimentos e afecções que perpassaram o processo de práxis. Este processo pode ser dividido em três etapas: inicial, de revisão das práticas e de reinvenção.

O *momento inicial* da pandemia, que se desdobra nos meses iniciais, com sentimentos e afetações intensas, como medo de morrer, de infectar pessoas próximas,

distanciamento social, além de isolamento e incertezas quanto às práticas que poderiam ser realizadas. Neste momento inicial da pandemia de covid-19, os sentimentos pessoais misturavam-se com as incertezas das práticas profissionais, visto que o contexto de emergência em saúde pública era permeado pela imprevisibilidade e por mudanças no cotidiano da Unidade de Saúde da Família.

Após o evento inicial, caracterizado pelo medo e pela incerteza em relação às práticas de saúde, o *segundo momento* foi marcado pela busca contínua de revisão das práticas de saúde mental na Atenção Básica. Este esforço incluiu suporte teórico e capacitação sobre cuidados em saúde mental e atenção psicossocial em situações de emergência em saúde pública. Estas formações, a exemplo do Curso de Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Situações de Emergência e Desastres em Saúde Pública, da Fiocruz Brasília (Noal, 2020), fomentaram o processo de ensino-aprendizagem.

Ao possibilitar a problematização sobre o processo de revisitação dos saberes já adquiridos sobre a temática, a construção de novos saberes a partir da realidade levou ao *terceiro momento*: reinvenção das práticas de cuidado em saúde mental no território e o desenvolvimento de ações intersetoriais. O processo formativo de caráter contínuo, a partir das experiências proporcionadas pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, possibilitou o desenvolvimento de práticas de cuidado em saúde mental.

O cuidado em saúde mental, particularmente na primeira fase da pandemia, auxiliou "não cronificar as reações e sintomas considerados *normais* em uma situação *anormal*" (IASC, 2020; Noal, 2020). Desse modo, as práticas de cuidados em Saúde Mental e Atenção Psicossocial foram sendo delineados de modo a serem compartilhados pelos diferentes campos do cuidado, envolvendo, para além dos serviços de saúde, a rede socioafetiva dos usuários, com redes de suporte e apoio. Enfim, buscava-se compartilhar as ações e estratégias de cuidado e solidariedade a fim de aumentar a sensação de pertencimento social e apoio sociocomunitário.

Conclusão

A experiência da formação em serviço a partir do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, no contexto da pandemia de covid-19, convocou o resgate dos conhecimentos já produzidos acerca do cuidado em saúde mental na Atenção Básica, além da conexão com outros saberes dedicados ao campo de emergências e desastres em saúde pública. O contexto que se apresentava exigia, para além dos conhecimentos já adquiridos, a construção de uma práxis em saúde mental em situações de emergência em saúde pública, resultando na construção de uma experiência que perpassou diferentes momentos e fases da pandemia.

As respostas produzidas ao longo desta experiência apresentam -se como respaldo às políticas públicas para a saúde, em especial para a saúde mental e educação permanente em saúde, à medida que eram tecidas em equipe multiprofissional - na perspectiva interdisciplinar - e articuladas com as necessidades dos usuários do território. A tessitura do fazer profissional foi constituída a partir dos conhecimentos adquiridos antes da pandemia, mas também daqueles construídos a partir da situação de emergência e desastre em saúde pública que permearam a competência técnica, ético-política no cuidado em saúde mental na Atenção Básica. Esta experiência tecida no cotidiano do processo de trabalho em saúde mental constituiu-se, portanto, em um processo formativo em defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Referências

- Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 2067-2074.
- Brasil. (2011). *Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro 2011*. Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006). *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Ministério da Saúde.

- Brasil.(2013). *Cadernos de atenção básica em saúde mental*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde.
- Ceccim, R. B. (2018). Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 22(2), 1739-1749.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 61-177.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, 14(1), 41-65.
- Costa-Campos, K. F., Marques, R. C., Silva, K. L., & Ceccim, R. B. (2019). Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. *APS em Revista*, 1(2), 132-140.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Fiocruz.
- Feria, A. A., & Ceccim, R. B. (2017). Interprofissionalidade em saúde: experiências e desafios. *Saúde em Redes*, 3(4), 307-309.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2020). *Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de covid-19* (Versão 1.5).
- Merhy, E. E. (2015). Educação permanente em movimento. *Saúde em Redes*, 1(1), 07-14.
- Merhy, E. E., et al. (2019). Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*, 43(6), 70-81.
- Noal, D. (2020). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia de Covid-19: Recomendações gerais*. Fiocruz Brasília.
- Onocko-Campos, R. T. (2019). Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11).
- Rolnik, S. (2014). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo* (2nd ed.). Sulina/UFRGS.

CAPÍTULO 16

SOFRIMENTO SOCIAL: PERCEPÇÕES A PARTIR DE ATENDIMENTOS DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Karla Susane Prado Aguiar
Priscilla Lunardelli

Introdução

A Atenção Básica (AB) constitui o primeiro nível de atenção em saúde dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo ser a principal porta de entrada e de comunicação com os demais serviços da Rede de Atenção em Saúde (RAS), visto que é a ela que, na maioria das vezes, as pessoas recorrem como primeiro atendimento. Essa busca também ocorre devido às unidades de saúde (US) situarem-se próximas ao local de moradia dos usuários. O território e o vínculo com a comunidade são suas principais potencialidades da AB no cuidado integral. Ao inserir-se neste espaço de pertencimento e de desenvolvimento das pessoas, o atendimento da AB às demandas de sofrimento psíquico toma-se bastante estratégico (Brasil, 2013).

As manifestações mais comuns de sofrimento mental na AB são ou sintomas de tristeza e desânimo, a depressão, a ansiedade e a somatização de sintomas físicos. O sofrimento psíquico pode estar relacionado aos determinantes sociais em saúde (DSS), como as condições de trabalho, renda, classe social, raça/etnia, gênero e questões pessoais que causam desestabilização, como sensação de humilhação ou sentir-se sem saída; ou pode ainda estar relacionado à perda de familiares e/ou amigos e episódios de violência, dentre outros (Brasil, 2013).

Dessa forma, a partir da inserção como residente em uma US, foi possível acompanhar 15 pessoas em sofrimento psíquico com situações semelhantes a essas. O sofrimento, ainda que seja individual, carrega aspectos do contexto social em que se vive, sendo socialmente construído - ao contrário do que o individualismo do cenário neoliberal afirma. Ademais, ele é agravado quando as condições materiais são

precarizadas, ou seja, quando não se tem um suporte objetivo e subjetivo, gerando um tipo de sofrimento que seria socialmente evitável.

A partir do acompanhamento de 15 pessoas em sofrimento durante o período de junho de 2020 a março de 2021, constatou-se que as demandas estavam centradas em três categorias principais: violência, luto e trabalho/desemprego. Estas situações foram agravadas por diversos atravessamentos, como pobreza, conflitos familiares, falta de acesso aos direitos sociais, dentre outros. A partir dessas considerações, o presente estudo teve como objetivo demonstrar a importância da AB no atendimento às demandas de saúde mental.

Saúde mental e o papel da Atenção Básica na Rede de Atenção Psicossocial

O cuidado em saúde mental no Brasil acontece por meio de uma rede de ações e serviços de atenção psicossocial instituída pela Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que estabeleceu diversos pontos de cuidado em diferentes âmbitos. Entre eles, destaca-se a atenção especializada dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são serviços de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipes multiprofissionais que atuam sob a ótica interdisciplinar, realizando atendimento, prioritariamente, às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2011).

Os CAPS estabelecem o trabalho multiprofissional como contrapartida à atuação médico-centrada e hospitalocêntrica, construindo o cuidado em saúde mental com vários saberes articulados. Portanto, pensar nesta temática consiste em reconhecer a diversidade de saberes envolvidos; poucos campos do conhecimento são tão complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes (Amarante, 2007). Os CAPS ainda funcionam nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares (Brasil, 2015). Ademais, como parte da RAPS, está a Atenção Básica, que consiste em um

conjunto de ações de saúde individual, familiar e coletiva que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, sendo realizada por equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido (Brasil, 2017). Na AB há diversas possibilidades de ações relacionadas à saúde mental, devendo ser realizadas por qualquer profissional de saúde. Pode-se dizer que todo problema de saúde é também - e sempre - mental, e que toda saúde mental é também - e sempre - produção de saúde (Brasil, 2003).

Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação entre saúde mental e AB, que inserida no local onde vivem as pessoas, constitui-se em uma possibilidade de cuidado em saúde mental bastante estratégico (Brasil, 2013). Uma das ações cabíveis é a realização de escutas de saúde mental, tal como aponta o Caderno n.º 34 da AB, que sinaliza a possibilidade de construção de um vínculo terapêutico com o usuário enquanto o profissional de saúde se coloca disposto a ouvi-lo. O exercício de narrar sentimentos e escutar-se enquanto narra toma-se uma grande potência, a ponto de movimentar suas escolhas e dar significado aos seus sofrimentos (Brasil, 2013).

Escutar é dar espaço e voz às pessoas em sofrimento psíquico, algo historicamente negado, pois o discurso "louco" é algo que não pode circular ou é considerado nulo, "[...] através de suas palavras era que se reconhecia a loucura do louco; elas eram o lugar onde se exercia a separação; mas não eram nunca recolhidas nem escutadas" (Foucault, 1996, p. 11). No entanto, grande parte dos trabalhadores sente-se despreparado para o atendimento de demandas de saúde mental, seja por desconhecimento das possibilidades para além do tratamento medicamentoso ou pelo estigma relacionado às pessoas em sofrimento psíquico. A escuta de saúde mental, para tanto, consiste em um espaço de acolhimento, tal qual aponta a Política Nacional de Humanização (PNH), que entende o acolhimento como uma postura ética de escuta qualificada, reconhecendo o protagonismo do usuário no processo de saúde e adoecimento.

Já a realidade das equipes da AB demonstra que, diariamente, elas deparam-se com demandas de saúde mental: 56% das equipes de saúde da família afirmaram realizar "alguma ação de saúde mental" (Brasil, 2003). No entanto, uma pesquisa realizada em 2018, tendo como fonte 121 profissionais de saúde da AB (de 20 municípios), apontou que, apesar de indicativos de ações de saúde mental, essa relação ainda era pontual e pouco planejada, muitas vezes focada somente no atendimento médico e encaminhamento para os CAPS (Garcia *et al.*, 2020).

Destacam-se outras ações de saúde mental na AB, como: grupos de saúde mental; visitas/intervenções domiciliares; diagnóstico, tratamento e acesso à medicação; trabalho de orientação e apoio aos familiares; construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) e de cuidado à família; ações de prevenção por meio do Programa de Saúde na Escola (PSE); abordagem da redução de danos, dentre outras.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídos por equipes de diferentes áreas de conhecimento, devem atuar no apoio matricial à AB, para as equipes às quais está vinculado. Visto que são espaços onde se inserem psicólogos e assistentes sociais, pode contribuir para a ampliação do olhar para a saúde mental. Embora se preze pelo trabalho interdisciplinar, há espaço para especificidades de cada área, sendo estes profissionais essenciais para contribuir com a ampliação da visibilidade da saúde mental.

Há tendência de achar que ações coordenadas implicam uma diluição das identidades profissionais e suas particularidades, no entanto, "são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças" (Iamamoto, 2002, p. 41 *apud* CFESS, 2010), é o que se observa com o papel do assistente social sempre que disponível, especialmente pelo suporte que pode prestar em saúde mental. Conforme Campos (2000), o núcleo demarca a identidade de uma área de conhecimento e de prática profissional, enquanto o campo se refere ao terreno comum de atuação, com limites imprecisos em que cada disciplina e profissão buscaria, em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

Nesse contexto, a abordagem interdisciplinar representa uma postura que permite posicionar-se no "espaço da diferença". Para tanto, intenta-se revelar a pluralidade de perspectivas que determinado objeto de investigação pode ter, reconhecendo que a realidade pode gerar diferentes maneiras de abordar o real (Rodrigues, 1998). A dimensão do cuidado deve ser, então, comum a todos os núcleos profissionais, produzindo uma clínica ampliada que vai além de saber diagnosticar, prognosticar e curar em um viés biológico, mas inclui também um processo relacional compartilhado de cuidado centrado na pessoa (Merhy, 1998).

Percepções sobre sofrimento social

Entende-se como em sofrimento social a pessoa que sofre as dores subjetivas de existir sem os meios materiais para tal: moradia, trabalho, renda, segurança alimentar, vínculos sociais etc. Este é um sofrimento alicerçado em um não lugar na sociedade, cujas condições objetivas de vida são precarizadas. Esse não lugar ou lugar de exclusão, chamado por Castel (1998) de zona de desfiliação, pode causar ao indivíduo sofrimento psíquico nas suas diversas formas. Assim, os processos psíquicos seriam dependentes do social, todavia, não seriam mecanicamente determinados (Werlang & Mendes, 2013). São, dessa forma, geridos por uma sociedade com uma estrutura determinada, pois inexiste uma que não se fundamente em um complexo processo de gestão de patologias (Safatle, 2020).

Embora desenvolvido em um terreno comum, o sofrimento é sentido, experienciado e experimentado de maneira individual, havendo o traço da indizibilidade. Sofrer, portanto, é um processo interno que envolve uma dor intransferível e que converge aspectos comuns a outras pessoas inseridas em um mesmo contexto de privação material. Em um cenário regido pelo neoliberalismo, o sofrimento passa a ser entendido como condição individual de existência, e não como reflexo de um todo, construído à custa da exploração e da desigualdade social - cujo

sofrer é praticamente indispensável, em que há uma "indiferença moral" com o sofrimento alheio (Tomé, 2020).

Durante a pandemia de covid-19, tomou-se mais perverso ainda esse panorama, considerando o aumento do desemprego e da desassistência social, o enfraquecimento dos vínculos sociais através das perdas e dos lutos vividos, a insegurança alimentar e financeira e a falta de acesso às políticas públicas e sociais - cada vez mais precarizadas. Dessa forma, aponta-se a relação entre sofrimento psíquico e existência concreta, entre sofrimento individual não dizível e sofrimento coletivo, que pode ser evidenciado por meio de um olhar aprofundado, trazendo à superfície da análise aqueles aspectos mistificados pelo neoliberalismo. A pandemia, então, toma-se impulsionadora de alguns sofrimentos anteriormente estabelecidos e geradora de novas formas de sofrer.

Na unidade de saúde, onde ocorreu a experiência, diversas atividades foram suspensas devido à pandemia, sendo os atendimentos divididos entre consultas programadas (saúde da mulher, pré-natal, puericultura e idoso) e demandas espontâneas. A demanda espontânea, portanto, era o espaço em que apareciam diversas questões, como a busca por renovação de receitas psiquiátricas. Os acompanhamentos de saúde mental eram limitados a esses momentos de renovação de receitas e atendimento a casos mais agudos/graves, que resultavam em encaminhamento para emergência psiquiátrica, ou seja, não havia muitas possibilidades de acompanhamento à saúde mental, assim, instituíram -se os espaços de escuta de saúde mental - a serem realizados pelas residentes (uma psicóloga e duas assistentes sociais). O objetivo, além de oferecer acolhimento e escuta, era pensar em possibilidades de articulação junto à equipe e aos outros serviços da rede.

A partir disso, estabeleceu-se muitos acompanhamentos e a necessidade de organizar/sistematizar as informações sobre eles, sendo construída uma planilha para uso cotidiano. Esse documento foi analisado a partir de Bardin (1977), que orienta a análise de conteúdo e categorização a partir de três fases: (a) pré-análise; (b) exploração do material; e (c) tratamento dos dados e inferência e interpretação. Foram

identificadas diversas categorias analíticas a partir dos acompanhamentos - contabilizando um total de 15 entre junho de 2020 e março de 2021. Optou-se por categorizar as demandas em três eixos principais: violências, luto e trabalho/desemprego.

Considerando que esta pesquisa envolveu dados do cotidiano institucional e dos atendimentos realizados pelas residentes, esta foi submetida às exigências éticas e científicas básicas, segundo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa definidas pelo Conselho Nacional de Saúde, através das Resoluções n.º 466/2012, 510/2016 e 580/2018, e foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul e na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, através do Parecer n.º 4.737.923.

Violências

Os atendimentos relacionados diretamente à violência foram quatro, no entanto, pode-se dizer que este tópico foi encontrado, de diversas formas, em todos os acompanhamentos. A violência é um fenômeno complexo e multicausal. Embora não seja um tema da área da saúde, ele a afeta, pois acarreta lesões, traumas, mortes físicas e emocionais, impactando a saúde mental (Minayo, 2006).

Em relação à violência contra a mulher, que dispõe de lei específica - Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha -, considera-se violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. Ocorre nas formas de violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Conforme Minayo (2020), as violências, sejam elas quais forem, fazem mal ao bem-estar e interferem nos serviços de saúde, visto que: provocam morte; lesões e traumas físicos, mentais, emocionais e espirituais; diminuem a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; demonstram as problemáticas da

organização tradicional dos serviços de saúde; e a necessidade de uma atuação interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial.

Dentre os atendimentos, a situação que envolveu maior número de intervenções da equipe foi a de uma mulher de 47 anos de idade com diagnóstico de esquizofrenia, vítima de abuso sexual aos 22 anos, privada de liberdade em seu domicílio. Sustentava-se com o Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (BPC) e recebia cuidados familiares. Foram realizadas visitas domiciliares para acompanhamento e organização de medicamentos e para avaliação social, além de discussão do caso junto ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Ministério Público. Envolveu também diversas discussões do caso junto à equipe da US devido à condição precária de saúde e às violações de direitos humanos. Perceberam -se diversas violências nesse caso: o abuso sexual, o histórico de maus-tratos em instituições nas quais já foi internada e a restrição de liberdade, dentre outras.

No segundo caso atendido, a usuária referiu, em uma consulta de saúde da mulher, que havia passado por uma violência sexual anos atrás. Com o advento da pandemia de covid-19, passou a sentir-se mais isolada e, por consequência, a reviver o sofrimento. A partir dos atendimentos, foi possível criar alternativas junto aos recursos do território, como a Horta Comunitária, que estava funcionando, ainda que restritamente. A usuária, mulher com cerca de 40 anos, passou a frequentar a horta, lugar onde estabeleceu vínculos que lhe foram benéficos. Passou a ir semanalmente, o que, na sua avaliação, possibilitou um alívio na ansiedade. Nesse caso, é possível perceber a importância da convivência social, dificultada pela pandemia de covid-19.

Nesse mesmo sentido, em outra situação atendida, uma mulher de 25 anos de idade relatou uma série de abusos sexuais, somado à situação de adoecimento de um familiar e sobrecarga, pois estava no puerpério; afirmou sentir-se isolada e sem recursos (pois estava desempregada). Nas interconsultas do serviço social com a medicina, a médica avaliou a necessidade de medicação. Do ponto de vista do Serviço Social, percebeu-se que a situação de insegurança financeira e a falta de uma rede

social de apoio estavam agravando esse sofrimento. Para tanto, ela foi encaminhada para o CRAS com vistas a inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) e demais benefícios assistenciais disponíveis, assim como, para acompanhamento familiar visto às situações de vulnerabilidade identificadas.

Outra situação que envolveu violência contra a mulher aconteceu no domicílio, por parte do companheiro. Relacionamento com diversos picos de violência física/psicológica, seguidos de momentos de reconciliação. Essa inconstância, característica de um relacionamento abusivo, ocasionou um sofrimento grave. A usuária, que tinha dois filhos com menos de 5 anos, passou a sofrer ao se separar do companheiro e ter de lidar com a sobrecarga no cuidado materno e no trabalho. Somado à falta de suporte familiar e ao salário insuficiente, a mesma passou a sentir-se sem saída, referindo um desejo de "sumir".

Em avaliação médica, constatou-se risco baixo de suicídio. O comportamento suicida consiste em um conjunto de atitudes que incluem: o pensamento de que uma ação autoinfligida resulte em sua morte (ideação suicida), o planejamento, a tentativa e o próprio suicídio. O risco baixo é constatado quando a pessoa tem um desejo de morte, porém não realizou planos para a sua execução. Werlang *et al.* (2004) referem que o comportamento suicida contempla, independentemente do ponto de vista pelo qual é analisado, uma dimensão central relacionada ao sofrimento.

Ao identificar essas vulnerabilidades e violências, a médica da US contactou o Serviço Social para acolhimento. O acompanhamento aconteceu em quatro atendimentos, em que foi possível viabilizar o acesso à informação, especialmente relacionada à Lei Maria da Penha e aos benefícios assistenciais disponíveis na assistência social. Realizou-se encaminhamento, após discussão de caso, para o CRAS e CREAS com vistas a garantir o olhar ampliado de saúde integral. As violências contra mulheres possuem raízes estruturais baseadas em uma construção histórica, social e cultural, e que produz relações desiguais de poder entre homens e mulheres na sociedade (Brasil, 2014). Tais violências, por sua vez, causam diversos impactos

na saúde, além de ser um problema intelectual, e constituem-se como uma questão sociopolítica, afetando, materialmente, os serviços de saúde e sua organização (Minayo, 2020).

Luto

O luto é caracterizado como a perda de um elo significativo entre uma pessoa e seu objeto, portanto, um fenômeno mental natural e constante no processo de desenvolvimento humano (Cavalcanti *et al.*, 2013). Para Freud (1915), o luto se trata da perda de um objeto amado e é um processo lento e doloroso que envolve questões como tristeza profunda, afastamento de atividades não relacionadas ao objeto perdido, a perda de interesse no mundo externo e a incapacidade de substituição e adoção de um novo objeto de amor. Dessa forma, o luto pode ser tanto decorrente de uma perda de um ente querido quanto de algo que tome as mesmas proporções.

Das pessoas acompanhadas, seis passavam por um processo de luto envolvendo familiares. Uma criança (9 anos de idade) que perdeu a mãe, uma mulher (42 anos de idade) e uma adolescente (17 anos de idade) que perderam a mesma pessoa (filho/irmão), uma mulher (25 anos de idade) que sofreu um aborto espontâneo e uma mulher (47 anos de idade) que havia perdido o companheiro há dois anos. Essas perdas foram atravessadas por situações como pobreza, insegurança financeira/desemprego, violência e conflitos familiares. Considerando as diferentes fases da vida e as condições objetivas e subjetivas do sujeito, o luto é sentido e vivenciado de maneiras diferentes para cada pessoa.

Por exemplo, as situações envolvendo crianças e adolescentes apresentaram peculiaridades e problemas pela não compreensão da família, o que produzia mais sofrimento. Invalidaram-se os sentimentos da criança sob a prerrogativa de não a induzir a pensar na sua dor, ignorando-a, o que, por sua vez, só o isolava e piorava o seu desamparo. Desta forma, o menino passou a querer encontrar-se com a mãe por meio da morte. Nos atendimentos, passava boa parte do tempo desenhando corações

partidos. Passou a referir visões com a mãe, que, vestida de branco, chamava-o para juntar-se a ela.

Foram realizados, então, atendimentos de interconsulta entre serviço social e medicina, encaminhamento à atenção especializada em saúde mental infantil, e acompanhamento familiar com vistas à educação em saúde para trabalhar as particularidades do processo de luto em crianças e os principais sinais de alerta, enfatizando a importância de construir um ambiente seguro para que ela pudesse compartilhar seu sofrimento. Trabalhou-se conjuntamente com a assistência social - na figura do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) e Conselho Tutelar - na busca de acompanhar os conflitos familiares que envolviam a convivência social e comunitária da criança com a família extensa.

Em relação à adolescente acompanhada, ela perdeu um irmão que faleceu sem ter uma causa definida. A situação envolveu diversas violações, como a falta de informações acerca do motivo do óbito, a insuficiência dos cuidados em saúde oferecidos pela família, dentre outros. Essa família era acompanhada por diversos serviços da rede intersetorial, que identificaram situações de violência doméstica e pobreza extrema. Seguiram em acompanhamento, porém, enfrentaram novas dificuldades e desestabilização decorrentes da morte. Foram encaminhadas também à atenção especializada devido à gravidade e complexidade do caso. A mãe desta adolescente, também acompanhada pela US, passava por situações de violência doméstica, identificada pelos serviços da rede.

A dúvida sobre a razão da morte gerou um sofrimento generalizado, em que todos os membros passaram a buscar por suporte no serviço de saúde. Uma morte abrupta, sem a possibilidade de velar e despedir-se do corpo, gerou muito sofrimento e intensificou a negação do fato. O processo de morte e do morrer foi explorado por Kubler-Ross (1988), sendo apontado como processual que se desenvolve em fases como negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. No entanto, são sentimentos dinâmicos e que não necessariamente se desenvolvem de maneira linear, podendo ser

por fatores como crenças, religião, classe social etc. Neste caso, percebeu-se um misto de sentimentos intensificados pelo desconhecimento dos motivos da morte e pela situação geral de vulnerabilidade social.

A situação de luto pelo companheiro de outra usuária atendida agravou -se em razão da impossibilidade de ela manter-se financeiramente por si mesma, visto que ele era o principal mantenedor. Após desenvolver depressão severa e síndrome do pânico, ela passou a ter dificuldades para manter-se, sobrevivendo da ajuda de familiares e de benefícios assistenciais, como o Bolsa Família, e o fornecimento de cesta básica. Sua busca pela US deu-se para ajuste de medicações, para solicitar encaminhamento à atenção especializada em saúde mental e para verificar a possibilidade de concessão de Benefício de Prestação Continuada (BPC) em razão da depressão.

Na situação de luto em decorrência do aborto, ocorreu uma depressão severa, conforme diagnóstico médico. Na perda gestacional precoce, o luto acontece, praticamente, no nível do simbólico, considerando a ausência de existência concreta do bebê. Vive-se este luto como a não satisfação de um desejo na fantasia, a perda de uma parte de si, uma vez em que o feto não se efetuiu como algo externo ao corpo materno (Ferreira, 2012). No trabalho, ao entrar em contato com crianças, a usuária desenvolvera crises de ansiedade, resultando em pânico ao sair de casa, o que dificultou sua relação e permanência no emprego. O medo do desemprego agravou a situação, necessitando ser afastada do trabalho - inicialmente pela médica da US e, posteriormente, por perícia do INSS.

O exercício de ir até a US para os atendimentos foi positivo, pois ela pôde desenvolver a confiança de sair aos poucos. Ao longo do tempo, foram realizadas consultas de saúde da mulher com a enfermagem e interconsultas com a medicina para reavaliação do quadro de saúde mental e a necessidade de alteração de medicações, assim como o encaminhamento à atenção especializada. Os espaços de acolhimento, portanto, serviram para elaborar os sentimentos do luto e para identificar possíveis articulações com o restante da equipe.

Outro acompanhamento atravessado pelo luto e aborto; ocorreu no caso de uma mulher (40 anos de idade) cuja filha (14 anos de idade) havia passado por um aborto recente. A gravidez causou diversos conflitos no âmbito familiar por tratar-se de uma adolescente. Considerando o risco de agressão física por parte do pai, optou-se pela notificação ao Conselho Tutelar. Foram realizadas interconsultas com a enfermagem para educação em saúde, pois constatou-se uma condição de saúde que provocou o aborto.

Todas essas situações exigiram intervenções no horizonte da clínica ampliada, que a partir de Campos e Amaral (2007) é compreendida como uma clínica que vai além daquela centrada no biológico, onde o objeto de trabalho é a doença. A clínica ampliada tem como objeto, além das doenças, os problemas de saúde, sendo esses dois fatores materializados na constituição de sujeito das pessoas. A clínica ampliada é, portanto, a clínica dos sujeitos.

