

#### 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 ■

## RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NA PANDEMIA: AS PALAVRAS A PARTIR DE NOSSOS GESTOS NO COTIDIANO





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](https://editora.redeunida.org.br)



**ORGANIZADORES**

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

■ SÉRIE VIVÊNCIAS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE ■  
**RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NA PANDEMIA:  
AS PALAVRAS A PARTIR DE  
NOSSOS GESTOS NO COTIDIANO**

1ª EDIÇÃO  
PORTO ALEGRE  
2025



## **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, Diéssica 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 Mottado Nascimento, Vanessa IribarremAvena 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).  
Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).  
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).  
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).  
Berta Paz Lorigo (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 Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).  
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).  
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).  
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria Sociale Regional e 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 Tribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil).  
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).  
Vincenza Pellegrini (Università di Panna, Itália).

### **Comissão Executiva Editorial**

Alana Santos de Souza  
Jaqueline Miotto Guarnieri  
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)**

---

P189I

**Residências em saúde na pandemia:** as palavras a partir de nossos gestos no cotidiano / 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.

496 p. (Série Vivências em Educação na Saúde, v. 35).

E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5462-195-3

DOI 10.18310/9786554621953

1. COVID-19. 2. Educação Continuada. 3. Vivências e Experiências. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLMW21

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](http://www.redeunida.org.br)







# SUMÁRIO

## **APRESENTAÇÃO.....11**

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

## **ABERTURA I TECEDURA COTIDIANA DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: SUSTENTAR UM DESAFIO ..... 19**

Ricardo Burg Ceccim

## **PARTE I - ATURDIMENTO E PERSISTÊNCIA..... 27**

### **CAPÍTULO 1 | "NADA DO QUE FOI SERÁ COMO JÁ FOI UM DIA": MEMÓRIAS DA REORGANIZAÇÃO DE UM PROGRAMA DESCENTRALIZADO DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE A PARTIR DA PANDEMIA DE COVID- 19 ..... 28**

Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo, Marina Fenício Soares Batista, Célia Maria Borges da Silva Santana, Cindy Avani Silva Ceissler, Vilma Domelas da Silva

### **CAPÍTULO 2 | UMA LINHA DE FRENTE "LÁ FORA": TRABALHO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NO SERIDÓ POTIGUAR ..... 47**

Monique Pfeifer Rodrigues da Silva, Daguia Edna Silva de Medeiros, Marília Gabriela Dantas Felix, Jéssica Silva de Oliveira

### **CAPÍTULO 3 | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: A INTERPROFISSIONALIDADE NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 EM UMA CAPITAL BRASILEIRA ..... 63**

Lilian Bertanda Soares, Nayara Callegari de Andrade, Amanda Moraes Polati, Carolina Dutra Degli Esposti

**CAPÍTULO 4 | O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: DO PROPOSTO AO VIVIDO EM TEMPOS DE PANDEMIA ..... 79**

Fabiana Maria de Aguiar Bello Marques, Renata Ferreira Tiné, Emmanoel Matheus de Oliveira Matos, Luiz Miguel Gomes Barbosa

**CAPÍTULO 5 | COREOGRAFIAS DO CUIDADO EM SAÚDE E A APOSTA NOS ENCONTROS: FORMAÇÃO NA RESIDÊNCIA EM TEMPOS PANDÊMICOS ..... 96**

Nathalia Franco Macedo, Elaine Rocha Correa

**CAPÍTULO 6 | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE EM VERSOS: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 ..... 110**

Cláudia Maria da Silva Vieira

**CAPÍTULO 7 | MEDIATIZADOS PELO MUNDO: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O CAMPO PEDAGÓGICO NA PANDEMIA DE COVID-19 ..... 127**

José Edmilson Silva Gomes, Valesca de Sousa Brito, Maria Eliana Peixoto Bessa, Lucélia Malaquias Cordeiro

**PARTE II - INSPIRAÇÕES DA DIVERSIDADE..... 142**

**CAPÍTULO 8 | RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 ..... 143**

Kellyane Pereira Santos, Karla Adriana Oliveira da Costa, Dara Andrade Felipe, Ângela Catarina Inácio Costa de Andrade

**CAPÍTULO 9 | O TRABALHO NA PANDEMIA DE COVID-19: REFLEXÕES A PARTIR DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE NOS HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DO RECIFE ..... 159**

Kellyane Pereira Santos, Pedro Miguel dos Santos Neto, Paulette Cavalcanti de Albuquerque

CAPÍTULO 10 | NARRATIVAS SOB O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA: SIGNIFICANDO EXPERIÊNCIAS NO TRABALHO EM SAÚDE NA RESIDÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ..... 178

Daniela Cristina Grégio d'Arce Mota, Daniele Almeida Duarte, Mariane Kaucz Liu, Roselania Francisconi Borges

CAPÍTULO 11 | (RE)EXISTINDO NA PANDEMIA DE COVID-19: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE..... 196

Raphaela Karla de Toledo Solha, Raíssa Herold Matias Richter, Laura Iumi Nobre Ota

CAPÍTULO 12 | PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES: UMA ANÁLISE DAS VIVÊNCIAS EM SAÚDE OCORRIDAS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19.... 212

Pedro Carlos Silva de Aquino, Maria Simone Gomes de Lima, Cláudia Edlaine da Silva, Laura Inez Santos Barros, Beatriz de Oliveira Fabiano, Joanis Silva Trindade, Giovanna Samara Lima de Araújo, Ana Elizabete Jacob Pedrosa

CAPÍTULO 13 | EFEITOS DA PANDEMIA DE COVID-19 E DA IDEOLOGIA DOMINANTE NO PROCESSO DE REAFIRMAÇÃO E PRESERVAÇÃO DA CULTURA CORPORAL EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO AGRESTE MERIDIONAL PERNAMBUCANO ..... 229

Fernando de Lima, Nicole Caroline Nascimento da Silva Carvalho, Taynara Poliana Gonçalves de Melo, Emmanuely Correia de Lemos

CAPÍTULO 14 | SONHOS X REALIDADE EM TEMPOS DE PANDEMIA: O NÚCLEO DA ODONTOLOGIA E A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA..... 245

Margareth Pandolfi, Lucienne Pereira Toledo Torres, Amanda Cardoso Bonna Galvani, Laryssa Francis Silveira de Oliveira, Nayara Furbino Machado, Sabrina Coppo Santos, Yasmim dos Reis Natalino

### **PARTE III - ENTUSIASMOS COM O POSSÍVEL ..... 262**

#### **CAPÍTULO 15 | "TARJA BRANCA": COMPONENTE CURRICULAR BASEADO EM BRINCADEIRAS E INTEGRAÇÃO PARA RESIDÊNCIAS EM SAÚDE.....263**

Priscila Rocha Duque, Alcieros Martins da Paz, Karolina de Cássia Lima da Silva Duarte

#### **CAPÍTULO 16 | AÇÃO PARA ESTIMULAR A VALORIZAÇÃO DE TRABALHADORES DA SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 ..... 281**

Amanda Bonner Peixoto Câmara, José Wellington de Oliveira, Kaili da Silva Medeiros, Luís Henrique Dantas Mendes

#### **CAPÍTULO 17 | "CUIDANDO DE QUEM CUIDA": VIVÊNCIAS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO CUIDADO AOS PROFISSIONAIS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, POR MEIO DAS PICS .....294**

Vitória Silva de Aragão, Leilson Lira de Lima, Maria Rocineide Ferreira da Silva

#### **CAPÍTULO 18 | "CAMPO COMUNICA": SAÚDE PARA O POVO E COM O POVO, COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19 NO AGRESTE PERNAMBUCANO ..... 306**

Thaíara Domelles Lago, Luiza Carla de Melo, Éder dos Santos Braz, Alessandro de Melo Laurinda, Mateus dos Santos Brito

#### **CAPÍTULO 19 | A IMPORTÂNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO DESENVOLVIMENTO DE WEBSITE DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DE UM HOSPITAL REGIONAL PERNAMBUCANO ..... 322**

Kaili da Silva Medeiros, Luís Henrique Dantas Mendes, José Wellington de Oliveira

#### **CAPÍTULO 20 | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E MOVIMENTOS SOCIAIS POPULARES: DIÁLOGO NECESSÁRIO À FORMAÇÃO EM SERVIÇO .....336**

Maria da Guia da Silva Monteiro, Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Lívia Milena de Deus Mélo

## **PARTE IV - PROTAGONISMO E RESISTÊNCIA..... 350**

### **CAPÍTULO 21 | A PERCEPÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DAFAMÍLIA SOBRE A IMPLANTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAMULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 ..... 351**

Célia Márcia Birchler, Cláudia Gomes Rossoni, Júlia Fabres do Carmo, Rachel Bicalho de Lima, Taismane Clarice Coimbra Ricci Vieira Schiavo

### **CAPÍTULO 22 | FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE: O MOVIMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19..... 368**

Bruno Gonçalves Gavião, Laurianna Alexandrina Neves de Souza Vieira, Lucas da Costa Brandão, Thayná de Oliveira Carvalho

### **CAPÍTULO 23 | AÇÕES EDUCACIONAIS PROMOVIDAS POR RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19..... 389**

Kaili da Silva Medeiros, Luís Henrique Dantas Mendes, Bruna Maria Bezerra de Souza, Maria Gorethe Alves Lucena

### **CAPÍTULO 24 | RESIDENTES EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID- 19: VIVÊNCIAS E EXPERIÊNCIAS DE UMA FORMAÇÃO PARADOXAL ..... 405**

Ricardo Massuda Oyama, Willian Fernandes Luna, Eliana Goldfarb Cyrino

### **CAPÍTULO 25 | DESAFIOS NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA: RESIDENTES EM ODONTOLOGIA EM TEMPO DE PANDEMIA ..... 423**

Margareth Pandolfi, Laryssa Francis Silveira de Oliveira, Nayara Furbino Machado, Sabrina Coppo Santos

### **CAPÍTULO 26 | O CAMINHAR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE EM TEMPOS PANDÊMICOS: A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL ..... 440**

Eliane da Silva Pinto, Lissany Braga Gonçalves, Cilene Sebastiana Braga Lins

### **CAPÍTULO 27 | DESAFIOS E APRENDIZADOS NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DE UMA TURMA ATRAVESSADA PELA PANDEMIA DE COVID-19 ..... 461**

Leandro Augusto Espósito Câmara, Eliana Goldfarb Cyrino, Carolina Siqueira Mendonça

**LISTA DE AUTORES .....481**

**ÍNDICE REMISSIVO .....493**

# APRESENTAÇÃO

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

**"Residências em saúde na pandemia: as palavras a partir de nossos gestos no cotidiano"** decorre de um edital chamado pela Associação Científica Rede Unida e Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, no qual se pretendia a publicação de dois livros, um de "registros reflexivos" e outro de "registros imagéticos", dando conta de um livro de relatos analíticos e um livro de interações sensíveis, ambos relativos à experiência de campo nas residências em saúde. Essa modalidade de formação em serviço para profissionais da área é dividida 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 em 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 de coletâneas surgiu do intuito de evidenciar ações, estratégias e inovações implicadas no desenvolvimento dos programas de residência em saúde no país relativos ao enfrentamento da pandemia de covid-19. Isso aconteceu inclusive como forma de resistência cotidiana, evitando a sua desarticulação e possível fragilização. O edital para manuscritos extrapolou o objetivo inicial, atraindo aqueles que atuaram ou atuavam em programas de residência e que relataram analiticamente o período de 2020 a 2023. Pode-se dizer que o primeiro ano foi de medos e incertezas e que, posteriormente, veio um período de maior habilidade no manejo da pandemia, que foi seguido pelo período das recomposições em novidade e, finalmente, vimos as evidências 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 deveriam ser movidas por atores que, de forma coletiva e democrática, construíssem estratégias para atravessar as dificuldades e apontavam caminhos para o fortalecimento do SUS. Por isso mesmo, seria uma forma de colher esse tempo em vertigem e apontar os acontecimentos objetivos e subjetivos, pessoais e institucionais, governamentais e não governamentais. Entendemos que a produção e organização das coletâneas permitirá 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 para 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 durante a 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.

Nesses termos, a chamada recebeu **105 manuscritos**, sendo **36 destes recusados** na aplicação dos critérios assinalados, **15 aceitos** sem modificações e **54 aceitos com indicação de correções obrigatórias**. Todos os autores com pedido de revisão atenderam às recomendações, devolvendo seus originais corrigidos ou sustentando seus 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, e tendo em vista devolver contribuições consistentes ao estudo e 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, constou a reunião de **21 manuscritos de mesmo corte**. Já para o 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 suas propostas aos organizadores, à Comissão Executiva e ao Conselho Editorial, tendo em vista a aprovação das três obras. Um volume foi composto por **420 laudas originais**; outro por **330**; e o terceiro, por **270**. Foi um trabalho "agigantado" em comparação com a ação editorial inicialmente prevista, ocasionando a dilatação dos prazos de avaliação dos textos, sempre exercida em duplas de pareceristas, dos prazos para reformulação das produções pelos autores, da revisão pelos dois pareceristas, da apreciação dos organizadores e da aprovação do Conselho Editorial. 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, intitulado "**Pandemia e residências em saúde: nossas palavras a partir de nossos gestos no cotidiano**", apresenta uma coletânea de experiências que emergiram do cotidiano de profissionais e residentes imersos no

serviços de saúde no Brasil durante a pandemia de covid-19, das suas implicações e dos desdobramentos até o tempo atual. Este volume foi organizado em quatro partes:

**I. Aturdimento e persistência**, com sete capítulos, abrangendo temas como as memórias da reorganização dos programas em face da descentralização da residência em saúde, a linha de frente durante a pandemia, a interprofissionalidade, as vicissitudes entre o proposto e o vivido, o cuidado e a aposta nos encontros para preservar a formação, os desafios e potencialidades sob a forma de versos e o campo pedagógico mediatizado pelo mundo na circunstância da pandemia;

**II. Inspirações da diversidade**, também com sete capítulos, traz relatos que lidaram com o trabalho interprofissional no contexto hospitalar, o trabalho nos hospitais, o trabalho em urgência e emergência, a experiência nas práticas integrativas e complementares em saúde, programas em saúde da família, os efeitos no processo de reafirmação e preservação da cultura corporal em comunidades quilombolas e o núcleo da odontologia;

**III. Entusiasmos com o possível**, com seis capítulos, trouxe experiências relativas ao currículo embasado em brincadeiras e integração, à ação para estimular a valorização de trabalhadores da saúde, ao cuidado de quem cuida, à comunicação em saúde, ao desenvolvimento de website para a educação permanente em saúde e aos movimentos sociais populares no cuidado em saúde mental;

**IV. Protagonismo e resistência**, que contempla sete capítulos, cobre temas como a percepção das equipes de saúde da família, o fórum nacional de residentes em saúde, as vivências e experiências de forma paradoxal, os residentes em odontologia, a experiência do serviço social na resistência em meio a pandemia e a experiência de residentes atravessados pela pandemia.

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 se compõe por **apresentação, abertura e 27 capítulos de tematização**, contando com a participação de **96 autores**, entre residentes, preceptores, docentes, pesquisadores e gestores, além de artistas, que não se limitaram a um registro meramente histórico. A coletânea se configura, assim, como um instrumento de aprendizado e reflexão sobre o papel das residências em saúde na formação e fortalecimento do SUS. Os aprendizados, desafios e novas perspectivas possibilitaram disrupturas necessárias ao ensino e às aprendizagens, desembocando em uma tecedura de escritas coletivas aqui chamadas de relatos. Observa-se, na obra, o engajamento contínuo da formação nas residências em saúde frente aos desafios, demonstrando uma cultura de aprendizado colaborativo.

As ações realizadas em equipe para o cuidado em saúde são primordiais em situações complexas, imprevistas e urgentes, dependendo da comunicação e da colaboração entre os seus membros para o melhor resultado no/do sistema de saúde. Neste contexto, no qual houve limitação de conhecimentos, de tecnologias, de insumos e estruturais, a organização de maneira interprofissional se tomou uma questão de necessidade para a melhor organização dos processos de trabalho, satisfação dos usuários e das equipes, otimização da assistência e diminuição das taxas de erro, dentre outros aspectos. No entanto, desponta a gestão compartilhada dos processos de trabalho e práticas de cuidado, ou seja, de compartilhamento de responsabilidades entre os membros das equipes, interdependência, clareza das tarefas e objetivos, pois não havia coordenação nacional do cuidado.

Os relatos apresentados evidenciaram lacunas entre os processos formativos e as práticas assistenciais nas residências e apontaram que o trabalho em equipe, embora exista na proposta pedagógica das residências, enfrenta desafios para ser uma realidade vivenciada. O que observamos na leitura dos textos é que embora por vezes a fragmentação das práticas seja imposta ao trabalho em equipe, o que foi agravado com a pandemia, é possível pensar e criar práticas colaborativas. Notou-se que muitas

vezes os residentes não se davam conta de que estavam vivenciando conceitos e diretrizes da Educação Permanente em Saúde e da Educação Interprofissional, por estarem tentando desenvolver mecanismos que possibilitassem que as teorias fizessem sentido no processo de trabalho. Compreende-se que para a formação em serviço da residência em saúde durante a pandemia foi imposta a necessidade de desadaptação aos processos de trabalho e pensamento prévios.

Em cenário de angústia e incerteza foi preciso localizar a "luta das vidas". Da significação usual de paixão, afeto, dor, sofrimento à imediata ligação com a vida, profundamente significativa àqueles que padecem e escapam da instrumentalização da razão, ou seja, habitar sentimentos e suportar o viver em meio às dores. O que foi que vivenciamos? Quem éramos realmente? As Residências em saúde careciam de fortalecimento dos dispositivos normativos e das instâncias deliberativas, mas sustentaram a potência desta formação em serviço.

Os textos aqui escritos sinalizam os desafios e potencialidades desta formação em um contexto pandêmico. O convite a esta perspectiva do ler e aprender com estas iniciativas de ensino em serviço está feito, para que esta obra seja inspiração. Esperamos que colegas e estudiosos encontrem nestas páginas a inspiração para continuarem construindo uma saúde coletiva universal e equânime, e uma educação na saúde de qualidade ética, técnica e humanística. 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



## TECEDURA COTIDIANA DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: SUSTENTAR UM DESAFIO

Ricardo Burg Ceccim

Um Movimento Nacional de Residências em Saúde surge de manifestações assíncronas distribuídas em atos do controle social em saúde, especialmente do Conselho Nacional de Saúde, e atos dos movimentos sociais que se insurgiram na forma organizativa de Fóruns, como o Fórum Nacional de Residentes em Saúde, Fórum Nacional de Coordenadores de Residência em Saúde, Fórum Nacional de Tutores e Preceptores de Residência em Saúde e Fórum Nacional de Apoiadores de Residências em Saúde. Tal Movimento inova ao abarcar a política pública de educação na saúde e os programas nacionais de formação profissional em saúde designados por Residência. (Amaral & Ceccim, 2018)

A residência - como modalidade formativa - nasce no Brasil com a Residência Médica, regulamentada em âmbito federal, pela primeira vez, pelo Decreto n.º 80.281/1977, que também criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que vigora até hoje. Na vigência do Sistema Único de Saúde, nasce a Residência em Área Profissional da Saúde, criada pela Lei Federal n.º 11.129, de 30 de junho de 2005. Esta Lei instituiu o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem), criou o Conselho Nacional da Juventude (CNPJ) e a Secretaria Nacional de Juventude, mas também criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). A Residência em Área Profissional da Saúde foi "definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica". (Brasil, 2005)

A existência da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), criada em 1967, 10 anos antes do Decreto que regulamentou a Residência Médica, também deve ser lembrada, como movimento social no campo das residências em saúde, o

que se assemelha à criação do Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS), criado em pleno Fórum Social Mundial, em 2005, antes de qualquer um dos demais fóruns aqui citados e simultâneo à Medida Provisória n.º 238, de 1º de fevereiro de 2005, que antecedeu a Lei Federal n.º 11.129. O FNRS, sem dúvida, inova em uma representação do conjunto das categorias de saúde, organizado para construir uma política formativa multiprofissional e interdisciplinar. (Ceccim, 2022)

A residência em saúde se conceitua pelo "treinamento em serviço sob supervisão", modalidade de educação profissional pós-graduada realizada em ambiente de trabalho, de modo a atender à institucionalização e à regulamentação das atividades de aprendizagem e aquisição - em serviço - de habilidades especializadas no campo profissional da saúde, uma responsabilidade do poder público e uma tarefa precípua dos serviços que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Dispor de uma Política Nacional de Residência em Saúde formalizada, o que ainda não é uma realidade, é de suma importância para o estabelecimento de uma rede pública educadora na área da saúde, permitindo a elevada qualificação para o cuidado e atenção integral e para a gestão e gerência do sistema sanitário, além de contribuir com uma implantação mais eficiente e efetiva do SUS. Convém, dessa forma, apontar que as residências consistem em modalidade de ensino orientada para o trabalho e são realizadas em serviço, considerando o próprio sistema público de saúde como cenário de formação dos trabalhadores para o setor - como prescreve a Constituição Federal em seu art. 200, inciso III (Brasil, 1988).

Busca-se, assim, a melhoria contínua dos serviços de saúde da rede pública, implicando todos os serviços próprios federais, estaduais e municipais, estabelecendo atuações em conjunto da sociedade com o sistema de saúde. Mais do que isso, buscase efetivar parcerias com as instituições públicas e privadas de ensino superior que ofereçam ensino, pesquisa e extensão, podendo, com isso, apoiar o desenvolvimento de ações que proporcionem respostas mais efetivas para as necessidades de saúde da população. Ainda, intencionam favorecer as regiões e serviços nos quais é difícil o provimento, a permanência e a fixação de profissionais de saúde.

Os programas de residência médica e os programas de residência em área profissional da saúde - uni ou multiprofissionais -, embora previstos na Lei Federal n.º 9.394/1996 - a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) - e na legislação federal relativa às residências médica e em área profissional da saúde, não são de regulamentação pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). Contudo, ainda que a Resolução CNE/CES n.º 4/2021 (Brasil, 2021), relativa às diretrizes e normas nacionais para os cursos de pós-graduação *lato sensu*, tenha excluído explicitamente "os programas de residência médica ou congêneres, em qualquer área profissional da saúde" (art. 15, inciso I), e "os cursos de pós-graduação denominados cursos de aperfeiçoamento, extensão e outros" (art. 15, inciso II), é fundamental observar o inciso III, do art. 44, da LDB (Brasil, 1996):

Art. 44. A educação superior abrangerá os seguintes cursos e programas:

[...]

III - de pós-graduação, compreendendo programas de mestrado e doutorado, cursos de **especialização**, **aperfeiçoamento** e outros, abertos a candidatos diplomados em cursos de graduação e que atendam às exigências das instituições de ensino;

[...]

Com isso, fica claro que as funções da pós-graduação *lato sensu*, na educação superior brasileira, devem abarcar a atualização por meio da especialização, do aperfeiçoamento e de outros cursos destinados àqueles que possuam curso de graduação, tendo em vista a aquisição, o desenvolvimento continuado e a consolidação de expertises adicionais à graduação ou até mesmo a outras pós-graduações de mesmo nível em determinados domínios do conhecimento ou áreas da atuação profissional. A formação por meio da residência médica e da residência em área profissional da saúde prevê a equivalência do título de especialista em determinada área do trabalho, obtido no ambiente do trabalho, ao título de especialização obtido no sistema de ensino. Portanto, há equivalência entre pós-graduação *lato sensu* obtida por curso de especialização e as pós-graduações obtidas por programas de residência, no caso da saúde.

Os programas de residência realizados em ambiente de trabalho da saúde dizem respeito também à previsão da legislação sanitária de "programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal" (art. 27, da Lei Federal n.º 8.080/1990) (Brasil, 1990), em vista da aquisição, desenvolvimento ou consolidação de expertise adicional à graduação como um programa de formação especializado, que atende aos recém-formados, aos já especialistas pela modalidade de curso de especialização e aos egressos de programas de outras residências em busca de uma nova área de atuação, área complementar ou área adicional. A legislação em educação admite a educação profissional e tecnológica no cumprimento dos objetivos da educação nacional, integrando-a aos diferentes níveis e modalidades de educação e, também, às dimensões do trabalho, da ciência e da tecnologia.

A educação profissional e tecnológica abrange cursos de educação profissional tecnológica tanto de graduação quanto de pós-graduação. Aliás, o art. 40 da LDB assevera que a educação profissional pode ser desenvolvida tanto em articulação com o ensino regular quanto por diferentes estratégias de educação continuada, em instituições especializadas ou no ambiente de trabalho, ou seja, o aperfeiçoamento especializado, a residência médica e a residência em área profissional da saúde deveriam fazer parte da rede SUS-Escola, o que justifica amplamente a formulação e execução de uma Política Nacional de Residências em Saúde.

Hoje em dia é difícil imaginar um serviço de ponta no SUS sem um ou vários programas de residência médica e residência em área profissional da saúde - uni ou multiprofissionais -, assim como serviços sem programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. Da Escola Nacional de Saúde Pública às Escolas de Saúde Pública dos estados e municípios, dos Hospitais Universitários à rede de Atenção Básica, em todos esses lugares pode-se encontrar a oferta de programas com bolsas federais, estaduais e municipais. Algumas residências em serviços de saúde dos estados e municípios são tradicionais, existindo desde antes da criação do SUS ou da criação das Escolas de Saúde Pública. Mesmo assim, a maioria das residências ainda se encontra nos hospitais universitários e nos grandes complexos hospitalares públicos e privados.

No Brasil, a proposição da "residência em medicina" ocorreu em 1977 e a proposição da "residência em área profissional da saúde" só em 2005, leis que criaram também as suas respectivas instâncias de regulação, as já citadas CNRM e CNRMS. A Lei Federal n.º 6.932/1981 alterou a denominação "residência em medicina" para "residência médica", identificando o nome da modalidade de formação com o da comissão reguladora desse ensino. A Lei Federal n.º 11.129/2005, por sua vez, excetuou a residência médica e reuniu as demais profissões sob a nomenclatura da residência multiprofissional em saúde, podendo ser, no entanto, uma residência por profissão (uniprofissional), ambas designadas formalmente como "área profissional da saúde". No lugar do nome da profissão, uma "área profissional da saúde", do tipo Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Mental, Saúde Indígena ou Saúde do Campo, permitindo articular todos os trabalhadores em saúde sob a educação interprofissional e as práticas colaborativas, como determina a Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 2010. Essa terminologia difere de ginecologia, pediatria, psiquiatria, por exemplo, que nominam as especialidades médicas.

Por um lado, a legislação da residência médica a define como modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço orientado por profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. Por outro, a legislação da residência em área profissional da saúde a define como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde - exceto medicina -, realizada com supervisão docente-assistencial.

Em 1977, a residência em medicina era regulamentada como regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não. Em 1981, a regulamentação não apontava mais a dedicação exclusiva, mas mantinha o funcionamento sob a responsabilidade dessas instituições. Também é interessante lembrar o momento da primeira regulamentação da residência médica: "os programas de residência terão a duração mínima de 1 (um) ano, corresponderão ao mínimo 1.800

(um mil e oitocentas) horas de atividade" (Decreto n.º 80.281/1977, art. 1º, § 2º) (Brasil, 1977). Esse momento precursor admitia a lógica do aperfeiçoamento especializado, hoje prudente de ser pensado como novidade às carreiras que atuam na saúde, pois há inovações no SUS, como a área de Saúde Ambiental, o subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a Atenção Integral à Saúde das Pessoas com Deficiência e Transtorno Global do Desenvolvimento, a introdução da Saúde Digital, entre outras, que requerem profissionais com expertise, mas não faz sentido uma formação de 5.760 horas, regime de 60 horas semanais, dedicação exclusiva e duração mínima de 2 (dois) anos.