Essas situações, embora envolvendo o luto, que é um processo natural da vida, abarcam também elementos que precarizam a vida e causam sofrimento social. Por esta razão, o trabalho multiprofissional e intersetorial foi de extrema importância. No entanto, destaca-se que o âmbito de complexidade exige suporte especializado, seja por matriciamento ou por atendimento em outros pontos da RAPS - o que não foi possível devido à insuficiência de recursos e ao longo tempo de espera para atendimento. Por último, os lutos vividos pelas pessoas aqui relatadas não se relacionam com mortes por covid-19.

Trabalho e desemprego

Das pessoas atendidas, quatro vivenciavam situações de sofrimento relacionadas ao trabalho, desemprego ou insegurança financeira. Para Marx (2004), o trabalho no capitalismo supõe sofrimento, pois há extração de mais-valia, valor produzido pelo trabalhador, mas que fica em posse do empregador. A relação do trabalhador com o produto de seu trabalho no capitalismo provoca alienação. À

medida que o trabalhador cria o mundo objetivo através de seu trabalho, ele se empobrece interiormente e se toma cada vez menos dono de si mesmo. O trabalho, portanto, produz maravilhas para a classe proprietária, mas gera privação para a classe trabalhadora. A partir das reflexões propostas por Marx (2004), é possível reconhecer a alienação que diz respeito à falta de reconhecimento de si no produto do trabalho, uma vez que não fica em sua posse e não serve para o desenvolvimento coletivo. Além disso, no próprio processo de produção, o trabalho gera sofrimento e satisfaz apenas as necessidades mais básicas. Esse sofrimento isola o trabalhador de sua condição humana, pois ele não pertence mais a uma comunidade, mas a si próprio. Alienado de sua condição humana e do aspecto fundamental que é o trabalho, não mais reconhecido como parte de seu gênero/espécie, sua vida passa a ser objetificada, assim como outras vidas humanas, que perdem seu valor e significado.

Das quatro pessoas acompanhadas, uma estava em atendimento médico e sinalizou a possibilidade de *burnout*, que é o esgotamento físico e mental alusivo ao trabalho, geralmente relacionado a um estado contínuo de estresse. Os atendimentos serviram como um espaço de elaboração desta situação, que estava causando problemas no estado de saúde, como insônia, cansaço extremo e apatia, exigindo o uso de medicações. Nesse caso, foram explicitadas questões como assédio moral e exposição a tarefas repetitivas. Werlange e Mendes (2013) relatam que essa é uma condição em que os trabalhadores estariam expostos a uma série de atividades inúteis e desinteressantes e, em decorrência disso, os sentimentos gerados são de cansaço físico e mental.

Outra pessoa acompanhada passou por situações semelhantes, porém, por ser mulher, passou pelo assédio de maneira diferente. O sofrimento levou-a à ideia suicida, compreendida como o desejo de morte, e ao desenvolvimento de ansiedade ao sair de casa e deparar-se com homens. Os atendimentos foram, em grande parte, realizados em conjunto com uma médica para avaliação dos riscos de suicídio. Foi prescrito tratamento medicamentoso e realizado atendimento familiar para esclarecimento da situação de saúde. As mulheres no mercado de trabalho estão,

historicamente, em posição desigual em relação aos homens, tanto no âmbito de remuneração, quanto de cargos. Estão, também, mais expostas às situações de violência e assédio sexual.

Como assédio moral, pode-se pensar em uma forma de violência que engloba "[...] a desqualificação, o isolamento, a atribuição de tarefas de menor valor, a indução ao erro, o assédio sexual, a exclusão, as mudanças de horários e de atividades sem prévio aviso, abusos de poder etc." (Andrade & Assis, 2018, p. 2). Quando se trata de mulheres, essa violência é maior em razão da desigualdade de gênero e da divisão sexual do trabalho, pois o trabalho masculino é mais valorizado que o trabalho feminino. Essa divisão é histórica e socialmente construída, é uma forma divisão do trabalho social decorrente da relação entre os sexos (Hirata & Kergoat, 2011).

Outro motivo relacionado ao mundo do trabalho refere-se a uma usuária em situação de desemprego e condição financeira instável. A jovem (25 anos de idade) sustentava-se sozinha, contando com algumas ajudas esporádicas da família. Estava com dificuldade de inserção no mercado de trabalho e acreditava ser em razão do seu diagnóstico de ansiedade, por isso, entrou em sofrimento, buscando acompanhamento na US. Recebeu atendimentos conjuntos da enfermagem e medicina, tendo sido considerada a necessidade de medicação para ansiedade e de acolhimento em temas relacionados à saúde da mulher, o que levou ao acompanhamento longitudinal e ao vínculo.

Por fim, na última situação recolhida, uma pessoa cujo atendimento relacionava-se à temática do trabalho como potencializador do sofrimento. Era uma pessoa em um relacionamento abusivo e em investigação médica acerca da possibilidade de depressão pós-parto. Com essas situações colocadas, trabalhar tornou-se difícil, chorava boa parte do tempo em que estava no trabalho. Comparecia na US para consultas de puericultura com a enfermagem, possibilitando a constatação de um sofrimento multifatorial. Dessa forma, considerando esta multicausalidade, articularam-se nesta demanda a enfermagem, a medicina e o serviço social a fim de proporcionar um atendimento no viés da integralidade. Foi possível, no âmbito da

intervenção do Serviço Social, viabilizar o acesso às informações sobre os direitos trabalhistas e sobre a violência e seus ciclos.

Percebe-se que, conforme constatado por Marx (2004), o trabalho no capitalismo envolve sempre algum sofrimento. Este contexto agravou-se com a reestruturação produtiva, que se intensificou a partir da década de 1970, visando reestruturar o padrão do binômio taylorismo/fordismo, que tem como principais características o "desemprego em dimensão estrutural, precarização do trabalho de modo ampliado e destruição da natureza em escala globalizada" (Antunes, 2009, p. 34).

Essa precarização evidencia-se em questões como a forma de inserção e de contrato no mercado de trabalho, na informalidade, na terceirização, na desregulação e na flexibilização das leis trabalhistas, além do desemprego e do adoecimento (Druck, 2015). Pode-se afirmar, então, que o neoliberalismo gera dois problemas de sofrimento social: as condições de trabalho degradantes e as novas dificuldades subjetivas decorrentes dessas condições. O adoecimento do trabalhador, dessa forma, está ligado diretamente à forma com que o capital se organiza e reorganiza de tempos em tempos, gerando a pressão por metas e a exigência por produtividade (Mangini & Nunes, 2021).

Considerações finais

A experiência na US permitiu acompanhar cerca de 15 pessoas em sofrimento por meio da escuta em saúde mental. Este espaço de acolhimento ofereceu suporte para a elaboração de situações da vida, além de realizar articulações com a equipe multiprofissional do serviço e outras políticas públicas do escopo social. Durante os acompanhamentos, percebeu-se uma relação imbricada entre sofrimento psíquico e contexto social. Nas situações relatadas de violência, luto e trabalho/desemprego, destaca-se diversas privações, como a pobreza, a insegurança financeira e a fragilidade de vínculos sociais. Além disso, o sofrimento, quando

relacionado a sintomas e patologias, é historicamente construído como alvo de intervenção pela clínica médica, geralmente centrada na medicamentação.

A AB, neste contexto, cumpre papel fundamental pela sua proximidade com o local onde as pessoas vivem, sendo um ponto chave para a articulação com os outros pontos da RAPS. No entanto, percebe-se uma ampliação do olhar manicomial que, muitas vezes, ainda inscreve essas pessoas em um lugar de exclusão pelo desconhecimento das possibilidades de intervenção da AB ou pela reprodução de estigmas sociais. Para tanto, na busca de construir uma clínica ampliada, trabalhou-se em conjunto com os outros profissionais e com as políticas sociais.

Os atendimentos realizados dividiram-se em três principais categorias: violências, luto e trabalho/desemprego. A violência é múltipla, envolvendo diversos fatores que afetam a saúde física e mental. O luto, que faz parte da vida e da sua terminalidade, quando associado a um contexto de fragilidade social, causa sofrimento agravado. Já o trabalho/desemprego é também um causador de desestabilização, especialmente no capitalismo na sua fase atual, marcado pela flexibilização das relações trabalhistas. Esse conjunto de questões deve ser compreendido como importante na vida e na saúde das pessoas, pois o cuidado não seria possível sem os sujeitos e suas complexidades. A clínica ampliada traz os sujeitos socialmente construídos e inseridos em cenário de vida. O trabalho multiprofissional e intersetorial, quando propriamente realizado, produz cuidado integral, no viés da clínica ampliada.

A AB, neste contexto, tem grande potencial como um serviço de portas abertas de base territorial, capaz de realizar ações como atendimento multiprofissional, construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), formação de grupos de saúde mental e outros temas relacionados, além de ações de educação em saúde e facilitação do acesso à informação. No entanto, reconhece-se um processo de desmonte gradual da AB, que tem sido alvo de precarizações, criando barreiras à plena realização de seu potencial.

Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora Fiocruz.
- Andrade, C. B., & Assis, S. (2018). Assédio moral no trabalho, gênero, raça e poder: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 43, e11.
- Antunes, R. (2009). *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre afirmação e negação do trabalho* (2nd ed.). Boitempo.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Brasil. (2001, 6 de abril). Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República.
- Brasil. (1990, 19 de setembro). Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e suas alterações posteriores. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- Brasil. (2006, 7 de agosto). Lei n.º 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
- Brasil. (2013). *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2015). *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014). *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6). Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011, 23 de dezembro). Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciências & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230.
- Castel, R. (1998). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Vozes.
- Cavalcanti, A. K. S., Sameczuk, M. L., & Bonfim, T. E. (2013). O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. *Revista Psicólogo inFormação*, 17.
- Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). (2010). *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde*. Grupo de Trabalho "Serviço Social na Saúde".

- Druck, G. (2015). Trabalho, Precarização e Resistências: novos e velhos desafios? *Caderno CRH*, 24.
- Ferreira, S. M. (2012). *Tornar-se mãe para deixar de o ser: estudo qualitativo sobre aborto espontâneo* [Dissertação de mestrado, Instituto Universitário Ciências Psicológicas Sociais e da Vida].
- Foucault, M. (1996). *A Ordem do Discurso*. Loyola.
- Freud, S. (1974). Luto e melancolia. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Imago. (Obra original publicada em 1917).
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6th ed.). Atlas.
- Hirata, H., & Kergoat, D. (2007). Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de pesquisa*, 37, 595-609.
- Kubler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer* (8th ed.). Martins Fontes.
- Mangini, F. N. R., & Sastro, I. N. (2021). Suicídio e sofrimento social no capitalismo: desemprego e expressões da questão social. *Revista Barbarói*, 58, 154--171.
- Marx, K. (2004). *Manuscritos econômico-filosóficos* (J. Ranieri, Trans.). Boitempo.
- Merhy, E. E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In C. Campos, D. Malta, A. Reis, A. Santos, & E. Merhy, (Orgs.), *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público* (pp. 103-120). Xamã.
- Minayo, M. C. S. (Org.). (2001). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (18th ed.). Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2006). *Violência e saúde*. Editora Fiocruz.
- Rodrigues, M. L. (1998). O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. In M. L. Martinelli *et al.* (Orgs.), *O Uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber*. Cortez/Educ.
- Safatle, V. (2020). Em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social. In V. Safatle, C. Dunker, & N. Silva Junior (Orgs.), *Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico* (1st ed.). Autêntica.
- Tomé, J. (2020). Breves considerações sobre o sofrimento social. *Revista Ideação*, 1(41), 314-331.
- Werlang, B. G., Macedo, M. M., & Kruger, L. L. (2004). Perspectiva Psicológica. In N. Botega & B. S. G. Werlang (Orgs.), *Comportamento Suicida*. Artmed.
- Werlang, R., & Mendes, J. M. (2013). Sofrimento Social. *Revista Serviço Social e Sociedade*, 116.

CAPÍTULO 17

REPERCUSSÕES DA PANDEMIA DE COVID-19 EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E SUAS FAMÍLIAS ACOMPANHADAS POR RESIDENTES EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

Sheila de Quadros Uzêda
Daniella Oliveira Cerqueira
Josefa Lusitânia de Jesus Borges

Introdução

O presente texto discorre sobre a experiência de atuação do serviço social na Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase na primeira infância e no contexto da covid-19, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, realizada em 2021 e 2022. O objetivo primário deste Programa de Residência é formar em saúde coletiva para o cuidado integral à primeira infância, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase no desenvolvimento infantil e na comunidade, a partir de uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial, observando as relações necessárias com os âmbitos do cuidado especializado. O campo de prática e o cenário da experiência constituíram-se em uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada no município de Salvador. O equipamento oferece atendimento a um público diverso, considerando a abrangência da área de cobertura das quatro equipes de saúde e equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

No atual contexto brasileiro, de crise estrutural, econômica e política, encontramos desafios no cotidiano relacionados aos instrumentos técnico-metodológicos e às ferramentas de enfrentamento das múltiplas expressões da questão social (Mariano & Marinho, 2017). Ressalta-se que, em decorrência da vasta demanda e das complexas situações, uma das principais preocupações observadas foi

evidenciada no cuidado compartilhado, realizado em parceria com a equipe de residentes de fonoaudiologia e psicologia, sob supervisão da preceptora fisioterapeuta do NASF-AB, nos atendimentos às crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e suas famílias. Muitas dessas famílias apresentavam dificuldades em diversos aspectos, principalmente em acessar a rede especializada e dar continuidade ao tratamento de seus filhos em meio ao contexto da crise de saúde pública.

Sabe-se que o Transtorno do Espectro Autista é comumente identificado no início da infância e possui como principais características o prejuízo persistente na comunicação e interação social, além de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. O estágio em que o prejuízo funcional fica evidente varia de acordo com características do indivíduo e seu ambiente. As manifestações do TEA também variam muito, a depender da gravidade da condição, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica; daí o uso do termo espectro (APA, 2014). Historicamente, é possível afirmar que famílias de crianças com TEA enfrentam inúmeros desafios para promover o desenvolvimento de seus filhos. Com a pandemia de covid-19, as dificuldades foram intensificadas, tornando necessárias medidas de ajuste (Brito, 2020). Assim, cabe sinalizar que este trabalho teve como objetivo discutir as principais consequências e as possíveis implicações da pandemia de covid-19 em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e suas famílias.

Pesquisa de natureza qualitativa, na modalidade bibliográfica e experiência vivenciada

Trata-se de um estudo descritivo em uma abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, o que se configura inovador por possibilitar relatar situações e casos relevantes que ocorreram durante a implementação de um programa ou projeto ou, ainda, em uma dada situação problema (Brasil, 2021). Ainda que esta pesquisa não seja tão somente bibliográfica, caracteriza-se como tal, visto que se desenvolveu com base em materiais anteriormente elaborados a respeito do objeto de estudo, a

exemplo de artigos científicos sobre a temática. Pontua-se que este estudo se caracteriza, então, como uma pesquisa de Revisão Integrativa da Literatura (RIL), parte vital de qualquer processo de investigação, visto que tem como propósito identificar, analisar, sintetizar e interpretar a investigação prévia (revistas científicas, livros, atas de congressos, resumos etc.) relacionada com a área de estudo.

Trata-se, então, de uma análise bibliográfica pormenorizada, referente aos trabalhos já publicados sobre o tema. A RIL é indispensável não somente para definir bem um problema à análise, mas também para precisar o estado atual dos conhecimentos sobre determinada temática, suas lacunas e contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento (Bento, 2012). Com vistas a nortear o processo de busca na literatura, a seguinte questão foi formulada: "Como a pandemia de covid-19 repercutiu em grupos sociais que vivenciam condições específicas, como é o caso das crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e suas famílias, nos últimos anos?" A partir disso, conduzimos uma busca por estudos dessa natureza no portal Google Acadêmico.

Os termos de busca incluíram dois conjuntos de palavras: (a) "transtorno do espectro autista e covid-19" e (b) "família or cuidadores and covid-19 and Transtorno do Espectro Autista". Houve o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos. Como critérios de inclusão, foram considerados: título, resumo, relevância, idioma em português e publicação nos anos de 2020 a 2022. Como critérios de exclusão: artigos que não eram pertinentes ao tema, duplicados, de outros idiomas e publicações fora do período temporal.

O cenário pandêmico, a Atenção Primária à Saúde e as crianças com TEA e suas famílias

O cenário pandêmico em questão teve início em 11 de março de 2020, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surgimento da covid-19 como uma emergência de saúde pública de repercussão internacional (Navarro *et al.*,

2022). Os efeitos atingiram a população de maneiras diversas e, ainda hoje, os impactos causados são percebidos em diversas esferas: econômicas, políticas e sociais (Albuquerque *et al.*, 2022). O enfrentamento à covid-19 exigiu medidas de isolamento social, isso fez com que houvesse um afastamento das crianças com TEA dos espaços de convivência com outros membros da família e amigos de terapia e ambiente escolar. Somente algumas delas tiveram acesso a professores e atividades pedagógicas por meio remoto.

Esse contexto alterou a rotina dessas crianças, sendo essas mudanças compreendidas como um desafio significativo para o seu desenvolvimento, o que pode contribuir para a intensificação de problemas comportamentais, como: aumento da retração social; ansiedade; estresse; irritabilidade; hipersensibilidade; alterações de sono e apetite; entre outros (Freitas *et al.*, 2021). Segundo Gomes *et al.* (2015), as condições resultantes do TEA frequentemente exigem das famílias cuidados extensos e permanentes períodos de dedicação. Verifica-se, inclusive, um forte viés de gênero - em sua maioria, são as mulheres as responsáveis pelos cuidados diretos. Outro fator observado pelo autor é que o convívio com manifestações específicas do TEA em crianças pode culminar, muitas vezes, com o afastamento familiar em relação à vida social. Neste sentido, é fundamental manter o vínculo com serviços de saúde para o bem-estar das crianças e de seus familiares, pois isso possibilita a realização de orientações e a construção conjunta de estratégias para lidar com as principais dificuldades advindas desse cenário (Fernandes *et al.*, 2020).

A literatura sinaliza o aumento do número de encaminhamentos de crianças com TEA aos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária, no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse índice de pessoas diagnosticadas com espectro autista cresce a cada dia, demandando "o acompanhamento de uma equipe multiprofissional" (Santos *et al.*, 2021, p.). A APS é a porta de entrada do SUS e abrange ações de saúde voltadas para o individual e o coletivo, atuando sobre o conceito ampliado de saúde e sobre o modelo da promoção da saúde (Giovannella, 2018), com potencial de permitir a resolubilidade para a maior parte das necessidades apresentadas, considerando-se a

pessoa em sua totalidade, e não apenas a enfermidade. Essa concepção guarda relação com a compreensão da deficiência como fenômeno social, preconizada na Lei Brasileira de Inclusão (Brasil, 2015), em que se considera que a limitação não está localizada estritamente no indivíduo, mas no ambiente que oferece barreiras ao seu pleno desenvolvimento.

A fim de atender de forma integral às necessidades dos usuários do SUS, a APS articula-se com os demais âmbitos da atenção (Fequis, 2018). Nessa direção, considera-se, ainda, de grande relevância sinalizar que o modelo de organização nas atividades/ações desenvolvidas na APS pela equipe de Residências Multiprofissionais em Saúde foi implementado com o objetivo de qualificar profissionais de diversas categorias para atuarem de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. São formados no SUS e para este, tendo como característica principal a prática multiprofissional e interdisciplinar para que eles adquiram competências políticas, sociais, humanas e técnicas para aplicá-las na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (Gomes, 2020). Dentre os profissionais que ocupam a equipe multiprofissional de residentes, o assistente social atua nas expressões da questão social e no âmbito das políticas públicas sociais e de saúde, aportando os saberes da profissão (Mariano & Marinho, 2017).

Resultados quanto à Revisão Integrativa de Literatura

Apesar da busca inicial ter sido realizada em várias portarias e bases eletrônicas, apenas foram achados artigos científicos no Google Acadêmico. Portanto, foram encontradas N=300 produções. Dessas, N=280 foram excluídas por não atenderem aos critérios. Assim, foi selecionado N=20 artigos, que seguiram para leitura na íntegra e avaliação da elegibilidade, dos quais N=8 resultaram no *corpus* da revisão integrativa. Diante disso, para este estudo, foram selecionadas e analisadas, de maneira mais específica, oito produções acadêmicas, tendo em vista que estas

tratavam das temáticas relacionadas com o nosso objeto de estudo. Para melhor entendimento, pode-se visualizar a organização das produções a partir do Quadros 1.

Quadro 1 - Distribuição de publicações segundo autor/ano, título, objetivo do estudo, metodologia e base de dados N=8 (continua)

Autor/ Ano	Título	Objetivo do Estudo	Metodologia	Base de dados
Luizeti <i>et al.</i> (2021)	Impacto do distanciamento social nos cuidados de pacientes com TEA devido à covid-19	Analisar o impacto do distanciamento social nos cuidados de pacientes com TEA, no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil, pela perspectiva de seus responsáveis.	Estudo observacional, retrospectivo e de corte transversal, de abordagem qualitativa e quantitativa.	Google Acadêmico
Alves (2021)	Impactos da pandemia de covid-19 na saúde de cuidadoras de pessoas com TEA	Investigar os impactos da pandemia de covid-19 na saúde de cuidadoras de pessoas com TEA durante o período de distanciamento social.	Estudo qualitativo realizado por meio de entrevistas semiestruturadas, com 20 cuidadoras de pessoas com TEA.	Google Acadêmico
Fortes (2020)	Análise comparativa entre a saúde mental de responsáveis por pessoas com TEA e por crianças sem TEA na pandemia de covid-19	Comparar a qualidade da saúde mental de responsáveis por pessoas com TEA e de responsáveis por pessoas de até 12 anos sem autismo, durante a pandemia de covid-19.	Estudo transversal, observacional e quantitativo.	Google Acadêmico
Freitas (2022)	Autismo e práticas de cuidados durante a pandemia de covid-19	Analisar a efetividade dos laços familiares desenvolvidos durante a pandemia de covid-19 por parte de famílias com pessoas com TEA, considerando as relações de cuidado destinadas a esse público.	Estudo qualitativo utilizando dois instrumentos de coleta de dados aos familiares participantes.	Google Acadêmico
Coelho (2022)	Alunos com TEA durante o isolamento pela pandemia de covid-19: impactos nas características clínicas e cuidados gerais de saúde	Verificar o impacto do isolamento social, entre março de 2020 e junho de 2021, na saúde e manifestações comportamentais em 60 escolares matriculados em uma rede municipal pública de ensino.	Estudo transversal com amostra de conveniência .	Google Acadêmico

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 1 - Distribuição de publicações segundo autor/ano, título, objetivo do estudo, metodologia e base de dados N=8 (fim)

Nascimento (2020)	As mudanças na dinâmica familiar de crianças com TEA devido à pandemia do coronavírus	Compreender quais atividades foram utilizadas pelas famílias, de maneira a proporcionar a continuidade no desenvolvimento e possibilitar condições de sociabilidade e educação para essas crianças.	Estudo de caso utilizando questionário.	Google Acadêmico
Godói (2021)	Intensificação do ciclo da invisibilidade e o impacto na saúde mental de crianças com autismo em decorrência do isolamento durante a pandemia de covid-19	Compreender os impactos que o isolamento social provocou na saúde de pessoas com deficiência, usuárias dos setores de atendimento no ambulatório da APAE da cidade de Araguari (MG) e de suas famílias.	Entrevistas de cunho aberto com trinta participantes, constituídos por famílias.	Google Acadêmico
Filgueira (2020)	Percepção de mães de crianças autistas sobre o isolamento social motivado pela pandemia do covid-19	Analisar os efeitos do isolamento social associado ao controle pandêmico sobre a vida de familiares cuidadores de crianças autistas.	Pesquisa qualitativa utilizando entrevistas semiestruturadas, realizadas por meios digitais.	Google Acadêmico

Fonte: Elaboração própria.

A partir desse preâmbulo, apresentamos breves considerações a respeito das produções encontradas com o objetivo de compreender as temáticas abordadas nestes trabalhos. Iniciaremos pelas produções de Luizeti *et al.* (2021), que entrevistou 12 responsáveis por pessoas com TEA vinculados à Associação Maringaense dos Autistas (AMA), na cidade de Maringá, no estado do Paraná. Os resultados apontaram que os responsáveis enfrentaram diversos obstáculos para obter cuidados de saúde de qualidade para seus filhos durante o período de isolamento social. A descontinuidade do tratamento, a exemplo da ausência de suporte biopsicossocial, agravou as manifestações clínicas e muitos tiveram alterações em suas terapias farmacológicas.

Já Alves *et al.* (2021) realizaram uma pesquisa com 20 cuidadoras de pessoas com TEA, estas vinculadas à Associação de Familiares e Amigos de Pessoas com Autismo e ao Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil, de Imperatriz (MA).

Os resultados evidenciam que a pandemia de covid-19 provocou modificações significativas na rotina das cuidadoras, além de mudanças na rotina escolar e terapêutica. Quanto ao processo de cuidado, houve pouco ou nenhum suporte familiar, recaindo sobre as mães esta tarefa. A sobrecarga dificultou o autocuidado, resultando no adoecimento físico e mental das cuidadoras, com quadros depressivos, de ansiedade e de transtorno do pânico.

Em continuidade, ressalta-se que Fortes *et al.* (2020) conduziram um estudo no qual participaram 77 pessoas moradoras dos municípios do sul do estado do Rio de Janeiro durante a pandemia de covid-19, as quais foram divididas em dois grupos: o grupo A, dos responsáveis por pessoas com TEA, totalizando 30 pessoas; e o grupo B, dos responsáveis por crianças sem TEA de até 12 anos, totalizando 47 pessoas. Os resultados apontaram depressão, ansiedade e estresse em ambos os grupos, porém com maior prevalência no grupo A. A resultante desta pesquisa direciona, portanto, para a necessidade de intervenções para prevenir esses quadros e o suporte psicológico dessa população, com a inclusão do núcleo familiar no planejamento terapêutico de pessoas com autismo e auxílio no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento de crises, a exemplo do cenário marcado pela pandemia de covid-19.

A pesquisa de Freitas *et al.* (2022) analisou 12 famílias com um ou mais integrantes com TEA, residentes no município de Curitiba, Paraná. Os resultados da pesquisa apontaram que: a) as crianças com TEA, participantes deste estudo, necessitavam de acompanhamentos terapêutico e psicopedagógico constantes, por isso, a interrupção e/ou a oferta precária dos serviços acentuou crises de ansiedade e episódios agressivos nesses sujeitos; b) o fator socioeconômico influenciou nas práticas de cuidado destinadas às pessoas com TEA, dentre elas a manutenção ou não desses atendimentos; c) a ausência e/ou fragilidade das políticas públicas para atenção ao público com autismo e suas famílias ampliou a sobrecarga materna; e, por fim, d) a necessidade de ações governamentais, por meio de políticas públicas, que garantam suporte e apoio a essas famílias.

No tocante à pesquisa realizada por Coelho (2022), com 60 escolares matriculados em uma rede municipal de ensino e seus responsáveis, destaca-se, sobretudo, que: 55% dos alunos não receberam atendimento no período pandêmico, ou seja, não passaram por, pelo menos dois atendimentos de avaliação ou acompanhamento. Entre os 45% que receberam atendimento, as consultas majoritariamente ocorreram com grande espaçamento entre elas. Muitas crianças aguardavam em filas de espera.

Em continuidade, pontua-se que Nascimento (2020) realizou estudo de caso com duas famílias de crianças com TEA, matriculadas na rede pública municipal de ensino e residentes nas cidades do interior do estado de São Paulo. Na pesquisa realizada, foram analisados os efeitos das mudanças ocorridas na dinâmica familiar dessas crianças devido ao período de isolamento social. Pôde-se observar que houve mudanças comportamentais significativas devido ao isolamento social, refletidas em alterações na dinâmica de suas famílias, especialmente quanto ao cuidado dispensado integralmente às crianças.

Godói (2021) buscou investigar os efeitos de medidas adotadas, em tempos de pandemia, em 30 famílias com crianças com autismo e que frequentam os setores de atendimento no ambulatório da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) da cidade de Araguari. Os dados obtidos nesta pesquisa demonstram que 60%, ou seja, mais da metade dos pais entrevistados, relataram o aumento da ansiedade nos filhos e prejuízos na rotina, e 10% dos pais perceberam o surgimento de indícios de preocupação nas crianças. Além disso, 10% deles expuseram que houve um aumento no consumo de alimentos e, consequentemente, ganho de peso, caracterizando, assim, problemas relacionados à alimentação em decorrência do isolamento social. Por fim, 10% das crianças começaram a apresentar problemas relacionados ao sono e outros 10% não tiveram alterações na rotina/fácil adaptação domiciliar.

Em relação aos dados da pesquisa realizada por Filgueira (2020), o autor estudou 14 mães com idades entre 28 e 47 anos e um pai com 34 anos em uma

associação de famílias de crianças com TEA, residentes em municípios integrantes da Região Metropolitana de Fortaleza. Os resultados apontaram que a pandemia potencializou desigualdades de gênero, culminando no desgaste físico, psíquico e emocional dessas mulheres. Atrélada a essas questões, emergiu a preocupação com prejuízos no desenvolvimento dos filhos.

Em vista do exposto, verifica-se que os familiares se mostraram emocionalmente abalados e fragilizados. Tais sentimentos poderiam ser amenizados se as políticas públicas que fazem parte da rede de atendimento psicossocial e intersetorial acolhessem as necessidades reais dessa população. Nesse sentido, é preciso compreender a diversidade e o processo que permeia a vida da pessoa com TEA, seu contexto familiar, sua história e seu mundo, sendo urgente divulgar e disseminar o tema TEA e suas peculiaridades para dar visibilidade a essa luta (Viana, 2023).

A experiência vivenciada

Com a pandemia de covid-19, a USF, campo de prática deste estudo, viu-se desafiada a atender, além de sua demanda habitual, os pacientes em estado leve, diagnosticados com covid-19. Isso impôs a necessidade de reestruturar: serviço, relações profissionais, espaço físico, rotinas, fluxos, estratégias e abordagens de usuários e suas famílias (Pereira, 2020). Significa dizer que, diante do desafio de distanciamento social, algumas abordagens foram suspensas e as equipes reduziram seus atendimentos, conforme orientação do Ministério da Saúde (MS). No entanto, as crianças com deficiência ou com TEA demandavam cuidados continuados, portanto, os impactos foram significativos com a quebra de rotina e a incerteza de quando a vida voltaria à suposta normalidade.

Por outro lado, houve também a preocupação, por parte dos profissionais envolvidos nos atendimentos, em abordar corretamente esses usuários para não se contaminarem e serem veículo de contaminação para suas respectivas famílias (Lopes,

2020). Dessa forma, com base nos protocolos de segurança, os residentes passaram a atender essas crianças com diagnóstico de TEA em consultório, de forma individual, visto que, anteriormente, era realizado em forma de grupo pelos residentes das turmas anteriores.

A partir do conhecimento do trabalho realizado pelos residentes neste segmento, novas crianças passaram a ser encaminhadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e pelos demais profissionais que compunham a equipe, principalmente enfermeiras e médicas que, em consultas de rotina, observavam possíveis suspeitas de TEA nas crianças acompanhadas. Inicialmente, como parte do processo de acolhimento no trabalho, foi realizada uma escuta qualificada com as famílias para melhor compreensão das demandas apresentadas e fortalecimento do vínculo entre família, criança e profissional de saúde. Com base nas informações colhidas junto aos familiares, nas observações clínicas da equipe multiprofissional e no relatório escolar, quando se identificava a possibilidade de TEA na criança, eram adotadas as seguintes medidas: orientações para que os cuidadores compreendessem o Transtorno do Espectro Autista; encaminhamentos para outros serviços da comunidade e tratamentos disponíveis; e, por fim, discutia-se o papel dos residentes na continuidade do acompanhamento das crianças e as possibilidades de cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS). No âmbito do Serviço Social, a ação profissional deve ser pautada no projeto ético-político da profissão, cuja intervenção profissional sustenta-se na perspectiva de contribuir para a socialização e consolidação dos direitos da pessoa autista e de seus familiares. A atuação do assistente social, portanto, depende de condições reais e objetivas na formulação, no planejamento e na execução das políticas públicas para poder contribuir com os interesses dos sujeitos sociais, viabilizar o acesso aos direitos e fazer com que esses sujeitos se tomem de fato, pessoas de direitos (Santos *et al.*, 2020).

Posto isso, ao passo que a família retomava com o diagnóstico de TEA pela rede especializada, eram orientados pela assistente social residente acerca dos direitos da pessoa com deficiência e de como acessá-los, por exemplo o encaminhamento para

a rede especializada pela regulação do SUS; (2) orientações a respeito dos documentos necessários para os encaminhamentos à rede socioassistencial - a exemplo do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para concessão de direitos, tais como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Passe Livre, que diz respeito ao acesso ao transporte público gratuito, ofertado à pessoa com deficiência e seu acompanhante; (3) solicitação de profissional de apoio na sala de aula, na hipótese da criança estar matriculada e, caso não estivesse, encaminhamento para a inclusão escolar; (4) orientações e encaminhamentos aos serviços especializados de reabilitação; (5) orientação sobre espaços que oferecem atividades físicas; (6) outras informações e encaminhamentos. Cada ação estando interrelacionada com o fechamento ou não do diagnóstico e com o planejamento em equipe do Projeto Terapêutico Individual, caso a caso.

Quanto aos encaminhamentos e atendimentos que exigiam ir além da APS, as dificuldades de articulação com a rede intersetorial foram nodais (Pereira, 2020). Muitas crianças passaram a aguardar em longas filas de espera. Houve falta de profissionais nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município, além de paralisações de servidores públicos de saúde da rede municipal e de profissionais do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Logo, a concessão pelo INSS do direito ao BPC - previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), no valor de um salário-mínimo e direcionado à pessoa com deficiência, no período de pandemia - foi também uma dificuldade vivenciada pelos familiares.

Paralelo a isso, verificaram-se recorrentes queixas de familiares sobre o afastamento das crianças com TEA do espaço escolar, sugerido por algumas escolas que alegavam depender da elucidação diagnóstica para a organização e efetivação do trabalho pedagógico. Dias *et al.* (2021) apontam em seus estudos a percepção de um grande dilema enfrentado pelo sistema de educação infantil: a incerteza de como lidar com a diversidade, já que as práticas pedagógicas convencionais muitas vezes não atendem às especificidades das crianças com deficiência.

Vale salientar, ainda segundo esses autores, que a inclusão desse público nas escolas regulares é referendada por políticas educacionais cujas principais diretrizes nacionais são a Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB (Lei n.º 9394/96), a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (PNEEPEI) (2008) e a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, também conhecida como Lei Berenice Piana (Lei n.º 12.764/2012).

Ressalta-se que a intervenção multiprofissional na USF, no município de Salvador (BA), contou com o total de 14 crianças com diagnóstico de TEA e seus respectivos cuidadores, que, em sua maioria, eram mulheres. No entanto, houve pais presentes e participativos nos cuidados de seus filhos. As crianças acompanhadas, em geral, eram do sexo masculino. Os atendimentos aconteciam quinzenalmente e objetivavam estimular o desenvolvimento infantil e ofertar matriciamento às famílias. Segundo Santos (2020), a estimulação do desenvolvimento tem como objetivo desenvolver habilidades cognitivas, sociais e de linguagem, conforme a demanda apresentada por cada criança.

Com o transcorrer do tempo desde o início da pandemia, mais precisamente em outubro de 2022, o Brasil apresentou um momento relativamente estável em relação à emergência de saúde, com redução progressiva no número de casos e mortes (Coelho, 2022). Assim, foi possível pensar em estratégias, na realidade a qual estávamos inseridas, para o retomo dos atendimentos coletivos, em formato de grupo. A proposta contou com a criação de dois grupos (matutino e vespertino) com crianças com e sem TEA, com a finalidade de encorajar o desenvolvimento infantil, proporcionar/incentivar a socialização e interação social, além de ofertar matriciamento familiar. As ações ocorreram, também, quinzenalmente, com finalização prevista para dezembro de 2022, somando cinco encontros com cada grupo.

Dentre as ações propostas, foram realizadas oficinas de brinquedos, circuitos de estimulação, além da criação de produtos coletivos com materiais acessíveis e

ideias para reprodução em suas casas. Paralelo a isso, realizou-se rodas de conversas com os responsáveis como uma estratégia de apoio e acolhimento aos anseios apresentados por eles. Dentre os temas tratados, destacaram-se os seguintes: direitos sociais; cuidados com a criança; dificuldade de lidar com as demandas da criança no dia a dia; a importância de momentos de autocuidado dos responsáveis; entre outros. Ademais, é importante salientar que, ao longo dos atendimentos e ações coletivas, foi observado que os participantes se sentiram pertencentes ao espaço proporcionado e participaram de forma ativa, reforçando o protagonismo das famílias no processo de cuidado das crianças. Desse modo, para fins didáticos, os dados com as dificuldades apresentadas pelos familiares, entre outros desafios, estão expressos no Quadro 2 a seguir, indicando as principais estratégias realizadas em meio ao contexto vivenciado.

Quadro 2 - Descrição das principais dificuldades enfrentadas pelos familiares, estratégias de superação e resolutividades de 2021-2022

Dificuldades encontradas	Estratégias para superação das dificuldades	Resolutividade
Compreensão do TEA	Abordar o TEA segundo estudos científicos, principais características e quando é indicado a intervenção medicamentosa pelos especialistas.	A maioria dos familiares teve uma boa compreensão sobre o TEA. No entanto, foi observado que algumas mães simplesmente não aceitam a real condição dos filhos.
Entendimento sobre o diagnóstico e tratamento	Informar sobre o acompanhamento terapêutico com equipe multiprofissional, como psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos de forma regular. Assim como consultas regulares a um neuropediatra ou psiquiatra infantil.	O entendimento foi positivo para a maioria dos familiares. Porém, como mencionado acima, mães chegam a acreditar que a criança jamais poderá ter uma vida normal e saudável. Isso pode dificultar o tratamento, prejudicando, assim, o desenvolvimento dos seus filhos.
Processo de aceitação do diagnóstico	Acolhimento multiprofissional com os residentes, equipe do NASF-AB e encaminhamento para a rede.	Foi observada muita resistência para aceitação do diagnóstico.
Referência e Contrarreferência	Dificuldade acentuada no ano de 2021, em que os familiares esperavam meses por vaga na rede especializada. Em 2022 foi criado um fluxo de saúde mental infantil pelo município.	Com a criação do fluxo de saúde mental infantil foi possível maior oferta de referência. No entanto, a contrarreferência foi inexistente.

Dificuldades encontradas	Estratégias para superação das dificuldades	Resolutividade
Sobrecarga familiar	Abordar sobre a autoestima, importância do autocuidado e projetos pessoais.	Abordagem apreciada pelos sujeitos envolvidos. Foi possível observar a mudança de comportamento e perspectiva futura de alguns familiares mesmo em meio às adversidades do cotidiano.
Vulnerabilidade social	Encaminhamento para a rede assistencial para inserção nos programas e benefícios sociais.	Os familiares encontraram obstáculos, como greves de servidores. Além disso, mesmo recebendo benefícios, como o BPC, foi verificado insuficiente para os cuidados.
Educação infantil	Relatório multiprofissional encaminhado para escolas com informações clínicas e sociais da criança acompanhada, apontando direitos constitucionais e garantindo a permanência da criança nesse espaço. Além disso, orientações acerca de equipamentos de proteção infantil.	Tal situação aponta a urgência da discussão sobre esse assunto pelo sistema de educação infantil e a rede intersetorial, como a saúde e assistência social para a defesa e garantia dos direitos da pessoa com deficiência.
Como estimular o desenvolvimento infantil em contexto pandêmico	Em 2021 foi ofertado matriciamento pela equipe de residentes e fisioterapeutas do NASF-AB para os familiares. Além disso, foi criada pelos residentes uma Cartilha com sugestões de atividades.	Os residentes tiveram ótima aceitação da estratégia de cuidado pelos familiares e crianças, com <i>feedbacks</i> positivos.
Acompanhamento das crianças com periodicidade na USF	Em 2022 foi criado um grupo de crianças em espaço externo na comunidade, pensando em garantir maior periodicidade nos acompanhamentos delas, paralelo aos atendimentos individuais na USF.	Possivelmente continuará sendo um grande desafio, visto que é um problema de gerenciamento de espaço pela estrutura da USF.
Desconhecimento do TEA e estigmas na sociedade	Criação do grupo de crianças com e sem TEA com o objetivo de estimular o desenvolvimento infantil, proporcionar/incentivar a socialização e integração social, além de ofertar matriciamento familiar.	Verificou-se participação efetiva da maioria das crianças e de seus familiares.

Fonte: Elaboração própria.

Com base no exposto e na realidade investigada, ressalta-se que as crianças com TEA não usufruíam de serviços de atendimento integral necessários ao seu desenvolvimento no município de Salvador (BA), bem como acesso efetivo para assegurar e garantir sua inclusão social. Houve dificuldades por parte da equipe para viabilizar os cuidados necessários. Para a resolução dessas dificuldades, foram feitas reuniões, discussão de caso, elaboração de produtos e cartilhas para proporcionar cuidados de qualidade. Durante os dois anos acompanhando esses usuários, foi possível perceber o quanto era importante o suporte ofertado pelo serviço social na questão do acesso aos direitos sociais, considerando o quanto a criança necessita de atendimento integral para configurar o pleno acesso aos seus direitos (Viana, 2023).

Conclusão

A pandemia agravou questões históricas na sociedade brasileira, a qual é profícua em criar e manter a desigualdade social, que afeta sobremaneira os grupos socialmente vulneráveis. Os achados dos estudos da Revisão Integrativa da Literatura (RIL) trouxeram importantes informações sobre as repercussões da pandemia de covid-19 em crianças com TEA e suas famílias, o qual se alinha com o observado na vivência na USF, no município de Salvador (BA).

Assim, é necessário refletir de que forma o isolamento físico, social e a suspensão do tratamento em modalidade presencial puderam comprometer o desenvolvimento dessas crianças. O tratamento de saúde voltado para pessoas com TEA deveria abranger diversos serviços, desde o diagnóstico precoce até as terapias necessárias para o seu desenvolvimento. Portanto, entende-se que, no Sistema Único de Saúde (SUS), deveriam estar disponíveis os serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No entanto, no Brasil, o número de CAPS ainda é insuficiente para atender às demandas deste público. Os estudos apontaram que grande parte das crianças com TEA não recebeu atendimento

neste período pandêmico, o que ocasionou modificações comportamentais e indicadores de agravamento do quadro clínico.

No que diz respeito à saúde e ao bem-estar dos cuidadores, eles sofreram repercussões devido ao contexto pandêmico, sobretudo em relação à saúde mental. A pandemia alterou a dinâmica no processo de cuidado da família e, evidentemente, o cuidado destinado à pessoa com TEA. Identificou-se que uma das aproximações no percurso e relatos dessas famílias foi o abandono do Estado, visto que, ao não implementar políticas públicas para acolhimento das necessidades dos indivíduos com autismo e de seus familiares, o exercício dos seus direitos e das liberdades fundamentais foi negligenciado, contrapondo-se ao que garante a Lei Brasileira de Inclusão.

Ademais, a realidade vivenciada nos levou a considerar que a proposta das residências como formação de profissionais qualificados para o SUS é extremamente importante, pois tem a capacidade de propiciar ao residente uma aproximação com a realidade do trabalho em saúde, bem como a relevância do projeto desenvolvido por esses profissionais para os usuários acompanhados, como é o caso das crianças com TEA e as famílias. Nesse sentido, a profissão de serviço social ocupando espaço na equipe multiprofissional possibilita o fortalecimento da categoria e o enfrentamento das múltiplas expressões da questão social, articulada às políticas de saúde.

Além disso, a intervenção na USF proporcionou a integração dos núcleos de saberes, resultando em um maior direcionamento junto às crianças com TEA, tendo em vista que as atividades desenvolvidas pelas residentes estão de acordo com o que tem sido proposto e articulado pelo programa de residência - uma vez que este tem como objetivo promover o desenvolvimento infantil saudável na comunidade. Ademais, foi possível colaborar, no que diz respeito à sobrecarga da rede assistencial, e ofertar apoio familiar na superação dos desafios, com troca permanente de informação, construção de vínculo e de redes de apoio comunitárias, compartilhamento de conhecimento e experiências visando à inclusão social.

Referências

- Albuquerque, M. A. C., Costa, A. S. M., & Silva, J. P. D. S. e. (2022). Covid-19: Impacto da pandemia nos indivíduos do Espectro Autista. *Research, Society and Development*, 11(5), 1-12.
- Alves, S. F. de S., Vivian, A. G., & Hirdes, A. (2021). Impactos da Pandemia de covid-19 na saúde de cuidadoras de pessoas com Transtornos do Espectro Autista. *Sele/o Preprints*, 1-20.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5th ed.). Artmed.
- Bento, A. (2012). Como fazer uma revisão da literatura: considerações teóricas e práticas. *Revista JA (Associação Acadêmica da Universidade da Madeira)*, (65), 42-44.
- Brasil. (2015, 6 de julho). *Lei 13.146, de 6 de julho de 2015*. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Cadernos de atenção básica: diretrizes do NASF*. MS.
- Brito, A. R., Almeida, R. S., Crenzel, G., Alves, A. S. M., Lima, R. C., & Abranches, C. D. (2020). Autismo e os novos desafios impostos pela pandemia da covid-19. *Revista de Pediatria SOPERJ*, 1-6.
- Coelho, K. C. L. S. (2022). *Alunos com Transtorno do Espectro Autista durante o isolamento pela pandemia da covid-19: impactos nas características clínicas e cuidados gerais de saúde* [Dissertação de mestrado, Universidade Mackenzie].
- Dias, A. A., Santos, I. S., & Abreu, A. R. P. de C. (2021). Crianças com Transtorno do Espectro Autista em tempos de pandemia: contextos de inclusão/exclusão na educação infantil. *Zero-a-Seis*, 23(Especial), 101-124.
- Fequis, T. S. O., et al. (2018). Percepção dos usuários sobre suas necessidades de saúde no âmbito da atenção primária no sistema único de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 42(2), 340-352.
- Fernandes, A. D. S. A., et al. (2020). Intervenções Informacionais como Apoio às Famílias de Crianças e Adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) durante a pandemia da covid-19: um relato de experiência. *Revista GEMInS*, 11(3), 71-86.
- Filgueira, L. M. de A. (2021). Percepção de mães de crianças autistas sobre o isolamento social motivado pela pandemia do covid-19. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 514-520.
- Fortes, C. P. D. D. (2021). Análise comparativa entre a saúde mental de responsáveis por pessoas com TEA e por crianças sem TEA na pandemia de covid-19. *Residência Pediátrica*, 11(1), 1-24.
- Freitas, M. C. de, Lemos, T. C., & Lima, V. L. C. de. (2021). Impactos da pandemia do covid-19 em crianças com Transtorno do Espectro do Autismo: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(3), 1-12.
- Giovanella, L. (2018). Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, 34(8), e00029818.

- Godói, R. S. de S. (2021). Intensificação do ciclo da invisibilidade e o impacto na saúde mental de crianças com autismo em decorrência do isolamento durante a pandemia da covid-19. *Revista Apae Ciência*, 16(2), 52-63.
- Gomes, A. T. (2020). Potencialidades e desafios do Programa de Residência Multiprofissional para a formação de enfermeiras atuantes na Atenção Primária em Saúde. *Research, Society and Development*, 9(6), e70963412. DOT: 10.33448/rsd-v9i6.3412.
- Gomes, P. T. M., et al. (2015). Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. *Jornal de pediatria*, 91(2), 111-121.
- Lopes, G. V. B. (2020). Impactos e desdobramentos da pandemia da covid-19 na Atenção Básica: um relato de experiência. *Saúde em Redes*, 6(2Sup), 145-154.
- Luizeti, B. O., Lima, C. H., Ribeiro, L., Maier, A. M. R. R., Garcia, L. F., MASSUDA, E. M. (2021). Impacto do distanciamento social nos cuidados de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) devido a covid-19. In *Anais Eletrônicos XII EPCC Universidade CESUMAR*. <https://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/9383>
- Mariano, L. C. de O., & Marinho, T. P. C. (2017). Residência Multiprofissional em Saúde na perspectiva do Serviço social em Hospital Público: relato de experiência. *SANARE*, 16(01), 136-142.
- Nascimento, M. P. dos S. (2020). *As mudanças na dinâmica familiar de crianças com Transtorno do Espectro Autista devido à pandemia do coronavírus* [Monografia, Universidade de Taubaté].
- Navarro, I. P., et al. (2022). O impacto da pandemia de covid-19 na população infanto-juvenil espanhola com Transtorno do Espectro Autista e sua família. *Revista de Psicologia Clínica com Crianças e Adolescentes*, 9(1), 72-81.
- Pereira, M. E. R. (2020). Sobre o trabalho do Serviço Social na pandemia: um relato de experiência. Editora Realize.
- Santos, A. A. L. dos, Melo, M. E. F. A. de, & Nunes, D. B. (2021). Rede de assistência à saúde da criança autista sob a ótica das mães. *Revista ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(7), 1-11.
- Santos, J. F. (2020). *Autismo e suas interfaces: uma reflexão sobre o cuidado da família e a proteção social destinada à pessoa com Transtorno do Espectro Autista - TEA* [Monografia, Universidade Federal da Paraíba].
- Viana, A. S. F. (2023). Papel do assistente social nos desafios enfrentados pelas pessoas com transtorno do espectro autista no interior do Pará: relato de experiência. *Research, Society and Development*, 12(1), e6812136480.

CAPÍTULO 18

O PAPEL DO PRECEPTOR NA FORMAÇÃO E NA MANUTENÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE RESIDENTES DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Lara Rabelo Costa
Naraiana de Oliveira Tavares

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental na prevenção, tratamento e cuidados de saúde dos brasileiros. Nesse contexto e frente à necessidade de profissionais de saúde com formação teórica e prática na assistência, os Programas de Residência em Saúde (PRS) se estabeleceram como uma opção de pós-graduação *lato sensu*, voltada para educação em serviço de forma ampliada e focada em necessidades formativas. Como estratégia de ensino, é orientada pela educação permanente em saúde e pela presença ativa na prática assistencial, visando formar profissionais que atuarão criticamente no sistema de saúde (Machado *et al.*, 2022; Bernardo *et al.*, 2020; Brasil, 2012).

Os PRS têm duração mínima de dois anos, regime de dedicação exclusiva e carga horária de 5.760 horas totais distribuídas em 60 horas semanais. Tais programas são uma boa opção: para o profissional que deseja agregar prática à sua formação; para o serviço que o implementa, pois consegue ampliar seu escopo de profissionais de saúde; e para o SUS, que forma profissionais dentro de seus princípios, conhecedores da realidade da comunidade, aumentando, também, o número de atendimentos ofertados aos seus usuários (Bernardo *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2016). Porém, ser residente é lidar com rotinas intensas de trabalho (geralmente 12 horas por dia), assunção de muitas responsabilidades com os pacientes na rotina hospitalar e necessidade contínua de estudo.

Na vida, fora dos muros hospitalares, os residentes precisam se organizar com seus cuidados pessoais, a convivência social e em família e o lazer. A partir dessa perspectiva, pergunta-se o que o modelo educacional tem gerado para a saúde dos profissionais que o integram. O estresse e a sobrecarga advindos de tal situação podem causar prejuízos no funcionamento cognitivo e até o surgimento de transtornos mentais. Transtornos Mentais Comuns (TMC) são uma categoria muito utilizada para estudos epidemiológicos e referem-se a sintomas como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (Goldberg & Huxley, 1992). Além do grande sofrimento emocional, os TMC também podem ocasionar prejuízos cognitivos e ocupacionais.

Nota-se na literatura que o modelo de residência é considerado uma estratégia de ensino inovadora e eficaz na formação integral dos profissionais de saúde. No entanto, a discussão se concentra no processo formativo, ressaltando a necessidade de dados para compreender a realidade da saúde mental daqueles que cuidam da saúde dos usuários. A partir de tal foco, as políticas de humanização, do cuidado do cuidador e de Educação Permanente em Saúde são a base de ação para os residentes (Brasil, 2007).

É primordial para somar conhecimento sobre o tema, estabelecer protocolos clínicos de atendimento e acompanhamento para essa população, apontar a necessidade ou direcionar novos estudos e orientar as coordenações de residência médica (COREME) e multiprofissional (COREMU), assim, nosso objetivo é apresentar um relato de experiência da preceptoria da área de neuropsicologia de um hospital de reabilitação durante a pandemia de covid-19, ressaltando o modo de funcionar da residência em tal campo e o papel do preceptor no incentivo à saúde mental dos residentes. O estudo é descritivo, estilo relato de experiência, e discorre sobre o processo de preceptoria de duas psicólogas no serviço de neuropsicologia no período entre fevereiro e agosto de 2021 em um hospital de reabilitação.

Saúde Mental e Transtornos Mentais Comuns (TMC)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), saúde mental é "um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza suas capacidades, supera o estresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e contribui de alguma forma para sua comunidade". A saúde mental é parte importante da saúde geral e um direito fundamental, impactando diretamente na economia e no desenvolvimento social (OMS, 2020). A OMS, por meio do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030, estabelece metas globais para transformar a saúde mental mundial: 1. Aprofundar o valor e o compromisso que damos à saúde mental; 2. Reorganizar os entornos que influenciam a saúde mental, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde etc.; e 3. Reforçar a atenção à saúde mental mudando os lugares, modalidades e pessoas que oferecem e recebem os serviços.

Em razão de sua importância e do impacto mundial que o adoecimento mental tem causado, em 2023, a OMS publicou "Política para melhorar a saúde mental" com as seguintes propostas: construir liderança, governança e parcerias multissetoriais e integrar a saúde mental em todas as políticas; melhorar a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços de base comunitária para saúde mental e uso de substâncias; avançar nas estratégias e atividades de promoção e prevenção ao longo de todo o curso da vida; reforçar a integração da saúde mental e do apoio psicossocial em contextos de emergência; e fortalecer dados, evidências e pesquisas em saúde mental. A Política está fundamentada em quatro temas transversais, alinhados com o Plano Estratégico da OPAS 2020-2025: gênero, equidade, etnia e direitos humanos.

Quando há uma degradação da saúde mental, as repercussões podem aparecer como sintomas (tristeza, ansiedade, inapetência, dentre outros) ou como transtornos mentais. Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR) (APA, 2023), o Transtorno Mental é uma síndrome:

[...] caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental.

Já os Transtornos Mentais Comuns (TMC) são sintomas psicológicos ou psicossomáticos que inicialmente não parecem graves, porém, na maioria dos casos, se não tratados, precedem o surgimento de transtornos de ansiedade e transtornos depressivos. Eles são caracterizados por insônia, dificuldade de concentração, fadiga, irritabilidade frequente, esquecimento e, às vezes, vem acompanhados de queixas somáticas diversas (Santos *et al.*, 2009; Carvalho *et al.*, 2013). A avaliação dos TMC é realizada principalmente para fins de estudos epidemiológicos e, apesar de não ser uma entidade clínica descrita nos manuais diagnósticos, apresenta dados importantes para sugerir a necessidade de acompanhamentos e encaminhamentos no campo da saúde mental ou psiquiátricos. Como transtornos mentais, são resultados de fatores genéticos e ambientais, todavia, estudos mostram associações com idade, gênero, situação conjugal e condições de vida e trabalho (Carvalho *et al.*, 2013).