Não obstante, a residência médica, conforme a lei, constitui uma modalidade de certificação das especialidades médicas, estando estas submetidas às necessidades do SUS. Já a residência em área profissional da saúde foi regulamentada como regime de dedicação exclusiva, sem que isso fosse modificado posteriormente. Apesar de não representar certificação de especialidade às categorias profissionais, a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho funciona como um programa de cooperação intersetorial de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde.

Sendo a residência uma formação em serviço, ela é tipicamente relacionada às instituições de serviço. Como o art. 30 da Lei Orgânica da Saúde determina que as especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão sejam reguladas por Comissões Nacionais vinculadas ao Conselho Nacional de Saúde, é preciso pensar fortemente no papel das Escolas de Saúde Pública nesse "ordenamento" pelas instâncias descentralizadas do SUS. Toma-se crucial reunir todas as residências médicas e todas as residências em área profissional da saúde sob uma mesma coordenação de residências nos respectivos sistemas descentralizados de gestão do SUS, construindo-se, assim, Políticas Estaduais e Municipais de Residências em Saúde, que avaliem sua orientação para o SUS - como determinam as leis - e que estudem as necessidades de expansão dos programas, do aumento das vagas, da

abertura de novos programas e da contribuição à descentralização de capacidade pedagógica nas localidades de saúde.

Nos estados do Rio Grande do Sul e do Ceará, aproveitou-se a ideia de regulação para criar uma "residência integrada em saúde". Na Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, em 1999, por meio da Portaria SES/RS n.º 16/1999, depois transformada na Lei Estadual n.º 11.789/2002, a residência integrada em saúde estabeleceu composições entre residência médica e residência em área profissional da saúde e, ainda, deu margem ao Programa de Aperfeiçoamento Especializado, que contemplava categorias profissionais de quaisquer áreas do conhecimento, inovação essa que se perpetua até hoje, apesar de já passados mais de 20 anos. Atualmente, esta é uma necessidade nacional, haja vista as necessidades de distribuição e regionalização de residências em área profissional na Vigilância em Saúde - abrangendo em maior ou menor grau os escopos da vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental, farmacovigilância, tecnovigilância e vigilância em fronteiras -, na Saúde Indígena - articulada em todas as fases de planejamento, execução e avaliação com participação das representações indígenas -, na área de Doenças Negligenciadas - incluindo hanseníase, tuberculose, doença de Chagas, leishmanioses, malária e tracoma, além de diversas parasitoses e as arboviroses, como dengue, zika e chikungunya -, na Saúde Mental - antimanicomial e inclusiva dos quadros de Transtorno do Espectro Autista, Transtornos Globais do Desenvolvimento e Transtorno Afetivo Bipolar -, na Atenção Básica e Saúde Coletiva, além das residências médicas. Isso tudo com a necessidade de se introduzir "médicos especialistas" e "profissionais especializados", conforme o perfil demográfico, social e epidemiológico da população, o que deve estar em consonância com os princípios, as diretrizes e as políticas públicas do SUS.

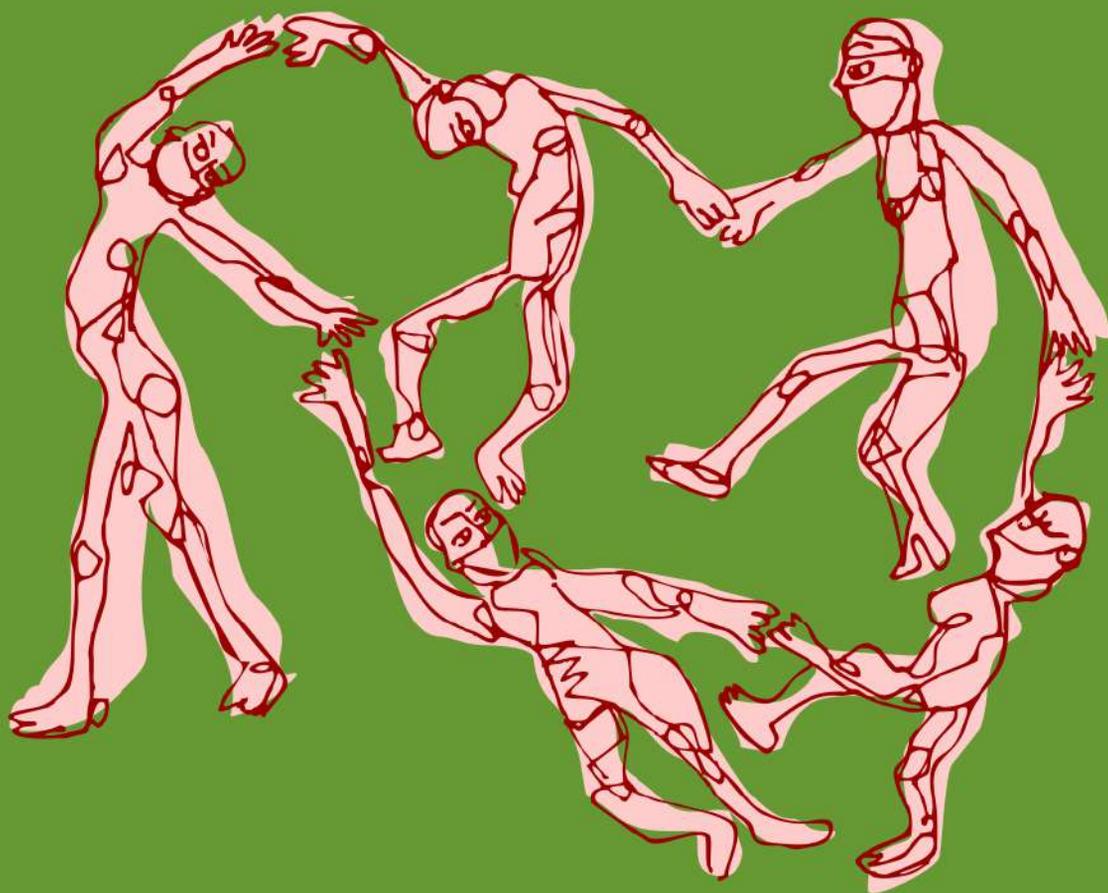
No contexto da pandemia de covid-19, muita informação nova foi aportada, muita experimentação impensada foi acionada, muito aprendizado "fora da caixa" foi despertado. Foi aquele o momento de se ousar nas novidades, na criação e na invenção de realidades. Cabia àqueles envolvidos com políticas e práticas de residência em

saúde essa ousadia, seja na formulação, na regulação, na execução, na avaliação ou nas proposições inéditas. Nesse sentido, a coletânea em três volumes, proporcionada pela chamada de artigos da Rede Unida e da Secretaria Estadual da Saúde de Pernambuco, é um alento para os profissionais da área, pois se trata de uma produção com base nas experiências reais vividas em um momento de vertigem, tendo, por isso, a responsabilidade de auxiliar no cumprimento das tarefas do sistema público de saúde do país.

## Referências

- Amaral, B. P., & Ceccim, R. B. (2018). Historicidade. In Ceccim, R. B., Dallegrave, D., Amorim, A. L. S.; Portes, V. M., & Amaral, B. P. (org.), *EnSiQlopedia das residências em saúde* (pp. 114-139). Rede Unida.
- Brasil. (1977, 5 de setembro). *Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977*. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1970-1979/d80281.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d80281.htm)
- Brasil. (1988, 5 de outubro). *Constituição da República Federativa do Brasil*. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
- 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. Lei Orgânica da Saúde. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)
- Brasil. (1996, 20 de dezembro). *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19394.htm](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 nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm)
- Brasil. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. (2021, 19 de julho). *Resolução CNE/CES nº 4, de 16 de julho de 2021*. Altera o artigo 11 da Resolução CNE/CES nº 1, de 6 de abril de 2018, que 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 nº 9394/1996, e dá outras providências. <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/3619/resolucao-cne-ces-n-4>
- Ceccim, R. B. (2022). Residências em saúde: o caminho da regulação. In Pulga, V. L., Silva, S. G., Schneider, F., & Ceccim, R. B. (org.), *Residência multiprofissional em saúde: costurando redes de cuidado e formação no norte gaúcho* (pp. 29-66). Rede unida.

**PARTE I**  
**ATURDIMENTO**  
**E PERSISTÊNCIA**



# CAPÍTULO 1

## "NADA DO QUE FOI SERÁ COMO JÁ FOI UM DIA": MEMÓRIAS DA REORGANIZAÇÃO DE UM PROGRAMA DESCENTRALIZADO DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE A PARTIR DA PANDEMIA DE COVID-19

Teima Maria Albuquerque Gonçalves de Melo  
Marina Fenício Soares Batista  
Célia Maria Borges da Silva Santana  
Cindy Avani Silva Ceissler  
Vilma Domelas da Silva

### Introdução

A Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (ESPPE), como escola de governo, vem assumindo um protagonismo na formação e qualificação dos profissionais e servidores públicos que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de Pernambuco. Isso ocorre por meio da realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão, compreendendo-se estas como atividades interligadas e correlacionadas, de tal forma que promovam a qualidade do conjunto das ações da saúde coletiva (Pernambuco, 2013).

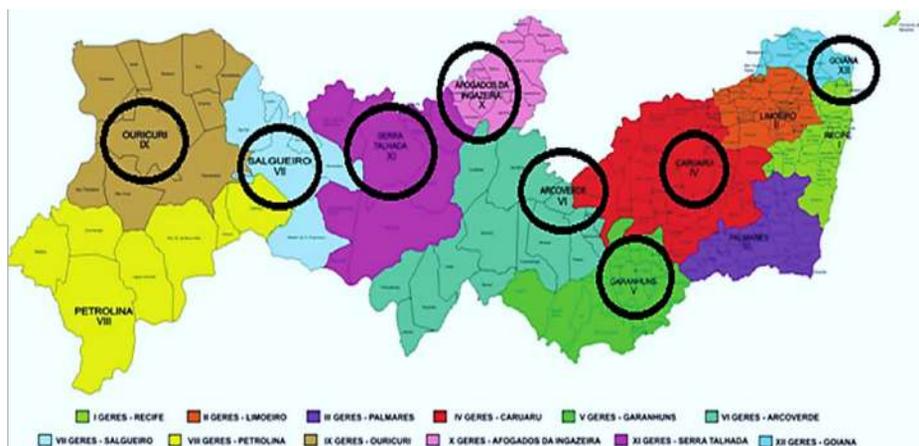
No desenvolvimento das ações de formação, a ESPPE tem primado pela descentralização das ações educativas, visando oportunizar o acesso à formação para os profissionais que atuam nos municípios do interior do estado, seja na atenção ou na gestão do SUS. O programa de residência multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde (PRMSC-Redes) foi implantado em 2014 pela ESPPE, visando à formação especializada em serviço na área da Saúde Coletiva que focava a discussão sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS). A estruturação das RAS busca qualificar a assistência, ampliando o acesso aos serviços da área, de modo a reduzir a fragmentação do cuidado, diminuir os custos e aumentar a eficiência do sistema de saúde (Mendes, 2010).

Dessa forma, os programas de residência em saúde têm sido uma estratégia de educação permanente em saúde, com a intencionalidade de qualificar a formação

dos trabalhadores para e por dentro do SUS de forma a contribuir com a sua eficiência. O programa de residência vem sendo desenvolvido em oito regiões de saúde, ajudando no processo de interiorização da formação profissional de saúde no estado de Pernambuco, ao mesmo tempo em que prima pelo fortalecimento das RAS no SUS.

Na Figura 1, podemos identificar em destaque a abrangência do PRMSC-Redes ao longo do estado de Pernambuco.

Figura 1 - Mapa do estado de Pernambuco por Gerências Regionais de Saúde



Fonte: Pernambuco (2011).

A inserção dos profissionais residentes no campo da Saúde Coletiva tem se dado no desenvolvimento das atividades práticas, teóricas e teórico-práticas na perspectiva da gestão de RAS e nos seguintes pontos de atenção: Gerências Regionais de Saúde (GERES), Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Atenção Primária em Saúde (APS), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e hospitais regionais. O desenvolvimento dessas atividades é supervisionado por profissionais de referência nas GERES, como o orientador clínico pedagógico (OCP), além da tutoria do programa. Esta supervisão ocorre por meio de reuniões periódicas com os grupos de

residentes por região, encontros com os OCP, visitas técnicas *in loco*, acompanhamento pelo ambiente virtual de aprendizagem (AVA) e por meio da análise dos instrumentos pedagógicos de acompanhamento das atividades práticas e teórico - práticas. Entre esses instrumentos estão os portfólios mensais elaborados pelos residentes durante o primeiro ano da residência.

Em março de 2020, teve início a quarta turma do PRMSC-Redes e, nos primeiros dias após o acolhimento dos residentes, foi decretada a situação de emergência em saúde pública em Pernambuco, gerando uma série de medidas para conter a disseminação do coronavírus. Tais medidas modificaram o cotidiano da Atenção à Saúde, da gestão do SUS e do processo de ensino-aprendizagem em todos os âmbitos. Todas as mudanças ocorridas como resposta às novas demandas advindas da pandemia e as medidas adotadas para prevenir o contágio tiveram repercussões tanto no campo pessoal quanto profissional dos residentes e do PRMSC-Redes. Muitas das atividades, antes rotineiras na gestão em saúde, tiveram que ser adaptadas ou mesmo reinventadas. Com isso, um conjunto de novas demandas surgiram, o que exigiu dos residentes uma grande capacidade de adaptação ao novo contexto.

Este texto, portanto, retrata os desafios, objetivos e subjetivos, vivenciados pela equipe da coordenação do PRMSC-Redes, composta por tutoras, coordenação e vice coordenação, e os mecanismos e recursos pedagógicos utilizados para dar o suporte necessário aos discentes, a fim de superar as dificuldades e realizar as atividades previstas no projeto político e pedagógico do curso. Sempre tendo em mente os elementos pedagógicos gestados, revisitados, recriados e/ou abandonados a partir das implicações do momento pandêmico para a formação ofertada pelo programa.

### **Relato de experiência como caminho narrativo**

O relato de experiência é uma modalidade de produção de conhecimento que versa sobre vivências acadêmicas ou profissionais em campos como ensino, pesquisa e extensão. Ele requer uma análise crítica embasada em teoria científica, tanto da

experiência em si quanto do seu contexto acadêmico mais abrangente (Mussi *et al.*, 2021). Seu objetivo primordial é difundir e fomentar a troca de experiências, oferecendo considerações, casos e lições aprendidas a partir da vivência relatada, que possam inspirar e motivar outros (BVS, 2023). As etapas compreendem a definição temporal, a descrição do local, os eixos da experiência, a caracterização da atividade, entre outros aspectos (Mussi *et al.*, 2021).

Dessa forma, este estudo pretende sistematizar em formato de relato de experiência alguns dos desafios vivenciados pela equipe da coordenação do PRMSC-Redes do período da pandemia de covid-19, assumindo uma perspectiva não apenas descritiva, mas especialmente analítica sobre as repercussões para os aspectos organizativos e pedagógicos do programa. Ademais, o referido momento histórico significou um ponto de inflexão sobre modos de vida e produção, individuais e coletivos, sem precedentes na história, o que, a partir de então, exigiu a reorganização de teorias e práticas, principalmente nos espaços de formação.

O relato de experiência embasou-se em informações produzidas pela equipe da coordenação e registradas e compartilhadas para fins da produção desse estudo, da consulta a documentos públicos e ainda da revisão de literatura sobre o período estudado. Ressalta-se o cuidado com o acesso e utilização dos dados de tal modo que não fossem identificados os participantes da pesquisa para além das próprias pesquisadoras, garantindo, assim, a confidencialidade de dados sensíveis e preservando o anonimato. Durante todo o processo de construção do relato, as pesquisadoras buscaram espaços de trocas e análise, adotando medidas para minimizar os efeitos indesejáveis da implicação das investigadoras com o objeto de análise.

No referido contexto, entre 2020 e 2022, tivemos que lidar com questões de autopreservação intrinsecamente associada à formação de novos profissionais em cenários de cuidado em saúde que não podiam ser interrompidos. Esse período nos deixou aprendizados que consideramos fundamentais sistematizar, pois poderão ser utilizados em situações críticas semelhantes. Esses aprendizados também servem para qualificar os percursos de sobrevivência de um processo pedagógico ao mesmo tempo humanizado, assertivo e tecnicamente coerente. Isso tudo no contexto da formação

em serviço, na modalidade de residência em saúde - ofertada de forma regionalizada em oito cenários de práticas distintos -, com 50 residentes com histórias e demandas pessoais, lidando com equipes e tendo que responder às necessidades da população que nem sempre eram atendidas, mas que estes sabiam que assim deviam se tomar.

Assim, para sistematizar os achados da pesquisa, foram definidas duas categorias de sentidos: (1) os impactos da pandemia e suas repercussões para os processos de trabalho e (2) o novo marco zero nos processos de trabalho.

### **Escola de Governo em Saúde Pública e a formação regionalizada**

O SUS é um sistema pensado de forma a garantir o acesso à saúde de qualidade de forma universal e equânime, e os seus três princípios doutrinários - a universalidade, a equidade e a integralidade - estão intimamente relacionados com o campo da formação profissional comprometida com o fortalecimento do cuidado integral à saúde, especialmente naqueles locais de maior dificuldade de acesso da população aos serviços e ações de saúde. É explícita a concentração dos centros formadores nas capitais e regiões metropolitanas do país, gerando uma iniquidade no processo de formação e de fixação de profissionais nas cidades mais afastadas das referidas regiões (Pernambuco, 2021, 2022, 2023).

O SUS, a partir dos referidos princípios, instaura, de forma prioritária e estratégica, um projeto educativo como uma política pública capaz de articular uma diversidade de atores e atrizes no âmbito da saúde coletiva. Esse projeto busca uma formação que não se limite ao mero acúmulo de conhecimentos técnicos, mas que também contribua para a formação de profissionais cidadãos e comprometidos com o processo de cuidado. Esses profissionais, seja na área assistencial ou de gestão, fortalecem o sistema enquanto promovem os princípios da cidadania.

Diante de tal proposta, o processo formativo teve que passar por novas possibilidades, em novos cenários e referenciais teórico-metodológicos que fossem capazes de suplantar a formação tecnicista, uni profissional e focada na cura de

doenças. Nessa nova perspectiva de formação, se vislumbrou a incorporação da noção ampliada de saúde e o papel de agente transformador da realidade como práticas interprofissionais que almejam ampliar a qualidade de vida e o poder de contratualidade dos usuários, familiares e comunidade. Dessa forma, o cotidiano e o território passaram a ser considerados no diálogo com quem é cuidado.

A perspectiva até aqui abordada dialoga com referenciais adotados na Constituição Federal de 1988 (CF 88), na Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde (DCN Saúde) e Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), entre outros documentos, de modo a introduzir o conceito de "formação em serviço" na perspectiva da "educação na saúde".

A ESPPE surge na perspectiva de impulsionar a educação permanente em saúde, considerando a realidade de Pernambuco e alinhando, de forma solidária, a formação aos desafios de fortalecimento do SUS no estado, regional e nacionalmente. Santana *et al.* (2022), ao realizarem um resgate histórico da temática, apontam dois marcos significativos para o papel hoje assumido pela Escola. O primeiro ocorreu em 2007, quando a gestão estadual

[...] assume o compromisso de estruturar a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), tendo como referências a diretriz da regionalização, o diálogo e a gestão participativa, viabilizados por meio das instâncias colegiadas e de decisão do SUS. O estado adota os componentes da integração ensino-serviço como estratégia de gestão para o desenvolvimento do trabalho em saúde e o fortalecimento da ESPPE como equipamento de capilaridade da articulação de rede de ensino e serviço. Além disso, inicia-se a mobilização de atores dos segmentos da política para constituição das CIES nas 12 Regiões de Saúde e da CIES estadual, conduzida pela ESPPE e pela Diretoria Geral de Educação na Saúde (DGES) da SES/PE (Santana *et al.*, 2022, p. 454).

**Já o segundo marco fundamental para o desenvolvimento e fortalecimento da Política de Educação Permanente em Saúde no estado ocorre com a**

[...] criação da [Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES)] na estrutura da SES/PE, em 2008, na condição de decisão política, configurou marco importante para a gestão do SUS no

estado e para a estruturação dos componentes da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), pautada pela prioridade da diretriz de regionalização e evidenciando a necessidade de ampliação da interiorização da formação em áreas estratégicas para o SUS em Pernambuco (Santana *et al.*, 2022, p. 454).

O cenário citado está associado à definição da regionalização da saúde como uma diretriz organizativa fortalecida em Pernambuco pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2011. Este, por sua vez, está associado a outros processos, em especial, à indução e à abertura de editais de financiamento pelo Pró-Residência, do Ministério da Saúde, que viabilizaram a decisão da gestão estadual de incentivar a abertura e ampliação de programas de residências em saúde em sintonia com as demandas políticas das RAS (Santana *et al.*, 2022).

O PRMSC-Redes teve início em 2014 e, de acordo com os estudos de Santana *et al.* (2022), ele representou um importante elemento de estruturação da ESPPE como instituição formadora do SUS e para o sistema público no estado. Isso se deveu, especialmente, ao fato de o referido programa ter nascido para atender às demandas de interiorização da formação de especialistas em áreas estratégicas, visando apoiar a gestão regional e a reorganização das RAS no estado (Santana *et al.*, 2022). Sendo assim, dentre os diversos processos formativos desenvolvidos pela ESPPE, o PRMSC-Redes será enfatizado, por ser ele o objeto do presente artigo.

O PRMSC-Redes ocorre em oito das 12 regiões de saúde de Pernambuco, sendo ofertado a cada dois anos, sendo composto por 56 residentes, entre as seguintes categorias: enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Segundo consta em seu projeto pedagógico de residência, a formação ofertada está pautada nos eixos da gestão do cuidado, clínica ampliada e ético-humanístico, vislumbrando de forma ampla o contexto do processo saúde-doença-intervenção em que as pessoas se apresentam. Nessa perspectiva, almeja-se o desenvolvimento pelos residentes, de habilidades técnicas, humanísticas e intelectuais de modo que, ao final do curso, estejam preparados para a atuação de forma integrada e interdisciplinar como gestores das RAS (Pernambuco, 2019).

O PPR do PRMSC-Redes é embasado na perspectiva freiriana em que a proposta de construção de conhecimento se dá no diálogo entre diferentes pessoas e perspectivas, coerente com a orientação institucional da ESPPE. Na perspectiva pedagógico-freiriana, todas as pessoas protagonizam o aprendizado por meio do compartilhamento do saber-fazer próprio do processo de aprendizagem do adulto, que tem marcas históricas e cujo compartilhamento e construção do conhecimento só são possíveis a partir de uma abertura para ouvir o outro e, principalmente, pela "desconstrução de uma visão mágica e alienada da realidade" (Pernambuco, 2019, p. 14). O desafio, sempre presente, está em minimizar as distâncias entre os processos de aprendizagem teórico e prático (práxis). Essa perspectiva, portanto, vai além da mera formação técnica, implicando a adoção de uma atitude crítica e emancipada frente à vida, que gera a disposição de participar de processos capazes de transformar os seus contextos.

Ao estabelecer esse compromisso com as novas formas de desenvolvimento da saúde coletiva a partir da formação profissional voltada para o SUS, fomos surpreendidos em março de 2020, quando foi decretada a pandemia de covid-19. O contexto institucional nacional estava passando por vários entraves, e não foi diferente em relação à Política de Residências. Estávamos com a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) paralisada, sem espaços colegiados constituídos nacionalmente. Então, tivemos que buscar apoio nas instâncias em funcionamento local para construir orientações e dar continuidade às ações, a exemplo da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) da ESPPE, do Fórum Estadual de Coremus (FEC) e da Comissão Estadual de Residências em Saúde, que havia sido criada em nosso Segundo Seminário Estadual de Residência em Saúde (Santana *et al.*, 2022).

Diante da situação de pandemia no país, os trabalhos e estudos passaram a ser desenvolvidos, em sua maioria, de forma remota. Nesse contexto, o da maior crise sanitária da história desde a implantação do SUS, parecia que a cada momento iríamos descobrir uma resposta impactante. Essas ações, alicerçadas nos determinantes de saúde, buscavam o reconhecimento da saúde como um direito fundamental. Com os

demais conhecimentos advindos da sociologia e da antropologia, essenciais para o enfrentamento de questões tão complexas relacionadas à saúde coletiva, pôde ser evidenciado, nas diversas temáticas apresentadas no decorrer do programa, que a situação surreal do momento vivido ia além do subfinanciamento do SUS, do empobrecimento da população, o que nos distanciava cada vez mais do que preconizava a Constituição Federal. Esta dispõe isso que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que a saúde deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas orientadas pela redução do risco de doenças e agravos e que seu direito envolve o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços necessários para sua proteção, promoção, atenção e recuperação.

Com tantos desacertos do governo, coube à população lutar por seus direitos e às instituições de ensino fomentar os espaços de debates que pudessem nortear as instâncias formadoras na defesa da estruturação do SUS para a preservação da vida. Nessa linha, o conteúdo programático do PRMSC-Redes instigou a reflexão sobre a crise sanitária que estávamos enfrentando no Brasil. Dessa forma, o planejamento das atividades pedagógicas abordava temas relevantes para entender o contexto da pandemia de covid-19, que, vale lembrar, dizimou mais de 700 mil pessoas (até 2024). O foco era compreender como o Estado brasileiro atuou para garantir a saúde como um direito social fundamental.

### **Impactos da pandemia e suas repercussões para os processos de trabalho**

Em 2020, o PRMSC-Redes enfrentou a transição entre sua terceira e sua quarta turma, já que é um programa bianual. A turma 2018-2020 estava concluindo seus estudos, enquanto a turma 2020-2022 estava apenas iniciando seu percurso. Esse período, mesmo em tempos de relativa calma, costumava ser bastante agitado, pois exigia uma coordenação cuidadosa entre duas turmas com cerca de 53 residentes cada, considerando os desligamentos da turma final e aqueles ainda em processo de realocação na turma recém-iniciada.

Para assegurar os objetivos de ensino e aprendizagem propostos no PRMSC, em que o docente e o aluno interagem, foi um enorme desafio planejar as atividades grupais que eram a essência do cenário de prática do programa. Assim, construímos momentos lúdicos, muitas vezes de forma remota, nos quais todos pudessem participar, utilizando-se de recursos como dinâmicas, místicas, vídeos, músicas e temas específicos da vivência daquele cenário, que estávamos vivendo nas regionais. Foi dessa forma que possibilitamos um espaço de acolhimento, reflexão crítica, trocas de conhecimento que impulsionaram uma nova interação entre os participantes, repercutindo no desenvolvimento de ações coletivas no cenário de prática.

Para a turma 2018-2020, tínhamos agendado bancas presenciais que envolveriam cerca de 150 pessoas em oito regiões diferentes, incluindo residentes e banca examinadora. No entanto, devido à priorização da Secretaria de Saúde na área de vigilância e Atenção à Saúde durante a pandemia, as bancas foram reformuladas. O distanciamento social foi instituído como medida preventiva contra a covid-19, uma vez que ainda não havia vacinas disponíveis naquele momento. Diante desse cenário, foi necessário readequar todas as bancas para o formato virtual, o que exigiu uma série de articulações internas com outros setores da ESPPE, como a Unidade de Secretaria Escolar (USE), além das GERES, e também com os participantes das bancas. No final, conseguimos realizar todas as bancas com sucesso e certificar a turma.