Saúde mental do residente

Frente a uma carga horária extensa e a somatória de responsabilidades e atribuições que o residente enfrenta, urge pensar em como está a saúde mental e cognitiva desses profissionais, estabelecendo, assim, condições de intervenção e cuidado aos mesmos. Sanches *et al.* (2016) acompanharam residentes multiprofissionais da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul por dois anos, realizando avaliações de estresse, *burnout* e qualidade de vida (QV). Os pesquisadores concluíram que essa população apresenta níveis de estresse crescentes ao longo da residência e rebaixamento em sua QV. Diversos fatores físicos e psíquicos estão vinculados aos resultados, como sobrecarga de trabalho, medo de errar e excesso de cobranças e responsabilidades. Esse estudo chama atenção para o prejuízo na saúde

mental desses profissionais, fator que deve ser gerador de discussões nos núcleos docentes estruturantes de cada residência para a proposição de medidas acolhedoras e mais responsáveis pela saúde dos mesmos.

Zanei *et al.* (2019) avaliaram a qualidade de vida neste grupo e observaram que os residentes multiprofissionais em saúde dormem menos do que o recomendado para a sua faixa etária. Além disso, a maioria acredita que não se alimenta adequadamente. Os escores de QV, mensurados por meio do inquérito de qualidade de vida abreviado, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, o *World Health Organization Quality of Life - Brief (WHOQOL-bref)*, foram relativamente baixos em todos os domínios. Outros estudos corroboram essa visão de que a QV dos residentes é prejudicada, levando-os a apresentar sofrimento psíquico e queixas somáticas (Coêlho *et al.*, 2018; Rocha *et al.*, 2018; Zanei *et al.*, 2019).

Uma das consequências da baixa QV e do estresse frequente é o surgimento de TMC. Um estudo conduzido por Carvalho *et al.* (2013) sobre a avaliação de TMC em residentes médicos e da equipe multiprofissional, que estavam em seu primeiro ou segundo ano de residência na cidade do Recife, levantou dados alarmantes da presença de tais transtornos nessa população. Em sua conclusão, os pesquisadores atentaram para a necessidade de mais pesquisas, além da importância de que gestores da saúde e educação reflitam sobre os fatores desencadeadores de tal sofrimento. Este estudo também descreve o uso de alguns instrumentos de avaliação de TMC, como o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), e os resultados (preocupantes) de diversos outros estudos relacionados a trabalhadores de saúde e residentes.

Alguns pesquisadores têm se dedicado a estudar sobre a saúde dos residentes nos cenários de saúde no Brasil. A maioria dos estudos encontrados aborda a qualidade de vida (QV), mas não foram encontrados estudos sobre saúde mental e a prevalência de transtornos mentais comuns na população de residentes ou trabalhadores de saúde para as diferentes regiões do país. Isso destaca a necessidade de compreender de forma mais densa esses sintomas e o possível sofrimento psíquico nesse grupo. Carvalho *et al.* (2013) e outros pesquisadores (Sanches *et al.*, 2016; Zanei

et al., 2019; Coêlho *et al.*; 2018; Rocha *et al.*, 2018) também apontaram para a importância de mais estudos nesse campo e a necessidade de olhar para a saúde dos trabalhadores da área em prol de seu bem-estar e de uma melhor prestação de serviço para os usuários.

Sendo assim, estudar os riscos associados aos transtornos mentais comuns torna-se importante para estabelecer diagnóstico, prognóstico e, principalmente, propor estratégias de prevenção e intervenção. O objetivo é melhorar a saúde mental, a competência funcional e cognitiva, além de aprimorar a experiência dos profissionais de saúde durante sua residência.

O papel do preceptor

Santos, citado por Barreto (2012), destaca oito aspectos fundamentais na construção do ensino: a concepção de conhecimento, a relação preceptor-residente, a relação teoria e prática, a relação ensino-pesquisa-trabalho, a avaliação, a inserção político-social da aprendizagem, a construção da interdisciplinaridade e a pactuação interinstitucional. Considerando a relação preceptor-residente, é importante salientar a valorização do conhecimento do profissional que chega para a residência com o intuito de aprimorar sua formação já iniciada. Tal profissional precisa ser reconhecido como tal e seu conhecimento necessita de valorização e validação. Essa horizontalização da relação preceptor-residente favorece a transmissão bilateral de conhecimento que se estabelecerá em prol do serviço de saúde e da formação de ambos.

Desta forma o modelo de ensino passa do modelo bancário, outrora recomendado e muito utilizado, para um modelo mais construído e compartilhado por todos e para todos, com a participação das metodologias ativas de aprendizagem. Tais metodologias são técnicas que visam incentivar o estudante a aprender de forma mais ativa e autônoma, colocando-o no centro do processo de aprendizagem como responsável pelo seu caminho na construção de conhecimento. São estratégias que

utilizam atividades envolvendo juízo crítico, empatia, problemas reais, tecnologia, colaboração e diversão para impulsionar o engajamento dos alunos (Santos *apud* Barreto 2012).

O papel da formação

A residência multiprofissional em saúde tem a função de complementar a formação para o SUS de forma equivalente a uma especialização *lato sensu*. Embora forme profissionais das profissões de saúde, contempla em seu processo de trabalho a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade, a educação interprofissional e as práticas colaborativas interprofissionais, organizadas em eixos específicos por categoria, comuns às categorias e colaborativos emergentes da integração em equipe de saúde. No caso da experiência relatada, diz respeito à formação em Psicologia, no campo da Neuropsicologia, que ocorreu em um hospital público do estado de Goiás, administrado por uma organização social privada. No início do semestre, antes de receber os novos residentes, iniciou-se o processo de planejamento das atividades que seriam desenvolvidas: aulas do eixo específico, testes a serem ensinados e treinados e possíveis casos a serem discutidos. Reuniões de planejamento entre preceptores da Psicologia com o tutor foram realizadas para alinhamento e elaboração do cronograma, que foi entregue no acolhimento dos residentes.

Em relação às aulas do eixo específico, elas foram pensadas para uniformizar e validar o conhecimento dos residentes advindos de diferentes instituições de ensino, valorizando a formação de cada um por meio de metodologias ativas de aprendizagem. No primeiro contato, foi realizado um acolhimento a fim de que todos pudessem se conhecer; levantamos as expectativas dos residentes quanto ao campo da Neuropsicologia e conseguimos ter uma ideia do contato que cada um deles tivera com o campo na sua formação de base.

A partir de então, o planejamento das aulas foi estabelecido e perpassou por neuroanatomia, funções cognitivas, por alguns testes neuropsicológicos, algumas

disfunções ou transtornos, reabilitação neuropsicológica, perfil sensorial, cognição social, elaboração de documento psicológico, elaboração de gráficos para relatórios psicológicos, temas livres, sugestões de estudo dos residentes ou necessidades que fossem surgindo no decorrer do processo.

Em relação ao estudo dos testes psicológicos, este momento sempre foi realizado com a teoria preparatória da função, teoria de aplicação do material, treino de aplicação do teste, treino de correção, interpretação clínica aplicada e modo de redação para relatório psicológico com ou sem gráfico e tabela a depender do material. Enquanto essas aulas de função e treino de testes estavam acontecendo, os residentes acompanharam a preceptora, observando o seu atendimento no serviço em um modelo de "sombra". A observação desses atendimentos e posterior discussão do caso iniciou-se desde a anamnese de levantamento de demandas para a avaliação neuropsicológica, aplicação dos testes, correção, elaboração do relatório da avaliação e devolutiva do relatório para a família e o usuário.

Em um mês e meio após o início desse processo, houve a construção de "novos" conhecimentos das funções cognitivas com aprimoramento no uso dos testes neuropsicológicos, tomando-os mais seguros para o início dos atendimentos a partir dos momentos de observação clínica. Diante disso, depois de uma decisão compartilhada, iniciou-se os atendimentos, com os residentes conduzindo casos próprios de avaliação neuropsicológica.

Em decisão conjunta com a tutoria, optou-se por reservar um tempo, todos os dias, para que a preceptora tivesse momentos com os residentes antes dos atendimentos daquele dia. Nesse momento, repassava-se os casos, escolhia-se o instrumento para testagem, retirava-se dúvidas de aplicação, correção e interpretação de materiais aplicados no dia anterior, e selecionava-se instrumentos formais e informais ou atividades ecológicas a serem realizadas com os pacientes daquele dia.

A partir, do objetivo descrito neste relato de experiência, o *modus operandi* - ou relação teoria e prática - foi reestabelecido a fim de garantir uma "agenda verde ou protegida" para o estudo e aprimoramento profissional. Dada a complexidade e o

volume de materiais e funções cognitivas a serem abordadas, o prejuízo frente aos erros de aplicação e correção poderiam levar a práticas de imperícias, como o contato inicial dos residentes sem experiências prévias, ou ainda que o erro de aplicação gerasse no usuário o efeito de aprendizagem ao ser exposto ao teste. Assim, foi tomada essa decisão para que todos os dias esse procedimento fosse realizado. Visando o bem-estar do residente, melhora da qualidade de vida e uma maior segurança em sua formação, tal atividade foi adotada e, como repercussão, houve melhoria de atendimento ao usuário.

Além desses momentos, eram realizadas supervisões semanais sobre os casos clínicos sob atendimento. Os residentes apresentavam o caso, os resultados até então, e a conduta para adiante era estabelecida. Se necessário, alguma pesquisa sobre a patologia do paciente era feita ou algum seminário sobre o tema era sugerido. Tais supervisões tinham como foco desenvolver o raciocínio clínico dos profissionais, trabalhando com o olhar sistêmico para com todos os dados coletados e os dados evoluídos pela equipe multiprofissional no sistema de prontuário eletrônico ou presencialmente em busca ativa no hospital.

O respaldo da preceptoria e o envolvimento no trabalho em equipe de educação em saúde também promoveram a prevenção. Assim, a precisão sobre condutas comuns adotadas pela díade preceptor-residente garante ou minimiza o peso da responsabilidade sobre o residente, favorecendo sua saúde mental e qualidade de vida. Outra atividade desenvolvida durante as supervisões era o acompanhamento e supervisão da escrita do relatório de avaliação neuropsicológica. Esse momento envolvia transformar os resultados em escores normatizados, interpretá-los com um raciocínio clínico apurado, apresentar os dados em gráficos e tabelas e utilizar uma linguagem conforme as diretrizes do Conselho Federal de Psicologia. Além disso, era necessário que o relatório fosse acessível para profissionais de outras áreas, escolas e pacientes, incluindo encaminhamentos e orientações para a escola e para os pais.

Nossos residentes foram estimulados a desenvolver e acompanhar projetos desenvolvidos pela preceptoria e tutoria de Saúde na Comunidade e Educação em

Saúde, como: projetos de conscientização sobre a doação de sangue, projeto de manejo do estresse (realizado para os trabalhadores do hospital), grupo psicoterapêutico *on-line* para pacientes pós-covid, dentre outros.

As avaliações de desempenho e processo eram realizadas mensalmente. Foram utilizadas diferentes formas de avaliação e distribuídas ao longo do percurso dos residentes na neuropsicologia, porém todas com o intuito didático de aprendizagem em conjunto sobre os processos ocorridos no mês a fim de aparar arestas e traçar planos de melhoria para o próximo mês. Em um dos meses, foi sugerida uma autoavaliação por meio da ficha de avaliação do serviço e posterior fechamento de tais notas com o preceptor. O momento proporcionou muita reflexão sobre os próprios comportamentos, a necessidade de automonitoramento e a oportunidade de se colocar no lugar do outro quando nessa posição de avaliador.

Em outro mês, a ficha foi preenchida pelo preceptor com uma devolutiva para o residente, destacando pontos a serem melhorados tanto por ambos quanto no ambiente. Esa abordagem reflete a compreensão de que erros e acertos são produtos do contexto, e que necessitam de avaliação e melhoria constante. Uma mudança de metas foi estabelecida devido à pandemia, visando, além da avaliação do trabalho e da aprendizagem, uma nova proposta pedagógica - focada no cuidado do cuidador. Isso evidencia que, após o momento de insegurança e os agravos à saúde mental dos trabalhadores, foram adotadas medidas como rodas de conversa sobre temáticas comuns vivenciadas durante a pandemia e a participação em ações e projetos que pudessem diminuir as condições de pressão no trabalho.

Em diversos momentos, a preceptora observa sintomas relacionados à diminuição da QV e sinais de alerta para o surgimento de TMC nos residentes. Portanto, realizou-se reuniões presenciais a fim de fortalecer os vínculos interpessoais e proporcionar um espaço seguro para mediar tais sintomas. Os sintomas mais referidos na literatura e interligados à saúde mental dos trabalhadores ou profissionais em formação (Sanches *et al.*, 2016) dizem respeito a perda de sono, de apetite,

aumento da ansiedade, alteração de humor e aumento de tomadas de decisão por impulsividade.

Assim, os fatores presentes no ambiente da educação em serviço podem ser descritos como: carga horária extensa de trabalho, imensa responsabilidade e impacto do trabalho nas atividades corriqueiras e cotidianas. A pandemia ampliou o impacto desses fatores e ampliou o aparecimento de sintomas prévisseis e novos. Sobre a carga horária, não há muito como intervir, pois, trata-se de norma federal na regência dos PRS, mas os aspectos relacionais podem ser contornados com rotinas e apoio. O adoecimento e o sofrimento psíquico gerados pela pandemia e suas consequências promoveram o estabelecimento de rotinas alternativas de serviço, gestão e assistência, seja para os residentes ou para os usuários. Os atendimentos foram readequados e promoveu-se o telemonitoramento em um período de muita incerteza quanto a condutas, falta de vacinas, de medicamentos específicos e, muitas vezes, de vagas para internação. O adoecimento de familiares e o próprio adoecimento do residente, longe da sua família, em muitos PRS, não foram protegidos por normativas do Ministério da Educação, se o residente precisasse ficar ausente do trabalho, posteriormente precisaria pagar as horas que se ausentou, o que aumentava a sobrecarga de exposição no retorno. Dessa forma, a preceptoria empreendia, diariamente, um espaço seguro com relação a uma conversa horizontalizada de modo a dialogar, discutir e auxiliar os residentes com seus familiares e pacientes carentes de intervenções ou até suprimentos. Em diversos momentos, passaram-se algumas orientações para que conseguissem acionar a rede de saúde em funcionamento no município e estado.

Ações simples, como criar um espaço seguro e reservado no meio da rotina intensa de um hospital de reabilitação, que se adequou temporariamente para receber pacientes de covid-19, mostraram-se benéficas para a saúde mental dos residentes e demais trabalhadores de saúde. Observou-se que as relações interpessoais ficaram mais próximas e melhoras nas ambiências, nas práticas colaborativas e nas ações específicas, além de relatos de aprendizagens diversas sobre o serviço realizado.

Discussão/autocrítica

Como levantado anteriormente, a covid-19 impactou grandemente a saúde mental dos residentes que já vinham anteriormente em sobrecarga de trabalho e funções. Como bem disse Santos (*apud* Barreto, 2012), a relação preceptor-residente é um dos eixos a ser cuidado de forma sistematizada e pensada pelo preceptor. A intenção é tomá-la mais horizontalizada no sentido do conhecimento, proporcionando também um ambiente de aprendizagem aprazível para todos.

Dessa forma, entendeu-se que, do ponto de vista do conhecimento, a preceptora conseguiu proporcionar momentos de encontro para observação, discussão e deslocamentos sobre sua própria prática. Estes momentos engrandeceram o aprendizado do residente e o constante aperfeiçoamento profissional da preceptoria. Nas intervenções realizadas, notou-se um aprazível aumento de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, o que pode ser revisto por meio de relatos de melhora na qualidade de vida e saúde mental no ambiente de trabalho dos profissionais e residentes.

A realização de avaliações de processo critério-referenciadas também auxiliou preceptoria e residentes a crescerem mutuamente na compreensão de que existem critérios profissionais almejados por todos, e que é constante o caminhar até eles. Do ponto de vista relacional, com a preocupação de criar um ambiente educacional prazeroso e confortável, entendendo que só aprendemos com qualidade e humanização nesses contextos, foi fundamental o estabelecimento do modo de funcionar. Ter a certeza de um ambiente seguro e mediado em prol dos pacientes, residentes e seus familiares, levou os residentes a terem um porto seguro para compartilhar suas angústias e ter mais braços para tentar solucioná-las.

Também de acordo com Santos, citado por Barreto (2012), é papel do preceptor amparar e tranquilizar o residente quanto à sua atuação. O residente já é um profissional atuante, porém, está sob o amparo de um preceptor mais experiente naquela área em específico. Esse sentimento de amparo e uma relação de qualidade

propicia alavancar processos contínuos de aprendizagem, com erros e acertos. Tais ações diminuem a angústia do erro e o peso das responsabilidades assumidas pelos residentes.

Conclusão/fechamento

Conclui-se que o modelo de residência e preceptoria na Neuropsicologia, baseado em um processo de aprendizagem inovador, horizontalizado, com a utilização de metodologias ativas e de estratégias de acolhimento repensadas em razão da pandemia de covid-19, foi um método que contribuiu para a construção de uma experiência mais agradável e mobilizadora tanto do ponto de vista psicossocial das famílias atendidas no serviço, quanto no desenvolvimento educacional de quaisquer envolvidos. A avaliação foi realizada por meio da percepção de melhora na ambiência, criação de espaços seguros e acolhedores, e promoção da saúde mental interpessoal e interprofissional. Essas melhorias foram observadas pelas residentes em relação ao seu processo de trabalho e na interação com os colegas da equipe.

Não é possível finalizar sem citar que ações e políticas relacionadas à saúde mental do residente são importantes de serem incluídas nas discussões dos núcleos docentes estruturantes dos PRS e das legislações que amparam os mesmos. Iniciativas locais são importantes e geram impactos positivos, porém tais ações devem ser sistematizadas para que todos os programas e residentes tenham sua saúde mental cuidada e considerada. Afinal, o cuidador precisa ser cuidado primariamente.

Referências

- American Psychiatric Association (APA). (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR*. Artmed.
- Barreto, V. H. L., et al. (2011). Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(4), 578-583.
- Bernardo, M. S., et al. (2020). Training and work process in Multiprofessional Residency in Health as innovative strategy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6).

- Bernardo, M. S., Fabrizio, G. C., Souza, M. L., Santos, T. O., & Andrade, S. R. (2020). Training and work process in Multiprofessional Residency in Health as innovative strategy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), e20190635. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0635>
- Brasil. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. (2012a). Resolução da n.º 2, de 13/04/2012. *Diário Oficial da União*, Seção I, 24-25. http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-n2-13-abril-2012&Itemid=30192
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2012b). Resolução nº 466, de 12/12/2012. *Diário Oficial da União*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Carvalho, C. N., et al. (2013). Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(1), 38-45.
- Coêlho, P. D. L. P., et al. (2018). Processo saúde-doença e qualidade de vida do residente multiprofissional. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 12(12), 3492-3499.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. Tavistock/Routledge.
- Machado, L. D. S., Xavier, S. P. L., Leite, P. L., Moreira, M. R. C., Silva, M. R. F., & Machado, M. F. A. S. (2022). Competências em promoção da saúde: conformações e recursos mobilizados na residência multiprofissional. *Escola Anna Nery*, 26, e202J 0089. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0089>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946*. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf?page=7
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_1_0Rev1-sp.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/world-mental-health-day/2021/mental_health_action_plan_tlyer_member_states.pdf?sfvrsn=b420b6f1_7&download=true
- Organização Mundial da Saúde. (2023). *Política para melhorar a saúde mental*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57235/OPASNMHMH230002_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=O%20objetivo%20da%20Pol%20C%20ADtica%20para,sa%20C%20BAde%20mental%20C%20no%20C%20A2mbito%20mais
- Rocha, J. S., et al. (2018). Saúde e trabalho de residentes multiprofissionais. *Rev. Cienc. Salud*, 16(3), 447-462.
- Sanches, V. S., et al. (2016). Burnout e qualidade de vida em uma residência multiprofissional: um estudo longitudinal de dois anos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(3), 430-436.
- Santos, K. O. B., et al. (2009). Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 214-222.
- Silva, C. T., et al. (2016). Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1).
- Zanei, S. S. V., et al. (2019). Qualidade de vida dos profissionais de saúde dos programas de residências multidisciplinares. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9(35), 1-20.

CAPÍTULO 19

PRODUZINDO ESTRATÉGIAS DE CUIDADO EM UM CAPS AD: A EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Maria Cecília Gonçalves Brandão
Patrícia Oliveira Lira

Introdução

No início do ano de 2020, o mundo foi surpreendido pela ação avassaladora do vírus Sars-Cov-2, que provocou a pandemia de covid-19 e mudou as fonnas com as quais vivíamos, produzíamos e nos relacionávamos (Santos, 2020). No Brasil, a presença do vírus fez com que o Sistema Único de Saúde (SUS) trabalhasse até quase colapsar. Apesar de sua incontestável importância para a proteção das vidas, continuou sofrendo com a negligência do governo federal. As medidas de proteção à infecção pelo vírus e o crescente aumento de demanda nos setores relacionados ao enfrentamento da pandemia fez com que os equipamentos de saúde precisassem adequar-se à nova realidade.

Por meio do Decreto Estadual n.º 48.809, de 14 de março de 2020 (Pernambuco, 2020), o governo de Pernambuco anunciou as primeiras medidas restritivas para o controle da pandemia. Muitos serviços considerados não essenciais foram fechados, e a população foi orientada a ficar em isolamento. Os serviços de saúde também foram transformados: os hospitais se reorganizaram para atender a alta demanda de adoecimentos pela infecção; os serviços da Atenção Primária precisaram restringir suas atividades e muitos serviços de atenção especializada suspenderam seu funcionamento.

Acompanhando esse processo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) mudaram sua rotina durante a fase inicial da pandemia (Brasil, 2020). Em outras

palavras, manter a circulação de profissionais e usuários nos serviços agravava o risco de infecção pelo vírus, assim, foi preciso restringir suas atividades a atendimentos cada vez mais pontuais e individualizados. Esse cenário marcou a atuação profissional de uma psicóloga residente em um CAPS especializado no atendimento a pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas (CAPS AD).

As surpresas, dificuldades, encontros e percepções acerca dos novos processos de trabalho suscitaram este relato de experiência, que objetiva analisar os processos que ocorreram durante essa trajetória. A finalidade é cartografar as interferências produzidas pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental no cotidiano do CAPS AD em meio à pandemia de covid-19. Para isso, buscamos situar o contexto sociopolítico e sanitário vivenciado durante a residência, problematizando os impasses encontrados nos processos de trabalho do equipamento. Assim, pretendemos mapear as interferências operadas pela atividade da residência no serviço, discutindo o papel da formação profissional na produção de estratégias clínico-institucionais para a composição do cuidado em meio à pandemia. O relato tem por objetivo cartografar as interferências produzidas no cotidiano das práticas profissionais em um CAPS AD da Região Metropolitana do Recife, a partir do exercício da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, no contexto da pandemia de covid-19, discutindo os processos vivenciados.

Pesquisa de natureza qualitativa, na modalidade de um relato de experiência

Este trabalho é resultado de uma pesquisa de natureza qualitativa, na modalidade de um relato de experiência. Sua construção foi orientada pelo método da cartografia, como pesquisa-intervenção. A escolha por tal método ocorreu pelo fato de que, na cartografia, a experiência está em primeiro plano e, a partir dela, os conhecimentos são produzidos. Ela enfatiza a inseparabilidade entre o conhecer e o fazer, entre o pesquisar e o intervir (Passos & Barros, 2015), situando quem investiga em um lugar de criador da realidade.

Esta construção parte da trajetória vivenciada no serviço como residente, notadamente entre setembro de 2020 e agosto de 2021, tomando como referência os processos de trabalho em um CAPS AD de uma cidade com, aproximadamente, 160 mil habitantes, na Região Metropolitana do Recife (RMR), estado de Pernambuco - PE. A análise dos processos clínico-institucionais foi realizada por meio da composição, por parte da residente, de registros de diário de bordo, e produzidos a partir das vivências em curso. Na perspectiva do método cartográfico de pesquisa-intervenção, a escrita do diário de bordo tem a função de mapear não apenas os objetos de interesse da pesquisadora, mas também o próprio processo de investigação, de imersão e de experimentação do campo (Barros & Passos, 2015). Desse modo, as afecções da prática de pesquisar-intervir são enfatizadas ao longo do processo de criação, sendo elas imprescindíveis na produção de conhecimento. Neste trabalho, foi possível restituir, a partir do registro em diário, o plano das experiências e suas ressonâncias a fim de narrar as transformações possíveis ocorridas na instituição a partir do ponto de vista de uma residente em saúde mental.

Desafios sociopolíticos e sanitários na pandemia de covid-19

A partir dos desdobramentos das lutas dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, surgem no Brasil os primeiros serviços de atenção à saúde, substitutivos ao modelo manicomial de tratamento da loucura. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram projetados para produzir cuidado em liberdade no território, investindo em uma atenção integral, humanizada e promotora de autonomia (Amarante, 2007). Oficinas de arte e geração de renda, grupos terapêuticos, aproximação com a família e comunidade, vivências territoriais e promoção da cidadania integram os cuidados às pessoas, além de atenção psiquiátrica e terapêutica farmacológica, conforme os projetos assistenciais indicados (Leal & Mufioz, 2014).

Em 2002, por meio da Portaria GM/MS n.º 336 (Brasil, 2002), foram instituídos os CAPS AD, especializados no cuidado de pessoas em sofrimento devido

ao uso problemático de álcool e outras drogas. Além das atividades citadas anteriormente, esses equipamentos também têm como função regular a rede de atenção à saúde mental, supervisionar e capacitar as equipes de Atenção Básica, gerenciar projetos terapêuticos singulares de cuidado personalizado para os usuários e suas famílias, além de promover a inserção social dessas pessoas (Lancetti, 2015).

O funcionamento desses serviços passa a ser orientado pela lógica da Redução de Danos, que se constitui como uma perspectiva ética, política e afetiva de cuidado às pessoas que usam drogas. Esta abordagem aposta na conscientização e no afeto como facilitadores para a compreensão da relação da pessoa com a droga, visando reduzir os riscos e os danos associados ao seu uso (Andrade, 2016). Alinhados aos princípios da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial e da Redução de Danos, os CAPS AD se organizam, então, como equipamentos territoriais que devem promover a garantia de direitos e o cuidado em liberdade de pessoas que façam uso de drogas sob uma forma que acarreta prejuízos em suas vidas.

Andrade (2016) aponta para o fenômeno de descaracterização dos CAPS AD, que ocorre quando as equipes não conseguem cumprir tais funções propostas, principalmente no que diz respeito à aproximação com os territórios e às pessoas, demonstrando estarem indisponíveis para suas necessidades. Esta contradição ganha força quando alinhada a políticas públicas de segurança que operacionalizam a narrativa proibicionista no combate às drogas, criminalizando os usuários e contribuindo para o encarceramento em massa de populações vulneráveis.

No governo federal que geriu o período da pandemia de covid-19 no Brasil, houve um agudo retrocesso nas políticas de Redução de Danos nos mais diferentes âmbitos de cuidado. Por meio da Portaria n.º 3.588 (Brasil, 2017) e da Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS (Brasil, 2019), foram instituídas alterações na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), recomendando práticas orientadas pela lógica proibicionista visando à abstinência e ampliando o investimento do SUS em comunidades terapêuticas - aquelas que se caracterizam pelo enfoque fortemente moral, de base religiosa, que em muito se distancia dos princípios democráticos que orientam o SUS.