Já para a turma 2020-2022, havíamos realizado um planejamento iniciando com um acolhimento com todos os residentes em Recife para uma primeira aproximação com o programa, a formação da identidade do grupo e para as pactuações de funcionamento. Tão logo concluímos o acolhimento, se deu a decretação da pandemia. Todos os demais processos planejados tiveram que ser, no mínimo, revisados, senão totalmente modificados.

Dos registros que conseguimos resgatar entre os membros da equipe, destacaram-se os medos e incertezas inerentes ao contexto. Esses sentimentos permearam vários cenários, deixando uma forte impressão em nós. Estávamos plenamente conscientes da grande responsabilidade de participar de um programa

descentralizado em oito regiões, que exigia deslocamentos sistemáticos para acolhimento, planejamento, acompanhamento e avaliações.

Temíamos pela nossa vida e pela de nossos entes queridos, mas a urgência de se encontrar respostas era ainda mais premente. Embora nos deparássemos com inúmeras questões sobre as quais ainda não tínhamos pleno entendimento, decidimos iniciar vários processos de colaboração e busca de conhecimento. Procuramos, então, entender como outros programas lidavam com as questões específicas do nosso, e como as autoridades regionais enfrentavam a pandemia em suas respectivas localidades. Fizemos isso ouvindo as demandas pessoais e coletivas dos residentes por meio de canais virtuais, mesmo que estes fossem frágeis e que tivéssemos pouca habilidade inicial para lidar adequadamente com eles.

Ao trabalharmos no SUS, nos reconhecemos como parte integrante dele; somos o SUS. Durante este momento crucial, a população dependia da presença de profissionais no território; portanto, nossa maior questão era como garantir a manutenção dos residentes nas demandas do território das Regionais, ao mesmo tempo que precisávamos garantir a contrapartida para o que foi inicialmente acordado com as Geres. Além disso, era essencial sustentar e apoiar os residentes para que permanecessem engajados, resilientes e com saúde física e mental ao longo do processo de formação nesse contexto desafiador.

Essas e outras questões perduraram e, talvez, perdurem até hoje; ou, talvez, nunca mais deixem de nos inquietar. Mas a certeza e convicção de ter que continuar, mesmo com tais medos e incertezas, estiveram e estão firmes nas equipes, sendo isso um relevante fator para o fortalecimento do programa. Aliás, tivemos que revisar tudo que havíamos planejado para aquele momento, nos colocarmos no lugar de aprendiz, reforçando um processo de humildade, inerente à perspectiva de todo educador. E foi assim que seguimos.

Deleuze em diálogo como Foucault (Foucault, 1979, p. 71) diz que "uma teoria é como uma caixa de ferramentas ... É preciso que sirva, é preciso que funcione". E a compara aos óculos, que devem ser trocados caso não lhe sirvam: "encontrem vocês mesmos seu instrumento, que é forçosamente um instrumento de combate".

Entre as várias articulações empreendidas, a campanha lançada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2019, com o lema "Psicologia se aprende com presença!" (CFP, 2019, 2020), nos tocou profundamente. Essa mensagem poderia ser facilmente compreendida como "Educação se faz com presença!", o que reforçou nossa determinação de estar presente em diversas capacidades, envolvendo os vários segmentos do nosso programa, como preceptores, tutores, discentes, gestores e OCP.

Com a intenção de estreitar nossa comunicação com todos os segmentos do programa, iniciamos, ainda em março de 2020, uma sistemática de comunicação via AVA e e-mail do Programa. Foram postados textos de referência e orientações sobre as principais dúvidas e questionamentos dos residentes. Além disso, foi disponibilizada a possibilidade de reuniões virtuais com tempo irrestrito de chamada, facilitando reuniões e aulas à distância.

Nas mensagens iniciais tentou-se transmitir o papel crucial do residente na gestão do cuidado e como membro integrante da equipe da GERES. Enfatizou-se a importância da sua participação nesse momento do SUS, ao mesmo tempo em que foram orientados a se manterem atentos às recomendações das autoridades sanitárias locais para garantir a proteção pessoal e coletiva. Também foram fornecidas fontes confiáveis de informação e formação, essenciais diante das incertezas e desafios enfrentados nesse estágio inicial.

Além disso, informou-se a criação de um grupo de WhatsApp e outras estratégias de comunicação à distância. Com essa turma, tivemos pelo menos três grandes encontros abertos a todos os participantes, nos quais discutimos as pautas mais emergentes. Os temas discutidos foram referentes à situação daquele momento; entre outras discussões, foi revisto o planejamento da turma que havia sido apresentado aos residentes no acolhimento e às gerentes, OCP e preceptores; debatemos, também, as necessidades de afastamentos por questões de saúde e/ou grupo de risco, o abono emergencial, o cronograma e o questionamento sobre o formato dos módulos teóricos, que, até então, eram presenciais. Isso exigiu o deslocamento dos residentes, sendo um fator de impedimento naquela situação.

Em paralelo a esse processo, foi disparado na ESPPE um grupo de trabalho sobre o processo de formação on-line, de forma a problematizar e construir uma identidade própria da instituição para a utilização da tecnologia de Ensino à Distância (EAD) nos processos de formação, ainda pouco utilizada até aquele momento. Toda essa discussão transitou pelo conceito de educação on-line:

[...] definição do desenho didático das ações da ESPPE na modalidade online, definição da posição da escola quanto à avaliação, inclusão e acesso digital, sistematização de estratégias de aprendizagem e outros aspectos relacionados à educação online. A experiência a partir desse GT foi sistematizada em um documento intitulado "Orientações para o Desenvolvimento de Educação Online na ESPPE", que serviu para orientar pedagogicamente as ações da especialização e das outras ofertas da escola (Felipe *et al.*, 2022, p. 79-80).

Felipe *et al.* (2022) sinalizam que a educação on-line não é uma evolução do EAD clássico, mas que passa pelo que Santos (2009, p. 5658) chama de um fenômeno da cibercultura, isto é, a cultura contemporânea estruturada pelas tecnologias digitais. Assim, o PRMSC-Redes incorporou essa perspectiva da educação on-line, entendendo que os aspectos socio-históricos e culturais devem ser realçados nos processos formativos, que, a partir da cibercultura, passou a incorporar a mediação das tecnologias. Obviamente, a incorporação da lógica da educação on-line não foi fácil; inclusive, sua adaptação se encontra em processo de estruturação até hoje.

Desde o início da pandemia e dos debates sobre a incorporação do conceito de educação on-line durante a pandemia (Brasil, 2020a, 2020b), nos deparamos com três questões significativas. Primeiramente, a insuficiente familiaridade das equipes com as tecnologias virtuais demandou um processo formativo nessa perspectiva. Isso não ocorreu de forma coletiva; cada membro da equipe procurou cursos e/ou materiais formativos sobre o tema. Em segundo lugar, desenvolveu-se uma cultura bastante colaborativa no decorrer das atividades, o que é interessante ressaltar, pois envolveu não apenas a equipe de coordenação, mas todos os participantes do programa. Em terceiro e último lugar, a dificuldade de acesso a equipamentos tecnológicos e redes de Internet de qualidade, que pudessem facilitar o processo de formação, foi mais um desafio. Essa questão ainda persiste e temos tentado contorná-la criando estratégias

de planejamento das atividades que considerem esses limites presentes em nosso cotidiano; sempre que temos oportunidade, incluímos nos processos de planejamento a necessidade de avançar em relação às estruturas de suporte tecnológico na Secretaria da Saúde.

O uso do AVA da ESPPE, durante a pandemia, também teve que superar algumas barreiras. Inicialmente, esse ambiente apresentava recursos limitados de interatividade e dependia de um técnico especializado para realizar alterações, o que significava um problema constante. No entanto, ao explorarmos e expandirmos suas funcionalidades, notamos um aumento na sua autonomia e dinamismo. Porém, apesar desses avanços, ainda é um aspecto sujeito a discussões e planejamento contínuo na equipe.

Devido a todas as questões discutidas até aqui, e também ao fato de que os docentes inicialmente convidados para os módulos teóricos estavam ligados a outras instituições de ensino, não tendo experiência prévia em docência virtual, optamos por adiar o início dos módulos teóricos. Isso acabou tomando ainda mais desafiadora a integração entre a teoria e a prática na formação. Então, para enfrentar esse desafio, fizemos ajustes no módulo transversal de Gestão e Atenção Integral à Saúde e no processo de acompanhamento da tutoria, que passou a ser realizado integralmente de forma virtual, diferentemente do método anterior, que incluía visitas técnicas presenciais.

### **O novo marco zero nos processos de trabalho**

Após o momento crítico da pandemia, a equipe do programa e outros membros da ESPPE já tinham incorporado o diálogo com as tecnologias do ambiente virtual, além das metodologias ativas que nortearam os momentos pedagógicos com os residentes. Os docentes também já estavam mais integrados às aulas virtuais e, assim, conseguimos observar um salto de qualidade ao longo do processo de ensino-aprendizagem. No momento em que as reuniões virtuais se tomaram possíveis, com o AVA, muitas delas puderam acontecer com os trabalhadores da GERES, preceptores

e OCP, facilitando as articulações de rodízio e a discussão sobre o planejamento e as dificuldades dos residentes.

Retomar as visitas presenciais foi e ainda é um desafio, pois, com a adaptação, muita coisa pôde ser resolvida à distância e alguns recursos para as visitas técnicas também foram realocados, sendo que a sua retomada continua uma constante reafirmação de uma estratégia pedagógica: o estar presente. Assim como a retomada dos módulos teóricos presenciais, houve uma relutância dos residentes para que os mesmos se deslocassem de cidade para as aulas presenciais, tendo que ser negociado o formato híbrido. Desse modo, a troca, a permanência e a vivência dos residentes puderam continuar.

Insistimos na retomada desses fatores por considerarmos importante o diálogo, o debate e a discussão, o que apenas as interações presenciais no percurso pedagógico podem proporcionar. Momentos esses de afeto, acolhimento, amorosidade e cuidado uns com os outros, trocas essenciais para a construção de recordações e vivências tão únicas da residência. Ademais, essas trocas no processo de ensino-aprendizado valoriza os princípios freirianos da educação popular:

[...] a educação não é um processo neutro [e a] Educação Popular[,] como toda educação, sustenta um projeto de Sociedade. O que a caracteriza é sua clara e explícita opção política [... ] A Educação popular inspira uma nova cultura política, que representa o aprofundamento e a difusão dos mecanismos da democracia participativa, bem como dos valores e das práticas da cidadania ativa (Gadotti, 2016, p. 8).

Como seremos cidadãos ativos sem a presença e o encontro dos corpos ativos pela constante luta de mudanças sociais? Por isso mesmo, continuamos a insistir na coletividade dos corpos, na pedagogia da práxis e na humanização das trocas. Após a pandemia, os valores de uma educação permanente em saúde refletida nas palavras de Paulo Freire ainda nos atravessam e nos reafirmam. Vivemos no capitalismo a constante ideia de adestramento da sociedade disciplinar, para que a produção capitalista seja mantida e, assim, o lucro possa crescer exponencialmente.

O cartesianismo, como ideia dessa época, reforça a separação entre corpo e mente, transformando o primeiro em mercadoria, passível de ser pertencido, assim como qualquer outro objeto de consumo. Por isso, reafirmamos, ainda, o desejo de ir contra essa lógica. Como objetivo da formação, vislumbramos a formação de sanitaristas críticos e saudáveis que enfrentem o desafio imposto por uma ordem social e conjuntural, muito evidenciada durante a pandemia. Essa experiência vivenciada por nós, em um contexto totalmente desfavorável em relação às políticas nacionais, nos faz sentir não só como sobreviventes, mas, sobretudo, como a própria resistência, a mesma que só se constrói de forma coletiva e segundo os sólidos princípios que nos guiam na construção do SUS.

Byung-Chul Han (2015), em seu livro *A sociedade do cansaço*, reflete sobre a individuação e o aceleração que provocam a carência de sermos nós mesmos, quase como uma fuga de nós próprios rumo ao desempenho da sociedade, em prol da qual vivemos no isolamento mental, sem consciência coletiva. A reatividade individual caminha como decadência aos estímulos produtivos, sendo a obediência um sinônimo de morte sem ação. Com isso, questionamo-nos como podemos manter uma pedagogia social-crítica para se construir um SUS universal, equânime e de qualidade, a partir de um diálogo que está apenas começando, mas que não deixa de ser por nós reforçado. Até mesmo porque é o encontro dos corpos que nos fará gerar mudanças críticas na sociedade, superando as vozes

Vociferantes e desejosos de norma, atacam com gritos e panelaços gourmetizados. Suplicam em cânticos religiosos, acadêmicos ou no(s) documento(s) legislativo(s) que Deus ou a ciência os livrem do desmanchamento de suas certezas e de seus privilégios. Pobres vítimas eis-brancas! (Pocahy, 2015, p. 224).

E seguimos firmes para impedir que tais vozes continuem nos matando.

## **Considerações finais**

O processo de trabalho de uma equipe na coordenação e gestão de uma residência multiprofissional em saúde compreende também a importância de se

desenvolver e internalizar valores e princípios da postura profissional, garantindo, assim, a transmissão eficaz do conteúdo para os residentes. O relato de experiência apontou que a problemática central envolveu assegurar o engajamento contínuo dos residentes nas demandas territoriais das Regionais, ao mesmo tempo em que se buscava cumprir os acordos estabelecidos com as GERES. Também foram discutidas questões como os afastamentos por motivos de saúde, a implementação de abonos emergenciais, os ajustes no cronograma e o formato dos módulos teóricos, que, inicialmente, seriam presenciais, além do desafio da falta de familiaridade da equipe com as tecnologias virtuais.

Diante desses desafios, foi necessário adotar uma postura de aprendizagem constante e muita humildade, fortalecendo uma cultura colaborativa. Uma das medidas adotadas foi o estreitamento da comunicação entre os diversos segmentos do programa por meio do AVA e de grupos em redes sociais, justamente para agilizar a comunicação. Além disso, foram oferecidas orientações claras sobre o papel do residente na gestão do cuidado e sua importância dentro da equipe da GERES, destacando-se as precauções sanitárias necessárias. Paralelamente, foi iniciado um grupo de trabalho sobre formação on-line na ESPPE, visando a construção de uma identidade institucional na utilização da tecnologia para as atividades EAD. Essas medidas, por fim, refletiram os valores compartilhados pelos preceptores, tutores e pela coordenação, que buscam sempre pela formação pautada nos princípios da educação permanente em saúde, focando também na qualificada formação de residentes multiprofissionais em saúde.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Educação. (2020a, 28 de abril). *Parecer CNE/CP nº 5/2020* [não homologado]. Reorganização do Calendário Escolar e da possibilidade de cômputo de atividades não presenciais para fins de cumprimento da carga horária mínima anual, em razão da pandemia da covid-19. [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=145011-pcp005-20&category\\_slug=marco-2020-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145011-pcp005-20&category_slug=marco-2020-pdf&Itemid=30192)
- BRASIL. Ministério da Educação. (2020b, 8 de junho). Reexame do Parecer CNE/CP nº 5/2020, que tratou da reorganização do Calendário Escolar e da possibilidade de cômputo de atividades não presenciais para fins de cumprimento da carga horária mínima anual, em razão da pandemia da

covid-19 (Parecer CNE/CP nº 9/2020). Diário Oficial da União, Seção 1. Recuperado de [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=147041-pcp009-20&category\\_slug=junho-2020-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=147041-pcp009-20&category_slug=junho-2020-pdf&Itemid=30192)

- Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). (2023). Relatos de experiências. *Portal da Rede BVS*. <https://red.bvsalud.org/relatos-de-experiencias/>
- Conselho Federal de Psicologia. (2020). *Práticas e estágios remotos em Psicologia no contexto da pandemia da covid-19: recomendações*. CFP.
- Conselho Federal de Psicologia, & Associação Brasileira de Ensino de Psicologia. (2019, 24 de outubro). Psicologia se aprende com presença! *Conselho Federal de Psicologia*. <https://site.cfp.org.br/psicologia-se-aprende-com-presenca/>
- Conselho Nacional de Saúde. (2020, 1 de julho). *Recomendação nº 48, de 1 de julho de 2020*. Governo Federal. <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/recomendacoes/2020/recomendacao-no-048.pdf/view>
- Felipe, D. A., Queiroz, T. J., Santana, & Silva, C. M. B. (2022). Implementação do curso de especialização em Saúde Pública da ESPPE no contexto da pandemia por covid-19. In Pernambuco, *Formação de sanitários pela Escola de Saúde Pública de Pernambuco: Produção de conhecimento a partir do trabalho interprofissional no SUS* (pp. 77-101). Secretaria de Saúde.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Graal.
- Gadotti, M. (2016). *Estado e educação popular: Desafios de uma política nacional*. Acervo Paulo Freire. <https://acervo.paulofreire.org/items/04e74d25-59e2-403f-9c9a-fd8ecbd4db84>
- Han, B-C. (2015). *Sociedade do cansaço*. Vozes.
- Mendes, E. V. (2010). As redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305.
- Mussi, R. F. F., Flores, F. F., & Almeida, C. B. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*, 17(48), 1-18.
- Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. (2011). *Plano Diretor de Regionalização, 2011*.
- Pernambuco. (2013). *Lei nº 15.066, de 4 de setembro de 2013*. DOE-PE. <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tipononna=1&numero=15066&complemento=0&ano=2013&tipo=&url=#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2015.066%2C%20DE%204,do%20Estado%20de%20Pernambuco%20D%20ESPPE>
- Pernambuco. (2019). *Projeto Político do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde*. ESPPE.
- Pernambuco. (2021). *Orientações para o desenvolvimento de educação online na ESPPE*. ESPPE.
- Pernambuco. (2022). *Caminhos da Política de Gestão do Trabalho e da Gestão da Educação na Saúde para o desenvolvimento do SUS em Pernambuco*. Secretaria de Saúde.
- Pernambuco. (2023). *Projeto Político Pedagógico 2023*. ESPPE.

- Pocahy, F. (2016). (Micro)políticas Queer. In S. Messeder, M. G. Castro, & L. Moutinho (Orgs.), *Enlaçando sexualidades: uma tessitura interdisciplinar no reino das sexualidades e das relações de gênero* (pp. 223-234). EDUFBA.
- Santana, C. M. B. S., Ceissler, C. A. S., Melo, T. M. A. G. de, Sousa, F. de O. S., & Medeiros, K. R. de. (2022). Regionalização da formação de sanitaristas com ênfase em gestão de redes de saúde em Pernambuco: Resgate histórico institucional. In Pernambuco, *Caminhos da Política de Gestão do Trabalho e da Gestão da Educação na Saúde para o desenvolvimento do SUS em Pernambuco* (pp. 447-480). Secretaria de Saúde.
- Santos, E. (2009). Educação online para além da EAD: Um fenômeno da cibercultura. *Anais do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Universidade do Minho, Braga.

## CAPÍTULO 2

# UMA LINHA DE FRENTE "LÁ FORA": TRABALHO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NO SERIDÓ POTIGUAR

Monique Pfeifer Rodrigues da Silva  
Daguia Edna Silva de Medeiros  
Marília Gabriela Dantas Felix  
Jessica Silva de Oliveira

### Introdução

Mesmo com o aumento da procura de brasileiros para ingressar no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2020, e o papel insubstituível de seus trabalhadores e serviços, um ideário sobre a valorização dos "heróis de saúde" deixa de fora inúmeras dificuldades, cenários e sujeitos do que é e foi a realidade do enfrentamento à pandemia e as tentativas de garantir uma saúde integral apesar dela (Frota *et al.*, 2022). A saúde no Brasil tem, em sua construção, o suor e o sangue de diversas cores, gêneros, regiões e categorias profissionais, mas uma ideia biomédica e hospitalar de "linha de frente" limita a experiência, o registro e a análise das políticas e práticas em saúde, servindo, também, às justificativas levianas para um cotidiano desfinanciado do setor público.

Um exemplo disso foi a cobertura vacinal, lenta e estratificada, no que diz respeito aos imunizantes contra o coronavírus. Aqueles que não estivessem na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), sob o jaleco da medicina, e não fossem considerados profissionais da saúde, demorariam - mesmo que em serviço - a receber suas doses, morosidade que não se explicava mais por um inédito patógeno, mas pelas escolhas genocidas da gestão federal brasileira. Essa reprodução de iniquidades também foi observada segundo as diferenças geográficas, de raça e de classe, que causaram um abismo estatístico tanto no acesso a máscaras quanto na disponibilidade de leitos para casos graves.

Nesse sentido, por exemplo, a Atenção Básica (AB), que, em discurso, é o âmbito de maior demanda, não foi reconhecida e devidamente equipada, até hoje, para suprir tudo o que ela acolhe, que não tem nada de basal, nem de pouco, mas de base estruturante. Além de compor a rede formal de serviços mais próxima das pessoas mais pobres do país, sua lógica preventiva e comunitária - menos prestigiada pelos interesses capitalistas - é parcamente reconhecida pelos impactos que pode exercer no bem-estar das pessoas.

O sofrimento e o luto, ainda não tratados no nosso país, de todos que sobreviveram aos anos iniciais da crise pandêmica, precisam ser encarados a partir de um ponto de vista crítico, no sentido de coletivizar dores e saídas. Assim sendo, o peso das discussões políticas para avaliar o trabalho e formação em saúde se coloca como condição necessária para efetivar uma assistência muito além da vocação ou de uma garantia tecnicista de atendimentos (Pronko *et al.*, 2011), principalmente diante dos atuais avanços nos mecanismos de privatização desses serviços, guiando-nos para atender muito mais as comandas do mercado do que as necessidades humanas.

## Objetivos

Apesar do recente horror vivido por todo o planeta com o enfrentamento árduo e desigual do novo Sars-CoV-2, a defesa dos direitos básicos, como amplamente acessíveis, públicos e de qualidade, demanda nosso esforço de registrar e apontar as reais necessidades, peculiaridades e potencialidades que a classe trabalhadora, entre profissionais e usuários do SUS, construiu e vivenciou nas tarefas de sobreviver e cuidar.

Com isso em mente, este texto tem como objetivo principal relatar experiência de trabalho protagonizada e/ou com a colaboração de profissionais residentes vinculados ao programa de residência multiprofissional em Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM). Os residentes, marcados por uma luta contra as inconsistências jurídicas de sua identidade ambígua, ingressaram

nas fileiras do enfrentamento à pandemia, sofrendo com a ausência de vacinas e de equipamentos de proteção individual (EPI), isso sem mencionar as situações de assédio e risco diante das dificuldades de reorganização da força de trabalho da saúde na pandemia.

Espera-se, assim, contribuir para a construção de uma memória acerca dos desafios e lutas enfrentados pelos trabalhadores em todo o país naquele período lastimável, considerando as diferentes frentes necessárias para manter funcionando muito mais do que os serviços considerados "essenciais" e, sobretudo, apontando a posição política dessas tentativas que estavam a contrapelo da gestão nacional - de austeridade, genocida e negacionista. Isso porque colaborar com a consciência crítica e com a história brasileira sobre essa barbárie por nós vivida é indispensável para que continuemos lutando em prol da saúde e contra "[...] a destruição de seres humanos a cada nova crise sanitária" (Ventura *et al.*, 2021, p. 2246).

## **Metodologia e procedimentos**

Neste relato de experiência, além da descrição de ações, compreende-se a necessidade de articulação mínima às produções no campo da saúde e das políticas públicas, para estabelecer diálogos (Mussi *et al.*, 2021) - ainda que limitados à temporalidade e dimensão deste texto - e viabilizar discussões críticas ao que se propõem como conhecimento para práticas na assistência e na gestão em saúde. Para tanto, utilizou-se de diários de campo, construídos a partir de registros fotográficos, relatórios descritivos e relatos de conversas cotidianas, produzidos pelas autoras para contar um pouco sobre esse período de trabalho e sobrevivência na saúde. Conforme Guzzo *et al.* (2019), esse instrumento não só permite revisitar e repensar o que foi vivido em cada expediente, mas também auxilia na lembrança de importantes expressões das necessidades em saúde: por meio de dúvidas, debates, cenários e demais elementos não necessariamente verbais que chamaram atenção, pode-se discutir e (re)nortear importantes mudanças e intervenções.

Apelidada de "Princesinha do Seridó", Currais Novos localiza-se em uma região semiárida. Com o desenvolvimento de pecuária e mineração, é marcada pelo racionamento da água, uma cultura católica, rica expressão artística e por movimentos sociais mobilizados por atores diversos (IBGE, 2023). Nela, dois programas de especialização multiprofissional atuam em parceria com equipamentos de saúde e também assistência social locais, com áreas de concentração em Atenção Materno-Infantil e em Atenção Básica. A seguir, apresentaremos três cenários de atividades desenvolvidas nos anos de 2020 e 2021, nas perspectivas multi e interprofissional, considerando a variedade de saberes que carregam as autoras, atuantes em campos como arte, educação física, psicologia e serviço social.

### **Da rodoviária ao bairro, da feira à praça: cenários de promoção de saúde na Princesinha do Seridó**

O enfrentamento à disseminação do novo coronavírus, Sars-CoV-2, não foi o único desafio tomado como objeto de trabalho de quem estava na AB. Uma série de necessidades em saúde, antes já consolidadas como problemas importantes no Brasil, competiam também em um período no qual tudo parecia urgência: os impactos da violência, do desconhecimento acerca da saúde sexual, da vulnerabilidade da população idosa... Tudo precisavam ser tratado naquela época mais do que nunca fora das Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais ou outros dispositivos clássicos das práticas em saúde.

O território foi "redesbravado", com novos e antigos desafios, porém, pelas categorias que nem sempre contam com o mesmo reconhecimento ou condições de trabalho que às castas mais próximas do projeto biomédico. No caso aqui apresentado, o protagonismo dos residentes, em contraste à precariedade laboral em que se encontravam, e seus esforços para dialogar com a população em diferentes contextos nos renderam algumas observações importantes sobre a importância do fortalecimento de uma saúde coletiva e de uma relação orgânica para os estudos e práticas em saúde.

## **Aonde se chega, de onde se sai**

As barreiras sanitárias foram um dos primeiros grandes desafios enfrentados pelos trabalhadores brasileiros da saúde, mas, ao mesmo tempo, foram profundamente necessárias a partir do momento em que se constatou a contaminação comunitária no país. Para a população, em geral, ela poderia representar um constante lembrete do horror que vivíamos então; além disso, era nem um pouco convidativa à proteção, pois o aspecto polícial se ressaltava muito, dado o histórico fiscalizatório e até autoritário das práticas públicas no nosso território. Na cidade de Currais Novos, as barreiras sanitárias se concentraram na rodoviária da cidade, um terminal de estrutura simples, localizado em uma de suas avenidas principais. Nela, as barreiras se efetivaram a partir do planejamento municipal, agregando em suas equipes uma maioria de profissionais vinculados à residência multiprofissional em AB.

As equipes se revezavam nos turnos matutino, vespertino e noturno, "munidas" de uma mesa com cadeiras, um termômetro digital com mira, álcool e tabelas para registros. Toucas e luvas eram distribuídas com abundância, mas o acesso a máscaras n95 e água e sabão para lavagem frequente das mãos era dificultado. A empreitada ocorreu ao longo do primeiro semestre de 2020, dissolvendo-se após agosto, diante da reorganização de esforços para outras ações de controle da covid-19. Nas barreiras, além de conversar com transeuntes para tirar dúvidas, tínhamos como principal foco os passageiros de ônibus que chegavam à cidade. O procedimento se iniciava dialogando com o motorista, pedindo licença para falar a quem viajava antes do desembarque. Em seguida, explicando o que era a barreira, enfatizava-se que não havia poder ou trabalho de polícia - isto é, intenção ou autorização para prender ou proibir pessoas de seguir com a viagem -; era, então, solicitada a colaboração de todos para que descessem com calma e, se possível, fornecessem à equipe informações sobre seu estado de saúde recente.

As informações dos passageiros eram coletadas com o objetivo de auxiliar o rastreamento e acompanhamento dos possíveis casos suspeitos de contaminação, por meio de encaminhamento ao grupo de monitoramento de sintomáticos, realizado de forma remota por contato telefônico, e às equipes de Saúde da Família, que seriam a referência territorial dos passageiros residentes na cidade. Durante os "plantões", diferentes reações e diálogos se estabeleciam. Currais Novos é uma cidade polo da região. Nela havia equipes de saúde, estudantes, comerciantes, trabalhadores do campo... Uma infinidade de pessoas, que viviam e trabalhavam em diferentes lugares do Rio Grande do Norte e estados vizinhos, nos ouvia, ora com atenção, ora com desprezo, pressa, crédito ou pavor. Mas a rodoviária de um interior também pode reunir grupos que a habitam com uma permanência antagônica ao seu caráter de transitoriedade. "Mesa do dominó no salão acima", avisa um papel afixado em uma das paredes do lugar, remetendo aos hábitos pré-pandemia. Homens, aposentados, vendedores de ervas, pessoas em situação de rua, figuras que sabem informar todos os horários das linhas sem mesmo serem funcionários do lugar...

Na lida com esses expedientes, os residentes buscavam aproximar seus laços, pois, para ao menos metade de nós, a pandemia foi a "abertura" mais intensa de uma experiência já conhecida pela intensidade. Nativos ou não de Currais Novos, as formas de interagir e viver impostas por uma pandemia a ser superada eram novas para todos. Ouvindo forró no celular, enquanto os ônibus não chegavam, aprendíamos sobre as festas, sobre a história de Princesinha, sobre quem mais circulava pela rodoviária. Por diversas vezes, o "posto" da barreira era frequentado por gente que desejava aferir sua pressão, verificar sua glicemia e até mesmo para pedir por vacina. Consequências essas já esperadas para uma cena com quatro pessoas vestidas de branco sentadas no meio da cidadela.

Em uma dessas interações, uma moradora nos aborda para saber se temos vacina para a covid-19. Ao responder, infelizmente, que não, ela continua: "Meu companheiro tem asma, eu vi que isso é grupo de risco. Ele, agora, não dorme mais em casa". Ao entendê-lo como pessoa mais propícia a contrair e disseminar o vírus -

e não como mais vulnerável à morte pela infecção -, nos deparamos com um grande desentendimento acerca dos materiais divulgados naquele momento. Isso nos fez questionar o tanto de passos que as políticas públicas precisam dar rumo a uma relação de efetiva comunicação com as pessoas, considerando como estas estão vivendo e quais os limites das técnicas de campanhas e sua insuficiência no que diz respeito à sua resolutividade (Monken & Barcellos, 2007; Mafra & Antunes, 2015).

De um lado, havia um povo exposto aos riscos, carecendo de segurança social adequada e sofrendo com o abismo em relação ao acesso à educação em saúde, situação incrementada pela desonesta disseminação de *fake news* nos últimos anos (Morei, 2021). Do outro, os profissionais do serviço público, que, diante da demanda inadiável de se estabelecer tentativas para orientar e controlar as normas sanitárias recomendadas à época, cumpriam seu dever com medo, sem vacinas e na escassez de equipamentos de proteção, individuais e coletivos (Vedovato *et al.*, 2021).

### **Onde o Wi-Fi não chega, o que o WhatsApp não resolve**

Na AB, percorrer as ruas é condição básica de trabalho e, apesar das condições insuficientes de fazê-lo com segurança durante a pandemia, não deixou de ser necessário ou realizado. A preocupação com o agravamento causado pelas comorbidades e outras necessidades de saúde e sociais do território já era um fator adicional ao complexo ofício de se enfrentar um novo vírus, fenômeno esse fundamentado por experiências anteriores semelhantes de epidemias que causaram excesso de mortes (Giovannella *et al.*, 2022).

Considerando isso, neste tópico, destacamos como profissionais da residência retomaram as caminhadas, reunindo o reconhecimento e a aproximação do território à oferta de cuidados aos moradores, especialmente ao bairro Paizinho Maria. Essa estratégia cumpria funções de educação e promoção em saúde, além de garantir visitas domiciliares para casos urgentes e/ou mais vulneráveis, muitas vezes em necessidade de articulação intersetorial. Essas incursões passaram a se dar com maior frequência

a partir de agosto e reverberavam na formação profissional, no sentido de compreender minuciosamente as particularidades e formatos da relação com pacientes e seu processo saúde-doença-cuidado nos modos de vida no Seridó potiguar.

Àquela altura, os moradores já apresentavam um nível de concordância com a existência do vírus e com a necessidade de cuidados, porém, com algumas contradições, que só se poderiam verificar ali, no cotidiano das ruas, calçadas e na convivência comunitária. A ideia de que pessoas da mesma família ou vizinhos não apresentavam tanto risco de contaminação era uma das fortes crenças compartilhadas entre muitos. A fé religiosa também seria um fator de proteção para a não infecção, no discurso de alguns. Outra observação interessante, que redirecionava as campanhas e orientações das equipes, era constatar que o uso de máscaras até tinha adesão, mas não a devida substituição ou descarte; era comum observar idosos fazendo o uso de uma mesma máscara há dias.

Essas noções eram expressas enquanto conversávamos e distribuíamos máscaras de pano - fornecidas pela prefeitura - e o hipoclorito de sódio - material gratuito, distribuído pelo SUS e, infelizmente, pouco aproveitado em seu potencial, até mesmo antes da pandemia -, além também de preservativos - peniano e vaginal. Mesmo que não suficientes para garantir maior prevenção, tanto pela proteção contra covid-19, como pela saúde sexual, esses movimentos eram importantes para não deixar totalmente desassistida a população, não só de recursos, mas de informações e de quebra total de um vínculo com os serviços de saúde, por muito tempo "fechados" para qualquer demanda que não fossem sintomas gripais.

É importante lembrar que nem todos os brasileiros possuem celular ou Internet e, mesmo aqueles que têm acesso, nem sempre estarão ao alcance das informações. A transferência total de marcação de consultas, canais de dúvidas e transmissão de dicas, tratamentos e "suporte" para a ferramenta remota não se deu de maneira inclusiva. Assim, nas visitas de porta em porta, aproveitava-se o momento para receber novas demandas, apresentar as possibilidades de atuação da equipe

multiprofissional de residentes e processar tantas informações sobre a situação de saúde do bairro e planejar atividades possíveis.

Um desses planos foi a retomada do grupo "Qualidade de Vida", existente antes da covid-19 e também com histórica colaboração de profissionais residentes. Composto por mulheres entre 35 e 75 anos de idade, pacientes da UBS, os encontros, nas terças e quintas-feiras, 7h às 8h da manhã, foram reativados em outubro de 2020. As sessões contavam sempre com a profissional de educação física, mas envolvia também as demais profissionais interessadas e com disponibilidade para participar. Elas eram sediadas na praça, na quadra poliesportiva de uma escola municipal do bairro ou até mesmo nos pontos turísticos mais próximos dali, como o Açude Dourado e a Pedra do Cruzeiro - Figura 1.

Figura 1 - Atividade ao ar livre, no Cruzeiro



Fonte: Acervo pessoal (2020).

Eram planejadas atividades que atendessem às necessidades individuais de quem frequentava o grupo, desde que fossem executadas em coletivo, respeitando limitações e capacidades de cada uma. Desenvolviam-se treinamentos para manutenção e melhora nos níveis de força, resistência muscular, flexibilidade, amplitude de movimento e capacidade funcional de maneira geral. Além disso, eram realizadas dinâmicas de socialização e rodas de conversa acerca da prevenção de doenças, como o câncer de colo de útero e mama, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e depressão.

Inevitavelmente, o grupo constituía um ponto importante de apoio social para essas moradoras, reforçando o papel da UBS e do SUS com o instâncias de suporte social que vão além das assistências clínicas e individualizadas. Isso foi especialmente relevante em um período tão severo como a pandemia, em que a própria comunicação e, conseqüentemente, o rastreamento de inúmeras necessidades dos usuários ficaram obstaculizados (Giovanella *et al.*, 2022).

### **Na feira e na praça**

O fechamento das atividades em dispositivos que faziam parte da vida - escolas, creches, igrejas, bares... - tomou a experiência do isolamento ainda mais brutal, reduzindo drasticamente recursos e rituais que as relações cotidianas e as informações e dispositivos oficiais poderiam ofertar a mães, pais e filhos (Marques *et al.*, 2020). Portanto, para quem atuava com a garantia de direitos, além do enfrentamento da pandemia, se tomou imperativo não se restringir às redes sociais, ainda que o risco das tarefas presenciais fosse iminente. Na tentativa de buscar a população, em seus diferentes grupos e hábitos, as ações em espaços públicos, de cunho originalmente informativo, acabaram se colocando como espaços de elo e prospecções potenciais para o cuidado da saúde de forma territorializada - Figura 2.

Figura 2 - Entrega de máscaras na feira livre



Fonte: Acervo pessoal (2020).

Como cidade do interior nordestino, Currais Novos não deixou de ter nas praças e na feira importantes pontos de encontro. Além disso, considerando as barreiras de linguagem e os diferentes usos da Internet - não só pela ausência das gerações mais velhas e/ou não alfabetizadas no engajamento por meio dessas ferramentas, mas também pelas "bolhas" estabelecidas por algoritmos entre outras faixas etárias -, a obrigação de dar conta das múltiplas demandas nada "básicas" que compõem a Atenção Básica demandou que habitássemos também esses lugares, ambos no centro do município.

Aqui, destacamos a construção de diferentes ações de conscientização quanto ao enfrentamento da violência doméstica, divulgação dos direitos dos idosos e conscientização pela vacinação da juventude. Em duas dessas atividades, a parceria intersetorial com lideranças jovens e ligadas às expressões culturais foi fundamental e priorizada pelas residentes em AB. Principalmente pelo trabalho capilarizado na cidade, articulando-se hip-hop, feminismo e periferias, além de trazer a importância

política de se preservar a vida, combatendo o machismo - Figura 3 - ou rejeitando a propaganda negacionista, que atingia de formas diferentes idosos e a juventude.

Figura 3 - Agosto Lilás na feira livre



Fonte: Acervo pessoal (2020).

A feira da cidade, por ser fonte de sustento de inúmeras famílias, costumava reunir diferentes classes sociais, sendo também visitada por moradores das regiões rurais, o que a tomava um espaço particularmente necessário para a distribuição de materiais importantes e a divulgação de informação. Assim, duas importantes ações foram sediadas: Agosto Lilás, em 2020, e a campanha sobre os Direitos dos Idosos, em junho de 2021 - Figura 4. Ambas se constituíam pela instalação de tendas, caixas de som, microfone, materiais educativos e máscaras para distribuição.

Figura 4 - Campanha de conscientização pelos direitos dos idosos na feira livre



Fonte: Acervo pessoal (2021).

As campanhas objetivavam muito mais estabelecer um contato para acolhimentos e dúvidas que não cabiam na resumida transmissão de "direitos e deveres" resguardados aos cidadãos - ainda que a divulgação desses seja importante. O contato presencial permitia, por vezes, desabafos e busca por ajuda que não seriam possíveis por telefone - aparelho que se tomou mais central ainda durante a pandemia, sob uma pretensa acessibilidade que não se concretizava. Seja pela pobreza, pela dificuldade de manejar os aplicativos e a Internet, ou ainda por situações de dominação extremas em que o celular não seria um equipamento seguro para se pedir ajuda, estar nas ruas se tornava necessário para não deixar ainda mais desprotegidos esses dois diferentes grupos que, após a crise sanitária e econômica, se encontravam em incremento de suas próprias endemias sociais de violência e dependência (Moraes *et al.*, 2020).

Outra importante ação foi a realizada em setembro de 2021, destinada à vacinação de adolescentes da cidade. Sediada na praça Cristo Rei, onde tendas e palco foram montados, este evento contou com o protagonismo da Batalha do Gueto e de jovens aliados de movimentos sociais e da cena cultural local. Foi também o retomo presencial da batalha de rap, em edição especial, no principal objetivo de atrair para imunização uma parcela da população que também sofreu contradições durante a pandemia. Ao passo que, no Brasil, por bom tempo, apenas grupos de risco e pessoas abastadas pareciam ter vidas a proteger ou mortes a lamentar, em paralelo, não se observou nenhum cuidado com os jovens que, sob novas contingências, precisavam dar conta daquilo que os mais velhos já não conseguiam, banalizando os evidentes riscos que podiam também acometê-los (Ortiz & Nunes, 2022). Vale ressaltar, ainda, a fundamental posição política a favor da preservação da vida sustentada pelos MCs organizadores das batalhas de rap na cidade durante a quarentena, em acordo com a cooperativa potiguar, quando chegaram ao acordo de tanto estimular o "fique em casa", como também condicionar a classificação à etapa nacional de batalhas de rima ao cumprimento de quarentena.

Diante da sistemática distância na interseção saúde e juventude no país (Horta & Sena, 2010), essas atividades foram táticas importantes. Durante a pandemia, adolescentes e jovens adultos, trabalhadores e periféricos, sofreram ainda mais com a exposição ao vírus. A falta de condições para ter o pleno direito ao distanciamento social, a ausência de propagandas eficientes de conscientização e, posteriormente, o atraso criminoso na disponibilização de lotes suficientes para uma vacinação mais rápida foram decisões concretas da gestão federal do ex-presidente, que refletiram no descaso radical que afetou diretamente o nosso futuro.

## **Conclusão**

Nessa experiência, com a árdua "comanda" de "conscientizar" a população, viveu-se na pele os efeitos da distância entre as políticas de educação e de saúde e o povo. Os jalecos brancos que vestimos nos primeiros meses da pandemia parecem ter

carregado mais a lembrança do pânico e da fiscalização do que um ponto de confiança e assistência para aqueles que nos viam "de fora". Como aprendizado, isso nos alerta para uma reação à herança das práticas prescritivas que constituíram - e ainda constituem - a identidade profissional e o histórico do cuidado para as profissões da saúde, mesmo aquelas inseridas nos paradigmas mais recentes, como as que visam à promoção da saúde (Furtado & Szapiro, 2012).

Essa associação negativa, possivelmente reforçada pelas imagens chocantes, como as que mostravam sujeitos cobertos de EPI intervindo em corpos de internados e recém-falecidos, também se originou da perseguição política-ideológica daquela conjuntura - estimulada pela direita na expansão do obscurantismo. Principalmente quando seguidores do projeto bolsonarista invadiram hospitais com o intuito de "comprovar" a não existência da doença, atrapalhando, assim, o exercício dos profissionais e impedindo pessoas de serem atendidas.

A educação em saúde era uma ferramenta necessária antes e foi fundamental durante a pandemia. Entretanto, o acolhimento mínimo a demandas fora desta síndrome respiratória também era necessário e constituiu missão concomitante de nossa formação e trabalho. Uma série de outras endemias/pandemias relativas à sobrevivência e bem-estar das pessoas já estava enraizada no Brasil antes de 2020.

Nesse sentido, não só a relevância, mas também o risco dessas atividades era elevado, e, longe de romantizar essa exposição ou ensejar qualquer competitividade sobre quem sofreu mais, é inegável que o termo "linha de frente" não pode ser reduzido à imagética hospitalocêntrica, branca e médica, do que se concebeu hegemonicamente como "heróis da saúde". No Brasil, houve e há uma infinidade de mulheres que defenderam e defendem o SUS, atuando pelo povo sem o menor apoio ou respeito dos projetos e líderes reacionários.

## Referências

Frota, A. C., Barreto, I. C. H. C., Carvalho, A. L. B., Ouverney, A. L. M., Andrade, L. O. M., & Machado, N. M. S. (2022). Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da covid-19. *Saúde em Debate*, 46(spe1), 131-151.

- Furtado, M., & Szapiro, A. (2012). Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: O discurso sanitário da sociedade contemporânea. *Saúde e Sociedade, 21(4)*, 811-821.
- Giovanella, L., Martufi, V., Mendoza, D. C. R., Mendonça, M. H. M., Bousquat, A., Aquino, R., & Medina, M. G. (2020). A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à covid-19. *Saúde em Debate, 44(spe4)*, 161-176.
- Guzzo, M., Federici, C. A. G., Ricci, É. C., Aleixo, J., Dias, B. V., Skrzdeliauskas, M., Alves, G., & Liberman, F. (2019). Diário dos diários: O cotidiano da escrita sensível na formação compartilhada em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 23*, el 70705.
- Horta, N. C., & Sena, R. R. (2010). Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: Um estudo de revisão. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 20(2)*, 475-495.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2023). *Currais Novos, RN*. IBGE. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rn/currais-novos.html>
- Mafra, R. L. M., & Antunes, E. (2015). Comunicação, estratégias e controle da dengue: A compreensão de um cenário público de experiência. *Saúde e Sociedade, 24(3)*, 977-990.
- Marques, E. S., Moraes, C. L., Hasselmann, M. H., Deslandes, S. F., & Reichenheim, M. E. (2020). A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela covid-19: Panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública, 36(4)*, e00074420.
- Monken, A., & Barcello, C. (2007). O território na promoção e vigilância em saúde. In Fonseca, A. F., & Corbo, A. M. D. (org.), *O território e o processo saúde-doença* (pp. 177-224). EPSN/Fiocruz.
- Moraes, C. L., Marques, E. S., Ribeiro, A. P., & Souza, E. R. (2020). Violência contra idosos durante a pandemia de covid-19 no Brasil: Contribuições para seu enfrentamento. *Ciência & Saúde Coletiva, 25*, 4177-4184.
- Morei, A. P. M. (2021). Negacionismo da covid-19 e educação popular em saúde: Para além da necropolítica. *Trabalho, Educação e Saúde, 19(19)*, e00315147.
- Mussi, R., Flores, F., & Almeida, C. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional, 17(48)*, 60-77.
- Ortiz, A., & Nunes, R. (2022). Juventudes e campanhas de mobilização transpandemia: Aprendizados com visões e comportamentos dos jovens para futuros trabalhos de comunicação. In Sobrinho, A., Abramo, H., & Vil li, M. (org.), *Jovens e saúde: Revelações da pandemia no Brasil, 2020-2022* (pp. 278-298). Fiocruz.
- Pronko, M., Stauffer, A., Corbo, A., Lima, J. C., & Reis, R. (2011). *A/armação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul*. EPSJV.
- Vedovato, T. G., Andrade, C. B., Santos, D. L., Bitencourt, S. M., Almeida, L. P., & Sampaio, J. F. S. (2021). Trabalhadores da saúde e a covid-19: Condições de trabalho à deriva? *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 46*, e1.
- Ventura, D. F. L., Perrone-Moisés, C., & Martin-Chenut, K. (2021). Pandemia e crimes contra a humanidade: O "caráter desumano" da gestão da catástrofe sanitária no Brasil. *Revista Direito e Práxis, 12(3)*, 2206-2257.

# CAPÍTULO 3

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: A INTERPROFISSIONALIDADE NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 EM UMA CAPITAL BRASILEIRA

Lilian Bertanda Soares  
Nayara Callegari de Andrade  
Amanda Moraes Polati  
Carolina Dutra Degli Esposti

### Introdução

As residências multiprofissionais em saúde configuram -se como uma pós-graduação *lato sensu*, orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e abrangem diversas categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuando-se a categoria médica. Foram criadas pela Lei n.º 11.129/2005, com incentivos do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC). Sua principal característica é a educação em serviço, pois 80% de sua carga horária total deve ser desenvolvida em campo de prática, acompanhada por um preceptor, e 20% sob forma de estratégias educacionais teóricas, facilitadas por tutores e fundamentadas em um currículo orientado por competências e pela utilização de metodologias ativas no contexto teórico-prático. Sua carga horária é de 60 horas semanais e possui duração mínima de dois anos, em regime de dedicação exclusiva (Brasil, 2005; Espírito Santo, 2020).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Seus trabalhadores necessitam conhecer a heterogeneidade da população, atuar de acordo com a realidade e as características epidemiológicas do território e atender aos critérios da interdisciplinaridade, sendo essas habilidades exigências para a formação em saúde. Nesse contexto, o residente atua como uma ferramenta que possibilita o aprendizado voltado para atender as

demandas dos usuários e o cenário de prática em que o mesmo está inserido (Paiz & Dallegrave, 2017).

A educação interprofissional (EIP), definida pelo aprendizado de dois ou mais profissionais entre si, a partir do outro e sobre o outro, a fim de melhorar a colaboração e a qualidade da assistência (Arruda *et al.*, 2018), tem o propósito de gerar a prática colaborativa. Esta ocorre quando profissionais de diferentes núcleos de saber trabalham com um mesmo propósito, mas ainda mantêm certa autonomia e interesse próprio, sendo comum considerar a perspectiva do usuário, família e comunidade na construção desse processo (Peduzzi & Agreli, 2018). Ambas são capazes de melhorar a resolutividade dos profissionais com uma atuação interprofissional centrada no paciente. Assim, a interprofissionalidade pode ser entendida como o envolvimento de diferentes áreas profissionais, compartilhando o trabalho de forma integrada e interdependente, com o propósito de atender as necessidades de saúde de um indivíduo ou uma comunidade como uma equipe (Peduzzi & Agreli, 2018; Ribeiro *et al.*, 2022). Esse modo de trabalho tem sido considerado, a nível mundial, como essencial para sanar as lacunas ainda presentes na assistência à saúde, uma vez que amplia a resolubilidade e a qualidade da atenção, permitindo que os profissionais envolvidos aprendam um com o outro, a partir do outro e sobre o outro (Arruda *et al.*, 2018).

Ainda nesse sentido, o trabalho na APS conta com o matriciamento, um suporte técnico-pedagógico para as equipes, com uma metodologia de trabalho que preconiza a construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os atores envolvidos, possibilitando a construção de um projeto terapêutico integrado que promove mudança de paradigmas ao se comparar com o modelo anteriormente vivenciado (Nordi & Aciole, 2017). Nesse contexto, considera-se que as residências multiprofissionais em saúde vieram com intuito de concretizar essa atuação interprofissional e colaborativa, por meio da formação profissional, levando à reorientação do modelo assistencial (Araújo *et al.*, 2021).

O enfrentamento da demanda, surgida com o cenário epidemiológico, exigiu uma reorganização dos serviços de saúde, principalmente a partir de 2020. Logo após

o surgimento dos primeiros casos do novo Coronavírus, denominado Sars-CoV-2, agente etiológico da covid-19, em dezembro de 2019, na cidade chinesa de Wuhan, houve o aumento exponencial do número de casos e, rapidamente, o mundo passou a conviver com uma pandemia inédita.

Evidencia-se que os avanços na promoção da saúde a nível mundial, também naquele contexto, estavam intimamente ligados ao desenvolvimento de competências baseadas em padrões profissionais por meio da oferta de diversos recursos cognitivos, relacionados ao saber-fazer, saber-ser e saber-agir, desde a sua formação, resultando no aumento da eficácia e da qualidade do trabalho, assim como na prestação de serviços baseados em evidências éticas, justas, padronizadas, focadas no cuidado ao indivíduo, família e comunidade. Este fato, por sua vez, nos remete aos objetivos da residência multiprofissional em saúde (Machado *et al.*, 2018; Silveira *et al.*, 2022).

Considera-se que o crescimento da complexidade das necessidades em saúde, em conjunto com a demanda do atendimento integral ao usuário, não é compatível com práticas fragmentadas nos serviços de saúde, e que a prática colaborativa tem se tomado o meio mais viável para a reorganização da Atenção à Saúde, uma vez que amplia a resolubilidade e a qualidade da atenção (Ribeiro *et al.*, 2022). Dessa forma, a atuação dos residentes na área da saúde pode contribuir para sua própria formação profissional, por meio de uma educação interprofissional que seja empenhada na realização das mudanças necessárias para o fortalecimento da APS e do SUS. Logo, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de uma equipe de residência multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) na Atenção Primária à Saúde (APS) de uma capital brasileira, no período da pandemia de covid-19, a partir da temática da interprofissionalidade.

## **Metodologia**

Este trabalho relaciona-se à descrição da experiência vivenciada por um grupo de residentes da RMSF, alocados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na capital de um estado da região Sudeste do Brasil, entre março de 2020 e junho de

2022. A reflexão sobre a experiência aconteceu a partir da temática da interprofissionalidade. Em 2020, teve início o programa de RMSF do Instituto de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPi), do estado do Espírito Santo, sendo este o primeiro programa de residência em Saúde da Família conduzido com campos de atividades práticas em três municípios do estado.

A UBS onde ocorreu a experiência seguia o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e abrangia o território de três bairros, somando uma população adscrita de 4.926 famílias, totalizando 15.212 pessoas. Possuía cinco equipes de Saúde da Família (eSF) e seu território era dividido em 23 microáreas. O número de profissionais atuantes na UBS era de aproximadamente 82 funcionários, dentre eles: agentes comunitários de saúde (ACS); médicos; enfermeiros; educador físico; assistente social; fonoaudiólogo; farmacêutico; psicólogo; auxiliares e técnicos de enfermagem; auxiliar de laboratório; atendente de farmácia; assistentes administrativos; cirurgiões-dentistas; técnico em saúde bucal; e auxiliares em saúde bucal. Os profissionais auxiliares de serviço geral, a recepcionista e o vigilante patrimonial eram contratados por meio de uma empresa terceirizada.

Os residentes foram recrutados a partir de um processo de seleção realizado pelo próprio instituto e, posteriormente, foram alocados nas UBS mediante divisão realizada pela equipe técnica dos municípios e pela coordenação do programa. Já os preceptores, são profissionais efetivos lotados nas UBS que participaram de um processo seletivo realizado pelo mesmo instituto. Além desses, os tutores formavam um grupo de profissionais selecionados por meio de processo seletivo, responsáveis pelas orientações acadêmicas junto aos residentes e preceptores. Como qualificação para o preceptor, foi ofertada uma formação realizada concomitantemente ao desempenho das atividades de preceptoria, em forma de encontros periódicos remotos. Participaram desses encontros todos os preceptores do estado, a coordenação da RMSF e facilitadores designados pelo Instituto. Durante as reuniões, eram discutidas temáticas relacionadas ao contexto da APS e ao desenvolvimento da preceptoria em campo de prática.

## Relato da experiência

Logo após o início das atividades dos residentes no campo de prática, em março de 2020, a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou oficialmente a pandemia de covid-19 (OMS, 2020). Isso gerou a necessidade de reprogramação de todas as atividades e do próprio processo de trabalho anteriormente desenvolvido na UBS, considerando as exigências imediatas para prevenir a doença na população e garantir uma atuação segura dos trabalhadores de saúde. Os sete residentes que compunham a primeira turma eram das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia e Terapia Ocupacional; já na segunda turma, iniciada em março de 2021, foram selecionados mais três residentes, das áreas de Enfermagem, Psicologia e Serviço Social.

A partir do início da pandemia, a primeira participação efetiva dos residentes foi a realização do *fast-track*, que consistia em realizar um acolhimento/escuta do paciente, em conjunto com os demais profissionais da UBS, para identificação daqueles com sintomas respiratórios. O objetivo era agilizar o atendimento, reduzir o tempo de permanência dos usuários no ambiente e direcioná-los para os setores em funcionamento naquele momento, como a farmácia ou o laboratório para coleta de exames.