Alguns autores apontam fatores que contribuem para esse cenário marcado pela descaracterização dos serviços de atenção psicossocial (Nicodemos & Elia, 2016; Vasconcelos, 2021; Yasui, 2019). Entre esses fatores, destaca-se a crescente onda neoliberal em curso no mundo e no Brasil; os retrocessos nas políticas públicas de saúde mental; a desvalorização dos profissionais de saúde; e, ainda, o fato de os CAPS terem sido implantados como equipamentos centralizadores da atenção psicossocial. Sobre o último fator, Lancetti (2016) afirma que, ao longo dos últimos anos, os serviços foram segmentando a atenção aos usuários às especialidades de cada núcleo profissional e reforçando a prevalência do saber psiquiátrico e biomédico, além de se distanciar da proposta de cuidado em território.

Desse modo, o desmantelamento das políticas de promoção de vida, entre os anos de 2016 e 2022, agravou o desmonte de uma atenção à saúde mental alinhada aos seus princípios originais, incentivando o retomo de formas violentas e desumanas de tratamento (Onocko-Campos, 2019; Passarinho, 2022). Soma-se a esses processos, a pandemia de covid-19, que não apenas escancarou as dificuldades já presentes nos serviços cotidianos, mas também se tomou mais um desafio à promoção do cuidado. O risco sanitário agudo impôs o distanciamento social de forma abrupta, bloqueando o fluxo das atividades diárias de muitos equipamentos, tanto na Atenção Básica quanto na rede especializada, onde se situam os CAPS.

Nesse cenário, os Programas de Residência Multiprofissional nos serviços de saúde também foram impactados e desafiados a inventarem novas estratégias de atuação, desobstruindo fluxos e compondo estratégias de cuidado coletivo ante os impasses sociopolíticos, institucionais e as contingências sanitárias vividas ao longo deste período. Alinhadas à diretriz da Educação Permanente no SUS, Residências Multiprofissionais em Saúde foram construídas como uma forma de dar suporte teórico-prático aos profissionais a serem inseridos na rede, bem como àqueles já inseridos, viabilizando uma formação voltada às necessidades do SUS (Silva & Brotto, 2015).

Nesse sentido, a Residência Multiprofissional em Saúde Mental se constitui como uma modalidade de formação cujos processos de aprendizagem são desenvolvidos no intercâmbio dos conhecimentos entre a instituição de ensino e os serviços de saúde que compõem os campos de práticas. A partir da experiência que ensejou este relato, tomou-se evidente a potência deste lugar *intermezzo* ocupado pelas residentes, situado entre a universidade e o serviço, implicado com certa distância crítica e, ao mesmo tempo, totalmente afetado pela experiência micropolítica dos encontros e pelos atravessamentos dos protocolos institucionais. O residente em saúde ocupa uma posição de borda, e é justamente nessa perspectiva que seu grau de afetação ganha potência disruptiva na inovação de suas práticas, capaz de produzir ressonâncias nos equipamentos por onde passa.

A experiência: rastreando encontros

Em setembro de 2020, ao chegar como residente no CAPS AD, a percepção foi de que a pandemia tinha descaracterizado o serviço a ponto de comprometer o cuidado que era produzido ali. Havíamos aprendido que um dos principais recursos de um CAPS eram aqueles construídos coletivamente: grupos, oficinas e assembleias. Nada disso foi possível durante um bom tempo. Quando as medidas de enfrentamento começaram a ser flexibilizadas, passamos a retomar essas atividades, mas de forma limitada. Mesmo após a flexibilização, o número de usuários nas atividades era restrito; não tínhamos grupos terapêuticos nem de família, e os recursos para oficinas eram escassos. Não conseguíamos fazer visitas domiciliares. Os atendimentos individuais também eram reduzidos e permeados pelos protocolos de segurança com relação à covid-19. O uso de equipamentos de proteção individual e as medidas de distanciamento reforçaram a aparência ambulatorial de funcionamento durante os períodos mais críticos da pandemia.

Foi impactante chegar no CAPS AD nesse contexto de mudanças radicais. O processo formativo da residência em saúde mental propõe que se aprenda-fazendo a ser trabalhadora desses centros, no âmbito técnico, ético e político (Universidade de Pernambuco, 2019). Diante de tantas alterações do que era esperado, veio a inquietação sobre como tal processo de aprendizado seria atravessado pela pandemia. Somado a isso, o questionamento de como estávamos cuidando dos usuários do serviço.

Nada parecia ser suficiente. A sensação compartilhada com o restante da equipe de residentes era a de que não estávamos conseguindo oferecer aos usuários um cuidado adequado. Quando começamos a integrar os fluxos do serviço, percebemos o quanto o período que estávamos vivendo havia transformado seu cotidiano. Entramos em contato com os registros nos livros de atividades, as evoluções nos prontuários, as conversas com as trabalhadoras mais antigas e os relatos dos usuários. Esses registros e relatos falavam sobre um espaço de movimento, com grande circulação de pessoas e de muita atividade. Foi inevitável não fazer comparações ao período anterior à pandemia. Além disso, enfrentávamos juntos a angústia do risco de infecção pelo vírus durante nosso trabalho.

A hipervigilância com os cuidados de higiene logo se tomaram um hábito cansativo. Aferição de temperatura ao entrar, álcool nas mãos, distanciamento para tomar um copo d'água ou de café, mais álcool nas mãos, distanciamento que dificultava a escuta aos usuários, mais álcool, troca de máscaras ao meio-dia, mais álcool, pausa para ficar o mais longe possível de outras pessoas para respirar sem máscara, mais álcool nas mãos. Em um período de aumento de casos, adotamos capotes, toucas e propés descartáveis e protetores faciais para realizar os atendimentos. Os usuários começaram a nos chamar de astronautas. O calor pelo excesso de coberturas e as distorções visuais e auditivas provocadas pelo acrílico dos protetores faciais transformaram as atividades mais simples em grandes desafios.

Além disso, havia a discordância com a gerência da época, que conduzia o serviço sob uma lógica conservadora e distante das orientações da perspectiva da Redução de Danos e do respeito à diferença e à autonomia das pessoas. Não havia partilha processual entre gestores, profissionais, residentes e usuários. A gerência parecia estar desconectada da realidade dos usuários e adotava uma postura que reforçava estigmas em relação ao uso de drogas, além de alinhar-se ao pressuposto da abstinência como resultado a ser atingido.

Como seria possível produzir cuidado nesse cenário? A inquietação e, muitas vezes, a revolta deram o tom dessa travessia. Parecia que o lugar buscado em toda formação acadêmico-profissional não passava de idealização. A expectativa deu lugar à frustração. Foi um longo processo até entender que era necessário romper com esse CAPS AD idealizado e acolher o serviço que estávamos vivenciando, sem deixar de lado os princípios básicos do cuidado em saúde mental. Foram meses de lamentações e reclamações. Continuamos ocupando e buscando compensar aquilo que considerávamos estar em falta com cada pequena novidade que aparecia. A cada encontro com os usuários e partilhas com a equipe tentávamos pensar em novos percursos, já que as referências que tínhamos não se adequavam ao momento que estávamos vivendo.

Produzir novas estratégias para colaborar com o funcionamento do CAPS AD foi o caminho para nos relacionarmos melhor com o serviço, a partir da implicação com os processos em curso e nos colocando como coautores de práticas. É nesse contexto que a experiência da residência multiprofissional se inscreve com mais intensidade.

A formação desse tipo de especialização confere ao residente a característica de estar no *entre* de duas instituições: a de ensino superior e a de assistência em saúde. Nesse sentido, abre-se como caminho possível o exercício de uma transversalidade ante o pressuposto hegemônico de uma dicotomia entre conhecimentos do meio acadêmico (teórico-crítico) e realidade dos serviços (prática).

Essa divisão é meramente imaginária, tendo em vista que essas duas realidades estão indissociáveis na experiência de trabalho. Em tese, os residentes deveriam levar os problemas e demandas dos serviços para serem discutidos juntamente com seus programas de ensino para, posteriormente, devolverem soluções para as equipes de saúde.

Como parte dos trabalhos curriculares da residência, fora desenvolvido, entre os meses de junho e setembro de 2020, um processo de territorialização e diagnóstico da cidade na qual atuamos. A territorialização em saúde se coloca como uma metodologia transformadora do modelo assistencial, considerando as relações entre ambiente e condições de vida na situação, produção e acesso à saúde (Gondim & Monken, 2009). Esses processos, estimulados pela instituição de ensino, tinham como objetivo fazer-nos percorrer a cidade, conhecendo e vivendo seus ritmos, identificando seus pontos de fragilidades e de potencialidades a fim de traçar estratégias facilitadoras para a reorientação das redes de saúde.

Devido à pandemia, iniciamos esse processo virtualmente. Pesquisamos sobre a história da cidade, seus aspectos geográficos, econômicos, sociopolíticos e culturais. Andamos pelas ruas por meio do Google Street View, identificamos organizações, grupos, praças, escolas, teatros, buracos nas ruas, lixo não recolhido e, vez ou outra, pessoas. O que começamos remotamente teve continuidade assim que conseguimos chegar aos serviços, no início de setembro de 2020. Concentramos esforços para percorrer os entornos dos CAPS, identificando os bairros de moradia dos usuários e visitando as unidades de saúde de seus territórios. Exploramos o que foi possível nas limitações impostas pela pandemia, afinal, transitar ainda era um risco. Queríamos conhecer, minimamente, de onde vinham as pessoas que buscavam cuidado nos CAPS e como viviam em suas comunidades.

Foi possível notar que os serviços estavam funcionando isolados de outros pontos de atenção e pareciam enfrentar resistências, tanto por parte dos profissionais, quanto por parte da gestão em buscar relacionamentos com outros equipamentos, a fim de somar na produção de cuidado às pessoas. No decorrer de nossa trajetória,

também percebemos que os próprios CAPS pareciam conservar uma dificuldade de diálogo entre si.

Retornando para o CAPS AD com esse diagnóstico, apresentamos à equipe quais os maiores desafios do território e suas principais potencialidades. Desse modo, poderíamos coletivamente construir novas estratégias de cuidado. Entretanto, reconhecemos que, por ser um processo contínuo, não seríamos capazes de finalizá-lo durante nossa passagem pelo serviço. Desenvolver esse processo provocou a equipe a retomar contatos distantes e religar redes que estavam interrompidas.

Outra experiência possível a partir da residência foi a elaboração e realização de um projeto para a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) ligada ao CAPS AD. A UAA compõe a RAPS como ponto de atenção de caráter residencial transitório e oferta atenção terapêutica e protetiva a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em acentuada vulnerabilidade (Brasil, 2011).

Ao longo do trabalho no CAPS AD, recebemos queixas de usuários e de alguns profissionais da equipe em relação à forma como estavam sendo tratados na UAA. Os moradores falavam sobre a falta de atividades no espaço e sobre o manejo de algumas trabalhadoras, que eles consideravam ser "inadequados". Eles relataram ociosidade, pouco acolhimento e dificuldades para lidar com abstinência e distância de suas casas. Questionamo-nos sobre como as pessoas que trabalhavam na UAA entendiam aquele espaço e como estavam sendo preparadas para cuidar das pessoas.

A partir dessas inquietações, surgiu a ideia de intervir na unidade, oferecendo atividades aos usuários e proporcionando momentos de formação para as trabalhadoras. Essas atividades foram elaboradas com base em dois eixos: um terapêutico, que agrupava as ações planejadas para os moradores, e outro formativo, que incluía atividades de educação permanente em saúde para as trabalhadoras. Durante os meses de junho e julho de 2021, realizamos encontros noturnos semanais na UAA. Nessas ocasiões, desenvolvemos atividades lúdicas e práticas corporais com os trabalhadores e moradores. Além disso, promovemos momentos de troca de saberes sobre atenção à crise em saúde mental, estratégias de redução de danos e o

processo de trabalho entre as eqmpes. Conseguimos realizar um intercâmbio entre os conhecimentos teóricos e técnicos que havíamos adquirido ao longo de nossas formações profissionais e as experiências cotidianas daquelas trabalhadoras. Essa experiência apontou para a necessidade de formação adequada para os profissionais da saúde mental, especialmente aqueles que cuidam de pessoas em uso problemático de drogas.

Reflexões: produzindo desvios

A trajetória vivenciada no CAPS AD foi experienciada por diversas forças sentidas diariamente a cada discussão, acolhimento e a cada tentativa de inovação. Pensando a sociedade a partir das instituições que a compõem, pode-se considerar que o trabalho em saúde mental - e neste caso o cuidado com pessoas que usam drogas - carrega em si diversos discursos. Os equipamentos correspondem a instituições e são operados por agentes (trabalhadores) e suas práticas (Baremlitt, 2002). Nesse sentido, podemos considerar esses espaços como produtores e reprodutores de relações sociais (Paulon, 2009). Neste movimento de produção-reprodução, somos interpelados por diversas narrativas institucionais que orientam nossas práticas. O trabalho em saúde mental com o cuidado de pessoas em sofrimento devido ao uso de álcool e outras drogas é constituído por discursos sobre saúde, segurança pública, assistência social, direitos humanos e cidadania.

Pensando na sociedade em que vivemos, podemos identificar que as narrativas evidenciadas nos discursos mencionados remetem a uma lógica reducionista e conservadora. Na área da saúde, ainda convivemos com o paradigma biomédico, advogando a favor de tratamentos e curas com base em seus saberes biológicos e mecanicistas. Aliado à lógica punitivista e de "guerra às drogas" das políticas de segurança pública, tais fatores colaboram para o desenvolvimento de práticas proibicionistas nos serviços, retrocedendo nos avanços operados pela perspectiva da Redução de Danos.

Imagina-se que o CAPS AD, como dispositivo de cuidado fruto da Reforma Psiquiátrica e alinhado à Redução de Danos, seja um espaço de acolhimento de singularidades, de mobilização para a garantia de direitos e de irradiação de princípios libertários. Entretanto, como já discutido por Lancetti (2016), Vasconcelos (2021), Nicodemos e Elia (2016), bem como por Yasui (2019), à medida que os CAPS foram sendo regidos por protocolos e procedimentos padronizados nacionalmente, a característica criativa desses espaços foi se perdendo.

Isso provoca a burocratização do espaço de liberdade pelo apego a procedimentos que são comprovadamente eficientes para o cuidado (Lancetti, 2016). Baremlitt (2002) nomeia essa tendência à conservação como movimento instituído das organizações. Essa força faz com que as instituições operem na lógica dos discursos hegemônicos. No campo das drogas, tal movimento adquire formas nos serviços que correspondem aos discursos punitivistas, proibicionistas e de não aceitação das escolhas das pessoas, fazendo com que os profissionais se importem demais com as drogas e seus efeitos e menos com as pessoas.

Afirmar isso não implica dizer que todas as ações desenvolvidas no CAPS AD correspondem e reforçam tal lógica. Baremlitt (2002) também prevê a existência de um outro elemento nas organizações que aponta para a mudança e inovação. O movimento instituinte atua como força de resistência contra as práticas hegemônicas. As forças instituintes estão presentes no cotidiano do CAPS AD ao colocar em prática o respeito às singularidades, o acolhimento sem julgamentos, a negação aos procedimentos burocráticos instituídos e a proposição de novas formas de se produzir saúde.

A relação entre as formas instituídas e as forças instituintes pode ser sentida no entrave para o desenvolvimento de inovação e no cansaço dos profissionais em lidar sempre com as ditas limitações em seu trabalho. É possível compreender que tais limitações também servem ao discurso hegemônico de (des)cuidado e colaboram com a força das práticas já instituídas. Quanto maior a resistência enfrentada, mais desmotivadas essas trabalhadoras se sentem para serem criativas. Nesse contexto, há

a responsabilidade de ensinar às trabalhadoras-residentes o que já está sendo desenvolvido nos equipamentos. Devemos aprender como acolher, como atender, como fazer grupos, entre outras coisas. Procedimentos e fluxos que já estão instituídos pela organização.

Esta experiência instigou-nos a questionar o quanto estávamos aprendendo a reproduzir mais do que a criar. Faz sentido pensar, na lógica dessas forças, que de fato estávamos apegadas a uma realidade que já não poderia mais existir. Foi depois de experienciar a raiva, a frustração, o descontentamento e o desânimo que estava sendo vivido que nos atentamos para o potencial criativo e inovador do lugar que ocupávamos. Neri (2010) indica que, quando nos afirmamos no deslocamento do plano idealístico para o da realidade, o mal-estar passa a ser vivido como possibilidade de invenção. Foi possível, a partir desta vivência, produzir ações que servissem como linhas de fuga, novas saídas para os problemas que estávamos vivendo (Deleuze & Guattari, 1995).

Deslocar-nos das nossas expectativas nos fez produzir estratégias em consonância com os fluxos do serviço e sem a pretensão de propostas endurecidas e protocoladas. Pensamos a possibilidade de trabalhar com imprevistos e incertezas como a estratégia (Regis & Fonseca, 2012). Planejar considerando as incertezas nos fez entender que nossas intervenções não tinham como objetivo mudar essencialmente a dinâmica do CAPS AD, mas colocá-lo em um movimento que conduzisse ao questionamento e à problematização de suas práticas. Isso abriria trincheiras de possibilidade para inventar outros modos de trabalho e cuidado com as pessoas, especialmente em um momento histórico de contingência sanitária tão radical como o que experimentamos. É a partir dessa reflexão que lançamos um olhar sobre a experiência de ser residente como uma força capaz de produzir interferências que podem movimentar as forças instituintes do serviço. A interferência é aqui compreendida como um estar presente em um jogo de forças (Neves, 2004) e, a partir disso, produzir ações, encontros, linhas de fuga capazes de agitar os tecidos que constituem o campo da experiência.

Essa ebulição das forças instituintes disparada pelo atravessamento que a residência multiprofissional em saúde mental operou no serviço exigiu de todos (e de cada um de forma individual), diante da pandemia como acontecimento disruptivo, extrapolar o plano molar dos protocolos institucionais. Não apenas pelos processos de territorialização, diagnóstico e pelo projeto desenvolvido na UAA, mas também pela presença de novos trabalhadores, disponíveis e interessados em discutir inovações no cuidado em um CAPS AD a partir do plano micropolítico dos afetos e dos encontros que eles são capazes de produzir.

Nos encontros com os trabalhadores, desenvolvemos diálogos que favorecessem a problematização mais do que a busca por respostas (Neves, 2004), corroborando com a agitação e aceleração das forças instituintes, provocando as pessoas a pensarem de forma criativa e inovadora mesmo após a saída das residentes. O colocar-se entre (Paulon, 2009) a instituição de ensino e de assistência à saúde transformou o que já estava estabelecido, fazendo surgir um campo para produção e criação (Romagnoli, 2007).

Ocupar o CAPS AD a partir da residência em saúde mental nos fez transformar as referências que tínhamos, produzindo novos saberes, baseados na realidade completamente nova que estávamos vivendo. A pandemia de covid-19 desestabilizou as certezas sobre o funcionamento do serviço, inviabilizando o contato mais próximo com o território e as práticas coletivas, mobilizando-nos a refletir sobre os nossos fazeres. Nesse movimento, compreendemos o quanto estamos habituadas a operar a partir de modelos que nem sempre correspondem à realidade que estamos vivenciando.

Ao tomar distância das formas instituídas de se trabalhar, nos aproximamos de uma atuação contra hegemônica e revolucionária, nomeada por Yasui (2019) como uma atenção psicossocial menor. Ela não indica um trabalho menos eficiente, mas afirma que a lógica burocratizada e as formas instituídas não conseguem dar conta das multiplicidades do cotidiano dos serviços e tampouco conseguem responder às demandas das pessoas.

Yasui (2019) aponta o CAPS como um equipamento instituído, produtor e reprodutor de homogeneidades, descritas em regras de funcionamento e em portarias. A saída indicada pelo autor consiste em retornar ao plano da invenção, da ousadia e dos riscos, ou seja, fazer dos CAPS, novamente, espaço de cuidado em liberdade, de abertura à inovação, de criatividade e de encontros mais do que de atendimentos; abrir-se aos fluxos do cotidiano dos territórios e afirmar a potência das experimentações.

Tomando a residência como um modo de agir na intenção de movimentar as forças instituídas, faz-se possível assumir uma postura ética, política e estética nas interferências que somos capazes de produzir (Neves, 2004) e afirmar nossa contribuição para uma atenção psicossocial menor, ocupando os serviços com o nosso fazer inventivo como uma política de resistência da vida (Neri, 2010).

O estar entre duas instituições coloca-nos em um lugar indeterminado, em que ocupamos dois espaços e, ao mesmo tempo, nenhum; em que não nos vemos totalmente nas equipes e muito menos fora delas; em que ora somos estudantes e ora profissionais. Por muito tempo, ocupar esse lugar trouxe muita angústia e desconforto. Ao fim dessa experiência, tudo tomou outro sentido. Não caber nos lugares fixos lança-nos para fora, faz com que possamos deslizar, traçando novas linhas, a partir do momento em que cessamos de considerar o não lugar pela via da negatividade, ou seja, no sentido de que algo falta.

Ao percebermos que estar no meio das coisas libera-nos para a potência de criar caminhos diante da imanência da vida, como foi o caso na pandemia de covid-19, passamos a efetuar na própria vivência profissional o que Deleuze e Guattari (1995) afirmaram sobre essa posição. Eles defendem que o meio não significa média ou metade, mas o lugar onde as coisas tomam velocidade, interagindo simultaneamente com as extremidades e, assim, transformando-as. Ocupar o meio permitiu viver a residência em saúde mental de uma maneira em que cada ação praticada no CAPS AD também nos transformava. Trabalhar para pôr em movimento

as forças de mudança e renovação também fez com que nossas forças adquirissem velocidade a ponto de, ao fim, não mais sermos as mesmas.

Conclusão

No exercício de relatar esta vivência, surgem pistas para continuarmos. Tal experiência aponta para a importância de defendermos o que já conquistamos das ameaças de desmonte, mas também de olhar com mais atenção para como estamos desenvolvendo nossas práticas, refletindo criticamente acerca do que estamos produzindo em termos de cuidado e garantia de direitos. Devemos retomar os princípios de respeito, cuidado em liberdade e de inovação que deram origem e forma ao que hoje temos como Centros de Atenção Psicossocial; reivindicar a potência transformadora que existe na experimentação de estratégias, tomando as experiências exitosas como referências, e não como regras e protocolos inquestionáveis e inalteráveis. Precisamos entender, com o corpo que somos, que a vida é pura imanência e, como tal, pode nos desterritorializar a qualquer momento. Isso nos coloca diante do fato de que a noção de territorialização - como estratégia da atenção em saúde - passa, inexoravelmente, pela vivência da desterritorialização em meio aos encontros.

Nessa reflexão, destaca-se a importância das residências em saúde mental como dispositivos capazes de promover transformações no cotidiano dos equipamentos nos quais participa, apresentando-se como produtoras de "fazeres menores" nos serviços e de "ações micropolíticas" nos territórios, percorrendo as bordas dos saberes já estabelecidos. Há potência na ocupação dos equipamentos por esses profissionais produtores de ações que agitam, fortalecem e dão velocidade aos fluxos de experimentação e inovação das práticas de cuidado.

A interferência da residência contribuiu para colocar novamente o CAPS AD - e os demais equipamentos da atenção psicossocial - em movimento, não apenas de pessoas, mas de ideias, de possibilidades de abertura e de construção coletiva de

cuidado e de vida. A pandemia, com sua pulsão mortífera, nos deu uma lição de vida: convocou-nos a uma posição ativa para autoria do cuidado coletivo a despeito dos desafios que vivemos. A residência multiprofissional em saúde mental exerceu uma via de criação importante à medida que se efetuiu como força intermediária e, portanto, disruptiva, de inovação e afirmação da vida em meio a tanta morte.

Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (4th ed.). Editora Fiocruz.
- Andrade, T. M. de. (2016). Panorama atual da política de drogas no Brasil: a redução de danos. In Â. C. de Souza et al. (Eds.), *Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil* (1st ed.). Hucitec.
- Baremlitt, G. F. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática* (5th ed.). Instituto Félix Guatari.
- Brasil. (2020). *Nota Técnica N° 121/2020 - CGMAD/DAPES/SAPS/MS: recomendações à Rede de Atenção Psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da infecção da covid-19, causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2)*. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/recomendacoes-a-rede-de-atencao-psicossocial>
- Brasil. (2011). *Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil. (2017). *Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e N.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
- Brasil. (2002). *Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Brasil. (2019). *Nota Técnica n.º 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS*. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Ministério da Saúde. <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). *Mil Platôs - Capitalismo e Esquizofrenia* (1st ed., Vol. 1). Editora 34.
- Gondim, G. M. de M., & Monken, M. (2009). Territorialização em Saúde. In T. B. Pereira & J. C. F. Lima (Eds.), *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>
- Lancetti, A. (2016). *Clínica Peripatética*. Hucitec.
- Lancetti, A. (2015). *Contrafissura e plasticidade psíquica* (1st ed.). Hucitec.

- Leal, E. M., & Muñoz, N. M. (2014). Estratégias de Intervenção em Saúde Mental. In M. A. S. Jorge, M. C. de A. Carvalho, & P. R. F. da Silva (Eds.), *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional*. Editora Fiocruz.
- Neri, R. (2010). A clínica como política de resistência da vida. *Lugar Comum*, (21-22), 91-108.
- Neves, C. E. A. B. (2004). Modos de interferir no contemporâneo: um olhar micropolítico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 56(1), 2-20.
- Nicodemos, J. C., & Elia, L. (2016). Análise crítica das políticas públicas brasileiras de saúde mental em uma perspectiva histórica. In Â. C. de Souza et al. (Eds.), *Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil* (1st ed.). Hucitec.
- Onocko-Campos, R. T. (2019). Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11).
- Passarinho, J. G. N. (2022). Retrocessos na política nacional de saúde mental: consequências para o paradigma psicossocial. *EM PAUTA*, 20(49), 65-80.
- Passos, E., & Barros, R. B. de. (2015). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup, & L. da Escócia (Eds.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Editora Sulina.
- Paulon, S. M. (2009). Instituição e intervenção institucional: percurso conceitual e percalços metodológicos. *Mnemosine*, 5(2).
<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41440>
- Pernambuco. (2020). *Decreto Estadual n.º 48.809, de 14 de março de 2020*. Regulamenta, no Estado de Pernambuco, medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, conforme previsto na Lei Federal no 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.
<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tipononna=6&numero=48809&complemento=0&ano=2020&tipo=&url=>
- Regis, V. M., & Fonseca, T. M. G. (2012). Cartografia: estratégias de produção do conhecimento. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24, 271-286.
- Romagnoli, R. C. (2007). A invenção como resistência: por uma clínica menor. *Vivência*, 32, 97-107.
- Santos, B. de S. (2020). *A cruel pedagogia do vírus*. Edições Almedina.
- Silva, L. C. e., & Brotto, M. E. (2015). Questão social e políticas sociais: debates na formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias*, 2(2), 114-129.
- Universidade de Pernambuco. (2019). *Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental*. Faculdade de Ciências Médicas - UPE.
- Vasconcelos, E. M. (2021). Análise de conjuntura e o campo da saúde mental: retrocessos e brechas para resistir e avançar. In E. M. Vasconcelos (Ed.), *Novos horizontes em saúde mental: análise de conjuntura, direitos humanos e protagonismo de usuários(as) e familiares* (1st ed.). Hucitec.
- Yasui, S. (2019). Apostas em uma Atenção Psicossocial Menor. In R. T. Onocko-Campos & B. F. Emerich (Eds.), *Saúdeloucura 10. Tessituras da clínica: itinerários da reforma psiquiátrica* (1st ed.). Hucitec.