Para aqueles pacientes com sintomas respiratórios, era aplicado um *checklist* com perguntas simples e objetivas, preparado pela equipe da UBS seguindo as recomendações do MS. Este visava acelerar o atendimento e priorizar os pacientes de maior risco para a doença, como idosos e gestantes, direcionando-os para os profissionais em atendimento nos consultórios. Ao mesmo tempo em que realizavam o *fast-track*, os residentes criaram um painel, que foi chamado de "covidômetro". Nele, era registrado o número de contaminados pela covid-19 no território, a partir de dados fornecidos pelo setor de Vigilância Epidemiológica do município. O painel buscava informar e alertar a população dos riscos de não se realizar as medidas de isolamento social estabelecidas naquele momento, assim como realizar a educação em saúde para todos que compareciam na UBS em busca de atendimento.

A partir do preenchimento das fichas de notificação dos casos suspeitos e dos casos confirmados de covid-19 pelos profissionais de saúde em toda a rede de atendimento do município, era realizado o monitoramento desses pacientes e de seus contatos, familiares ou não, pelas equipes da APS. Esse processo era realizado via telefone, a partir de uma ficha que visava coletar dados fornecidos pelos pacientes, com periodicidade definida, a fim de orientá-los sobre os sinais de alarme - agravamento da doença - e de verificar quais sinais e sintomas apresentavam no momento. Com esse monitoramento, foi possível orientar sobre o fluxo para atendimento presencial na UBS e na Rede de Urgência e Emergência - pronto-socorro - do município, com o objetivo de evitar o agravamento dos sintomas em domicílio. Além disso, ele também possibilitou o reforço das orientações sobre o isolamento durante o período de transmissão da doença, ajudando na busca ativa e no monitoramento de contatos.

Outra grande contribuição dos residentes foi sua participação no inquérito sorológico realizado pela Secretaria Estadual da Saúde (SESA). Este visava realizar a testagem rápida para a detecção de anticorpos na população, auxiliando, assim, na estimativa de infectados pela covid-19, da velocidade de infecção do novo vírus e do percentual de pacientes assintomáticos. Os residentes também tiveram participação decisiva na campanha de vacinação contra a influenza, seguindo o calendário habitual de vacinação anual do MS. Naquele contexto, prevenir gripe passou a ser ainda mais importante, pois era interessante diminuir o índice de sintomáticos respiratórios, da procura e do número de atendimentos nos serviços de saúde para se evitar o mascaramento da contaminação pelo novo vírus, haja vista a similaridade entre os sintomas das duas doenças. Dentro do seu núcleo de saber, cada residente atuava de forma interprofissional, aprendendo sobre epidemiologia, imunização e realizando vacinação extramuros, triagem dos vacinados contra a influenza, administração das vacinas, organização dos serviços e fluxos, orientações aos usuários e registros de informações nos sistemas específicos. Contribuíam, assim, em todo o processo de trabalho no serviço.

Uma das propostas da Unidade Educacional de Gestão e Cuidados Coletivos da RMSF para o trabalho no território foi a elaboração, pelos residentes, de um diagnóstico de situação como etapa do planejamento estratégico situacional, a ser desenvolvido durante os 24 meses de duração do programa. O objetivo era tornar visível as fragilidades e as potencialidades do território para a equipe de profissionais que atuavam na ESF, culminando na elaboração de propostas de ações e serviços com base no perfil epidemiológico da população adscrita.

O diagnóstico situacional foi realizado em conjunto entre profissionais do serviço e residentes, configurando-se uma oportunidade de trabalho em equipe para ambos, principalmente ao considerar o envolvimento de profissionais de saúde atuantes no campo de prática e de usuários do serviço na geração de dados em saúde. Desse modo, os residentes buscaram por dados gerais para o reconhecimento do território por meio do acesso aos prontuários eletrônicos, utilizados nos serviços da rede municipal de saúde, aos relatórios emitidos pela Vigilância Epidemiológica do município e aos dados disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e na Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS).

Para uma melhor aproximação à realidade do território, utilizou-se, também, o Método de Estimativa Rápida Participativa (MERP), por meio de entrevistas com usuários da UBS. Após a caracterização do território, foi realizada a análise dos dados e elencados os problemas apresentados, tendo sido utilizada uma matriz decisória para eleger o agravo que mais interferia no funcionamento da UBS ou que mais causava danos aos usuários.

Esse diagnóstico serviu de base para um Projeto Aplicativo (PA) a ser desenvolvido a partir de conceitos e ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por Carlos Matus para intervir e transformar a realidade do território. Durante o período daquela experiência, a UBS recebeu duas turmas de residentes e, com isso, foram realizados dois diagnósticos situacionais e dois PA. O primeiro PA abordou a ausência de acompanhamento dos adolescentes naquela UBS, e o segundo elegeram como agravo principal no território a hipertensão arterial sistólica (HAS). Para cada problema eleito, foi criada uma proposta de intervenção envolvendo

ações de educação permanente em saúde com os profissionais atuantes na UBS, educação em saúde na comunidade, por meio de palestras e rodas de conversa no território, e a elaboração de um material explicativo - fôlder - impresso e em formato digital para divulgação.

Com a diminuição da incidência da covid-19 e, conseqüentemente, do agravamento dos casos e da mortalidade na população após o surgimento da vacina, a UBS retomou gradativamente às atividades habituais, e os residentes foram acomodados nesse contexto, dando início a uma nova temporada de desafios e aprendizados. As reuniões das equipes foram importantes para se melhorar a qualidade da atenção e os espaços de envolvimento dos residentes com a eSF na qual estavam inseridos. Foi proporcionada uma intensa relação interpessoal, a criação de vínculos e o conhecimento sobre a população adscrita no território, assim como o desenvolvimento da prática colaborativa interprofissional. Considera-se que, a partir das reuniões de equipe, foi possível realizar intervenções em saúde para o coletivo. As ações de saúde no território aproveitaram as datas alusivas do Calendário da Saúde do MS, como o Agosto Dourado, o Outubro Rosa, o Novembro Azul, dentre outras, além de demandas que surgiram no cotidiano, como a necessidade de trabalhar o isolamento social e a higienização das mãos junto à comunidade.

Para o individual, a partir dos diálogos ocorridos nas reuniões de equipe, os casos de maior complexidade eram encaminhados para discussão pela equipe multiprofissional atuante na UBS. A partir daí, eram agendados atendimentos compartilhados entre os profissionais, incluindo os residentes, que exerciam um papel fundamental na manutenção do funcionamento dos serviços por serem de diferentes núcleos de saber. Também eram agendadas as visitas domiciliares, que possibilitavam o conhecimento da realidade vivenciada pelo usuário em seu ambiente e a relacionar com as patologias apresentadas.

Além das reuniões com as eSF, os residentes também participavam de reuniões com outros equipamentos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) municipal. Os matriciamentos, que durante a pandemia aconteciam de forma remota, promoveram a interação com atores externos que compõem o sistema de saúde em sua totalidade,

tomando visíveis os níveis de Atenção à Saúde e suas funções. Possibilitaram, ademais, a aquisição de conhecimento sobre a atuação de forma intersetorial, a elaboração de planos terapêuticos e a discussão de casos com as equipes de referência.

Como destaque para a atuação interprofissional dos residentes dentro da UBS, houve a realização do Grupo Terapêutico de Mulheres. Esse grupo, considerando o aumento das necessidades em saúde mental pelas mulheres do território, propunha trabalhar, quinzenalmente, temáticas diversas e de relevância para elas, como questões voltadas à violência doméstica. Eram utilizadas estratégias diversas, como musicoterapia, filmes, artesanato, dentre outros. As atividades eram de responsabilidade de residentes e preceptores e contemplavam mulheres adscritas no território, mediante o desejo delas em participar.

Durante o período de isolamento social, também foram desenvolvidas atividades com professores de duas escolas da rede municipal de ensino do território, como parte das atividades do programa Saúde na Escola (PSE). Os professores representavam um grupo de trabalhadores que, naquele momento, executavam todas as suas atividades de forma remota, o que foi demandado de forma repentina, exigindo habilidades que antes não eram imaginadas. Assim, os residentes realizaram, remotamente, ações de educação em saúde no intuito de orientá-los sobre ergonomia no *home office*, saúde mental e estresse durante o período de isolamento. Além disso, cuidados com a voz ao falar utilizando a máscara foram trabalhados junto ao grupo, para quando este retomasse às atividades presenciais.

No período de transição, quando as turmas das escolas estavam divididas e realizavam revezamento, com parte dos estudantes em aulas na modalidade on-line e parte na modalidade presencial, foram realizadas atividades de conscientização intencionando evitar a contaminação por covid-19, utilizando-se fôlderes informativos, os quais foram divulgados em grupos de WhatsApp organizados pelos profissionais da escola e, também, de forma presencial nas escolas, respeitando todas as medidas de prevenção. Ainda, foi feita uma campanha contra a violência, aproveitando-se, de forma lúdica, de fantoches e contação de histórias.

Também com a finalidade de realizar a educação em saúde, os residentes, em conjunto com profissionais da UBS, desenvolveram o Grupo de Gestantes. Pensado para ocorrer em locais abertos no território, arejados e com distanciamento adequado entre as participantes, o grupo atuava de forma interprofissional, promovendo orientações sobre a gestação em si e sobre o parto, a amamentação, os cuidados com o recém-nascido e os cuidados com a puérpera. Além das gestantes, participaram as ACS do território, que, exercendo um papel importante na organização do grupo ao fazerem os convites, também aprendiam sobre as temáticas abordadas.

## **Discussão**

A implantação do Programa de RMSF no território utilizou estratégias pedagógicas capazes de promover o pensamento crítico-reflexivo e a formação integral, interdisciplinar e interprofissional, com a conexão de saberes e práticas. Permitiu, igualmente, construir competências compartilhadas para a consolidação do trabalho interprofissional, visando às necessidades de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão na saúde. Considerando que o período da experiência aqui retratada foi durante a pandemia de covid-19, entre 2020 e 2022, ela se iniciou com a busca por novas estratégias de atendimento da demanda provocada pelo novo vírus e com o intuito de se manter o acompanhamento em saúde de toda a população adscrita no território. Assim, a necessidade de assertividade nas decisões, aliada à urgência das respostas aos problemas então enfrentados, destacou a importância da atuação colaborativa da equipe, para a qual a RMSF contribuiu fortemente ao contemplar profissionais de distintas categorias em seu formato educacional.

Da mesma forma, ao realizar o diagnóstico de situação, a realidade vivenciada no território tornou-se conhecida, sendo possível identificar as fragilidades e planejar uma atuação que atendesse às necessidades específicas, ao mesmo tempo que eram consideradas as potencialidades ao longo do período da residência. O PES,

proposto por Matus, foi, então, composto por quatro momentos dinâmicos. No primeiro, o explicativo, ocorreu o diagnóstico situacional, com o intuito de identificar, descrever, priorizar e explicar os problemas encontrados. O segundo, o normativo, caracterizava-se pela definição dos objetivos e dos resultados a serem alcançados, buscando elaborar estratégias e ações necessárias. No terceiro, o estratégico, analisou-se os recursos econômicos, administrativos e políticos necessários e/ou que estavam disponíveis. Por fim, o último e quarto momento, denominado tático-operacional, foi quando se implantou as ações propostas e indispensáveis, sendo realizada a definição dos parâmetros e estratégias para o monitoramento e avaliação das ações executadas (Figueiredo Filho & Müller, 2002).

Devemos lembrar que as residências em saúde são voltadas para a educação em serviço, favorecendo a inserção de jovens com qualificação no mercado de trabalho, com foco nas áreas prioritárias do SUS (Brasil, 2005). Elas estão em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no Brasil em 2004, que busca desenvolver estratégias e processos para alcançar a integralidade da Atenção à Saúde individual e coletiva e o incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do SUS, objetivando a consolidação das reivindicações pautadas na Reforma Sanitária (Brasil, 2004). A educação permanente em saúde (EPS), por seu turno, caracteriza-se por ocorrer no próprio local de atuação profissional, sendo o processo de trabalho o objeto de transformação, iniciando com a visão crítica dos próprios trabalhadores sobre os problemas vivenciados. Portanto, é fundamental que a base conceitual e as práticas da EPS sejam compreendidas pelos atores envolvidos, evitando confusão com outros termos semelhantes (Ferreira *et al.*, 2019).

Durante a pandemia, devido à necessidade de distanciamento social provocada pelas formas de contágio do vírus, a Internet tomou-se muito usada na efetivação da EPS, possibilitando encontros remotos. Para os residentes, isso possibilitou a manutenção dos encontros da tutoria, que ofertava apoio teórico para as situações vivenciadas no cotidiano. O trabalho remoto em saúde foi, dessa maneira, uma realidade observada em outros contextos durante a pandemia, e incluiu o

surgimento e a regularização das teleconsultas e o monitoramento por telefone dos casos confirmados ou suspeitos de covid-19, além dos seus contatos. No entanto, a potencialidade das tecnologias de informação e comunicação vai muito além se considerarmos o alcance da educação em saúde mediada pela Internet e todo seu conteúdo (Silveira *et al.*, 2022).

Atualmente, uma dificuldade para o processo de formação do profissional em saúde é a capacidade de atender às necessidades de saúde complexas que têm surgido, sinalizando, assim, a importância da reorientação do modelo de formação. Ressalta, ainda, que o déficit de profissionais, sua distribuição geográfica desigual e os modelos de formação em discordância aos princípios que fortalecem os sistemas de saúde são fatores que contribuem para a pouca capacidade de formação de perfis adequados às necessidades de saúde. Nesse contexto, a PNEPS tem tido um papel importante na reorientação das práticas de formação, considerando o próprio campo de trabalho e consolidando-se como uma das políticas mais potentes para a transformação das práticas e da formação em saúde (Freire Filho *et al.*, 2019).

A estrutura da RMSF está organizada na lógica do trabalho em equipe e em rede. Portanto, considera-se uma modalidade de formação interprofissional, que possibilita a interação entre diversos saberes representados pelos residentes, pelos profissionais que compõem os serviços e pelos usuários e suas famílias. Ao contrário, os demais modelos de formação ainda predominantes no país, com bases curriculares que tendem à uniprofissionalidade, resultam em uma prática fragmentada, considerando, ademais, que, para existir a interprofissionalidade, um dos requisitos é uma equipe multiprofissional (Araújo *et al.*, 2021).

O intuito da prática colaborativa é melhorar a assistência prestada ao paciente, estabelecendo relações de trabalho interprofissionais entre os atores envolvidos, ou seja, estudantes, profissionais e pacientes/famílias, produzindo, com isso, os avanços nos resultados. Para a prática colaborativa, é necessária a aplicação de competências essenciais: comunicação interprofissional, cuidado centrado no paciente, clareza de

papéis profissionais, dinâmica de funcionamento da equipe, resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa (CIHC, 2010).

Na APS, o trabalho interprofissional pode ser entendido a partir de duas modalidades de colaboração que podem alternar de acordo com o momento vivenciado. Uma modalidade diz respeito à colaboração entre os próprios integrantes da equipe da UBS, estendido ao usuário; a segunda ocorre quando são acionadas as RAS e a comunidade local pela equipe, que, além da colaboração entre si, também buscam por outros serviços. Ademais, considerando o aumento crescente da complexidade do cuidado em saúde, surge, também, a necessidade dessa integração e colaboração entre os atores envolvidos (Peduzzi & Agreli, 2018).

Na busca pela reorientação do modelo de cuidado dentro do SUS, outro instrumento utilizado é o apoio matricial, realizado na UBS com a participação dos residentes. O apoio matricial, dentro dessa perspectiva, possibilita a integração entre os profissionais com a finalidade de construir pactuações, projetos terapêuticos comuns e o trabalho interdisciplinar, visando à qualificação do cuidado prestado. Embora possua esse potencial, o desconhecimento da proposta ainda representa uma fragilidade, assim como a necessidade de reestruturação dos profissionais matriciadores quanto ao papel desenvolvido, o aumento da demanda por realizar o atendimento integral do indivíduo e também o reconhecimento do trabalho em equipe como pressuposto e dispositivo para a interdisciplinaridade (Nordi & Aciole, 2017).

A OMS, no documento "Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa", relatou os benefícios que a prática colaborativa, resultante da educação interprofissional, produz, citando dentre outros, relatos da prática interprofissional sendo utilizada em situações de crises de saúde. Segundo a OMS (2010, p. 18), "a prática colaborativa pode melhorar: o acesso aos serviços de saúde e a coordenação dos mesmos; o uso adequado de recursos clínicos especializados; os resultados na saúde de usuários com doenças crônicas e a assistência e segurança dos pacientes".

O reconhecimento da necessidade de formar profissionais aptos para a colaboração e o trabalho em equipe, a partir da educação interprofissional, ainda é algo muito recente, sendo ela contrária ao modelo de formação uniprofissional, mais comum. Para transformar essa realidade, medidas importantes foram tomadas dentro de um plano de implantação da EIP. Dentre eles, ocorreu o seu fortalecimento como dispositivo para reorientação dos cursos de graduação em saúde, levantamento das iniciativas de EIP no país, desenvolvimento docente para a EIP, fortalecimento dos espaços de divulgação e produção do conhecimento em EIP, além do trabalho da temática dentro da educação permanente em saúde (Freire Filho *et al.*, 2019). Essa forma de educação permanente em saúde, abordando a temática da interprofissionalidade na APS, tem sua importância aumentada ao se analisar o tempo de formação e atuação dos profissionais no SUS (Ribeiro *et al.*, 2022).

Um dos atributos da ESF, que é o modelo prioritário da APS no SUS, é a realização das ações de vigilância em saúde nos territórios, com disseminação de medidas preventivas, acolhimento e atendimento aos usuários suspeitos/confirmados de covid-19, realização de testagem e vacinação contra doença, além da continuidade das ações próprias da APS (Silveira *et al.*, 2022). Observa-se que a participação de residentes nas ações de enfrentamento à covid-19, assim como no inquérito sorológico realizado, foi de grande importância, pois, além da contribuição para os serviços, os aproximou da temática de vigilância em saúde no território, ampliando seu conhecimento teórico e prático sobre o tema.

Considerando a experiência relatada, nota-se que o modelo de ensino proposto na residência, com formação de profissionais voltada para o ensino em serviço e guiada pelos princípios e diretrizes do SUS, contribuiu para uma atuação efetiva dos residentes em todo o contexto vivenciado durante a pandemia de covid-19. Além disso, ele contribuiu para o fortalecimento da interprofissionalidade nos serviços. Com a inserção e atuação de profissionais de diferentes núcleos de saber, com a educação permanente em saúde junto à eSF lotada na UBS e com o cuidado integral aos pacientes, aumentou-se, a resolutividade dos atendimentos e a qualidade da atenção prestada.

## Conclusão

Baseado nos objetivos propostos com a inserção da RMSF no campo de práticas, o intuito das ações desenvolvidas no território era promover, com os residentes, a habilidade de atuação de forma conjunta com uma somatória de conhecimentos voltados para a integralidade e o espaço social. Considerando que um dos fundamentos da RMSF é a interdisciplinaridade, assim como a ESF como modelo assistencial, considera-se que ela preconiza o trabalho em equipe, promovendo atuação intersetorial e orientando práticas a partir das necessidades de saúde do território.

Sendo assim, observa-se que, mesmo com a pandemia de covid-19, o programa proporcionou ações capazes de promover o crescimento profissional tanto dos residentes quanto dos preceptores e demais profissionais envolvidos, assim como a transformação no serviço onde a residência foi inserida, por meio de ações e atividades realizadas tanto no coletivo quanto no atendimento individual de usuários. Destaca-se, por fim, que a vivência do trabalho em equipe, com o desenvolvimento da interprofissionalidade, possibilitou a reorganização dos serviços diante das novas e velhas demandas.

## Referências

- Araújo, H. P. A., Santos, L. C., Domingos, T. S., & Alencar, R. A. (2021). Multiprofessional family health residency as a setting for education and interprofessional practices. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 29, e3450.
- Arruda, G. M. M. S., Barreto, I. C. H. C., Ribeiro, K. G., & Frota, A. C. (2018). O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 22, 1309-1323.
- 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 nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm)

- Brasil. (2004). *Portaria n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Nescon. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). (2010). *A national interprofessional competency framework*. University of British Columbia.
- Espírito Santo. (2020). *Portaria ICEPi n.º 015-R, de 23 de outubro de 2020*. ICEPi. <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/ICEPi/Portaria%20015-R%20-%20Regimento%20Res%20Multi%20Geral.pdf>
- Ferreira, L., Barbosa, J. S. A., Esposti, C. D. D., & Cruz, M. M. (2019). Educação permanente em saúde na atenção primária: Uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, 43(120), 223-239.
- Figueiredo Filho, W. B., & Müller, G. (2002). Planejamento estratégico segundo Matus. Tn Gerardi, L. H. O., & Mendes, I. A. *Do natural, do social e de suas interações: Visões geográficas* (pp. 121-132). AGETEO.
- Freire Filho, J. R., Silva, C. B. G., Costa, M. V., & Forster, A. C. (2019). Educação interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 43(spel), 86-96.
- Machado, M. F. A. S., Machado, L. D. S., Xavier, S. P. L., Lima, L. A., Moreira, M. R. C., & Ferreira, H. S. (2018). Competências em promoção da saúde: O domínio parceria na residência multiprofissional em saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(4), 1-7.
- Nordi, A. B. A., & Aciole, G. G. (2017). Apoio matricial: Uma experiência da residência multiprofissional em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(2), 485-500.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. OMS.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020). *Coronavirus Disease*. OMS.
- Paiz, J. C., & Dallegrave, D. (2017). Avaliação de um programa de residência multiprofissional como tecnologia educativa para consolidação do quadrilátero da formação em saúde. *Saúde em Redes*, 3, 18-26.
- Peduzzi, M., & Agreli, H. F. (2018). Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 22(sup12), 1525-1534.
- Ribeiro, A. A., Giviziez, C. R., Coimbra, E. A. R., Santos, J. D. D., Pontes, J. E. M., Luz, N. F., Rocha, R. O., & Costa, W. L. G. (2022). Interprofissionalidade na Atenção Primária: Intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. *Escola Anna Nery*, 26, e20210141.
- Silveira, T. Z., Teixeira, M. B., & Brandão, A. L. (2022). O papel da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19: Potência e desafios da formação multiprofissional. Tn Teixeira, M. B., Brandão, A. L., & Casanova, A. O., *Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia de covid-19: A experiência da residência multiprofissional em Saúde da Família* (pp. 33-50). Rede Unida.

# CAPÍTULO 4

## O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: DO PROPOSTO AO VIVIDO EM TEMPOS DE PANDEMIA

Fabiana Maria de Aguiar Bello Marques  
Renata Ferreira Tiné  
Emmanoel Matheus de Oliveira Matos  
Luiz Miguel Gomes Barbosa

### Introdução

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia pelo coronavírus Sars-CoV-2, que causa a doença covid-19. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) decretou estado de transmissão comunitária em todo território nacional a partir de 20 de março de 2020. Nesse mesmo dia, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) por meio de decreto reafirmou o estado de calamidade pública no estado. A pandemia de covid-19 já tinha provocado mais de 6 milhões de óbitos até dezembro de 2022, e tinha atingido o mundo de maneira desigual. Países que foram capazes de coordenar ações nacionais para bloquear a transmissão comunitária do vírus tiveram populações menos afetadas pela doença. Porém, países com ausência de coordenação nacional e/ou que resistiram a implantar as ações não farmacológicas de saúde coletiva tiveram suas populações impactadas por alto número de casos e mortes pelo novo coronavírus, além de grandes impactos socioeconômicos, a exemplo do Brasil e dos Estados Unidos (Fernandez *et al.*, 2022).

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro precisou, então, se reorganizar para prover assistência ao aumento progressivo de pacientes, além de manter a atenção aos demais e garantir a segurança de profissionais de saúde e pacientes durante o cuidado de saúde (Daumas *et al.*, 2020). Observou-se, de um lado, a existência das evidências científicas e dos protocolos indicados pela OMS para lidar com a pandemia e, de outro, a postura negacionista de uma parcela da população, incluindo

parlamentares e o próprio presidente da república em exercício, a quem o MS está subordinado (Lopes & Leal, 2020-2021).

De acordo com Giovanella *et al.* (2020), o enfrentamento de uma epidemia exige que se associe a atenção individual ao cuidado centrado na comunidade, requerendo uma abordagem populacional. Os sistemas de saúde fortemente baseados na Atenção Primária à Saúde (APS) estavam mais preparados para ofertar esse cuidado integral e articulado em redes, respondendo de melhor maneira às emergências sanitárias.

Dessa forma, a APS no Brasil, a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), com suas equipes multiprofissionais e seu enfoque comunitário e territorial, apresentou, ao longo do tempo, impactos positivos comprovados na saúde da população. Nesse sentido, ela pôde e ainda deve atuar na abordagem comunitária necessária ao enfrentamento de qualquer epidemia, devendo desempenhar o papel decisivo na rede assistencial de cuidados, no controle da epidemia e na continuidade do cuidado (Giovanella *et al.*, 2020).

Relataremos a experiência de um programa de residência multiprofissional em Saúde da Família, destacando a reorganização do proposto em seu Projeto Pedagógico de Residência (PPR) e as vivências na reestruturação do processo de trabalho na APS durante o enfrentamento à pandemia de covid-19.

### **Vivência e relato de experiência**

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa. O relato foi elaborado de acordo com a vivência da coordenação e dos profissionais-residentes que atuaram na linha de frente da covid-19, durante o período compreendido entre março de 2020 e fevereiro de 2021, no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), vinculado à Secretaria de Saúde do Recife (SESAU Recife), em parceria com o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

Para a descrição deste relato, foram utilizados como fontes de dados o PPR, os instrumentos de sistematização do processo de ensino, os registros de aprendizagem, tais como atas de reuniões, portfólios e diários de campo, as notas técnicas e os protocolos de assistência e manejo clínico na APS da SESAU Recife. A pesquisa bibliográfica para referencial teórico foi realizada nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PUBMED e Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), utilizando-se dos descritores "Atenção Primária à Saúde", "Estratégias de Saúde Nacionais", "Covid-19" e "Educação Profissional em Saúde Pública". Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos em português e inglês, publicados no período compreendido entre 2020 e 2023. Por fim, ressalta-se que não houve necessidade de submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), visto se tratar de um relato de experiência.

### **Caracterização do programa de residência multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Recife (PE)**

As residências em área profissional da saúde são estratégias de interface ensino e serviço no âmbito da formação, para qualificação de profissionais, em regime *lato sensu*. As residências em saúde são programas orientados pelos princípios e diretrizes do SUS e consideradas um modelo de formação em serviço que busca qualificar os profissionais da área da saúde para atuarem de forma integral, interdisciplinar e em conformidade com as necessidades e realidades locais e regionais do sistema de saúde (Meneses *et al.* 2018). Nesse sentido, a proposta de implantar o PRMSF surgiu da necessidade de contribuir com o cenário locorregional na conformação e estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), principalmente no tocante à Emergência em Saúde Pública decretada no ano de 2015 e nos desdobramentos da síndrome congênita do Zika Vírus, sintonizando, assim, as

necessidades e produções cotidianas dos diferentes atores e atrizes envolvidos na APS e na RAS do município do Recife.

O **PPR** do PRMSF, da SESAU Recife foi aprovado em 2016, configurado em uma matriz pedagógica plural, envolvendo estratégias educacionais práticas, teóricas-práticas e teóricas, com garantia das ações de integração entre educação, gestão, atenção e participação social. Anualmente, são ofertadas 12 vagas para oito categorias profissionais, sendo elas: enfermagem (4), odontologia (2), fisioterapia (1), fonoaudiologia (1), nutrição (1), psicologia (1), serviço social (1) e terapia ocupacional (1).

No tocante às estratégias educacionais teóricas, o processo de ensino-aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, nos quais o profissional residente conta, formalmente, com orientação do corpo docente, assistencial e de convidados. Dentre os módulos teóricos oferecidos, destacam-se: educação popular em saúde; gestão e planejamento em saúde; introdução à saúde da família; linhas de cuidado em áreas prioritárias da APS, tais como: saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto, saúde do idoso, saúde mental, cuidados paliativos e doenças crônicas; processos de trabalho na ESF; Rede de urgência e emergência; Redes de Atenção à Saúde e territorialização.

As estratégias educacionais teórico-práticas são aquelas que integram conhecimentos e práticas, promovendo a articulação entre ensino e serviço por meio da orientação do tutor da categoria profissional. Dentre as atividades, tem -se a realização de encontros periódicos presenciais mensais, acompanhamento semanal das atividades autodirigidas à distância e construção de portfólio diário por parte do tutor de núcleo correspondente à categoria profissional do residente.

Por último, as estratégias educacionais práticas, aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão do preceptor. No programa, os profissionais-residentes são inseridos no primeiro ano da residência junto às equipes da ESF do Recife, além de outros

serviços da Rede de Atenção Básica, tais como: serviço de referência para a saúde de lésbicas, gays, bissexuais e transgênero (Ambulatório LGBT), Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), programa Academia da Cidade (PAC), programa Mãe Coruja e Consultório na Rua (CnaR). No segundo ano, outros cenários de prática são inseridos, além da APS, como: serviços da Rede de Atenção à Saúde de média e alta complexidade, gestão e optativo.

### **Processo de reorganização das eSF para o enfrentamento da covid-19 no Recife**

A partir dos primeiros casos confirmados de covid-19 no Brasil, em março de 2020, a SESAU Recife lançou o Plano Municipal de Contingência do Novo Coronavírus, o qual definiu diretrizes orientadoras para prevenção e controle de situações de risco, bem como o enfrentamento da ocorrência de casos de infecção associados ao coronavírus no município (Recife, 2020b). Esse plano foi baseado nas recomendações da OMS, MS e SES-PE, com adaptações locais. Dentre os vários setores da SESAU Recife envolvidos no enfrentamento, a APS destacou-se por ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Por conseguinte, diversas foram as mudanças na organização do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (Recife, 2020a, 2020c).

Em 17 de março de 2020, a SESAU Recife lança a primeira versão do Protocolo de Assistência e Manejo Clínico do Novo Coronavírus na Atenção Primária à Saúde do Município de Recife, que teve por objetivo definir o papel dos serviços de APS no manejo e controle da infecção, além de disponibilizar os instrumentos de orientação clínica e fluxos assistenciais para as equipes que atuam na porta de entrada do SUS (Recife, 2020b). Ainda em março de 2020, houve a atualização desse protocolo, visando mudanças no processo de trabalho a fim de reduzir o tempo de permanência dos usuários nas unidades de saúde, do fluxo de pessoas circulantes, e enfatizando o atendimento aos sintomáticos respiratórios e aos grupos prioritários inadiáveis (Recife, 2020a).

Além desses documentos, foram criadas notas técnicas sobre processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) no contexto de enfrentamento da emergência em saúde pública, as quais orientaram as atividades do NASF após reformulações para se adequar ao contexto de cada território e às demandas específicas de cada equipe de Saúde da Família (eSF) (Recife, 2020b). Segundo Oliveira *et al.* (2020), a primeira nota técnica só teve a contribuição dos gestores, porém, após os relatos das práticas dos profissionais do NASF, houve a necessidade de novas alterações e possibilidades de atuação dessas equipes, pois estas necessitavam de um processo de adaptação, de acordo com as alterações do processo de trabalho das eSF.

Dentre as principais mudanças no processo de trabalho das eSF e equipes do NASF (eNast), durante a implantação do Plano de Contingência do Novo Coronavírus, destacaram-se o adiamento das consultas de rotina, o cancelamento temporário dos grupos existentes na unidade, a organização da demanda oriunda das condições crônicas - gestantes, criança de risco, saúde mental, tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes etc. -, compatível com a estratificação de risco, as visitas domiciliares - realizadas só em casos de extrema necessidade -, e as limpezas rigorosas nas Unidades de Saúde da Família (USF) (Recife, 2020a, 2020b, 2020c). Ademais, houve uma nova reestruturação para as equipes da ESF, as quais ficaram subdivididas em:

- Equipe de triagem: pessoa de porta de entrada e organizador de fluxo interno;
- Equipe de telefonia: pessoa da recepção e/ou regulação;
- Equipe de campo: agentes comunitários de saúde;
- Equipe da rotina (situações inadiáveis; quadros agudos e crônicos): enfermeiros, médicos, odontólogos e profissionais mais vulneráveis à covid-19;
- Equipe destacada covid-19: enfermeiros, médicos e odontólogos que não possuem fatores de risco para o covid-19.

Assim, os profissionais da eSF e eNASF, tiveram suas rotinas totalmente modificadas, precisando se reinventar e se adaptar aos novos processos de trabalho,

para manter a continuidade do cuidado no território frente à pandemia. Outra estratégia, a fim de mitigar os riscos e diminuir a morbimortalidade dos profissionais de saúde que possuíam fatores de risco para o novo coronavírus, foi destacá-los no trabalho remoto, por meio do serviço de teleassistência (Atende em Casa). As ações iniciaram com a oferta de teleorientação com ênfase nas síndromes gripais e covid - 19. Com o desenvolvimento do serviço e a necessidade de ampliar medidas de prevenção e controle da infecção, incrementam-se as ações de telemonitoramento, ou seja, a busca ativa e o acompanhamento dos usuários confirmados, casos suspeitos ou de risco elevado. E, por último, com a crescente demanda de problemas psicossociais, como medo, ansiedade e depressão, associados a problemas sociais, como o desemprego e a violência doméstica, o serviço passou a ofertar apoio emocional a todos os seus usuários, a fim de apoiá-los no enfrentamento dos impactos da pandemia em sua saúde mental (Recife, 2020a).

O processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal (eSB) também foi submetido a mudanças, visto que os atendimentos eletivos odontológicos foram suspensos, sendo mantidos apenas os de urgência. Porém, a prioridade continuou sendo as ações de prevenção, combate e controle da covid-19. Logo, as eSB, compostas por cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal e técnicos de saúde bucal, também participaram efetivamente das ações educativas de prevenção, das unidades especiais de testagem e do telemonitoramento dos casos suspeitos e leves no território.

Já os profissionais das eNasf dividiram suas atividades em três eixos: (1) trabalho clínico-assistencial por meio de atendimentos remotos, via telefone ou WhatsApp, criando-se grupos prioritários nesse aplicativo; (2) suporte às eSF por meio do apoio na campanha de vacinação, no processo de acolhimento e/ou na triagem dos usuários nas unidades de saúde, na organização do fluxo interno da unidade, na participação na equipe de telefonia, e no monitoramento dos casos sintomáticos; e (3) ações educativas no território, a partir da disseminação de informações sobre a

importância do distanciamento social, etiqueta respiratória, quarentena, cuidados com a saúde e demais medidas preventivas (Oliveira *et al.*, 2020).

## Reflexões

No Brasil, o cenário foi devastador. Em parte, pelas próprias características da doença, uma infecção viral altamente contagiosa, mas, principalmente, pela postura negacionista, antivida, antivacina e anticiência do então presidente da república. Com isso, os profissionais das equipes e profissionais residentes tiveram que lidar diariamente com a morte, seja de pacientes, familiares, entes queridos ou colegas de trabalho. Em um panorama tão cruel, coube aos profissionais da saúde cuidarem de si e da sua população adscrita, tanto das suas dores físicas quando das não físicas.

É notório que a pandemia trouxe à luz diversos desafios para o SUS como um todo. No entanto, principalmente para a ESF, cumprir seu papel como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS se tomava ainda mais difícil, o que desafiava gestores, profissionais da linha de frente e residentes a todo instante. Mais do que nunca, os princípios da integralidade em saúde, do trabalho inter e multiprofissional, da educação permanente em saúde, a partir dos programas de residência em saúde, precisaram ser postos em prática. Visto que os serviços de maior complexidade da RAS focaram o cuidado dos casos mais graves que demandavam hospitalização, caberia à ESF o cuidado do indivíduo e da sua família, além da constante orientação e ações de medidas preventivas da covid-19 para sua população adscrita, tentando evitar, com isso, a contaminação e o agravo pela doença. Ainda, coube a ela o combate firme às *fake news* e às posturas negacionistas advindas dos governantes e de parte da população.

Dito isso, a coordenação do programa de residência multiprofissional em Saúde da Família junto aos demais atores envolvidos, buscou acompanhar as mudanças na rotina de trabalho das equipes inseridas na ESF frente à covid-19, repercutindo diretamente sobre os processos de trabalho das equipes ali atuantes, bem

como nas relações entre profissionais de saúde e comunidade. E, conseqüentemente, repensar nas atividades práticas, teórico-práticas e teóricas dos residentes, previstas no PPR.

### **Registros reflexivos das experiências e vivências dos residentes em meio à pandemia**

Em março de 2020, foi realizado o acolhimento dos novos residentes (R1) e o planejamento dos residentes do segundo ano (R2). Ao passo que (re)iniciávamos as atividades, os primeiros casos da doença foram surgindo no estado de Pernambuco. Sendo necessário, repensar a entrada dos profissionais residentes nos serviços de saúde; capacitá-los para compreender a doença, a prevenção e o manejo clínico na APS e garantir os insumos/materiais necessários nos diversos cenários de prática e, conseqüentemente, realizar adaptações à programação anual para ambas as turmas (R1 e R2) para garantir as ações previstas no PPR nos três eixos de atividades: prática (AP), teórica (AT) e teórico-prática (ATP).

O MS, por sua vez, desenvolveu o programa Brasil Conta Comigo, que dispôs sobre a ação estratégica "Residentes na Área da Saúde", para o enfrentamento à pandemia do coronavírus - Portaria n.º 580/2020 -, que buscou mobilizar os profissionais de saúde residentes de medicina e área profissional da saúde, uni ou multiprofissionais, a fim de garantir assistência aos usuários do SUS em todos os níveis de atenção, disponibilizando uma bonificação a todos os residentes no acesso às informações para manejo clínico da covid-19 e aos equipamentos de proteção individual (Brasil, 2020). Diante de tal contexto, os programas de residências em saúde que possuíam como cenário de prática a ESF precisaram redirecionar suas ações para o enfrentamento dos impactos da covid-19 na linha de frente. Em relação às AP, foi fundamental a realização de reuniões com o Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE), composto por coordenadores, preceptores, tutores, docentes e residentes para discussão sobre o processo de trabalho nessa área. Isso sem mencionar o

acompanhamento dos sucessivos protocolos e notas técnicas de enfrentamento à pandemia para a equipe da ESF e NASF da SESAU Recife, descritos no tópico anterior. Nesse contexto, as eSF, eNasf e os residentes identificaram a necessidade de reinventar o seu processo de trabalho, desenvolvendo estratégias que atendessem não apenas as demandas provenientes da conjuntura sanitária emergente, como também as demandas rotineiras da população coberta. Assim, a forma do cuidado em saúde teria, mais do que nunca, de ser pensada visando superar barreiras no âmbito estrutural, territorial e organizacional. Algumas das estratégias adotadas pelas equipes de saúde decorreram do isolamento social imposto, sendo essa uma iniciativa para reduzir/conter a propagação virai, o que inicialmente também limitou, devido uma série de restrições, o acesso da população aos serviços ofertados nas USF.

As ações assistenciais foram repensadas com o cuidado em garantir a segurança necessária tanto dos profissionais de saúde e residentes quanto da população geral, repercutindo na diminuição da execução de algumas atividades da rotina das equipes, tais como: atendimentos das ações programáticas, visitas domiciliares, atividades de grupos e ações de promoção da saúde. Visando minimizar tal impacto, foram incorporados na agenda de trabalho das equipes e dos profissionais residentes diversas ações como teleatendimento, telemonitoramento, teleacolhimento, reuniões de equipe e matriciamento em saúde virtual, além da produção de materiais educativos, dentre outras iniciativas. Essas atividades foram implementadas sem perder de vista os princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS). As equipes adotaram o trabalho remoto utilizando ferramentas virtuais e plataformas sociais como Atende em Casa, WhatsApp, Instagram e Google Meet.

Como citado anteriormente, o serviço Atende em Casa, implantado na cidade do Recife, permitiu que os residentes também pudessem vivenciar a experiência neste ambiente de aprendizagem virtual. Os profissionais que possuíam alguma afinidade com a área da saúde mental e com as populações vulneráveis participaram de um treinamento para se capacitarem no uso do aplicativo, no manejo clínico e na escuta qualificada e ativa.

Outra estratégia inovadora foi a criação de grupos no WhatsApp em cinco linhas de atenção integral à saúde: (1) Atenção ao Ciclo Gravídico-Puerperal, (2) Atenção à Saúde Mental, (3) Atenção à Saúde da Criança, (4) Atenção à Saúde do Idoso e (5) Atenção em Reabilitação. A partir da entrada nos grupos e da necessidade de cada usuário, foram ofertadas estratégias como o monitoramento telefônico e/ou presencial e o compartilhamento de materiais educativos elaborados pela equipe de profissionais e residentes para cada público-alvo, com o intuito de estreitar o diálogo entre os profissionais e usuários, favorecendo a manutenção do vínculo e acompanhamento terapêutico.

A produção desses materiais também visava a disseminação de informações, buscando orientar a população sobre a pandemia, cuidados preventivos necessários e voltados ao autocuidado. As temáticas foram das mais diversas: informações gerais sobre o coronavírus, orientações e cuidados gerais voltados à população, práticas de prevenção e proteção em tempos de pandemia, isolamento domiciliar, guia prático sobre uso das máscaras, amamentação, maternidade real em tempos de pandemia, cuidado com idosos no contexto pandêmico, ansiedade e autocuidado na quarentena, exercícios para dor nas costas, e até experiência da RMSF com trabalho integrado no NASF-AB.

As práticas de educação e ensino da saúde também sofreram algumas adaptações significativas. A suspensão temporária das aulas presenciais foi uma medida imposta pelos órgãos públicos como forma de conter a disseminação do vírus em meio à pandemia. A continuação das atividades teóricas só foi possível por meio do uso da tecnologia e do incremento das metodologias ativas para o ensino à distância e para o modelo híbrido de ensino-aprendizagem. Essas propostas, combinadas, têm a vantagem de superar questões de tempo e espaço, além de permitir interação entre grupos.

As ementas dos módulos teóricos previstos no PPR foram reformuladas, incorporando sempre que possível a discussão contextualizada da pandemia. Buscou-se, ainda, fomentar reflexões nos documentos oficiais disponibilizados e estudos até

então recentes sobre o coronavírus e seus impactos na saúde da população. Outra importante ferramenta educacional foi a oferta de cursos de atualização no formato educação à distância (EAD) sobre o processo de trabalho e enfrentamento da covid-19, contribuindo tanto para a reflexão das equipes da ESF e residentes quanto para a reestruturação das práticas de cuidado em saúde da população.

Os demais espaços coletivos do PRMSF também ocorreram em formato virtual, tais como: reuniões com residentes, tutores, preceptores e docentes; colegiado das coordenações de programas de residências da SESAU Recife e reunião da COREMU, entre outros. No que tange às atividades teórico-práticas, aquelas que compreenderam as estratégias pedagógicas que articulavam o eixo teórico com o prático da residência não sofreram grandes impactos, pois já estava prevista uma carga horária de atividades à distância - autodirigidas pelo residente -, como a produção e o acompanhamento do portfólio, pesquisa e leitura de artigos científicos etc. Apenas as reuniões com o tutor de núcleo para discussão e educação permanente em saúde (EPS) é que passaram a acontecer de maneira virtual no Google Meet.

Entretanto, inserir o trabalho remoto e os ambientes virtuais no cotidiano dos residentes também foi um grande desafio, visto que todos os atores do programa tiveram que se adequar a essas ferramentas digitais, trocando o contato olho a olho pelas telas, as quais se tomaram muitas vezes cansativas e entediantes. Outro desafio foi discutir a temática da saúde mental dos residentes no enfrentamento à pandemia. Para tal, a coordenação do programa implantou naquele período o espaço de integração e autocuidado dos residentes, objetivando aliviar o estresse, a ansiedade e promover interação entre eles. As atividades nesse espaço passaram a acontecer quinzenalmente, abordando temáticas e práticas sugeridas pelos próprios envolvidos. Exemplos: "saúde mental em tempos de coronavírus"; "a prática de yoga em tempos de pandemia"; "cuidados paliativos para alívio de sofrimento em meio à pandemia"; "bioenergética: trabalhando o enraizamento para elevar a energia corporal em momentos de isolamento social"; "luto e acolhimentos das famílias que perderam parentes";

"beneficiária dos movimentos do Tai Chi Chuan no equilíbrio emocional"; "produtividade em tempos de pandemia: como se manter constante"; entre outras.

Cabe ainda ressaltar que um dos maiores desafios para os residentes, durante os períodos mais críticos da pandemia, foi a redução da vivência nas atividades assistenciais do núcleo de saber e práticas grupais. Apesar dessas ações serem essenciais e fazerem parte do rol de atividades dos profissionais inseridas na ESF, e que sua diminuição pôde ter acarretado alguma defasagem, consideramos que a incorporação de outras atividades favoreceu uma maior interação entre a equipe, apesar das más circunstâncias. Isso fomentou novos conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e atitudes a partir das diversas experiências na residência.

Para o programa, destacamos que os movimentos de reorganização do PPR reforçaram a necessidade de flexibilidade do currículo e de avaliação contínua das estratégias pedagógicas, o que é fundamental para que as mudanças e as novas atividades incorporadas sejam realizadas pelos residentes com o apoio de todos os envolvidos - coordenação, tutoria, preceptoria e docência. Além disso, é crucial que essas atividades estejam alinhadas ao princípio da educação pelo trabalho, sem perder de vista o caráter formativo dos programas de residência.

## **Autocrítica**

A pandemia de covid-19 trouxe consigo a necessidade de se reorganizar a ESF. Para tanto, protocolos sanitários e normas técnicas foram criados para aumentar a efetividade do acesso ao atendimento em saúde. Entretanto, Botacin e Gonçalves (2022) afirmam que, apesar dos processos de reorganização, prejuízos foram causados aos serviços e atendimentos essenciais pelo medo do contágio com o então novo coronavírus. Diante do problema apresentado, ainda assim, a ESF teve um papel de destaque na pandemia junto aos profissionais residentes que integravam as equipes multiprofissionais e auxiliavam na organização interna das equipes, com enfoque nas ações de prevenção de agravos e promoção à saúde.

Segundo a análise das ações recomendadas para a reorganização do processo de trabalho da APS no Recife durante a pandemia, realizada por Santana, Medeiros e Monken (2022), as ações dirigidas à eSF, à eSB e à eNasf enfatizaram abordagens individuais e curativas, evidenciando a subdivisão das equipes como estratégia para organização do fluxo assistencial. De acordo com Sarti *et al.* (2020), a adequada implantação de tecnologias aumentou a capacidade de atendimento do sistema de saúde, facilitando o acesso das pessoas a orientações qualificadas e contribuindo para a redução da sobrecarga da APS e de outros níveis de atenção. Além disso, ela teria auxiliado no ordenamento do fluxo das pessoas no sistema. Dessa forma, consideramos que a inserção dos residentes nos espaços de aprendizagem das tecnologias de informação e comunicação tomaram-se um eixo de competência atual.

A ESF, com seus profissionais residentes, obteve um importante papel na tomada de medidas educativas na prevenção da covid-19, empoderando sua população adscrita sobre o uso adequado da máscara, do álcool, sobre a higiene individual e o isolamento social e familiar. Mais do que isso, a ESF foi importante para se evitar a procura desnecessária pelos serviços de maior complexidade, os quais se encontravam sobrecarregados pelo alto índice de contaminação pela doença. No entanto, mesmo com seu desempenho exitoso no enfrentamento à pandemia, a ESF sofreu com o subfinanciamento, problema esse advindo, desde antes da pandemia, do governo federal e da falta de estrutura e acesso à tecnologia adequada em algumas unidades (Botacin & Gonçalves, 2022). Os maiores prejudicados desse cenário crônico de desvalorização da ESF são, infelizmente, os profissionais das equipes, os residentes em saúde - que tem sua formação voltada para o SUS comprometida e muitas vezes distante do ideal - e os usuários da rede pública de saúde, que acabam tendo um serviço com menos eficácia do que se deveria.

Observamos, ainda, que, mesmo diante dos cuidados tomados pelo programa de residência em saúde, o medo decorrente do "novo" era frequente nos residentes, preceptores, tutores e na coordenação. A resistência de alguns profissionais também foi evidenciada, afinal, mudar a rotina de trabalho das equipes instituída há anos era

um grande desafio. Com a necessidade de se reorganizar o processo de trabalho e seus fluxos, ficou mais evidente a dificuldade de diálogo e comunicação dos pontos da RAS. Somado a isso, se percebia a falta de condições estruturais para a adoção de medidas preventivas por parte dos moradores, como o uso de máscara, lavagem de mãos ou mesmo o distanciamento e isolamento social.

Em contrapartida, observamos que, a partir dessa experiência, avanços significativos puderam ser notados: houve uma maior flexibilidade dos envolvidos frente às adaptações necessárias ao PPR, uma maior disponibilidade para o diálogo e a manutenção do compromisso no processo de ensino-aprendizagem frente ao programa. Enfim, provou-se o reconhecimento do trabalho em equipe e do olhar ampliado para o sujeito e suas necessidades, além da institucionalização de espaços de autocuidado entre os profissionais de saúde, com vistas à promoção da saúde, integração e apoio mútuo.

## **Fechamento**

O processo de trabalho na ESF na covid-19 passou por diversos alinhamentos e qualificações dos profissionais de saúde, intencionando, com isso, o cumprimento dos princípios e das diretrizes da APS e a melhoria da qualidade da assistência prestada à população. Os programas de residências em saúde, por sua vez, precisaram se reorganizar para continuar atuando no enfrentamento à pandemia e para não se interromper a formação dos residentes, tendo sido preciso acompanhar as mudanças no processo de trabalho dos serviços de saúde, mudanças essas que enfatizaram a importância do programa e dos atores da residência diante de situações extremas como foi a da covid-19.

Destacamos, aqui, as mudanças sofridas no decorrer da pandemia, que vão desde as atividades práticas quanto ao manejo clínico até a reorganização do processo de trabalho e à criação de outras formas de estratégias de promoção e prevenção em saúde. Nessa lógica, o uso da tecnologia e o incremento das metodologias ativas para

o EAD foram de suma importância para as atividades teórico-práticas, como, por exemplo, para a implantação do espaço de integração e autocuidado dos residentes.

Ressaltamos também que a rotina pós-pandemia dos residentes vem sendo retomada ao passo que as eSF, eSB e eNASF estão se reestruturando. As ações assistenciais voltadas à população em geral, as visitas domiciliares, as atividades de grupo e as ações de promoção da saúde foram resgatadas com a manutenção do uso de EPI nos espaços internos das Unidades de Saúde, por exemplo. Contudo, os espaços de reuniões de equipe e matriciamento foram mantidos no formato virtual para assim evitar aglomerações nas unidades. O trabalho remoto das equipes da ESF foi consideravelmente reduzido, apesar do incentivo dos entes federativos para expandir estratégias da Saúde Digital. Já o ensino híbrido foi incorporado ao currículo do programa, visto que proporciona uma maior flexibilidade aos processos de ensino - aprendizagem, como o uso da sala de aula invertida e os webinários. Da mesma forma, o espaço de integração e autocuidado, atualmente denominado "Saberes estratégicos integrados", passou a fazer parte da carga horária do residente, sendo designado na agenda um turno quinzenal para sua efetivação. Por fim, fica evidente a necessidade de se reafirmar a importância da APS, como ordenadora do cuidado e coordenadora da Rede de Atenção, e do seu protagonismo no enfrentamento contra a covid-19, tendo fomentado as residências para a devida contribuição na defesa do SUS e dos seus princípios básicos: universalidade, integralidade e equidade.

## Referências

- Botacin, W. G., & Gonçalves, M. D. (2022). Estratégia Saúde da Família: Atuação e desafios frente ao cenário de covid-19. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 11(4), 67-85.
- Brasil. (2020). *Portaria n.º 580, de 27 de março de 2020*. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde", para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20580-20-ms.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20580-20-ms.htm)
- Daumas, R. P., Silva, G. A., Tasca, R., Leite, I. C., Brasil, P., Greco, D. B., Grabois, V., & Campos, G. W. S. (2020). O papel da Atenção Primária na Rede de Atenção à Saúde no Brasil: Limites e possibilidades no enfrentamento da covid-19. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(6), e00104120.

- Fernandez, M., Lotta, G., & Corrêa, M. (2022). A Atenção Primária à Saúde na pandemia da covid-19: Uma análise dos planos de resposta à crise sanitária no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 17(44), 3336.
- Giovanella, L., Martufi, V., Mendoza, D. C. R., Mendonça, M. H. M., Bousquat, A., Aquino, R., & Medina, M. G. (2020). A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à covid-19. *Saúde em Debate*, 44(spe4), 161-176.
- Lopes, I. S., & Leal, D. U. (2020-2021). Entre a pandemia e o negacionismo: A comunicação de riscos da covid-19 pelo Ministério da Saúde do Brasil. *Chasqui: Revista Latinoamericana de Comunicación*, (145), 261-280.
- Meneses, J. R., Ceccim, R. B., Martins, G. C., Meira, I. F. F., & Silva, V. M. (2018). Residências em saúde: Os movimentos que a sustentam. In Ceccim, R. B., Meneses, L., Soares, V., Pereira, A., Meneses, J. R., Rocha, R., & Alvarenga, J. (org.), *Formação de formadores para residências em saúde: Corpo docente-assistencial em experiência viva* (pp. 33-48). Rede UNIDA.
- Oliveira, M. A. B., Monteiro, L. S., Oliveira, R. C., Moreira, T. S., Marques, A. C. F., Silva, U. M. A., Oliveira, N. A., Pereira, G. F. C., Silva, A. C. S., & Santana, R. M. (2020). A prática do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Recife no enfrentamento à pandemia de covid-19. *APS em Revista*, 2(2), 142-150.
- Recife. (2020a). *Atualização do Protocolo de Assistência e Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde do município de Recife* (Vol. 3). Secretaria de Saúde do Recife.
- Recife. (2020b). *Protocolo de Assistência e Manejo Clínico do Novo Coronavírus (Covid-19) na APS do município de Recife* (n. 1). Secretaria de Saúde do Recife.
- Recife. (2020c). *Protocolo de Assistência e Manejo Clínico do Novo Coronavírus (Covid-19) na APS do município de Recife* (n. 2). Secretaria de Saúde do Recife.
- Santana, M. M., Medeiros, K. R., & Monken, M. (2022). Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família na pandemia no Recife-PE: Singularidades socioespaciais. *Trabalho, Educação e Saúde*, 20, e00154167.
- Sarti, T. D., Lazarini, W. S., Fontenelle, L. F., & Almeida, A. P. S. C. (2020). Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela covid-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(2), e2020166.