CAPÍTULO 20

O CUIDADO EM TERRITÓRIO NO PÓS - PANDEMIA: NARRATIVAS DE RESIDENTES EM SAÚDE MENTAL NO VALE DO SÃO FRANCISCO

Guilherme Costa dos Santos
Sueleen Thaísa Henrique de Souza
Renata Helena Bastos Castro
Nathalya Silveira da Silva
Josicleia Oliveira de Souza

Introdução

Enfrentamos, nos últimos anos, uma das maiores crises de saúde pública da contemporaneidade: a pandemia de covid-19. O chamado "novo normal" foi, assim, instituído e, junto a ele, como sociedade, tivemos de repensar o fazer cotidiano de maneira generalizada (Silva *et al.* 2020). Isso, é claro, também se faz verdade quanto à realidade dos serviços de saúde, que alteraram radicalmente seu funcionamento a fim de acomodar as novas urgências e emergências, além de tentar atender às demandas usuais sem maiores percalços, como discutem Malta *et al.* (2021).

Ocorre que, para além das dificuldades naturalmente atreladas a um grave problema de saúde em escala global, falar sobre a covid-19 em território brasileiro abrange o agravante da notória má-gerência por parte do governo federal da época, com consequências vividas até os dias atuais e, possivelmente, sentidas por muitos anos vindouros (Calil, 2021). O descaso do governo Bolsonaro - desde o atraso na compra de vacinas (Lopes, 2022), passando pela não realização de medidas como o *lockdown* durante os momentos mais agudos (Catucci & Borges, 2021), e a "zombaria" em rede nacional quanto à seriedade e delicadeza do momento enfrentado (BBC News Brasil, 2020) - foi, sem dúvida, ponto crítico e catalisador de um grande mal-estar coletivo, vivido também pelos trabalhadores da saúde sob a forma de exaustão psicológica, principalmente em quem se viu obrigado a lidar com a pandemia em uma verdadeira escassez de recursos de todas as ordens, sejam estes materiais ou

mesmo financeiros, além da insuficiência de trabalhadores ou da sua formação (Castilho & Lemos, 2021).

Nesse sentido, é possível problematizar os grandes impactos da covid-19 na saúde mental da população, e, principalmente, enfatizar o quanto de acesso ao cuidado os diferentes estratos sociais obtiveram durante a crise humanitária e sanitária, com consequências persistentes, ainda observadas, e que devem ser compreendidas no contexto pós-pandêmico (Calil, 2021). Com a restrição momentânea da livre circulação em determinados espaços, questionamos de que forma as variadas camadas sociais tiveram acesso aos serviços de saúde mental ou mesmo aos demais espaços do território, tão essenciais para o encorajamento do usuário como cidadão, autônomo, capaz de gerir a própria vida, das burocracias aos prazeres.

Vale ressaltar que nesta pesquisa consideramos o território tal como a reflexão proposta por Lima e Yasui (2014) ao compreendê-lo como o trânsito do "político para o cultural, das fronteiras entre povos aos limites do corpo e do afeto entre as pessoas", uma compreensão que extrapola as dimensões geográficas por si mesmas e implica a lógica de encará-lo como fundamental à existência e subjetividade humana.

Por isso, refletimos sobre como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Vale do São Francisco tem se adaptado para redescobrir as práticas no território, recompondo as peças após um período tão desafiador que limitou as possibilidades de cuidado neste espaço existencial. Além disso, examinamos como a Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM), inserida nesse contexto, compreendeu a atuação profissional e a formação para o Sistema Único de Saúde (SUS). Como uma das redes de saúde que compõem o SUS, contemplamos a importância da existência da RAPS nesse cenário, entendendo a sua extensão e capilaridade, permitindo uma compreensão ampliada do indivíduo e que considera a obrigatoriedade do trabalho coletivo. Devidamente regulamentada pela Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011), a RAPS surge com a proposta de organizar as ações e serviços direcionados à saúde mental no Brasil a partir da perspectiva de um cuidado integral

e de cunho territorial e, antes de tudo, antimanicomial, instituindo-se, então, cruciais espaços de disputa com instituições que seguem a lógica da restrição da liberdade.

Essenciais para o exercício da saúde mental no contexto brasileiro, os serviços de caráter territorial são primordiais na RAPS, já que buscam compreender o indivíduo partindo dele próprio e do seu território como referência, sendo, indiscutivelmente, um dos pontos estratégicos da rede - que busca, aos poucos, tomar forma e solidez (Brasil, 2011).

No entanto, durante os períodos mais críticos de emergência sanitária, decorrente da covid-19, as práticas territoriais e de base comunitária - como as visitas domiciliares, as ações de matriciamento com as equipes da Atenção Primária à Saúde, os grupos operativos, a promoção de reabilitação psicossocial e as ações de Educação em Saúde tornaram-se práticas menos expressivas e mesmo inviáveis, ao passo que o caráter ambulatorial da atenção especializada foi fortalecido. Assim, a saúde mental passou - e ainda passa - por um momento de reinvenção e reestruturação, principalmente nos momentos mais difíceis da pandemia, a exemplo da limitação das possibilidades de atuação em território e de ações envolvendo encontros e coletivos.

Lima e Guimarães (2019) dividem os serviços de base territorial em dois grandes agrupamentos, sendo estes as "ilhas de resistência entre as reminiscências do manicômio" e as estratégias para continuidade do cuidado no território. Enfatiza-se, portanto, que a promoção da saúde mental, tal como concebida na RAPS, está longe de ser somente a promoção do chamado "ato terapêutico" (Lima & Guimarães, 2019). Por ilhas de resistência, entende-se a defesa de um cuidado compartilhado em cenários territoriais, dissociado da ideia da circunscrição da promoção de saúde mental restrita aos serviços especializados, como as unidades dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Frequentemente isolados pelos demais dispositivos da rede, as autoras desde estudo provocam a respeito do solitário trabalho realizado pelos serviços de referência em saúde mental, que encontram forte resistência de outros dispositivos, como os da rede de urgência e emergência.

Nesse sentido, a RMSM do Vale do São Francisco, inserida na realidade do sertão nordestino e interpelada pelo seu compromisso ético-estético-político de se fazer modelo de ensino em serviço sob a lógica dos princípios e diretrizes fundantes do SUS (Brasil, 2005), buscou-se, na reinvenção do fazer assistencial, uma reaproximação com os territórios em que atua para garantir integralidade ao cuidado. Esta residência possui residentes atuando nos cenários da atenção psicossocial das cidades de Juazeiro (BA) e Petrolina (PE).

O PRMSM da UNIVASF, único na região, surgiu a partir do desejo de suprir a demanda da região relacionada a organização, dinâmica e articulação de serviços e ações no campo da Saúde Mental, segundo as necessidades da realidade local. Reforça-se, ainda, a afinidade com os marcos legais e conceituais sintonizados com o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira e o modelo da atenção psicossocial em contraposição ao modelo manicomial (UNIVASF, 2013). Contudo, este trabalho advém das inquietações de tutoras e residentes sobre os impactos da pandemia nos modos de produzir o cuidado em saúde mental, e objetiva analisar a relevância da RMSM na reestruturação das atividades de caráter territorial da RAPS de uma Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) em um cenário nacional pós-emergência de saúde pública.

Processos de construção do conhecimento

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que pode ser descrito como uma expressão escrita de vivências, contribuindo na produção e atualização de conhecimentos por meio do apoio teórico-metodológico à reflexão crítica (Mussi *et al.* 2021). Segundo Minayo (2012), podemos entender "vivência" como fruto da ponderação sobre a experiência. Buscou-se descrever as vivências de cunho territorial que desenvolvidas pela RMSM na reestruturação da RAPS de uma RIDE no nordeste brasileiro, na perspectiva pós-pandemia, abrangendo o período de 2022 a 2023. Destaca-se a contribuição de diversos atores neste processo: preceptores,

profissionais da rede, residentes, tutores e usuários envolvidos no contexto de ensino-serviço, assim como de produções científicas, utilizadas para embasamento na discussão das vivências. Escrevemos na primeira pessoa do plural porque somos coletivos, falamos a partir da perspectiva de vários indivíduos.

Fortalecimento do protagonismo do usuário e a retomada dos espaços de discussão política em saúde

Orientados por um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), a participação da comunidade na construção de políticas públicas de saúde (Brasil, 1990), os espaços de conferência surgem como oportunidades-chave para colocar em pauta o debate das necessidades em saúde dos indivíduos, grupos e territórios. As conferências garantem à sociedade civil participação na discussão de ações e definição de prioridades no planejamento das políticas de saúde coletiva, considerando as necessidades reais de cada território. As conferências constituem-se como ferramentas importantes de controle social e de fortalecimento de um SUS democrático e igualitário (Brasil, 1990).

Entre os espaços vivenciados por essa residência nos anos de 2022 e 2023, podemos citar a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM), nas suas etapas municipal e macrorregional. Tendo como tema central "A Política de Saúde Mental como direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS", este foi o momento de reafirmar o compromisso ético-político com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, considerando a crise sanitária e política provocada pela pandemia, como também pelo (des)governo da época.

A RMSM teve papel crucial na realização desses momentos nos municípios de Juazeiro e Petrolina. Na primeira cidade, em vez de uma conferência municipal propriamente dita, foram realizadas quatro Plenárias de Saúde Mental, uma em cada CAPS do município, e uma Plenária Integrativa, para fechar a etapa municipal com

chave de ouro. Na primeira etapa houve um encontro em cada um dos três CAPS do município de Juazeiro (estado da Bahia), mediado cada um por uma dupla diferente de residentes, que reuniu usuários, familiares, profissionais, gestores e comunidade em geral para a eleição de candidatos a delegado e construção de propostas voltadas às necessidades de cada serviço e território. Na Plenária Integrativa, que reuniu todos os atores presentes nos momentos anteriores, foram selecionados os delegados, seus suplentes e as propostas a serem levadas à Conferência Macrorregional Norte de Saúde Mental da Bahia. Na Conferência Municipal de Petrolina (estado de Pernambuco), apesar de a participação da RMSM não ter sido tão ativa quanto na outra cidade, ainda fizemos questão de participar das votações, sugerir propostas e eleger usuários e defensores da RAPS como delegados para a etapa estadual.

A RMSM ocupou posição importante na execução da Conferência Macrorregional Norte, na Bahia, participando das comissões de relatoria e organização. Neste evento, os delegados e as propostas de Juazeiro encontraram-se com as de outros municípios da Macrorregional, aqueles que compõem as Regiões de Saúde de Senhor do Bonfim e de Paulo Afonso. Os representantes estavam reunidos - ora em um grande grupo, ora em subgrupos - em prol de selecionar coletivamente propostas para a saúde mental coletiva dessa macrorregião, bem como aqueles que a representariam durante a conferência estadual.

Além desses momentos, ocorreram, em 2023, as conferências municipais de saúde de Juazeiro e de Petrolina, onde a residência desempenhou papel ativo na organização dos eventos, bem como na facilitação da participação em peso dos usuários dos CAPS. Houve a apresentação do coral do CAPS II como ato de abertura da Conferência de Juazeiro, assim como a realização do bazar de roupas e artes deste mesmo serviço ao longo das atividades culturais; foram apenas algumas demonstrações que colocaram em cena o protagonismo dos usuários como produtores de alegria, cultura e de mobilização política para além dos muros do CAPS, contando com voz e vez.

Souza (2023), ao estudar especificamente este programa de residência, aponta para o fato de que a RMSM tem diversos registros de atitudes a respeito do produto das concepções de Saúde Mental construídas, que fazem direção ideológica, marcadas pela afirmação da subjetividade dos cidadãos com sofrimento psíquico constituídas a partir de um ideal de sociedade e experiência humana em que caiba a diversidade de modos de existir em liberdade. Essas atitudes estão presentes nas vivências relatadas, fortalecendo o programa como um dispositivo potente para a reestruturação do cuidado na região, ainda mais no cenário pós-pandêmico.

É fundamental reconhecer a potência desses espaços coletivos para a construção da saúde mental pública que queremos e merecemos. Participar ativamente dos debates políticos no território é uma das formas de garantir o direito à cidadania para pessoas em sofrimento psíquico ou com transtorno mental. Essa diretriz é promovida não apenas pela legislação da Política Nacional de Saúde Mental, mas também pela ética que orienta as ações da Reforma Psiquiátrica.

As ações de cuidado nos espaços territoriais

No que se refere às ações de assistência à saúde realizadas pelos CAPS, a pandemia de covid-19 impôs inúmeros desafios à prestação de cuidados face a face aos usuários no território e em seus domicílios. As restrições de circulação na cidade e a necessidade de reorganizar a prática clínico-terapêutica para atender às medidas socio-sanitárias de prevenção ao vírus foram os principais obstáculos enfrentados. Os serviços especializados em saúde mental e de base comunitária, tal como os CAPS, precisaram se distanciar dos cenários práticos e existenciais, onde usuários constroem seus projetos de vida. Esse afastamento limitou significativamente a plena execução dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), já que essa estratégia de cuidado exige diálogo intra e intersetorial - reconhecimento dos recursos do território que potencializam o processo de reabilitação psicossocial e a identificação dos fatores que limitam o cuidado aos usuários (Baptista *et al.*, 2020). Além disso, é essencial estreitar

os vínculos e delimitar corresponsabilidades entre usuários, familiares e o serviço CAPS. Com isso, a possibilidade de estar com os usuários e seus familiares no território, seja via visitas domiciliares, busca ativa ou ações coletivas extramuros, foi deslocada para segundo plano em virtude do aumento dos atendimentos individuais. Essa modalidade de assistência, apesar de prevista nas ações e procedimentos cabíveis de atuação em um serviço especializado de saúde mental, distanciam os CAPS da dimensão territorial e comunitária que sustentam a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, tanto pela dimensão legal (Brasil, 2002) quanto pela concepção política de cuidado em liberdade e protagonismo dos usuários.

As mudanças impostas pelo contexto pandêmico deixaram rastros que perduram até os dias atuais. Com o enfraquecimento das medidas de restrição de circulação nas cidades e nos serviços de saúde, não há mais a orientação ou recomendação que impeça o desenvolvimento de iniciativas de atuação no território, justificando o retomo gradual dos atendimentos domiciliares, buscas ativas e ações no território. Porém, o que se observa é que a retomada dessas ações ocorre de modo tímido ou limitado diante do potencial que poderiam ter, se retomadas todas as ações comunitárias. No tocante à realização de visitas domiciliares, por exemplo, os CAPS têm seguido como direção principal a necessidade de responder às demandas judiciais ou aos pedidos de outros dispositivos da rede intersetorial, promovendo a diluição do fazer ético-clínico-político que sustenta a RAPS (Brasil, 2011).

No tocante à presença da equipe nos territórios geográficos dos usuários, podemos identificar uma problemática que contribui para este cenário: a escassez de veículos de transporte para realizar o deslocamento dos profissionais. Evidentemente, a ausência de meios de deslocamento pela cidade torna inviável a presença física em territórios distantes e de difícil acesso. Isso limita a compreensão das vulnerabilidades físicas e psicossociais em os usuários possam estar imersos, mesmo que não impeça algum nível de aproximação.

Quando o deslocamento geográfico é impossível, um caminho viável é explorar os territórios existenciais dos usuários por meio da escuta ativa sobre os

locais onde eles transitam, relacionam-se, adoecem e se fortalecem. É necessário estar disponível para conhecer e explorar os processos de emancipação, participação, sujeição e dominação (Lima & Yasui, 2014) aos quais eles estão suscetíveis nesses territórios. Outra problemática importante de ser levantada é aquela que diz respeito à descaracterização da estratégia de cuidado territorial. É necessário reconhecer que o exercício de aproximação com o território, com a comunidade, com as cenas de uso e a produção de vida são essenciais para um trabalho na RAPS alinhado com os preceitos da Luta Antimanicomial. Isso não só por proporcionar uma perspectiva que vai pela contramão das práticas manicomiais e de institucionalização da diferença, mas, sobretudo, por reconhecer que no território é possível produzir saúde, que o cuidado não se faz "encapsulado", mas sim vinculando esses corpos à história sociopolítica escrita por cada um e coletivamente nos contextos de vida.

Esta problematização indica que estamos alinhados com o propósito da educação por meio das residências. Para Silva e Natal (2020), a atuação nos programas de residência está vinculada ao cotidiano laboral, com o propósito de transformar o desenvolvimento e a organização de trabalho e das práticas, sendo simultaneamente uma ação e um processo educativo aplicado ao trabalho, de modo a possibilitar mudanças nas relações, nos desempenhos e nas respostas às necessidades de saúde da população.

Pudemos participar ativamente de algumas das ações desenvolvidas pelos serviços, como da visita dos usuários do CAPS II ao Nego d'Água, estátua de figura folclórica da região, localizada na orla de Juazeiro (BA), e do jogo de futebol entre os usuários, organizado em uma praça próxima ao serviço. Há o Projeto Luneta, estruturado pelos profissionais do CAPS infanto-juvenil, que promove articulação e visita de crianças e jovens a lugares culturais e de lazer das cidades, como ao museu municipal e à escola de música, além de promover eventos culturais no espaço físico do CAPS, como o sarauzinho, onde transcorre dança, música e performances. Outra ação de comunidade é o "Dia da Beleza", que traz para dentro do serviço atividades como corte de cabelo, manicure e outros movimentos voltados à estética.

Estas práticas estão imersas nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), presentes no modelo de atenção psicossocial (Amarante, 2008), destacando-se o cuidado em liberdade no território e a diversificação de ofertas terapêuticas, em contraposição às práticas clínico-ambulatoriais. Uma ação integrativa bastante rica a ser mencionada refere-se às comemorações do dia 18 de maio, Dia da Luta Antimanicomial. Os profissionais e usuários dos CAPS de cada município ocuparam locais públicos, como o parque municipal e a praça em frente à Igreja Matriz, para distribuírem faixas que clamam pelo cuidado em liberdade, além de cantarem músicas, dançarem e venderem aos passantes as obras produzidas pelo projeto de geração de renda por meio do artesanato; em resumo, ocupam a cidade e se fazem vistos e ouvidos.

Proporcionar esse encurtamento de distâncias - ainda extensas em função da mudança organizacional da pandemia - é, sem dúvida, um desafio. Entretanto, a RMSM busca atuar como propulsora do debate em tomo da defesa do compromisso ético com o cuidado em liberdade e nos territórios existenciais, promovendo a organização de práticas assistenciais que estabeleçam conexões e reencontros.

A articulação de redes intra e intersetoriais e o papel mobilizador dos CAPS

Ao pensarmos em rede, pensamos nos vários sujeitos que estão envolvidos na sua construção e articulação diária, garantindo o funcionamento do SUS na sua totalidade. Diferenciamos tais articulações desde onde partimos até onde vamos, isto é, se tais conexões encontram-se no próprio cenário da RAPS - as articulações intrasetoriais - ou caminhando ao seu lado - as intersetoriais.

Na pandemia, tais articulações foram extremamente prejudicadas, tanto devido à alteração no horário de funcionamento dos serviços, que atuavam apenas durante o turno da manhã, quanto em consequência do distanciamento social e da necessidade de diminuir a circulação de pessoas, restringindo visitas técnicas,

atendimentos domiciliares conjuntos ou, ainda, discussões de caso presenciais, por exemplo.

Assim, o processo de cuidado em saúde mental, que, por sua vez, ficou centralizado nos serviços especializados, afastou-se dos demais dispositivos de saúde, de assistência social, de justiça e territoriais, que poderiam atuar como potência terapêutica. Isso não significa que a articulação de rede intra e intersetorial foi inexistente, mas sinaliza que iniciativas nessa direção foram escassas frente ao impasse socio-sanitário. Como diria Daud Júnior (2002), as ações dos CAPS se tomaram ainda mais "capscênticas", ou seja, voltadas para o próprio serviço, com concentração de relevância assistencial à figura médica, sem mencionar o agravamento da condição de saúde física e mental dos trabalhadores que ficaram à mercê das próprias iniciativas de cuidado durante esse período (Ferreira, 2023).

Nesse sentido, não seria honesto relatar que as atividades cessaram completamente. Estudos mostram que, apesar das dificuldades impostas pela pandemia, as articulações intra e intersetoriais foram empreendidas por meio de tecnologias, abordagens e outras estratégias, que possibilitaram a realização de ações de cunho psicossocial (Cruz *et al.*, 2020; Aguiar *et al.*, 2023). De fato, temos notícia de algumas ilhas de resistência, tais como as defendidas por Lima e Guimarães (2019), ocorridas principalmente na modalidade *on-line*, em que profissionais e usuários dos serviços eram convidados a debater acerca de temas como a Luta Antimanicomial e os desafios e receios coletivos durante a pandemia, por exemplo. Ressaltamos, porém, que boa parte destas atividades ocorreu justamente pela vinculação com a UNIVASF, espaço com o qual a RMSM mantém vínculo institucional.

Notou-se um esforço coletivo da gestão de Saúde Mental de ambas as cidades, Petrolina e Juazeiro, bem como das coordenações dos CAPS e da residência, para fortalecer e retomar o pleno funcionamento das ações em rede. Em contrapartida, observamos a dificuldade relatada pelos profissionais dos CAPS em sustentar atividades de educação permanente em saúde para qualificação dos trabalhadores durante o período de emergência pandêmica, afinal, a covid-19 exigiu pensar

exaustivamente em novas formas de acessar os territórios, visando o pleno exercício do cuidado em saúde mental.

Percebemos, também, que a pandemia acentuou a solidão vivenciada pelas pessoas no emaranhado que compõe o SUS, sendo este o desafio primordial encarado por todos: ressaltar a responsabilidade conjunta dos atores da rede no que tange à saúde mental. Alguns outros fatores que promoveram a fragmentação da rede, para além do contexto pandêmico, podem ser elencados, a exemplo da sobrecarga dos profissionais, a fragilidade do sistema de referência e contrarreferência, a insuficiência do processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) e a ausência de um protocolo de ações de matriciamento (Ferreira *et al.*, 2023).

No tocante aos matriciamentos, é possível compreendê-los como ações desenvolvidas por, no mínimo, duas unidades de saúde interagindo entre si e compartilhando saberes - portanto, em uma perspectiva técnico-pedagógica -, atuando sob o viés da corresponsabilização do cuidado (Fagundes *et al.* 2021). Ademais, vivenciamos a retomada sistemática dessas ações em ambas as cidades. Em Juazeiro, foi estabelecida a meta de três matriciamentos por mês no ano de 2023, marca essa que vem sendo alcançada. A aproximação com os apoiadores dos distritos sanitários e com a Residência Multiprofissional de Saúde da Família (RMSF- UNIVASF) mostra-se muito rica, proporcionando o encontro entre as equipes dos CAPS e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a discussão sobre os fluxos da rede, manejo de usuários com demanda em saúde mental, redução de danos e construção de grupos de saúde mental no território. As Unidades de Atendimento Multiprofissional e Especializado (AME) também entram em cena no contexto de Petrolina, com o encontro entre diversos profissionais da rede junto aos profissionais dos CAPS para dialogar acerca da RAPS e como atuar conforme suas diretrizes.

A articulação com a Atenção Básica é de fundamental importância para o cuidado em saúde mental. A partir do trabalho de matriciamento, buscamos realizar o resgate, junto às Equipes de Saúde da Família (eSF), da corresponsabilização pelo cuidado com as comunidades, isto é, da ferramenta clínica e política de

territorialização. Esse diálogo recorrente com a Atenção Primária à Saúde (APS) pode orientar a realização de atendimentos e discussões conjuntas entre equipe técnica dos CAPS e ESF, bem como facilitar e orientar o deslocamento das equipes dos CAPS pelos territórios, reforçando a necessidade de estreitamento do vínculo e compreensão da integralidade dos usuários da RAPS.

A residência também esteve presente para observar e articular, junto à gestão municipal, diálogos com outras categorias profissionais, como Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e enfermeiros, visando estender a discussão e provocar as resistências que observamos quando se trata do cuidado em saúde mental. Outro destaque é a retomada dos fóruns intersetoriais e permanentes de discussão sobre temáticas relativas à saúde mental. Nestes fóruns, que ocorrem em ambas as cidades e que foram retomados após o período de emergência pandêmica, toda a rede intersetorial é convidada ao debate sobre uma temática específica e estratégias de manejo e resolução das problemáticas encontradas no trabalho do dia a dia.

Dessa forma, a atuação da residência na facilitação de ações intra e intersetoriais se empenha no diálogo e construção, junto à equipe, de cronogramas, formações e dos próprios matriciamentos e discussões de caso da rede. *Esperançamos* que, por meio de variadas tecnologias e metodologias, tais atividades façam parte do cotidiano de trabalho da RAPS.

Considerações finais

A RMSM da UNIVASF tem sido um importante dispositivo para o enfrentamento das consequências da pandemia de covid-19. Os atores envolvidos no programa, como coordenação, serviços, tutores, preceptores e principalmente os residentes, têm analisado os impactos das ações de base territorial nos cenários da atenção psicossocial e construído estratégias de enfrentamento, com destaque às atividades de fortalecimento do protagonismo do usuário, a retomada dos espaços de

discussão política em saúde, ações de cuidado nos espaços territoriais e articulação de rede intra e intersetoriais, problematizando o papel mobilizador dos CAPS.

Além das visitas domiciliares, a possibilidade de organizar ações como "Na Rua com o CAPS", "CAPS no parque" ou "visita ao Nego d'Água" nos conectam aos territórios existenciais dos usuários da RAPS. A construção/promoção de fóruns, reuniões intersetoriais e discussões de casos são grandes potências para resgatar esse contato com o território e movimentar a rede, embora entendamos que ainda há muito que se fazer, principalmente na reestruturação do cuidado em um cenário de pós - pandemia.

Destacando a ousadia e o progresso das práticas de Saúde Mental neste contexto pós-pandêmico, é possível considerar o programa de RMSM como um avanço que movimenta os serviços e os sujeitos envolvidos na atenção psicossocial. Por se tratar de um programa que teve a sua primeira turma formada há apenas sete anos, o programa de residência tem contribuído com a formação dos sujeitos que passaram a ocupar os cenários de trabalho no período recente os ocuparão nos próximos anos, retroalimentando o objetivo da residência de qualificar profissionais para o SUS e para a saúde mental local.

Existem desafios concretos à consolidação da residência como projeto de formação e renovação das práticas, projeto de qualificação recíproca do ensino e dos serviços ou programa de interação residência e sociedade, tais como a formação de preceptores, a articulação entre tutoria teórico-prática e campo prático, disponibilidade de pessoal para integrar o corpo docente-assistencial, de gestão e de apoio com reconhecimento salarial, incentivo aos docentes universitários para adesão ao projeto formativo por meio das residências e valorização da pós-graduação na modalidade *lato sensu*. O investimento para sanar essas dificuldades pode potencializar o caráter transformador que a residência demonstrou ter durante este relato.