# CAPÍTULO 5

## COREOGRAFIAS DO CUIDADO EM SAÚDE E A APOSTA NOS ENCONTROS: FORMAÇÃO NA RESIDÊNCIA EM TEMPOS PANDÊMICOS

Nathalia Franco Macedo  
Elaine Rocha Correa

### Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política social necessária para a sistemática diminuição do abismo da desigualdade social instalada no Brasil. No processo histórico de conquista por uma saúde coletiva e de acesso universal, a regulamentação de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi um marco importante, significando a afirmação de um modelo de atenção que busca legitimar uma rede de apoio ampla, capaz de tomar ações de saúde algo próximo do cotidiano das pessoas, acompanhando os mais diversos momentos da vida e possibilitando a disputa por uma noção de saúde que inclua a promoção, a prevenção e sua manutenção (Morosini *et al.*, 2018; Assunção-Paiva, 2021).

A reestruturação da Atenção Primária à Saúde (APS), contida na PNAB 2017, que propôs alterações que atingiram atributos importantes desse nível de atenção, foi seguida pelo lançamento, ao final de 2019, do programa Previnde Brasil, por meio da Portaria n.º 2.979/2019 (Brasil, 2019). A alteração dos parâmetros de financiamento da APS, contida no documento, induz a ênfase no pagamento por desempenho. Se antes o modelo era pautado pelo cuidado de base territorial e comunitária, na ótica da saúde ampliada, tendo a APS como ordenadora do cuidado, as alterações estimulam o trabalho por metas, concorrendo com as possibilidades de privatizações, privilegiadas nessa portaria e em outras que se seguiram (Mendes *et al.*, 2022).

Quando entendemos o contexto nacional e nos aproximamos da política municipal de saúde, é necessário um breve balanço socioterritorial. Localizado no

litoral sul do estado de São Paulo e parte da região metropolitana da Baixada Santista, Santos é o município com o maior contingente populacional, com 433.656 habitantes. Conforme apontado no Plano Municipal de Saúde de Santos 2022-2025, apesar de seu extenso território de 280 km<sup>2</sup>, mais de 95% da população vive na área insular e urbanizada da cidade, que possui apenas 39 km<sup>2</sup> (Santos, 2021). A organização espacial da ilha é nitidamente demarcada por uma divisão socioeconômica de sua população, fruto também dos processos históricos de organização e planejamento da cidade, como apontado por Mello (2008) e Malavski (2011).

Nas regiões economicamente valorizadas, com fácil acesso a recursos e forte atração turística, como no caso da orla da praia e da região intermediária da ilha, é possível identificar, por meio dos dados do Plano Municipal, a população pertencente a classes com renda média e alta. Já em produções como "Por Trás do Cartão Postal"<sup>1</sup>, a população de baixa renda encontra-se em regiões mais afastadas, próximas ao mangue, com suas moradias de madeira precárias e suspensas na água ou em terras alagáveis, nos morros, com seus casebres antigos ou casas de alvenarias nas encostas de risco, no centro histórico da cidade, em antigos casarões sem manutenção, transformados em cortiços após um longo processo de abandono e desvalorização, ou nos pequenos núcleos populacionais localizados na área continental e rural do município, com sua tradição de pesca ameaçada pelo avanço portuário (Castro, 2016; Origuela, 2015; Souza & Archanjo; Nascimento, 2018; Ilha Diana, 2017).

A desigualdade socioespacial do município e suas características são fatores base para a compreensão do modelo adotado de assistência à saúde. A APS do município possui modelo misto, sendo composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF). Hoje, existem 32 unidades, sendo 21 de Estratégia Saúde da Família. A distribuição das USF no município se concentra nas áreas mais vulneráveis denominadas Morros, Zona Noroeste e Região Central Histórica/Área Continental. Em Santos, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família

---

<sup>1</sup>Documentário produzido pela Anthropos Produções, em 2016, que entrevista moradores das regiões periféricas e vulneráveis de Santos que comentam a realidade do município a partir das suas próprias vivências, demonstrando um evidente contraste social.

(NASF) iniciou suas atividades em 2015, tendo por base não somente a legislação vigente à época, mas também a experiência de um grupo de trabalhadores que exercia a função de apoio técnico para o Departamento de Atenção Básica (DEAB) municipal. As equipes foram formadas gradativamente, em um movimento de expansão que foi impulsionado, a partir de 2018, pela inserção de profissionais residentes. Atualmente, existem seis equipes NASF, que apoiam entre seis e sete equipes de Saúde da Família (eSF) cada. Essa quantidade não é suficiente para cobertura de todas as USF. As UBS não têm cobertura do NASF, exceto por uma experimentação em andamento. Cabe ressaltar também que os serviços cobertos pelas equipes estão situados em um contexto urbano.

Com o lançamento do Previne Brasil e a perda de regulamentação do NASF em âmbito nacional, ao final de 2019, o município apostou em manter as equipes, com o modelo mais próximo possível ao descrito nas portarias vigentes anteriormente. Para isso, elaborou uma portaria municipal 02/2022-SMS, publicada em janeiro de 2022, na qual a composição das equipes se baseava na regulamentação federal, no tocante à proporção de carga horária dos profissionais e às eSF apoiadas. Os profissionais residentes tomaram parte nessas discussões, durante o período de um ano e meio.

O programa de residência multiprofissional em Atenção Primária à Saúde (PRMAPS) começou a ser discutido e delineado em 2017, por trabalhadores e pela gestão do DEAB e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), contando com apoio da coordenadoria de formação - responsável pela integração ensino-serviço. O PRMAPS conta, atualmente, com sete categorias profissionais, compreendendo educação física, enfermagem, farmácia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social. Exceto enfermagem e odontologia, que ficam alocadas nas USF, as demais categorias profissionais integram as equipes NASF. Nesse arranjo, os profissionais residentes do NASF podem se deparar com a realidade de serem os únicos trabalhadores da sua categoria profissional na composição da equipe. Uma peculiaridade é a preceptoría interprofissional no NASF, modalidade ainda pouco explorada e documentada.

Em março de 2020, enquanto a primeira turma se formava e a terceira turma era recepcionada, foi declarado o estado de calamidade pública por conta da pandemia

de covid-19. A atuação dos profissionais residentes nesse momento, como também o processo de formação, teve que experimentar novas formas de atuação em saúde em um contexto de calamidade. Os residentes acompanhavam diretamente, no cotidiano, o momento de gestão nacional precária daquela emergência global, que intensificou o desmonte sistemático da política de saúde, sendo seus efeitos apontados por diferentes autores, como Paim (2018), Morosini, Fonseca e Lima (2018), Giovanella, Franco e Almeida (2020) e Costa, Rizzoto e Lobato (2020). Da mesma forma, eles acompanharam a chegada atrasada da vacina, a lenta diminuição dos casos de internação e o encontro entre as práticas de saúde pré-pandêmicas e pós-pandêmicas na APS. Sendo assim, esperamos que este escrito seja uma oportunidade de relatar as experiências e experimentações que tivemos no campo da saúde e do cuidado durante os dois anos de residência, que, por acaso, ocorreu nos dois anos iniciais da pandemia de covid-19. Em um exercício de "[...] dar sentido ao que somos e ao que nos acontece" (Larrosa Bondía, 2002, p. 21), a principal intenção aqui é apresentar uma cuidadosa associação entre experiências e temáticas que capturaram nosso interesse e desejo de aprendizado, com possibilidades de reflexões que colaborem com a construção do saber coletivo no campo da saúde.

### **O saber de experiência como bússola da reflexão sobre a formação do residente**

Transversalmente a nosso objetivo, buscamos pensar em momentos em que o nosso encontro com o território e as pessoas proporcionou, de alguma forma, aberturas para o cuidado. Nesse sentido, consideramos a união de duas perspectivas que ocupam lugares diferentes, mas que construíram um comum: da preceptora de campo, a psicóloga, e da profissional, a assistente social residente.

Tomamos como referência para pensar e definir o que é experiência o texto de Larrosa Bondía (2002), o qual aponta para uma distinção entre o "saber coisas" e "reter informações" e a experiência propriamente dita. Conhecimento e aprendizado como sinônimos de acúmulo de informações, produzem sujeitos que estabelecem um

modo de se relacionar com os acontecimentos "do ponto de vista da ação, tudo é pretexto para sua atividade" (Larrosa Bondía, 2002, p. 24). Sempre mobilizados para responder a algo, sempre engatando uma ação na outra, esses indivíduos se tomam pouco disponíveis para desacelerar, pensar mais devagar, divagar sobre o que nos acontece, a fim de entender os efeitos que as causas externas nos geram. Ao contrário, o saber de experiência possibilita que algo "nos aconteça", de modo a interromper nossa ânsia pelas respostas, tomando-nos um "[... ] território de passagem, algo como uma superfície sensível que aquilo que acontece [nos] afeta de algum modo, produz alguns afetos, inscreve algumas marcas" (Larrosa Bondía, 2002, p. 24).

Com base no que foi refletido por Larrosa Bondía (2002) em seu ensaio, faz sentido olhar para o percurso de formação profissional e atuação residente de um ponto de vista metodológico que tenha como uma das prioridades a valorização de um "[... ] componente fundamental da experiência: sua capacidade de formação ou de transformação" (Larrosa Bondía, 2002, p. 25). Isso nos leva a um desenho metodológico retrospectivo, inspirado na cartografia proposta por Passos, Kastrup e Escóssia (2009). Nele, reconhecemos que nosso percurso não compreendeu um caminho rígido e linear em direção ao alcance de uma finalidade preestabelecida, nem uma representação da realidade única. O principal ponto de apoio das reflexões aqui relatadas foram os aprendizados construídos durante o nosso caminhar profissional, sistematizados de diversos modos, mas, principalmente, em um portfólio<sup>2</sup>.

No cotidiano, na população, nas equipes em negociação com nossos saberes profissionais, foi nesses lugares em que encontramos o tom a ser seguido, por vezes desafinado, com notas perdidas, por vezes com alguma harmonia relativa. Para tanto, o portfólio serviu como um espaço íntimo e seguro de escrita narrada daquilo que estava sendo observado nos campos de prática: expressão dos afetos suscitados nesses processos e do amadurecimento das propostas de intervenção profissional e cuidado.

---

<sup>2</sup> O portfólio é uma atividade teórico-prática prevista na matriz curricular do programa que acompanha os quatro semestres de atividades executadas pelo residente. Trata-se de uma ferramenta para a análise individual do aprendiz, articulando os conteúdos práticos, teóricos e as vivências ao longo da formação e atuação profissional.

Nesse sentido, resgatar esse material para a elaboração deste texto foi revisitar nossa parceria como preceptoras-residentes, permitindo que acessássemos o percurso de formação de modo sistematizado e que entendêssemos quais elementos estão nos formando como profissionais.

A partir disso, ilustramos nas próximas páginas as particularidades do território de atuação, a reestruturação da atuação das eSF e do NASF durante a pandemia, o encontro dos olhares que as equipes e os novos residentes tiveram sobre um mesmo espaço onde a vida acontecia e, por fim, os tensionamentos e disputas por formas de cuidado.

### **Percurso de atuação-aprendizado durante a pandemia**

Três dias após o início de nossas atividades no campo de atuação, tivemos a suspensão de toda a rotina de trabalho no NASF e nas USF - da qual estávamos começando a nos apropriar - por conta da covid-19 e seu contágio comunitário no Brasil. A APS, assim como outros setores da saúde, foi bombardeada com protocolos, discussões sobre eles e sobre as melhores formas de combate e prevenção ao vírus. Mal tínhamos começado a compreender qual seria o nosso trabalho como profissionais residentes na APS quando, com o estado de calamidade pública decretado no município, fomos obrigadas a pensar em qual seria a principal linha de atuação de cada profissão no combate à pandemia.

Embora algumas publicações apontassem para a função estratégica da APS no combate à pandemia (Medina *et al.*, 2020; Giovanella *et al.*, 2020; Engstrom *et al.*, 2020), do ponto de vista da política municipal de saúde, houve uma suspensão das ações de rotina: consultas, visitas domiciliares, procedimentos, ações de prevenção e promoção, grupos e outras atividades que impossibilitavam garantir o distanciamento social ou evitar aglomerações eram evitadas.

Com os olhares focados nas necessidades de intervenções voltados para a covid-19, o acompanhamento das eSF com as famílias de seu território de atuação

tomou-se distanciado. Com as diretrizes de suspensão das atividades coletivas, o NASF perdeu sua principal via de encontro e articulação com as equipes apoiadas, que era o espaço das reuniões de equipe. O principal efeito desse processo foi a forma pontual e fragmentada sob a qual as demandas passaram a chegar. A principal demanda das equipes para a assistente social estava associada unicamente às organizações burocráticas, de acesso a programas sociais, de ações benemerentes ou caritativas, ou de intervenção em conflitos familiares. Já a psicóloga foi muito solicitada na atuação dos agravos de saúde mental, com pedido de intervenções emergenciais. Em algum momento, a APS, em geral, também passou a ser solicitada por outros serviços da rede como um agente de acesso e contato territorializado a algumas famílias - tendo em vista que esses serviços ficaram por quase um ano com seu acesso restrito para atendimento presencial, sendo efetuados principalmente por meio de teleatendimento.

Muitas vezes, nesses atendimentos, a motivação inicial já nem fazia muito sentido; as justificativas que vinham das equipes partiam de compreensões de processos de saúde misturadas às visões de mundo pessoais de cada profissional. Durante nosso acompanhamento e escuta das demandas apresentadas pelas famílias, a necessidade de se negociar um cuidado com as equipes - para além do que elas achavam que deveria ser - provocava uma transformação da demanda original. Os desejos de intervenção profissional eram sempre para o agora. Quando o agora era impossível ou a possibilidade se apresentava diferente do desejado, o futuro daquele cuidado corria o risco de sequer existir. Esse era um processo que costumava trazer muitas tensões, a ponto de nos colocar em um lugar solitário no trabalho. Outras vezes, se mostravam como uma oportunidade para se produzir coletivamente com profissionais dispostos a apostar conosco nas possibilidades de cuidado naquele contexto. Independentemente das condições concretas relativas à pandemia e relacionais, postas entre as equipes e nós, foram criados modos de fazer o trabalho em saúde que talvez não existiriam em um contexto de normalidade não pandêmica. Paiva *et al.* (2021) sinaliza sobre isso que, em um contexto de ausência de respostas e políticas governamentais para o enfrentamento da crise de saúde e social provocada

pela covid-19, as respostas emergencialmente viáveis vieram de comunidades e locais que se organizaram pela vida, visualizando, assim, um modo possível para se criar respostas em contextos inéditos.

Além de entrar em consonância com muitos questionamentos nossos durante aqueles acompanhamentos, essa reflexão nos apresenta a noção de "inédito viável", cunhada por Paulo Freire (2015, 2016) em algumas de suas obras. Essa perspectiva nos ensina a olhar para uma situação problemática desconhecida e identificar as possibilidades em nosso alcance de superá-la. O inédito viável, então, "[... ] representa uma alternativa que não se situa no campo das certezas, mas sim no das possibilidades. Trata-se de uma alternativa construída coletivamente, com base na vivência crítica do sonho almejado" (Paro *et al.*, 2020, p. 15).

Duas situações de acompanhamento podem ilustrar que nossas intervenções, no contexto relatado, ainda que sem uma racionalização anterior, tiveram muito de um "inédito viável" na atuação para a produção de cuidado. As propostas surgiam conforme as possibilidades se apresentavam. A primeira é referente a uma das visitas domiciliares iniciais da nossa parceria de formação, ocorrida em meados de abril de 2020, no auge da pandemia e do *lockdown*. Uma das eSF solicitou o acompanhamento de uma munícipe idosa que estava com dificuldades de se alimentar após uma queda, que provocou uma fratura na bacia, deixando-a acamada já havia dois meses. A principal demanda da equipe era averiguar sua saúde mental que, supostamente, lhe causava um estado de depressão e falta de vontade de viver e, conseqüentemente, de se alimentar. Enquanto avaliávamos os fatores de risco de contaminação, a ausência de acompanhamento de outros serviços especializados e o histórico familiar, havia uma forte pressão para que o atendimento ocorresse.

Apesar das orientações de suspensão das atividades em território, decidimos compreender melhor a situação. A princípio, a demanda estava relacionada aos núcleos da psicologia e nutrição, mas o serviço social entrou como um apoio para ajudar a se pensar questões relacionadas à saúde mental. Portanto, na primeira visita à munícipe, lá fomos nós, três profissionais e uma agente comunitária de saúde. Devidamente paramentadas, entramos na casa de madeira, próxima a um córrego que

descia entre a mata do morro. A partir do histórico fornecido por um familiar que a acompanhava, compreendemos que a situação apresentada ali era um pouco mais complexa. A fratura nunca passou por um processo de recuperação e a investigação em curso apontava para uma suspeita de câncer. A paciente de fato não conseguia se alimentar pela dor, pela ausência de apetite, pela mudança abrupta de seu cotidiano e por um corpo que passava por processos que ela não conseguia entender.

Retornar para a unidade com essas informações foi o início de uma série de discussões sobre o papel da ESF e do NASF na rede de atenção e sobre os limites na oferta de tratamento e cuidado, situado em um contexto de pandemia. Enquanto a tendência era analisar a situação da munícipe e entender que não havia nada mais a ser feito pela unidade de saúde, buscamos sustentar a necessidade de estar próximo da família naquele momento como forma de acolhimento, de orientação e até mesmo de presença para possíveis articulações com as especialidades, caso necessárias.

Elaboramos, para tanto, uma agenda de atendimentos domiciliares entre assistente social, psicóloga e agente comunitária de saúde. Aquela primeira visita foi a única vez que conseguimos conversar com ela, pois, nas visitas posteriores, o estado de saúde da paciente já estava tão fragilizado que sempre a encontrávamos dormindo. Cada visita significava a aproximação da narrativa da trajetória de vida daquela família; então, o atendimento foi se transferindo da munícipe para sua única cuidadora: uma amiga de muitas décadas. Chegou um momento que se solidificou a compreensão de que estávamos em um processo de oferta de cuidado paliativo dentro do possível, extrapolando nossos conhecimentos sobre a temática. Com isso, também nos percebemos sozinhas nesse projeto de cuidado; os anseios da equipe já haviam sido respondidos e, do ponto de vista formal, o que os serviços podiam ter feito já havia sido ofertado.

A segunda situação diz respeito a um acompanhamento que durou quase um ano, com incontáveis reviravoltas. A primeira vez que ouvimos sobre a família foi em uma reunião entre nós, representantes do NASF, e a eSF. O debate girava em torno de uma família de três adolescentes, composta por duas meninas e um menino, já conhecidos há algum tempo pelos profissionais da eSF e que haviam retornado

recentemente para o território. O histórico que se tinha era de que os pais desses adolescentes haviam falecido há alguns anos. Apesar dos esforços da rede de proteção à criança e ao adolescente em garantir acolhimento e o direcionamento para uma família adotiva, eles sumiram do radar dos serviços na tentativa de garantirem que não fossem separados.

Apesar da informação do retomo da família, em um primeiro momento, não foi possível planejar qualquer ação, pois os profissionais nem sequer tiveram a oportunidade de realizar uma aproximação; a família que se aproximou primeiro. Nosso primeiro contato com as meninas foi quando elas procuraram um atendimento para a realização de um teste imunológico para gravidez (TIO), que deveria ser feito pela mais nova, que na época tinha 17 anos de idade. O resultado positivo já nos mobilizou a engatar na abertura do pré-natal naquele exato momento. Essa foi uma tentativa inicial de vinculação para um acompanhamento mais frequente dela. Alguns dias após esse exame, elas retomaram para a unidade, mas, dessa vez, era a irmã mais velha - na época com 19 anos - procurando o TIO. O procedimento foi uma repetição do anterior: o resultado positivo, a abertura de pré-natal e o espanto dos profissionais.

De repente, uma família que sempre estava se esquivando dos serviços, em um curto espaço de tempo, estava irremediavelmente atrelada a esses serviços pela importância e necessidade de acompanhamentos pré-natal em um contexto de vulnerabilidade. O início do acompanhamento não foi fácil; ele exigiu muitas estratégias de aproximação da família: visitas domiciliares, envolvimento de diversas categorias profissionais para argumentar sobre a importância dos exames, das consultas periódicas, dos eventuais agravos que a gestação poderia ter, do planejamento familiar e da inserção na política de assistência social, que poderia fornecer suporte na dimensão das questões socioeconômicas da família. Garantir o acesso delas a todas essas possibilidades de cuidado era uma prioridade, e o esforço empregado nesse acompanhamento, muitas vezes, provocava algumas frustrações nas equipes, pois eram frequente a sensação de que as apostas naquela família estavam sendo improdutivas.

Foram meses de acompanhamento pré-natal, consultas, conversas sobre responsabilidade, sustentando com alguns profissionais uma aposta nessa família e disputando com outros serviços um projeto pela sua autonomia. Nesse tempo, vimos duas adolescentes sem pais e em um processo de amadurecimento, junto com o desenvolvimento da gestação e dos bebês. Foi possível acompanhar o movimento de uma família pouco convencional, recriando toda uma dinâmica entre si, reconhecer e acolher as duas gestações e dar conta das responsabilidades relacionadas com a saúde das mães e dos bebês não seria um processo fácil.

Chegou, então, um momento no qual a rotina de visitas estava quase que integralmente relacionada com a manutenção do vínculo e de se mostrar presente quando necessário. E, em um desses encontros, veio uma fala espontânea de uma das adolescentes, sinalizando que a vida delas melhorou depois do nascimento das crianças, ajudando a definir prioridades e focar em outras necessidades. Ouvir esse retorno nos possibilitou reafirmar a aposta de que há oportunidades de trabalhar outros caminhos possíveis, trabalhar outras referências de existência, o que também significa trabalhar outras possibilidades de exercício de cuidado.

Quando optamos por fazer o movimento de (re)escrever nossas experiências, foi impossível não acessar na memória os momentos em que acontecimentos nos atravessaram de modo a se tornarem vivências instantâneas, pontuais e fragmentadas de nosso trabalho. Esses momentos propiciaram novos atravessamentos sem a possibilidade de assimilação completa do que foi proposto e executado. Mas as duas experiências relatadas acima foram sentidas como conexões significativas, capazes de nos alcançar/tomar/derrubar enquanto sujeitos, nos mobilizando a atravessar"[ ... ] um espaço indeterminado e perigoso, pondo-se nele à prova e buscando nele sua oportunidade, sua ocasião", como diria Larrosa Bondía (2002, p. 25). No nosso caso, isso quis dizer a oportunidade de se produzir o cuidado com base na multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, fortalecendo contato e acolhimento do SUS.

Entre experiências, oportunidades e ocasiões, tivemos muitas oscilações em um processo de profunda reflexão sobre a realidade que se apresentava: "um

movimento do abstrato até o concreto, numa ida das partes ao todo e numa volta deste às partes" (Paro *et al.*, 2020, p. 7). Esse contexto nos incitou a amadurecer coletivamente os saberes dos profissionais envolvidos, reconhecer de fato aquela experiência e propiciar uma crítica ao momento que vivenciávamos. Naquela realidade local, a gravidade da pandemia paralisou a todos. As respostas práticas para o tratamento dos casos graves e a tentativa de contenção do contágio tiveram uma difícil coexistência com o funcionamento da APS e com a projeção do que ela poderia ofertar. Com base na reflexão, na realidade apresentada e na necessidade de ações, buscamos o "inédito viável" por meio da "[...] identificação de ações possíveis, que antes não eram vislumbradas como soluções" (Paro *et al.*, 2020, p. 8), ou seja, exploramos possibilidades.

Não nos foge o reconhecimento de que tais movimentos só foram possíveis por conta do vínculo entre nós, que foi se concretizando e se fortalecendo a cada situação e reflexão compartilhada. Junto a nós, outros profissionais também tiveram sua contribuição nesse processo, à medida que aceitavam explorar coletivamente essas possibilidades, principalmente os agentes comunitários de saúde e os residentes de enfermagem e odontologia. Nisso, as famílias também tiveram seu protagonismo ao trazerem suas demandas e complexidades para os serviços, se abrindo para o vínculo e construindo conosco as oportunidades.

### **O que foi possível (des)aprender?**

Ao longo dos dois anos de parceria-formação, o cenário a nossa volta era intimidador. Havia uma pandemia em andamento, com uma gestão federal debilitada, em um cenário de fragilização da APS e, por consequência, do NASF. Os programas de residência em saúde ressentiam-se da falta de atividade da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, atuando e intercedendo para garantir os direitos dos residentes e demais atores envolvidos nesse processo de formação em serviço.

Nós, uma preceptora e uma residente, precisamos desenvolver um novo modo de estar no campo de práticas. A aposta foi no "fazer-junto", mantendo a prática colaborativa e interprofissional em meio a todas as contradições e disputas daquele cenário atípico. Portanto, escolhemos, objetivamente, pela manutenção do cuidado de base territorializada, ainda que, em todo momento, pensássemos na preservação das vidas envolvidas. Queríamos estar presentes ali, onde a vida acontece, onde a precarização da APS mais atinge, onde o vírus faz mais estragos e onde a saúde se torna mais necessária.

O sonho almejado, aqui, foi o de viver e tensionar em nosso microuniverso dentro do SUS uma compreensão ética da vida e do cuidado, apostando na solidariedade e nos vínculos possíveis entre nós, os outros profissionais e a população, sem deixar de considerar o então contexto de distanciamento social e recuo dos recursos disponíveis em território. Esse sonho se efetivou dentro das experiências e da procura pelo viável, tornado possível reconhecer que o cuidado, às vezes, ocorre na possibilidade.

## Referências

- Assunção-Paiva, C. H. (2021). A Atenção Primária à Saúde no SUS: O processo de construção de uma política nacional (1990-2006). *Caminhos da História*, 26(2), 32-55.
- Brasil (2019, 12 de novembro). *Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_12\\_2019.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_12_2019.html)
- Castro, J. (2016). *Por Trás do Cartão Postal - Documentário* [documentário]. Anthros Filmes. <https://www.youtube.com/watch?v=CS2PNwTYrHA>
- Costa, A. M., Rizzotto, M. L. F., & Lobato, L. V. C. (2020). Na pandemia da covid-19, o Brasil enxerga o SUS. *Saúde em Debate*, 44( 125), 289-296.
- Engstrom, E., Melo, E., Giovanella, L., Mendes, A., Grabois, V., & Mendonça, M. H. M. (2020). *Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da covid-19*. Fiocruz.
- Freire, P. (2015). *Ação cultural para a liberdade e outros escritos* (15th ed.). Paz e Terra.
- Freire, P. (2016). *Pedagogia do oprimido* (62th ed.). Paz e Terra.