Referências

- Aguiar, C. C., Sampaio, F. F. F., Aragão, H. L., Livaiter, A. L. A., & Sousa, J. S. (2021). Atenção às pessoas em situação de rua em Sobral-CE, durante a pandemia por covid-19. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, 20(Supl. 1), 100-108 <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i0.1511>
- Amarante, P. (2008). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora Fiocruz.
- Baptista, J. Á., et al. (2020). Projeto Terapêutico Singular: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), e20180508.
- BBC News Brasil. (2020). *Em rede nacional, Bolsonaro critica fechamento de escolas e comércio e compara coronavírus a "resfriadinho"*. <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52028945>
- Brasil. (2002). *Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Dispõe sobre as normas e diretrizes para organização dos CAPS. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Brasil. (2011a). *Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Castilho, D. R., & Lemos, E. L. S. (2021). Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. *Revista Katálisis*, 24(2), 269-279.
- Catucci, A., & Borges, C. (2021). 'Não vai ter lockdown', diz Bolsonaro após Brasil registrar 4,2 mil mortes em um dia. *Gl*. <https://gl.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2021/04/07/bolsonaro-chega-a-santa-catarina-para-visita-a-chapeco-no-oeste.ghhtml>
- Ceolin, R., & Nascimento, V. R. (2022). Interfaces entre saúde global e desigualdade social em tempos de pandemia: A (des)proteção das favelas brasileiras no enfrentamento ao covid-19. *Revista Direito e Práxis*, 13(2), 950-977.
- Cruz, N. M. L. V., Souza, E. B., Sampaio, C. S. F., Santos, A. J. M., Chaves, S. V., Hora, R. N., Souza, R. C., & Santos, J. E. dos. (2020). Apoio psicossocial em tempos de covid-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil. *APS em revista*, 2(2), 97-105. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.94>
- Daud Júnior, N. (2002). Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do "doente mental". In M. L. Boarini et al., *Desafios na atenção à saúde mental* (pp. 31-64). Editora da Universidade Estadual de Maringá.
- Fagundes, G. S., Campos, M. R., & Fortes, S. L. C. L. (2021). Matriciamento em saúde mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(6), 2311-2322.
- Faria, R. M. (2020). A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(11), 4521-4530.
- Ferreira, K. S. S., Lima, I. C. S., Cavalcante, A. S. P., & Nascimento, C. E. M. (2023). Articulação Entre Saúde da Família e Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas. *Revista Contexto & Saúde*, 23(47). el 3559. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2023.47.13559>

- Lima, D. K. R. R., & Guimarães, J. (2019). Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(3), e2903 I O.
- Lima, E. M. F. A., & Yasui, S. (2014). Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, 38(102), 593-606.
- Lopes, A. J. (2022). *Relembre declarações de Bolsonaro sobre a vacinação*. Poder 360. <https://www.poder360.com.br/governo/relembre-declaracoes-de-bolsonaro-sobre-a-vacinacao/>
- Malta, D. C., et al. (2021). Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de covid-19, Brasil, 2020. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(7), 2833-2842.
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626.
- Mussi, R. F. F., Flores, F. F., & Almeida, C. 8. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educ.*, 17(48), 60-77.
- Silva, L. S., & Natal, S. (2019). Residência multiprofissional em saúde: análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. *Trab. Educ. Saúde*, 17(3). e0022050. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00220>
- Silva, T. R., Mariotti, M. C., & Bridi, A. (2020). Aprendendo a lidar com as mudanças de rotina devido ao covid-19: orientações práticas para rotinas saudáveis. *Revisbrato*, 4(3), 519-528.
- Souza, J. O., Esperidião, M. A., Miranda, A. C. S., Valdevino, A. V. (2023). Residência multiprofissional em saúde mental: contribuições para a formação de sujeitos críticos no campo da Atenção Psicossocial. *Research, Society and Development*, 12(7), e7812742500. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i7.42500>
- Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). (2013). *Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Projeto Político-Pedagógico do Curso (PPC) de Pós-Graduação Lato Sensu em Formato de Residência Multiprofissional*.

CAPÍTULO 21

EM TEMPOS DE PANDEMIA, A RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL ANUNCIA: "CUIDAR COLETIVAMENTE NO CAPS É POSSÍVEL E FAZ BEM!"

Sonha Maria Coelho de Aquino
Vera Lúcia de Azevedo Dantas

Introdução

Entre as medidas de contenção do avanço do novo coronavírus (Sars-CoV-2) no país, em abril de 2020, fizeram-se algumas recomendações à Rede de Atenção Psicossocial, proferidas pelas diferentes esferas do governo, sobre possíveis estratégias de organização dos serviços no contexto da covid-19. Dentre as alterações, houve a necessidade de indicação da suspensão das atividades coletivas de forma presencial nos equipamentos de base comunitária, uma vez que a prevenção de aglomerações de pessoas foi uma das medidas adotadas no enfrentamento da pandemia (Brasil, 2020; Ceará, 2020).

No Centro de Atenção Psicossocial, tipo I, no município de Guaiuba-CE, as medidas foram adotadas. O equipamento que no município atende pessoas maiores de 18 anos com transtornos mentais graves e persistentes suspendeu as atividades coletivas por tempo indeterminado. Por conseguinte, o serviço limitou suas atividades ao acolhimento à crise, triagens e renovação de receitas, gerando uma outra preocupação: o fortalecimento do paradigma biomédico com atuações reduzidas a práticas ambulatoriais.

Entende-se que, antes mesmo da pandemia, as práticas coletivas já enfrentavam um cenário com predomínio das atuações fragmentadas e individualizantes, estruturadas pelo modelo biomédico (Moreira & Vieira, 2018). Contudo, com a pandemia, os desafios se ampliaram. Assim, a importância de

repensar a continuidade das atividades coletivas repercute modos de enfrentamento aos impactos da própria pandemia. Nesse contexto, as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), por meio das plataformas digitais, despontam como possibilidades e potências na prestação dos cuidados em saúde mental diante das medidas de restrição de contato social. Apresentaram-se como componentes importantes na continuidade dos tratamentos nesse período, bem como auxílio na manutenção das redes de apoio e suporte no autogerenciamento de rotina e hábitos saudáveis (Galea *et al.*, 2020; Druss, 2020).

Assim, a relevância desse trabalho está nas contribuições ao processo de formação na Residência em Saúde Mental Coletiva e à práxis do trabalho em saúde mental em meio a vivência de uma pandemia e seus impactos psicossociais. O que se fez foi questionar - e, então, identificar - as potencialidades e as fragilidades de um grupo terapêutico realizado de modo virtual como reinvenção do modelo psicossocial por causa do distanciamento social imposto pela pandemia, mas construindo possibilidades de cuidado mesmo assim. Além disso, visto as dificuldades apontadas por Menezes e Pegoraro (2019) - no cotidiano dos grupos e oficinas dentro dos CAPS e na formação deficitária dos profissionais para manejo de grupos - esta sistematização contribuirá à formação para o trabalho com grupos nos serviços de saúde mental, especialmente no próprio serviço da pesquisa.

O itinerário da narrativa e do vivido

Este trabalho apresenta um estudo qualitativo, do tipo "sistematização de experiência" (Jara, 2006), relativo ao contexto de atuação de uma psicóloga residente em saúde mental coletiva no CAPS do município de Guaiuba, estado do Ceará. A experiência, vivenciada entre abril e outubro de 2020, foi de planejamento e adaptação de um grupo terapêutico presencial para um a ser realizado virtualmente no contexto da pandemia de covid-19.

Partimos de um percurso metodológico, que tem como base a educação popular em saúde, compreendendo a experiência como espaço de formação e construção de saberes (Larrosa, 2017). Esta é, portanto, uma abordagem que se propõe ir além de um estudo descritivo, visto que busca, por meio da análise e síntese, a reconstrução e interpretação crítica de uma experiência concreta (Jara, 2006). Estruturamos o itinerário desta pesquisa a partir dos cinco passos propostos por Jara (2006): o ponto de partida; as perguntas iniciais; a recuperação do vivido; a reflexão de fundo; e os pontos de chegada. Assim, o primeiro passo, o ponto de partida, refere-se à própria experiência vivenciada, sendo necessário trazer os respectivos.

No caso deste trabalho, realizamos os registros por meio do diário de campo. O segundo passo, as perguntas iniciais, foi quando iniciamos propriamente a sistematização, sendo delimitados objetivo, objeto e aspectos centrais à sistematização. O terceiro passo, a recuperação do vivido, foi mediado pelo processo de orientação a partir de estratégias do círculo de cultura e ateliê autobiográfico (Freire, 2009; Delory-Momberger, 2006). Utilizamos da narratividade da própria experiência como estratégia de acesso e análise sobre o vivido. Assim, a partir de uma técnica de visualização criativa, a orientadora facilitou o espaço de vivência de reconstrução e reflexão da caminhada com a residente. Primeiramente, entramos em contato com os registros do vivido, recuperando elementos experienciais significativos, sendo realizadas sínteses criativas a partir de imagens e palavras geradoras. Estas foram desdobradas nas linhas da narrativa do trabalho.

A narrativa desdobrou-se em três linhas. Primeiro, trazemos a historicidade da experiência vivenciada, o surgimento do grupo atravessado pelo processo de formação na Residência em Saúde Mental Coletiva e a interprofissionalidade na produção do cuidado coletivo. Depois, apresentamos os desafios com a chegada da pandemia e da adaptação das atividades para o formato virtual. Por fim, narramos os modos de cuidado criados pelo grupo no contexto pandêmico e os desafios e possibilidades de abordagens participativas em um contexto virtual.

O quarto passo da sistematização da experiência, as reflexões de fundo, foi realizado em articulação com a narrativa do vivido. Nesse momento, questionamos a própria narrativa, um exercício de problematização da experiência a fim de ampliar o olhar sobre o vivido em diálogo com a literatura já existente. No último passo, os pontos de chegada, realizamos a formulação das conclusões da sistematização realizada e a comunicação das aprendizagens. Vale destacar que os saberes produzidos pelo processo podem ser teóricos ou práticos e são a base para novas aprendizagens, por isso podem apresentar-se inacabados ou em construção.

Residência multiprofissional em saúde e interprofissionalidade: o movimento em espiral como ponto de partida de uma experiência e sua análise

O movimento que deu início a nossa experiência foi um espiral de encontros: entre os diversos, territórios, pessoas, núcleos profissionais, usuários. Iniciou seu trajeto com a primeira turma de Residência em Saúde Mental Coletiva no município de Guaiuba-CE, em março de 2019. A partir destes encontros, ampliamos a perspectiva do fazer psicossocial, construindo novas atividades coletivas no território e nos equipamentos, como a implantação do Grupo Integrativo Rodas de Afeto (G.I.R.A.) no serviço do CAPS.

As Residências Multiprofissionais em Saúde são apontadas como estratégicas na formação e qualificação do trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e potenciais transformadoras do modo de organização dos serviços e das práticas em saúde. Elas resultam em uma atuação pedagógica e prática, em que os processos de trabalho são articulados entre as instituições formadoras e a Rede de Atenção à Saúde (Casanova *et al.*, 2018).

Nesse percurso, foi no processo de territorialização, como residentes, que vivenciam a chegada ao cenário de prática, ficando demarcada a necessidade de ampliação das atividades coletivas no cuidado em saúde mental do município. No CAPS, a realidade apresentada naquele momento trazia um modo de organização e

um cardápio de ofertas com prevalência nos atendimentos ambulatoriais e individuais. Um contexto desacreditado das práticas coletivas, em que a maior parte dos usuários tinham, em seus itinerários terapêuticos, apenas o acompanhamento psiquiátrico.

As práticas coletivas são uma das principais ferramentas terapêuticas dos CAPS, inclusive estabelecidas pela Política Nacional de Saúde Mental como as atividades prioritárias destes serviços (Brasil, 2011). É certo que as práticas coletivas por si só não asseguram um cuidado integralizado, dependem diretamente das perspectivas e condições que as estruturam. Além disso, seus modos de estruturação relacionam-se à própria dificuldade de adesão dos usuários aos grupos nos serviços, à escolha de tema e técnica grupal, que muitas vezes, soam descontextualizadas da realidade do usuário e a um planejamento não articulado com as demandas dos usuários, reforçando a atenção biomédica no cotidiano dos serviços e resultando em práticas esvaziadas de sentido, que não geram envolvimento dos usuários (Caixeta *et al.*, 2017, Onocko-Campos *et al.*, 2017).

Nesta perspectiva, implantamos o Grupo Integrativo Rodas de Afeto na busca por ampliar o cardápio de ofertas das atividades grupais do CAPS. A facilitação construiu-se compartilhada entre as residentes: assistente social, enfermeira e psicóloga. As atividades iniciaram em julho de 2019, um mês após chegarmos ao equipamento. Partimos de uma perspectiva da educação popular em saúde, em que buscamos pisar e sentir o território antes de propor algo, ampliando o movimento em espiral no encontro com usuários que acessávamos em atendimentos de acolhimento no serviço.

Realizamos uma aposta na potência terapêutica do estar em grupo, inclusive de pessoas que chegavam em crise no serviço, pois convidávamos para participar qualquer usuário e/ou seus familiares para participar, aceitando aqueles que tinham afinidade com dinâmicas grupais. No caminho, o grupo foi se desenhando como de caráter terapêutico e aberto, e delineamos como objetivo, sobretudo, promover o envolvimento dos usuários nos seus processos de cuidado. As atividades propostas buscavam promover uma escuta e a partilha das histórias de vida, dinamizando

exercícios de autocuidado integrativos, como exercícios de consciência corporal, técnicas de relaxamento, meditação e atividades reflexivas por meio de diversas linguagens artísticas - músicas, vídeos, imagens etc.

Nesse contexto, o processo formativo da residência, que se dá articulando teoria e prática, foi um facilitador da experiência. Uma formação atravessada pelo processo de trabalho em equipe, tanto nas atividades teóricas como nas práticas, promovendo a construção de processos coletivos, a começar pelo trabalho interprofissional. Vale ressaltar que, para que essa interação se caracterize como interprofissional, é preciso que se estabeleça um processo de trabalho colaborativo entre os profissionais. Na saúde mental, as residências fortalecem o modelo de cuidado e atenção psicossocial, transcendendo o tecnicismo, questionando práticas cristalizadas e promovendo a inovação das formas de cuidado por meio da efetivação da interprofissionalidade (Lima & Passos, 2019).

Desse modo, pensar coletivamente a condução do grupo foi a primeira potência e desafio do vivido. Realizávamos o planejamento e a avaliação das atividades em um turno semanal noturno de 3h, previsto na agenda exclusivamente para o planejamento da prática, porém houve momentos em que o cansaço e a correria da prática submergiam o espaço de planejamento. Caixeta *et al.* (2017) alertam para a importância do planejar, colocando o planejamento como etapa fundamental para a realização de grupos. Os autores apontam que negligenciar essa etapa leva a atividades improvisadas e desarticuladas, que impactam diretamente nos objetivos e resultados do grupo.

Realizar grupos simplesmente dividindo tarefas entre as facilitadoras era mais fácil e cômodo, porém, buscávamos a construção compartilhada, o planejamento conjunto e participativo, de forma que, aos poucos, envolvessem também os usuários nos processos de pensar. Uma situação-limite revelada, mas percebê-la foi um passo importante na busca por sua superação. Os encontros eram pensados conjuntamente entre as três facilitadoras, mesmo que nem sempre com um planejamento bem consolidado. Ora fazíamos presencialmente, no tempo predeterminado da agenda, ora

fazíamos por meio de grupo no WhatsApp ou em conversa rápida, mas sempre decidíamos conjuntamente os conteúdos a serem trabalhados. Eis um primeiro passo de superação da fragmentação do cuidado em saúde mental: pensar e intervir coletivamente.

O planejamento coletivo e participativo persistiu como situação-limite, porém, como aborda Freire (2016), aceitá-la assim coloca a situação-limite em condições de crítica, e somente a partir da crítica é possível construir possibilidades de superação - os inéditos viáveis. Contudo, a problematização desse desafio encerra-se em um questionamento: o quanto concretamente estamos dispostos a investir na construção compartilhada? Visto a necessidade de maior tempo em agendas tão demandadas pelos serviços, além de exigir acolhimento de concepções, às vezes divergentes dos individuais. Se planejar é um desafio posto, planejar sem conduzir os processos é um desafio maior ainda.

Conexões em tempos de pandemia: a reinvenção de uma prática coletiva em saúde mental

Com a determinação do isolamento social como principal medida protetiva ao novo coronavírus, os serviços praticamente pararam. Contudo, compreendíamos que não era possível cessar com a prestação de serviços de cuidado em saúde mental em meio a uma emergência psicossocial. Inquietava-nos como residentes, sobre como seria possível garantir a continuidade do cuidado sem colocar os usuários em risco de contaminação pela covid-19. Outra situação-limite apresentava-se, mas, como aponta Freire (2016), não nos cabia uma alternativa senão adaptar-nos a ela.

Em uma nova conjuntura que fragiliza ainda mais o modelo psicossocial de cuidado em saúde mental, estudos internacionais apontaram a importância de fortalecer as redes de saúde mental frente aos inevitáveis desafios postos pelos impactos psicossociais da pandemia de covid-19. Esta era uma convocação que exigia uma resposta rápida e criativa em meio à crise instalada em toda rede de saúde (Galea

et al., 2020). Ressaltamos que se trata de um isolamento social muitas vezes já imposto a essas pessoas, antes mesmo da pandemia, vias processos de exclusão e estigmatização da loucura (Moreira & Vieira, 2018). Por tudo isso, observamos uma importância ainda maior na promoção de atividades coletivas durante esses tempos, e não tirar o que, para muitos, representava o único lugar de fala e escuta. Assim, entre problematizações e diálogo, ainda no final de abril de 2020, ocorreu a adaptação do Grupo Integrativo Rodas de Afeto para o formato virtual. A atividade ficou suspensa por menos de um mês.

O processo de pensar a adaptação foi desafiador no sentido de ausência de aporte teórico e prático diante da nova conjuntura, mas a própria realidade apresentava as possibilidades. Iniciamos realizando contato telefônico com os participantes do grupo para saber se eles tinham acesso às chamadas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e para apresentação da proposta de sua continuidade no formato virtual, sendo o WhatsApp a ferramenta comum para todos. Nas ligações, eles traziam o agravamento do sofrimento psíquico, ansiedade, medo, tristeza e solidão em virtude da vivência da pandemia e do distanciamento social. Relataram também os sentimentos de saudade do grupo e de alegria pela possibilidade de se reencontrarem, mesmo que de forma remota. Isto só confirmava a importância da continuidade da prática coletiva. Apenas uma integrante não manifestou o interesse em participar no modelo virtual.

Nesse contexto, estudos apontam o aumento no desenvolvimento de adoecimentos psíquicos decorrentes dos efeitos estressores da pandemia, desde impactos psicológicos relacionados ao risco de contágio da covid-19, bem como relacionado aos impactos psicossociais (Wang *et al.*, 2020, Pfefferbaum & North, 2020). Entre as medidas que impactam negativamente a saúde mental, está a ruptura das redes de apoio com as medidas de restrição de contato social. Isto afetou especialmente os usuários com transtornos mentais graves, os quais muitas vezes têm uma rede de apoio restrita aos serviços devido aos estigmas que sofrem. As medidas

de distanciamento social podem, assim, aumentar o risco de solidão e isolamento nessa população (Druss, 2020).

O G.I.R.A passou, então, a ser realizado por meio de grupo no WhatsApp e no mesmo horário do presencial, a partir de contato institucional. A interação acontecia por áudios, vídeos e textos, sendo que o grupo só ficava aberto para envio das mensagens no horário do encontro. As metodologias utilizadas deram continuidade ao presencial, permanecendo um grupo aberto para entrada e saída de participantes. Muitas foram as preocupações iniciais, em relação à adaptação do formato, por parte de alguns profissionais do serviço. Questionava-se, sobretudo, a garantia do sigilo. Tratava-se naquele momento de uma dinâmica ainda pouco conhecida. Foi necessário pesquisar outras iniciativas semelhantes para fundamentar a existência do grupo virtual e tê-lo aceitado como possibilidade dentro do serviço. Havia ainda falas sobre a possibilidade de alguns usuários não terem acesso à ferramenta virtual, mas a aposta foi feita, sendo o único grupo do serviço que continuou nesse tempo de pandemia. Naquele momento, ainda não se tinha tantas notícias sobre os cuidados por meio das TIC, que eclodiram no período pandêmico (Caetano *et al.*, 2020). Contudo, de alguma forma as ideias estavam conectadas com outras experiências, mesmo que naquele momento não houvesse comunicação direta. Citamos ainda nossas preocupações com o próprio manejo do grupo - se daríamos conta das demandas emergentes, uma vez que, no meio virtual, as fronteiras são mais difusas. Todavia, o receio maior era de como continuar ritmando encontros de afetos e diálogos entre os participantes diante do emprego de uma estratégia, os grupos de WhatsApp, com histórico de referências de uso automatizado das interações e de conflitos relacionais (Andrade, 2020).

Iniciamos o primeiro encontro no formato *on-line* mesmo com todas as inseguranças e questionamentos levantados. Participaram quatro usuários e as três facilitadoras. Nesse dia, foi realizado o acolhimento com a música "Canção da Esperança", de Flávia Wenceslau, e a construção coletiva do acordo de convivência,

ressaltando, sobretudo, a importância do sigilo e respeito às falas. Como sempre, o momento de acolhimento foi disparador de muitos diálogos e reflexões. Na finalização do encontro, mesmo sem programar, a metodologia de fechamento foi proposta já por uma usuária com a música "Do Outro Lado do Mundo", de Celeste e Alana Dédalos, que trazia mensagem sobre estar perto de alguém mesmo estando distante fisicamente, o que sintetizou as falas naquele dia.

Neste primeiro encontro, a avaliação que trouxeram foi de como sentiam-se acolhidos mesmo que por meio da virtualidade. A experiência denota que a linguagem artística, mediada pela música, permitiu a redução de barreiras no acesso e na profundidade de encontro com o outro, facilitando a expressividade do sentir, pensar e agir e mobilizando sentidos significativos para os participantes (Dantas *et al.*, 2020). Ao longo dos encontros, o modo de conexão e interatividade oscilou entre aproximações e distanciamentos. Para alguns usuários, o formato *on-line* facilitou devido à distância de suas moradias até o CAPS, já que, no presencial, nem sempre conseguiam chegar ao serviço. Para outros, no virtual havia a dificuldade de conexão da Internet, que nem sempre funcionava bem. Por fim, o espaço da virtualidade desvelou-se um paradoxo ao pensar a saúde mental no contexto da pandemia de covid-19. Este foi promotor de excesso de informações, sobretudo notícias negativas exibidas sobre o novo coronavírus, quando não a propagação de *fake news*, levando a recomendações de distanciamento desse espaço quando estivesse disparando estados de alerta constantes e ampliando o medo e a ansiedade. Contudo, foi também facilitador de espaços de cuidado, apresentando-se como potente estratégia de enfrentamento aos efeitos do isolamento social na saúde mental. Uma diferenciação marcada pela intenção ética, que no contexto da saúde deve preceder o ato e operar o espaço relacional, nas presenças físicas e virtuais (Caetano *et al.*, 2020; Pereira *et al.*, 2020).

Os modos de cuidar e as dinâmicas grupais no virtual: desafios e possibilidades

Foram 20 encontros virtuais entre abril e outubro de 2020. Em constante movimento de circularidade, as dinâmicas grupais do G.I.R.A. *on-line* estruturaram-se como abertas. Alguns usuários constantemente, outros mais esporadicamente, participavam do grupo. Alguns saíram, outros entraram. Nem sempre tudo dava certo, e fomos entendendo que, mesmo assim, tudo bem. Foi necessário aprender em ato o significado do 'ser inacabado' postulado por Freire (2016), em que o profissional precisa perceber-se também como aprendiz, como possibilidade e potencialidade de estar em construção, tendo a consciência do nosso inacabamento, o que nos abre à possibilidade de ir além. Eram as nossas *aberturas* que nos permitiam incorporar novos elementos e, assim, nos desenvolvermos continuamente através dos processos vividos.

As formas de envolvimento foram diversas. Algumas pessoas que no presencial pouco falavam, no virtual interagiam mais. Outros não enviavam mensagens de qualquer tipo durante os encontros, mas relatavam acompanhar o grupo lendo/escutando as mensagens trocadas. É certo que passou a ser mais frequente e comum a partilha de conteúdos relacionados aos diálogos estabelecidos durante os encontros, desde músicas, imagens, vídeos, dicas de filmes até meditações guiadas.

Corrêa e Rozados (2017) explicam que o mundo das TIC possui recursos audiovisuais facilitadores e atrativos, com rapidez na troca de informações. O uso da ferramenta escolhida, grupo de WhatsApp, possibilitou também que os participantes que não estavam *on-line* no horário do grupo pudessem conectar-se ao encontro mesmo que de forma assíncrona, o que percebemos ao entrarmos em contato com os participantes ausentes. Estes, por sua vez, traziam *feedbacks* positivos sobre os conteúdos partilhados, reforçando que acompanhavam o grupo em outro momento quando não conseguiam participar *on-line*. Quanto às justificativas de ausência, foram, sobretudo, pelo não acesso à Internet e/ou conexão de dados limitadas, bem como imprevistos e esquecimento.

Aos poucos fomos compreendendo que o modo de envolvimento não estava ligado às dinâmicas e metodologias específicas, mas sim à possibilidade de construção de um clima grupal de partilha, o que exigia mais que uma programação atrativa, exigia também a promoção de um ambiente acolhedor e potencializador. Um grupo de atividades contínuas requer esforço criativo, metodológico e de colaboração entre os participantes para garantia de sua sustentabilidade (Barros & Pedrosa, 2019).

O total de participantes foi de 11 usuários. Conseguimos manter a frequência de participação no modelo virtual mesmo com todos os desafios colocados. Além disso, via-se um fortalecimento da credibilidade na força do cuidado coletivo, que se dava pela percepção dos processos dos usuários mais participativos e envolvidos com seus itinerários terapêuticos. Para além da melhoria no quadro de sofrimento psíquico, o envolvimento no grupo implicava desenvolvimento da autonomia e projetos de vida. Nessa perspectiva, Barros e Pedrosa (2019) apresentam experiência semelhante de um grupo de escuta e acolhimento em saúde mental, reforçando que as trocas e os saberes partilhados estabelecidos no grupo eram transpostos para a vida cotidiana do usuário, fortalecendo sua autonomia e colaborando no enfrentamento de estigmas de desqualificação e impotência do usuário de saúde mental. A alegria e gratidão de estar em grupo era uma constante expressa pelos participantes, embora alguns mencionassem também o desejo de retomo ao formato presencial. Além disso, ressaltaram, ao longo dos encontros, a importância de saberem que outras pessoas passaram por momentos semelhantes e poderem partilhar entre si vivências e estratégias de enfrentamento de seus problemas, ou ainda em sentirem-se acolhidos e cuidados, ou sentirem-se parte de algo. Criou-se um espaço de ampliação de contatos sociais, então, chegavam até mesmo a expressar a ausência sentida quando algum participante passava vários encontros sem interagir.

Estudos já apontam a relevância das práticas coletivas nos serviços substitutivos de saúde mental, reconhecendo-as como: recurso de desinstitucionalização, facilitando processos de autonomia, socialização, cidadania, inserção social e emancipação (Menezes & Pegoraro, 2019); reabilitação psicossocial (Ibiapina & Monteiro, 2017); promotora de potencialidades e habilidades, permitindo

aos envolvidos a participação ativa em seus processos de cuidado (Farias *et al.*, 2016); e espaço relacional de trocas de conhecimentos, afetos e formação de vínculos (Farias *et al.*, 2017).

Os usuários mencionavam constantemente o grupo como estratégia de fortalecimento emocional no período pandêmico, trazendo falas como: "No começo não tinha nem força para caminhar. Hoje voltei"; "Me ajudou a me adaptar a uma nova vida"; "Tô me sentindo muito bem agora com o grupo. Tava me sentindo muito sozinha". Nesse contexto, Galea *et al.* (2020) em seu trabalho aponta experiências no período pandêmico com o uso das TIC como forma de reduzir o distanciamento social e enfrentar os sentimentos de solidão e suas consequências à saúde mental.

Além dos novos desafios, os de facilitação, que já existiam no presencial, tornaram-se mais evidentes no formato virtual. A interação e administração do grupo virtual ocorria conjuntamente entre as facilitadoras por um único contato de WhatsApp por meio do computador. Contudo, os encontros ocorriam pelo envio e recebimento de mensagens, tomando o risco de dividir a atenção uma constante. Além disso, embora o ambiente fosse preparado da mesma forma que no presencial, em uma sala específica para a realização do grupo, diversas vezes houve interrupção da atividade por outros profissionais, quando chegavam demandas direcionadas às facilitadoras, por exemplo.

De um modo geral, independentemente da TIC a ser utilizada ou de o formato ser síncrono ou assíncrono, talvez o principal desafio da virtualidade seja o mesmo dos grupos presenciais, que consiste, como afirmam Vieira *et al.* (2018), em compreender a importância da qualidade da presença. Isso não anula a importância da dimensão técnica, mas implica autenticidade, disponibilidade de escuta e abertura para "ser tocado" pelo outro em uma relação. Se foi percebendo que a questão talvez não fosse mesmo quantitativa, mas, principalmente, de produção de sentidos para os envolvidos. Assim, importava mais a ocupação com questionamentos em torno da promoção de encontros significativos. Estar no aqui e agora e ser presença inteira com o grupo, promovendo o encontro entre singularidades e a unicidade com o grupo. Nesse encontro, a potência das possibilidades de transformação.

Assim, a técnica de cuidado em saúde mental mais importante está nas relações. Nesse sentido, as atividades coletivas potencializam essa técnica à medida que promovem o "cuidado em relação" ou o "cuidado em interrelação" - usuários e profissionais de saúde, usuários e usuários - criando-se uma "rede de interações e apoio social em saúde mental", que produz encontros e, no encontro, o cuidado (Barros & Pedrosa, 2019).

Por fim, o cuidado pressupõe ocupação, não pré-ocupação. Responsabilidade e afetos se estabelecem nas atitudes de envolvimento com o outro e produção de entornos com a natureza. Quando a pessoa sai de si, volta-se para o mundo. Portanto, é com desvelo e solicitude que acolhemos. É um modo de ser no mundo. Como conceitua Boff (2011), a experiência se revela na partilha.

Considerações Finais

O Grupo Integrativo Rodas de Afeto, no formato virtual, desvelou-se como potente estratégia de cuidado em meio à pandemia. Mesmo em um espaço virtual, as pessoas se perceberam integrantes de um coletivo e os encontros produziram espaços de fala, escuta e reflexão. O Grupo demarcou-se como importante espaço de apoio mútuo diante dos temores, ansiedade e solidão agravados pela covid-19. Entre os desafios da modalidade, ressaltamos a importância do debate sobre acesso à Internet com qualidade como parte da garantia de direitos em tempos de isolamento social, inclusive como direito à saúde, visto que esta foi a maior causa da não participação síncrona dos participantes do grupo.

O processo pedagógico da Residência em Saúde Mental Coletiva apresentou-se como facilitador da produção de cuidado coletivo sob a perspectiva da interprofissionalidade - uma perspectiva que coincide com uma formação voltada para o SUS. Além disso, a experiência de cuidado coletivo mediado por esse ponto de vista resultou em importantes impactos para a nossa formação em saúde mental, desorganizando, positivamente, os modos individuais de pensar e atuar, passando à

concepção de um modelo de construção compartilhada - o que exigiu, de um lado, a quebra da rigidez e do controle, enquanto, de outro, exigiu a valorização das singularidades no desafio diário e significativo da construção de ritmos sintonizados.

Referências

- Andrade, A. N. (2020). *Novas interações sociais e a crise dos afetos: estudo sobre as desavenças familiares nos grupos de WhatsApp no contexto da polarização política de 2018* [Dissertação de mestrado, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro].
- Barros, A. L., & Pedrosa, J. L. (2019). Oficina de planejamento num grupo de Escuta e Acolhimento em Saúde Mental. *Revista de Enfermagem UFPI*, 8(esp), 19-23.
- Boff, L. (2011). *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra* (20th ed.). Vozes.
- Brasil. (2011). *Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/02/NT-O1_2020-COPOM.pdf
- Brasil. (2020). *Nota Técnica n.º 12, de 02 de abril de 2020*. Recomendações à Rede de Atenção Psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da infecção da covid-19 causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2). Ministério da Saúde. <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/notatecnica122020CGMADAPESSAP SMS02abr2020COVID-19.pdf>
- Caetano, R., Silva, A. B., Guedes, A. C. C. M., Paiva, C. C. N., Ribeiro, G. R., Santos, D. L., & Silva, R. M. (2020). Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela Covid-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5), e00088920. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>
- Caixeta, C. C., et al. (2017). Os fatores restritivos da prática com grupos terapêuticos: construindo hipóteses de soluções. *CIAJQ2017*, 2, 325-334.
- Casanova, I. A., Batista, N. A., & Moreno, L. R. (2018). A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface*, 22, 1325-1337.
- Ceará. (2020). *Nota Técnica 01, de 19 de março de 2020*. Orientações e esclarecimentos aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) durante o período de Emergência em Saúde Pública no estado do Ceará, nos termos do Decreto n.º 33.511, de 16 de março de 2020, referente ao surto de Covid-19. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/02/NT-O1_2020-COPOM.pdf
- Corrêa, M. V., & Rozados, H. B. F. (2017). A netnografia como método de pesquisa em Ciência da Informação. *Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação*, 22(49), 1-18.
- Dantas, V. L. A., Paro, C. A., & Cruz, P. J. S. C. (2020). Educação popular em saúde, arte e múltiplas linguagens. *Revista de Educação Popular*, 298-311.

- Delory-Momberger, C. (2006). Formação e socialização: os ateliês biográficos de projeto. *Educação e Pesquisa*, 32(2), 359-371.
- Druss, B. G. (2020). Addressing the Covid-19 pandemic in populations with serious mental illness. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 891-892.
- Farias, T. D., Thofem, M. B., & Kantorski, L. P. (2016). A oficina terapêutica como espaço relacional na atenção psicossocial. *Revista Uruguaia de Enfermagem*, 11(2), 2-13.
- Farias, I. D., Thofem, M. B., Porto, A. R., & Kantorski, L. P. (2017). Oficinas terapêuticas: percepção de trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial. *Journal of Nursing and Health*, 7(3), e177307. <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/10109>
- Freire, P. (2009). *Educação como prática de liberdade* (32nd ed.). Paz e Terra.
- Freire, P. (2016). *Pedagogia do oprimido* (60th ed.). Paz & Terra.
- Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The mental health consequences of covid-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. *JAMA: The Journal of the American Medical Association - Internal Medicine*, 180(6), 817-818.
- Ibiapina, A. R. S., & Monteiro, C. F. M. (2017). Percepção dos profissionais sobre as oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação no Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Rede e Cuidado em Saúde, IJ(J)*, 1-J 5. <https://publicacoes.unigranrio.edu.br/rcs/article/view/4014>
- Jara Holliday, O. (2006). *Para sistematizar experiências* (2nd ed.). MMA.
- Larrosa, J. (2017). *Tremores: escritos sobre experiência*. Autêntica.
- Lima, I. C. B. F., & Passos, I. C. F. (2019). Residências Integradas em Saúde Mental: para além do tecnicismo. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2), e1981-7746.
- Menezes, G. P., & Pegoraro, R. F. (2019). Panorama das atividades grupais desenvolvidas em Centros de Atenção Psicossocial (2006-2016). *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1-17.
- Moreira, K. B., & Vieira, C. A. L. (2018). Acolhimento às pessoas em sofrimento psíquico: desafio à reforma psiquiátrica. *SANARE -Revista de Políticas Públicas*, 17(1), 102-109.
- Onocko-Campos, R., et al. (2017). Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde em debate*, 4(esp), 71-83.
- Pereira, M. D., et al. (2020). A pandemia de covid-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(7), e652974548-e652974548.
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Saúde mental e a pandemia de covid-19. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512.
- Vieira, E. M., et al. (2018). Versão de sentido na supervisão clínica centrada na pessoa: alteridade, presença e relação terapêutica. *Revista Psicologia e Saúde*, 10(1), 63-76.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (covid-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. DOI: 10.3390/ijerph17051729

LISTA DE AUTORES

Adriana Drummond de Andrade Cirurgiã-dentista, mestra e doutora em Saúde Coletiva, atuante na Estratégia Saúde da Família, Unidade de Saúde Forte São João, Prefeitura Municipal de Vitória. adrianadrummond73@gmail.com

Ana Carolina Brondani Psicóloga, mestra em Psicologia Social e Institucional, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança: violência e vulnerabilidades (não concluída), servidora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. ana.brondani@ufrgs.br

Andréa Taborda Ribas da Cunha Médica, especialista residente em Medicina de Família e Comunidade, especialista em Educação Permanente em Saúde, mestra em Saúde da Família, doutoranda em Clínica Médica, professora assistente nas Universidades do Estado do Rio Grande do Norte e Federal Rural do Semiárido, coordenadora da Comissão de Residência Médica da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. andrea.taborda@ufersa.edu.br

Anna Heliza Silva Giomo Farmacêutica, servidora da Secretaria Estadual da Saúde do Distrito Federal, compondo uma equipe eMulti, preceptora na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. annagiomo@gmail.com

Antônio Vladimir Félix Silva Pedagogo, psicopedagogo clínico, doutor em Psicologia, professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Programa de Residência Multiprofissional da Saúde da Família na Atenção Básica da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. wladyfelix@ufpi.edu.br

Bianca Martins Alves Fonoaudióloga, residente em Saúde da Família pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. biancaamalves@gmail.com

Cândida Calenzani Petri Cirurgiã-dentista, residente em Saúde da Família pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. candidacalenzani@gmail.com

Catharina Leite Matos Soares Odontóloga, especialista em docência na saúde, mestra em Saúde Comunitária, doutora em Saúde Pública, professora adjunta da Universidade Federal da Bahia. catharinamatos@gmail.com

Célia Márcia Birchler Assistente social, mestra em Saúde Coletiva e coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. celia.birchler@gmail.com

Célia Maria Borges da Silva Santana Assistente Social, mestra em Ensino da Saúde, doutoranda em Saúde Pública, analista em Educação na Saúde e diretora da Escola de Governo em Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. celiambasantana@hotmail.com

Cindy Avani Silva Ceissler Cirurgiã-dentista, especialista em Saúde da Família e Comunidade e em Odontologia em Saúde Coletiva, mestra em Saúde Coletiva, doutoranda em Saúde Pública, analista em Educação na Saúde, Escola de Saúde Pública de Pernambuco. cindyceissler@gmail.com

Daline da Silva Azevedo Psicóloga, especialista residente em Atenção Básica/Saúde da Família, mestranda em psicologia, Universidade Federal do Delta do Parnaíba. dalinesilvaazevedo@gmail.com

Daniella Oliveira Cerqueira Assistente social, especialista em Saúde Coletiva com ênfase na Primeira Infância no Contexto do Zika Vírus, residente em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. danny.cerqueira2@hotmail.com

Denise Bueno Farmacêutica, especialista em Farmácia Clínica (Chile), Suporte Nutricional, Administração Hospitalar e Segurança do paciente, doutora em neurociências, estágio pós-doutoral em segurança do paciente na atenção primária (Portugal) professora titular na área de Assistência Farmacêutica na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, docente do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde. denise.bueno@ufrgs.br

Dyana Helena de Souza Doutoranda em Política Social, pesquisadora no Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. dyana_4521@hotmail.com

Emanoela Antunes da Silva Enfermeira, especialista em Saúde Mental, especialista residente em Saúde Coletiva, enfermeira assistencial do Distrito Sanitário Especial Indígena para os estados de Alagoas e Sergipe. emanoela.antunes@gmail.com

Emmanuelly Correia de Lemos Profissional de Educação Física, sanitarista, doutora em Educação Física, servidora da Escola de Saúde Pública de Pernambuco. emmanuelly.lemos@upe.br

Fernando de Lima Profissional de Educação Física, especialista residente em Saúde da População do Campo, mestrando em Educação Física. fernando.lima2@ufpe.br

Gabriela Brito Pires Psicóloga, especialista em Psicologia Hospitalar, especialista residente em Psicologia Hospitalar, mestra em Ensino na Saúde, preceptora da residência em saúde da criança: violência e vulnerabilidades, Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas e Universidade Federal do Rio Grande do Sul. gabrielabpsi@gmail.com

Gabriele Teixeira Braz de Souza Fisioterapeuta, residente em Saúde da Família, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. g.teixeirasouza20@gmail.com

Guilherme Costa dos Santos Psicólogo, residente em Saúde Mental, Universidade Federal do Vale do São Francisco. guilhermecosta985@gmail.com

Iara dos Santos Leal Fisioterapeuta, especialista residente em Saúde Coletiva, mestranda em reabilitação e desempenho funcional, Universidade de Pernambuco. iara.leal@upe.br

Isabel Passos Delforge Psicóloga, especialista em Saúde Mental, formação complementar em Direitos Humanos. isabel.pdelforge@upe.br

Isis Aríscia de Araújo Martins Psicóloga, especialista residente em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade, mestranda em Cognição, Tecnologias e Instituições. isisariscia@gmail.com

Izabel Cristina de Medeiros Dantas Cirurgiã-dentista, mestra em Saúde Coletiva. medeirosbebel@hotmail.com

Johny da Silva Diniz Profissional de Educação Física, especialista residente em Atenção Básica. johnydinizl995@gmail.com

Josefa Lusitânia de Jesus Borges Assistente social, doutora em Educação, professora adjunta da Universidade Federal da Bahia, tutora da Residência Multiprofissional em Desenvolvimento Infantil na Comunidade. lusitaniaborges@gmail.com

Josicleia Oliveira de Souza Psicóloga, especialista residente em Saúde Mental e especialista residente em Saúde da Família, mestra em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. josi.oliveirasouza@hotmail.com

Juliana Siqueira Santos Fisioterapeuta, especialista residente em Saúde Coletiva, especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, mestra em Saúde Coletiva, doutora em Saúde Pública, sanitarista na Secretaria Municipal de Saúde de

Recife/PE, exerceu o cargo de Diretora Geral de Educação na Saúde na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco de 2015 a 2022.jucasiqueira@gmail.com

Karla Susane Prado Aguiar Assistente Social, mestranda em Ensino na Saúde, atuante em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.
karlasusane@gmail.com

Lara Rabelo Costa Psicóloga, especialista em Neuropsicologia e em Reabilitação Neuropsicológica, mestranda em Psicologia, preceptora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Funcional e Reabilitação. laraarabelopsi@gmail.com

Livia Milena Barbosa de Deus Mélo Fisioterapeuta, sanitarista, doutora em Saúde Pública, professora da Universidade Federal de Pernambuco, membro da Coordenação-Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde.
livia.me@ufpe.br

Lorrainy da Cruz Solano Enfermeira, especialista em Educação Popular em Saúde, mestra e doutora em Enfermagem, preceptora da residência em atenção básica da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, professora do mestrado em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará (Rede Nacional de Saúde da Família), enfermeira assistencial do município de Mossoró. lorrainycsolano@yahoo.com.br

Luiz Carlos Espíndola Júnior Psicólogo, especialista residente em Saúde da Criança: violências e vulnerabilidades, psicólogo judiciário, Tribunal de Justiça de São Paulo. luiz_carlos_l1993@hotmail.com

Maiara Kely da Silva Fisioterapeuta, especialista em Fisioterapia Traumatológica e Desportiva, especialista residente em Saúde Coletiva.
maiamarks29@gmail.com

Margareth Pandolfi Cirurgiã-dentista, doutora em Saúde Coletiva e tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde.margareth.pandolfi@hotmail.com

Maria Cecília Gonçalves Brandão Psicóloga, especialista em Saúde Mental, residente em Saúde Coletiva Universidade Estadual de Pernambuco.
mcecilia.gbrandao@gmail.com

Maria Deisyelle Sibaldina da Silva Almeida Profissional de Educação Física, especialista residente em Saúde da População do Campo, mestra em Educação Física, coordenadora administrativa da Federação do Esporte Escolar de Pernambuco.
deisyelle.almeida@upe.br

Matheus Barbosa da Rocha Psicólogo, especialista em saúde mental, mestre e doutor em Psicologia, professor substituto na Universidade Federal do Delta do Parnaíba. matheus.barbosa.045@ufrn.edu.br

Michele da Conceição Barros Silva Enfermeira, especialista em Enfermagem Gerontológica e em Enfermagem Cardiológica. michelebarros226@gmail.com

Naraiana de Oliveira Tavares Psicóloga, doutora em Neurociências, professora adjunta da Universidade Federal de Goiás. tavares.naraiana@gmail.com

Natália São Tiago Vieira Psicóloga, especialista residente em Atenção Básica, mestra em Psicologia. natstvieira@gmail.com

Nathalya Silveira da Silva Psicóloga, residente em Saúde Mental, Universidade Federal do Vale do São Francisco. nathalyasilveira50@gmail.com

Nicole Caroline Nascimento da Silva Carvalho Profissional de Educação Física, especialista residente em saúde da população do campo, mestranda em Educação Física. nicole.caroline@upe.br

Norhan Sumar Mestre em Saúde Pública, professor assistente no Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto, coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. norhan@prof.unifase-rj.edu.br

Patrícia Oliveira Lira Psicóloga, doutora em Psicologia, professora adjunta na Universidade de Pernambuco, atuando no mestrado profissional em Práticas e Inovação em Saúde Mental. patricia.lira@upe.br

Paulette Cavalcanti de Albuquerque Médica, sanitarista, doutora em Saúde Pública, professora e pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco e Universidade de Pernambuco. paulette.cavalcanti@gmail.com

Priscila Rocha Araújo Nadder Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva. priscillanader.sesa@gmail.com

Priscilla Lunardelli Assistente Social, especialista em Direito Sanitário, especialista em Gestão da Clínica e Educação na Saúde, servidora da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, tutora da Residência Integrada em Saúde. priscilla-lunardelli@saude.rs.gov.br

Reijane Pandolfi Linguista Inglês/Português, mestre em Educação, Secretária de Educação do Estado do Espírito Santo. reijanepandolfi@hotmail.com

Renata Helena Bastos Castro Psicóloga, residente em Saúde Mental, Universidade Federal do Vale do São Francisco. renatahbc@gmail.com

Ricardo Burg Ceccim Sanitarista, especialista em saúde pública, mestre em Educação, doutor em Psicologia Clínica, pós-doutor em Antropologia Médica (Espanha), com estágio pós-doutoral em políticas públicas sociais e de saúde (Itália), professor titular na área de Educação em Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (até 2023), professor nas Universidades Federais do Rio Grande do Norte e Rural do Semiárido. burgceccim@gmail.com

Ricardo Cardoso dos Santos Nutricionista, especialista residente em Saúde Coletiva, mestrando em Saúde Coletiva, pesquisador no Observatório de Análise Política em Saúde, Universidade Federal da Bahia. ri_cardo79@yahoo.com

Rita Buttes da Silva Terapeuta Ocupacional, especialista em Metodologia do Trabalho Comunitário e Gestão da Clínica, mestra em Ciências Criminais, Terapeuta Ocupacional na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, na Área Técnica da Saúde do Imigrante e Povos Ciganos. rbuttes@portoalegre.rs.gov.br

Sandra Corrêa da Silva Psicóloga, especialista em Aconselhamento das Relações Familiares, em Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes e em Práticas Pedagógicas em Saúde, preceptora na residência em saúde da criança: violência e vulnerabilidades, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e Universidade Federal do Rio Grande do Sul. sandrainha65@gmail.com

Sheila de Quadros Uzêda Psicóloga, pós-doutora em Educação, professora adjunta e preceptora na Residência em Desenvolvimento Infantil na Comunidade, Universidade Federal da Bahia. sheilauzeda@ufba.br

Sonha Maria Coelho de Aquino Psicóloga, especialista residente em Saúde Mental Coletiva e residente em Saúde da Família, Escola de Saúde Pública do Ceará. sonha.mca@gmail.com

Sueleen Thaísa Henrique de Souza Enfermeira, residente em Saúde Mental, Universidade Federal do Vale do São Francisco. sueleendesouza@gmail.com

Suelen Franco Nutricionista, especialista residente em Atenção Básica, mestra em Enfermagem, atua no Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica, município do Rio de Janeiro. suelen.franco4@gmail.com

Tatiana Oliveira Novais Odontóloga, doutora em Saúde Coletiva, servidora da Fundação Oswaldo Cruz em Brasília. tatiana.novais@fiocruz.br

Tatiane Jardim Costa Enfermeira, mestra em Ensino na Saúde, Professora Auxiliar na Universidade Estácio de Sá, preceptora no Programa de Internato de Medicina e Enfermagem e Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro. tatijardim83@gmail.com

Taynara Poliana Gonçalves de Melo Profissional de Educação Física, especialista em Saúde Mental e em saúde da população do campo, mestranda em Hebiatria. taynara.melo@upe.br

Taysa Rayane Lucas de Paiva Nutricionista, especialista residente em Atenção Básica. rayanepaivanutricionista@gmail.com

Thayane Pereira da Silva Ferreira Terapeuta ocupacional, especialista residente em Saúde Mental, mestra em Saúde Coletiva, doutoranda em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. thayane.silva01@hotmail.com

Vera Lúcia de Azevedo Dantas Médica, doutora em Educação, servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. dantas.verinha@gmail.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acolhimento: 253, 254, 268, 296, 311, 340, 379, 380

Acompanhamento: 119, 120, 124, 251, 264, 312

Afetividade: 237, 247, 248

Alteridade: 238

Atenção Básica: 10, 23, 27, 28, 33, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 71, 72, 75, 77, 80, 84, 107, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 155, 156, 157, 159, 160, 164, 183, 192, 193, 197, 212, 220, 223, 224, 226, 251, 252, 264, 268, 269, 270, 272, 273, 274, 276, 277, 278, 279, 280, 296, 298, 316, 334, 335, 360, 363, 381, 382, 383, 385, 386, 387

Atenção Primária à Saúde: 10, 29, 39, 41, 42, 58, 60, 61, 78, 90, 92, 160, 161, 233, 298, 300, 308, 351, 361

B

Benefício Assistencial à Pessoa com

Bioética: 161, 171, 173

C

Carga Horária: 20

Comunicação: 40, 42, 133, 162, 166, 185, 229, 248, 278, 366, 372

D

Depressão: 161, 205

Desafios: 333, 363, 379

Deficiência (BPC): 286

E

Educação em Saúde: 75, 86, 117, 146, 155, 156, 277, 351, 386

Educação Permanente em Saúde: 10, 63, 93, 137, 139, 146, 156, 175, 176, 199, 318, 360, 381

Educação Popular em Saúde: 270, 384

Empatia: 240, 243

Ensino Remoto: 229, 230

Ensino Remoto Emergencial: 229

Escuta: 379

Especialidade: 15, 17, 22

Estratégia Saúde da Família: 27, 29, 30, 33, 62, 63, 65, 143, 234, 268, 381

Estresse: 106, 148

F

Fatores de Risco: 43

Formação: 106, 107, 181, 184, 188, 197, 267, 380

G

Gestantes: 34, 140

H

Humanização: 68, 75, 175, 176, 177, 273, 281

I

Imigração: 178, 179

Informação: 42, 90, 132, 162, 164, 229, 366, 372, 379

Insegurança: 180, 197

J

Juventude: 17, 24, 59, 75, 89, 252

L

Lato Sensu: 364

Luto: 288, 297

P

Pandemia: 5, 9, 12, 60, 100, 123, 131, 141, 197, 232, 278, 315, 392

Planejamento e Gestão: 96, 98

Prevenção: 43, 57, 296

Promoção da Saúde: 43, 57, 60, 76, 211

S

Saúde da Família: 28, 29, 33, 34, 37, 39, 41, 42, 61, 64, 65, 72, 143, 146, 149, 183, 197, 199, 202, 206, 214, 215, 216, 223, 233, 236, 252, 264, 268, 270, 271, 272, 273, 276, 282, 298, 360, 363, 381, 382, 383, 384, 386

Saúde Indígena: 170

Saúde Mental: 13, 30, 37, 102, 181, 236, 267, 268, 276, 277, 278, 296, 319, 330, 332, 336, 347, 348, 350, 352, 353, 354, 355, 359, 362, 364, 366, 367, 368, 369, 378, 379, 380, 382, 383, 384, 385, 386, 387

Saúde Pública: 11, 39, 61, 91, 92, 111, 125, 126, 141, 145, 160, 179, 228, 231, 276, 278, 285, 315, 330, 348, 379, 381, 382, 383, 384, 385, 386

T

Trabalho de Conclusão de Curso: 161, 178, 197

Transtorno do Espectro Autista: 299, 300, 308, 310, 315, 316

V

Vacinação: 140

Vigilância em Saúde: 78, 79, 80, 81, 88, 89, 90, 91, 103, 235

The first part of the paper discusses the importance of the research and the objectives of the study. It highlights the need for a comprehensive understanding of the subject matter and the role of the researcher in this process. The second part of the paper presents the methodology used in the study, including the data collection methods and the analysis techniques. The third part of the paper discusses the results of the study and the conclusions drawn from the findings. The final part of the paper provides a summary of the key points and offers suggestions for future research.

The research was conducted in a systematic and rigorous manner, following the principles of scientific inquiry. The data was collected from a representative sample of the population, and the analysis was performed using advanced statistical techniques. The results of the study are presented in a clear and concise manner, allowing for a thorough understanding of the findings. The conclusions drawn from the study are based on the evidence presented and are supported by the data.

The study has several limitations, which are discussed in detail in the paper. These limitations include the sample size, the duration of the study, and the potential for bias. Despite these limitations, the study provides valuable insights into the subject matter and contributes to the existing body of knowledge. The findings of the study have important implications for practice and policy, and they provide a foundation for further research in this area.

In conclusion, the study has successfully achieved its objectives and has provided a comprehensive understanding of the subject matter. The findings of the study are significant and have important implications for practice and policy. The study also highlights the need for further research in this area and provides suggestions for future research.



A pandemia de covid-19 atingiu os programas de residência em saúde de modo particular, uma vez que estes programas de aprendizado acontecem, precipuamente no interior dos serviços de cuidado. O período foi marcado, num primeiro momento, pelos desafios assistenciais do adoecimento pelo Sars-CoV-2, logo depois pela necessidade de prevenção e, a seguir, pelo equilíbrio das práticas de cuidado integral, não apenas ao quadro clínico provocado pela covid-19, mas ao conjunto de necessidades de atendimento preventivo, profilático, terapêutico, de reabilitação e de manutenção de processos fisiológicos e curativos independentemente da contaminação pelo novo coronavírus. A coletânea “Pandemia e a persistência das residências em saúde: linguagem para vivências singulares” reúne relatos reflexivos e narrativas da experiência vividas por coordenadores, tutores, preceptores, residentes, docentes, gestores, pesquisadores e artistas na construção de percursos curriculares à teoria, à prática e às articulações teórico-práticas no período pandêmico. As circunstâncias particulares justificam a busca pela preservação das memórias afetivas, pedagógicas, clínicas, institucionais e de território. O livro serve à composição de uma linguagem para vivências que foram singulares.

Cada capítulo traz informações e intuições “de terreno”, oferecendo reconhecimento e alento àqueles interessados na problemática da formação conduzida em serviço e com os princípios do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade de âmbitos (atenção básica, hospitais, saúde na escola, vacinação, planejamento e gestão), de cenários (cozinhas populares, mobilização social, o ser residente, grupos, lutos & lutas) e de vertigem à saúde mental (sofrimento psíquico, saúde mental do residente, centro de atenção psicossocial, autismos, residência em saúde mental, cuidado coletivo). O livro revela vivências e experiências, análises e sentimentos, além do protagonismo das residências na rede assistencial no SUS. Ao longo dos capítulos, percorremos cenas de ensino remoto e presencial, educação em saúde, educação popular, organização didática e gerencial, sempre articulando aprendizado e cuidado. A linguagem para vivências singulares traz sensibilidade, compromisso e reflexão, qualificando a ação em saúde coletiva e na educação e ensino da saúde.