- Giovanella, L., Franco, C. M., & ALMEIDA, P. F. (2020). Política Nacional de Atenção Básica: Para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1475-1482.
- Giovanella, L., Martufi, V., Mendoza, D. C. R., Mendonça, M. H. M., Bousquat, A., Aquino, R., & Medina, M. G. (2020). A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à covid-19. *Saúde em Debate*, 44(spe4), 161-176.
- Ilha Diana: entre a cruz e o Porto. (2017, 18 de julho). *Diário do Litoral*. <https://www.diariodolitoral.com.br/cotidiano/ilha-diana-en-tre-a-cruz-e-o-porto/86721/>
- Larrosa Bondía, J. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 19, 20-28.
- Malavski, P. D. (2011). *O processo de revalorização do centro histórico de Santos (SP): Seus agentes e seus embates*. [Dissertação de Mestrado em Geografia, Universidade de São Paulo].
- Medina, M. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Mendonça, M. H. M., & Aquino, R. (2020). Atenção Primária à Saúde em tempos de covid-19: O que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, 36(8), e00149720.
- Mello, G. H. (2008). *Expansão e estrutura urbana de Santos (SP): Aspectos da periferização, da deterioração, da intervenção urbana, da verticalização e da sociabilidade*. [Dissertação de Mestrado em Sociologia, Universidade de São Paulo].
- Mendes, Á., Melo, M. A., & Camut, L. (2022). Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para Atenção Primária à Saúde: Operacionalismo e improvisos. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(2), e00164621.
- Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Lima, L. D. (2018). Política Nacional de Atenção Básica 2017: Retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42(116), el 1601.
- Origuela, D. (2015, 4 de julho). Raio-X DL: Do maior porto à maior favela em palafitas. *Diário do Litoral*. <https://www.diariodolitoral.com.br/cotidiano/raio-x-dl-do-maior-porto-a-maior-favela-em-palafitas/59952/>
- Paim, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1723-1728.
- Paiva, V., Garcia, M. R. V., França-Jr., I., Silva, C. G., Galeão-Silva, L. G., Simões, J. A., Ayres, J. R., & Research Group on Youth's Health and Human Rights. (2021). Youth and the covid-19 crisis: Lessons learned from a human rights-based prevention programme for youths in São Paulo, Brazil. *Global Public Health*, 16(8-9), 1454-1467.
- Paro, A. C., Ventura, M., & Silva, N. E. K. (2020). Paulo Freire e o inédito viável: Esperança, utopia e transformação na saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(1), e0022757.
- Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (org.). (2009). *Pistas do método da cartografia*. Sulina.
- Santos. (2021). *Plano Municipal de Saúde 2022-2025*. Prefeitura de Santos.
- Souza, L., Archanjo, N., & Nascimento, N. (2018, 5 de maio). Moradores pagam até R\$ 700 por moradias precárias em Santos: "Ratos e baratas". G/. <https://gl.globo.com/sp/santos-regiao/educacao/noticia/moradores-pagam-ate-r-700-por-moradias-precarias-em-santos-ratos-e-baratas.ghtml>

# CAPÍTULO 6

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE EM VERSOS: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Cláudia Maria da Silva Vieira

### Introdução

A residência multiprofissional em saúde é uma modalidade de formação específica do campo da saúde, pertencente ao nível de pós-graduação *lato sensu*, que tem como característica principal, sua implementação por meio do trabalho em saúde (Almeida, 2020; Silva, 2018). O termo "residência" surgiu nos Estados Unidos, em 1889, iniciando no Brasil em 1945, na Universidade de São Paulo (USP). Em ambos os países, essa modalidade começou a ser ofertada aos egressos dos cursos de Medicina (Guimarães *et al.*, 2020; Martins *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2021).

No contexto multiprofissional, a história das residências em saúde no Brasil iniciou em 1976, quando a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul criou a primeira residência em Medicina Comunitária, junto à Unidade Sanitária São José do Murialdo, que ao final da primeira turma se tomou multiprofissional (Brasil, 2006). Contudo, a institucionalização das residências em saúde se deu a partir da promulgação da Lei n.º 11.129/2005 (Brasil, 2005), que as instituiu, tendo como finalidade instaurar a formação no âmbito coletivo de equipes em serviço e contribuir para a integralidade no atendimento ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando todos os âmbitos da atenção e gestão em saúde, havendo residências uni e multiprofissionais (Silva *et al.*, 2021; Silva & Dalbello-Araujo, 2019).

A partir de 2010, os programas de residência multiprofissional em saúde tiveram uma significativa expansão no Brasil. Esse crescimento pode ter sido motivado pela constante construção e reconstrução do SUS, sempre marcada por uma trajetória repleta de muitas ações, com o intuito de expandir intervenções visando

garantir a integralidade na assistência à saúde (Silva *et al.*, 2021; Silva, 2018). A Atenção à Saúde, na perspectiva universal, levou o SUS a desenvolver estratégias para a formação de profissionais de saúde capazes de atender aos serviços universalizados em um país de vastas dimensões e diversas especificidades epidemiológicas e socioculturais. Essa demanda exigiu a integração das práticas de pesquisa e ensino em saúde como um elo entre a formação e as ações em saúde, fundamentadas nos princípios e diretrizes que organizam o sistema de acordo com o modelo assistencial (Carneiro *et al.*, 2021).

Frente ao contexto da universalidade do SUS, emergem os programas de residência multiprofissional em saúde como modalidade de treinamento em serviço, tendo como base a aprendizagem de atributos técnicos e relacionais pela prática cotidiana para o aperfeiçoamento do SUS (Carneiro *et al.*, 2021). O argumento central para a criação desses programas de residência, segundo Silva (2018), foi a importância da formação de profissionais de saúde sintonizados com a defesa dos princípios basilares do SUS.

As residências multiprofissionais em saúde constituem um cenário promissor para a efetivação da formação de profissionais para o SUS. Elas objetivam promover a qualificação de profissionais em diversas subáreas da saúde, para atuação no sistema de saúde. Essa qualificação ocorre pela integração ensino-serviço-comunidade por meio das práticas de educação permanente em saúde (Souza *et al.*, 2022). No entanto, apesar da importância do papel assumido pelas residências multiprofissionais na Atenção à Saúde, permaneceram alguns desafios. Dentre eles, Silva e Dalbello-Araujo (2019) destacaram a interferência nos modelos já instituídos de produção do cuidado, o que demanda a problematização das ações de formação e de gestão vigentes, e a ausência de consonância de algumas modalidades de formação acadêmica com o SUS. Mais recentemente, com a chegada da pandemia de covid-19, que exigiu medidas de enfrentamento e gerou insegurança quanto aos cuidados individuais e coletivos para se evitar sua contaminação, os profissionais de saúde passaram a enfrentar uma pressão extrema. De um lado, pela carga de trabalho extenuante e,

de outro, pelo estado emocional frente ao cenário assustador: medo de contaminação para si e para a família, carga de trabalho elevada pela demanda de usuários contaminados e pelo número de profissionais adoecidos, que acabava gerando uma sobrecarga sobre os demais etc. (Bezerra *et al.*, 2022). Em face desse contexto, os residentes foram relevantes no fortalecimento do cuidado, uma vez que ocuparam espaço no serviço em vista da escassez de profissionais para atender às necessidades da população (Bezerra *et al.*, 2022; Maia *et al.*, 2020).

Apesar das evidências sobre a importância dos programas de residência multiprofissional em saúde, uma revisão bibliográfica conduzida por Silva e Dalbello-Araujo (2019) revelou que as publicações dos residentes acerca das vivências nos programas são escassas. No contexto da cultura popular de cordel, foi encontrado apenas um resumo publicado em anais de eventos: "Tire a mão do meu sistema", de Vieira e Barakat (2022). Este aborda os desmandos contra a saúde pelo governo da época. Além disso, é relevante salientar que, embora a pandemia esteja sob controle neste momento, as perdas e sequelas deixadas por ela terão repercussões no processo saúde-doença da população por ainda muito tempo.

Visto o contexto enunciado, este texto objetiva delinear um ensaio teórico narrado, por meio da linguagem popular em versos de cordel, sobre as residências multiprofissionais em saúde, destacando o importante papel dos residentes antes e durante a pandemia, apontando desafios e possibilidades de atuação no enfrentamento da covid-19. Tal escolha teve como referência Ceccim (2004-2005), que ressalta a importância da educação popular inserida nas práticas de educação permanente em saúde como instrumento de aproximação dos profissionais e das práticas de saúde com a comunidade.

### **Poesia rimada como método de texto**

Trata-se de um ensaio teórico que, de acordo com Meneghetti (2011), é uma modalidade de texto que não traz conclusões prontas, mas que instiga o leitor a refletir

e extrair ideias para formular suas próprias conclusões. Este ensaio teórico é um constructo concebido a partir da literatura de cordel, que, conforme Teixeira (2020), é um gênero literário popular de ficção, escrito na forma de poesia rimada e impressa em pequenos folhetos no seu formato original.

Utilizando a literatura de cordel, descreveu-se a história e a evolução das residências multiprofissionais em saúde no Brasil, destacando marcos importantes, desde seu surgimento até os dias atuais. Por meio dessa literatura, foi abordada a importância da atuação dos residentes para a universalização dos serviços de saúde, especialmente no período pandêmico. Além disso, foram apontados os desafios decorrentes da pandemia e os desafios persistentes que emergiram dos cenários epidemiológicos e requerem adaptações no modo de atenção do SUS. Essas necessidades emergenciais, por exemplo, implicaram mudanças nas modalidades de formação em saúde, visando instrumentalizar os profissionais para atender à população de modo integral e igualitário. Essas mudanças impactaram diretamente a formação e a qualificação dos profissionais de saúde.

O cordel tem sua narrativa centrada, mais especialmente, na importância do papel das residências multiprofissionais na formação orientada para a Atenção à Saúde, fazendo um desenho sobre a atuação dos residentes como apoio ao SUS em vista do cenário de enfrentamento da covid-19, durante e no pós-pandemia. Tal desenho é construído com base na literatura científica disponível acerca do assunto. A escolha do método "literatura de cordel" se deu por entender que há uma estreita relação entre a escrita em cordel e a Educação Popular em Saúde; estas articulam as subjetividades coletivas e as interações entre as relações sociais, pois, como destaca o Ministério da Saúde, a Educação Popular implica a aproximação entre agentes formais de saúde e população, reduzindo também a distância entre o sistema e a assistência (Brasil, 2007).

Assim, ao longo deste texto, o cordel foi desmembrado em tópicos temáticos, seguidos por uma breve discussão respaldada na literatura sobre o tema, intencionando, com isso, tomar a leitura compreensível ao leitor, tendo esta

aproximação ou não com esse tipo de literatura popular. Por fim, após o desmembramento do poema em estrofes temáticas e sua respectiva análise, apresentarei, na conclusão, o próprio poema em seu formato estrutural original: Residência em Versos.

### Estrofes temáticas e sua análise

A primeira estrofe de "Residência em versos" faz referência ao surgimento da pós-graduação no formato de residências em saúde no Brasil, que teve seu início antes da institucionalização do SUS:

Antes do nascer do SUS  
Lá pelas beiras do Sul  
Já se quebrava um tabu  
Que afetaria eu e tu

Muito embora o poema se refira à pós-graduação, especificamente ao contexto brasileiro, as residências foram sendo difundidas e implementadas em vários países, com moldes adaptados às realidades e necessidades de cada nação ou região. O termo "residência", de acordo com Carneiro, Teixeira e Pedrosa (2021) e Guimarães *et al.* (2020), surgiu no hospital da universidade norte-americana Johns Hopkins, em 1889, como um modelo de capacitação para médicos. Também conforme Silva *et al.* (2021), a modalidade de pós-graduação *lato sensu*, nos moldes da residência em saúde, surgiu nos Estados Unidos, sendo implantada no Brasil pela Universidade de São Paulo (USP) no ano de 1945. Em ambos os países, a residência em saúde foi ofertada aos egressos do curso de Medicina.

São José do Murialdo  
A primeira residência  
Com o amparo do Oswaldo  
Concebida em resistência

Essa segunda estrofe contextualiza a residência multiprofissional no Brasil, abordando o território geográfico onde foi concebida e o apoio recebido durante o processo de implantação. É importante destacar que, nesse caso, não se trata apenas da residência médica, mas de uma residência com foco comunitário. Como descrito pelo Ministério da Saúde, em 1976, há 47 anos, a Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, por meio da Unidade Sanitária de Saúde São José do Murialdo, instituiu a primeira residência em Saúde Comunitária, tendo como proposta a formação de profissionais com "visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública, com perfil humanista e crítico, e competência para uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade" (Brasil, 2006, p. 5). Contudo, é somente em 2005 que ocorre a institucionalização legal dos programas de residência multiprofissional em saúde como modalidade de formação para o SUS.

Atualmente sois tantas  
Pelos cantos do Brasil  
Com o intuito que garantas  
Formação a muitos mil

Tem no Sul e no Nordeste  
No Norte e no Centro-Oeste  
E também tem no Sudeste  
E no meio do Agreste

Os versos utilizam-se da linguagem popular para descrever a expansão das residências multiprofissionais em saúde em todo o território nacional e também por regiões ao longo do tempo. Embora a primeira residência com enfoque na saúde comunitária tenha sido concebida em 1976, o início da expansão aconteceu em 2002, paralelamente ao lançamento do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) para municípios com número superior a 100 mil habitantes, que visava à qualificação e a capacitação de equipes para atuar na saúde da família. O Ministério da Saúde fomentou a criação de 19 residências multiprofissionais em Saúde da Família, sendo estas vinculadas às instituições de ensino superior, as quais teriam a responsabilidade de criar e diplomar os residentes em cursos de especialização na modalidade residência (Carneiro *et al.*, 2021). No entanto, somente em 2005 a residência multiprofissional em saúde foi legalmente instituída pela Lei n.º 11.129/2005 (Martins *et al.*, 2020).

A distribuição das residências multiprofissionais em saúde por regiões foi descrita em na pesquisa documental de Sarmiento *et al.* (2017), que avaliou a distribuição dos programas entre 2009 e 2015. O resultado da busca mostrou programas de residência multiprofissional em saúde financiados pelo Ministério da Saúde na marca de 320 propostas, todos homologados e publicados no Diário Oficial da União (Sarmiento *et al.*, 2017). Conforme o estudo, no lançamento dos editais de convocação, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foram consideradas prioritárias para o financiamento. No entanto, ao longo dos anos de 2010 a 2015, com a expansão dos programas, a região Sudeste foi favorecida, principalmente o estado de São Paulo. Sendo assim, o crescimento se caracterizou da seguinte forma: Sudeste (de 28 para 148), Nordeste (de 16 para 66), Sul (de 10 para 60), Norte (de 1 para 32) e Centro-Oeste (de 4 para 14). Em 2023, eram 827 programas credenciadas em 168 instituições, abrangendo residências em área profissional de saúde nas modalidades uni e multiprofissional (Brasil, 2023).

Capacitando pessoas  
De profissões diferentes  
Que a esse país povoas  
Nele atuam como agentes

Na estrofe citada, é possível perceber que os versos retratam os objetivos das residências multiprofissionais em saúde, não de maneira totalmente explícita, mas de modo sutil, comum à linguagem poética cordelista. A pós-graduação *lato sensu*, na modalidade de residência multiprofissional, tem como finalidade promover a formação de profissionais para atuarem no SUS, com enfoque interdisciplinar, por meio do trabalho em equipe e da educação permanente em saúde. Assim, se visa à reorientação dos modelos tecnoassistenciais para o acolhimento universal e integralidade do cuidado (Carneiro *et al.*, 2021).

Dentre as categorias contempladas pelas residências multiprofissionais em saúde, de acordo com Carneiro, Teixeira e Pedrosa (2021) e Cavalcante *et al.* (2021), estão, principalmente, a Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia,

Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional e. Além delas, é ainda possível a inclusão das seguintes profissões da área da saúde: Biologia, Biomedicina, Física Médica, Medicina Veterinária e Saúde Coletiva (Brasil, 2021). Conforme a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (Brasil, 2010) e Bernardo *et al.* (2020), o programa estabelece como duração mínima dois anos e uma carga horária de 5.760 horas, distribuídas em atividades práticas e teórico-práticas (80%) e teóricas (20%), tendo ainda, carga horária semanal de 60 horas e prioridade pelas atividades de Atenção Hospitalar e de Atenção Primária à Saúde.

Em uma revisão bibliográfica, Silva e Dalbello-Araujo (2019, p. 1241) enfatizaram que as residências multiprofissionais, por possuírem um potencial interdisciplinar, "[...] unindo em um mesmo espaço de formação e trabalho, diversos saberes e fazeres que devem caminhar rumo à integralidade das ações em saúde ofertadas à população". Acerca da formação no trabalho e para o trabalho, Romcy, Frota e Vasconcelos (2018) salientam que a principal característica da residência multiprofissional em saúde é ser uma modalidade de ensino em serviço, desenvolvida por meio da aprendizagem significativa, a partir da prática profissional, de acordo com a formação básica de cada categoria.

Que aproxima sujeitos  
Às duras realidades  
Articulando o respeito  
Pra promover sanidades

A aproximação entre os residentes e a população usuária do SUS é demonstrada nos versos os quais trazem a clara e necessária aproximação dos residentes às realidades dos usuários, considerando-se o mútuo respeito que deve existir entre ambos, tendo em vista a intencionalidade de amenizar os problemas existentes e promover a saúde nos contextos de compartilhamento entre profissionais de saúde e população.

A Atenção Primária em Saúde é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e, nessa perspectiva, é pressuposto que as necessidades dos usuários devem ser ouvidas para que sejam conhecidas e compreendidas, possibilitando que os cuidados sejam planejados conforme as necessidades identificadas (Gomide *et al.*, 2018). Complementando isso, Bernardo *et al.* (2020) enfatizam que a residência multiprofissional em saúde tem como fim o ensino e a formação de profissionais de saúde por meio da educação no ambiente de trabalho. Nesse espaço de experiência, que fomenta a atuação desses profissionais, o centro das atribuições destes se constitui na promoção do cuidado com excelência e integral à saúde, por meio do envolvimento entre residentes, comunidade e gestão. Portanto, trata-se de um espaço oportuno para a aproximação dos profissionais da saúde com os usuários dos serviços, sendo esse um ambiente propício para se conhecer de perto os problemas da população.

Unindo Atenção Primária  
Ao cuidado humanizado  
Tendo a prática diária  
Seu sentido transformado

Potencializando  
A educação permanente  
Ressignificando  
Os problemas emergentes

O texto das estrofes acima discute o papel dos residentes na Atenção Primária à Saúde, destacando a importância da formação para o cuidado humanizado. Enfatiza-se, também, que a educação permanente em saúde pode ser uma contribuição significativa para enfrentar os problemas emergentes. Como descrito no relatório de residência multiprofissional em saúde, o aprimoramento teórico, teórico-prático e técnico dos residentes em suas vivências, multiprofissionais e interdisciplinares, permite que esses profissionais vivenciem situações e ações que contribuem para a (des)construção dos valores privatistas e para a reconstrução das práticas humanizadoras e integrais (Brasil, 2006). Sendo assim, a presença dos residentes nos espaços de promoção de saúde é indispensável para a promoção do cuidado humanizado na Atenção Primária à Saúde, fortalecendo o cuidado integrado e integrador no SUS.

Concebendo a formação  
Para o cuidado ampliado  
Contrário à concepção  
Aos moldes fragmentados

Unindo o profissional  
Ao interprofissional  
E ao multiprofissional  
Em foco intercultural

O cuidado integral, propiciado pela oferta da formação multiprofissional e interdisciplinar concebida aos residentes no ambiente de trabalho - como forma de ruptura com a concepção fragmentada do cuidado, considerando o contexto cultural em que ambos, residentes e população, se encontram inseridos -, é revelado pelos versos dispostos nas duas estrofes acima. Quando se fala em interdisciplinaridade, subentende-se a soma de valores e conhecimentos a fim de construir saberes sólidos e integrados. Como retratado por Carneiro, Teixeira e Pedrosa (2021), as diretrizes do SUS orientam-nos para o atendimento integral, e é com este propósito que os programas de residências multiprofissionais em saúde são introduzidos no cenário nacional.

Aprimorando os serviços  
Tomando-os resolutivos  
Evitando desperdícios  
Com feitos mais efetivos

Em todo e a cada momento  
Frente às iniquidades  
Que geram solapamento  
E arruína a serenidade

Esse trecho do cordel faz alusão à participação dos residentes e à sua contribuição no aprimoramento e na resolubilidade dos serviços de saúde, favorecendo a melhoria da efetividade da assistência frente às demandas emergentes em saúde. Nesse sentido, Souza, Gurgel e Albuquerque (2022) trazem relatos de residentes acerca das suas experiências no ambiente em que trabalham, as quais refletem o pensamento expresso nos versos. As experiências demonstram que os residentes se percebem como atores imersos no processo, questionando -se e refletindo sobre as possibilidades de se integrarem às equipes de profissionais. Essa integração visa aumentar a resolubilidade das demandas de saúde em cada cenário, considerando as características geográficas, epidemiológicas e socioculturais onde atuam.

Sem precisar de convite  
A covid foi entrando  
Assolando sem limites  
E vidas exterminando

Ficando a dor e o medo  
Tamanho desassossego  
Sequelas como enredo  
Precisamos de arrego

As estrofes acima se referem à pandemia de covid-19, que assolou o Brasil e o mundo. A pandemia teve como marco inicial a identificação de casos de pneumonia em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, na China, com confirmação de um novo tipo de coronavírus em 7 de janeiro de 2020, sendo declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a situação de pandemia já em 11 de março de 2020 (OPAS, 2020). Somente no Brasil, até dezembro de 2024, foram registrados mais de 700.000 óbitos, de acordo com a OMS. Assim, a pandemia revelou desafios de várias ordens, tanto à população quanto aos profissionais de saúde e ao sistema de saúde. Havia entre esses profissionais uma forte sobrecarga de trabalho, muitas angústias e um medo recorrente de contaminar a si próprio e a família, causados pelo próprio cenário que se apresentava. Desafios esses que, apesar de terem sido suscitados pela pandemia, ainda permanecem e, certamente, se prolongarão por muito tempo.

No entanto, um relato de experiência conduzido por Cavalcante *et al.* (2021) revelou que a presença dos residentes como suporte no enfrentamento da pandemia fez uma enorme diferença. O referido estudo foi realizado com coordenadores, docentes e discentes de dois programas de residência multiprofissional, um em Saúde Mental e o outro em Saúde da Família, da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, de Sobral, Ceará. Foram 75 residentes das categorias de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, que, consoante aos autores reportados, se traduziram em fortalecimento do trabalho, descrito em: "o contexto o pandêmico exigiu dos profissionais residentes um fortalecimento da integração e comunicação entre as diversas categorias profissionais para organizar um plano de cuidado para a minimização dos agravos" (Cavalcante *et al.*, 2021, p. 120).

A importância da participação dos residentes em saúde no período emergencial de saúde pública em decorrência da pandemia de covid-19, no território brasileiro, está evidenciada no Parecer Técnico n.º 106/2020, do Conselho Nacional

de Saúde, de março de 2020. No exposto, recomenda-se a suspensão das atividades teóricas presenciais, mas estabelece a manutenção das atividades práticas e teórico-práticas (80%), respeitando 48 horas semanais (CNS, 2020). Destaca-se que:

[...] Considerando o momento excepcional de pandemia vivido no Brasil e no mundo e a importância da atuação dos Residentes em Saúde, que pode configurar-se como relevância pública na luta pelo adequado funcionamento dos serviços de saúde do SUS, ao lado dos profissionais em exercício, preceptores(as), tutores(as) e coordenadores(as) de residências, de forma a garantir práticas de acordo com os protocolos definidos, além de orientações e informações seguras aos usuários(as) dos serviços de saúde [...] (CNS, 2020, p. 2).

Os residentes atuaram em diversos campos da saúde durante a pandemia, como mostra uma pesquisa conduzida pela Fiocruz de Pernambuco, com 791 residentes de todo o Brasil. De acordo com ela, a maioria dos investigados trabalhou em hospitais (42,86%), na Atenção Primária (36,54%), na Rede de Atenção Psicossocial (7,21%) e na gestão em saúde (6,83%) (Fiocruz, 2021).

Está claro, portanto, que o próprio Conselho Nacional de Saúde reconhece a importância da participação dos residentes em saúde como instrumento fortalecedor no atendimento das demandas emergentes do momento pandêmico. A relevância dessa participação está também evidenciada nos versos abaixo:

De gente qualificada  
Conhecedora da causa  
De saberes equipada  
Que por onde anda "causa"

Pra amenizar a dor  
Que nos deixou o danado  
Com fazer acolhedor  
Pro pânico ser sanado

Utilizando nmas e palavras adjetivadas para elogiar os profissionais residentes diante da situação emergencial vivida pelo país, o poema destaca as qualidades desses profissionais. Por meio da vinculação às residências multiprofissionais em saúde, eles se "armaram" com saberes ressignificados e os aplicaram em suas rotinas diárias. Esse conhecimento serviu como instrumento humanizador para aliviar a dor daqueles que buscavam pelos serviços de saúde em

momentos de desespero. No entanto, à medida que os profissionais de saúde e os residentes trabalhavam arduamente na tentativa de suprir as demandas, eles experimentavam duplamente o sofrimento físico e psicológico, pois, ao mesmo tempo em que tentavam amenizar o sofrimento dos pacientes, suas angústias e dores pela perda de familiares, também sentiam na própria pele as aflições diante do medo de serem contaminados e de contaminarem suas famílias - isso sem mencionar as perdas reais de entes queridos.

Pesquisa conduzida por Dantas *et al.* (2021) estimou a prevalência de fatores associados à ansiedade em residentes multiprofissionais em saúde e constatou a presença de ansiedade moderada e grave em residentes de um hospital universitário. Mostrou, ainda, que 68,7% dos residentes passaram a fazer acompanhamento psicológico no período pandêmico e 91% estavam fazendo acompanhamento psiquiátrico. Sabemos que a pandemia está sob controle, graças à ciência e aos cientistas que não mediram esforços para produzir vacinas e atender à população. Todavia, as marcas e desafios deixados por ela perdurarão por longo tempo. Sobre esse cenário futuro, Dantas (2021, p. 3) enfatiza que a pandemia de covid-19 foi, provavelmente, um dos maiores desafios da humanidade e da ciência desde a Segunda Guerra Mundial, reiterando que "a interface dessa problemática com os aspectos de Saúde Mental e de resiliência psicológica necessária aos profissionais de saúde também tem fundamental importância, durante e após a crise pandêmica".

Viva nós aos residentes  
Também viva às residências  
E aos muitos resilientes  
Que acreditam nas ciências

Que atuaram em meio ao caos  
E ainda estão na labuta  
De Fortaleza a Manaus  
Do urbano até a gruta

Finalmente, o poema reporta-se aos residentes de todas as regiões do Brasil, em tom de exaltação e reconhecimento por sua contribuição ao sistema de saúde e à população, em meio ao caos instalado pela pandemia. Isso não significa que somente os residentes se doaram nesse momento crucial de emergência em saúde pública, mas que a residência multiprofissional em saúde teve, sim, seu papel e importância durante

a pandemia e suas repercussões, ou seja, entende-se que todos os profissionais de saúde foram fundamentais naquela ocasião, merecendo, por esse feito, o devido reconhecimento por sua significativa atuação.

Sendo assim, o propósito fundamental deste texto foi destacar a importância do fortalecimento dos programas de residências multiprofissionais em saúde. Os profissionais formados por esses programas desempenham um papel crucial na Atenção Primária à Saúde, especialmente durante períodos de emergência em saúde, como o que vivemos recentemente. Além disso, o texto sublinha a necessidade de se fomentar a continuidade da formação em saúde por meio desses programas. Para tanto, utilizou-se da cultura popular, especificamente da literatura de cordel, para ilustrar essa história. Essa escolha se deu por entendermos que o uso da linguagem própria dessa manifestação cultural poderia aproximar a população às experiências vivenciadas pelos profissionais da saúde durante a pandemia, adentrando-se, assim o campo da Educação Popular em Saúde.

Por fim, esperamos que o poema de cordel "Residência em versos" se traduza em estímulo aos que atuam no campo da saúde, seja residente ou preceptor, seja na gestão ou na formação, os mesmos que ainda resistem, apesar dos diversos desafios a serem enfrentados no cotidiano da condução dos programas, e que persistem firmes, continuando a formar pessoas para cuidar de outras pessoas.

## **Conclusão**

O poema "Residência em versos", descrito na íntegra e no seu formato original, traduz a história, a evolução e a relevância dos programas de residências multiprofissionais em saúde, citando a pandemia e a persistência das residências nas linhas de frente. Desse modo, para a conclusão deste texto, o poema "Residência em Versos" é apresentado em sua totalidade, com o propósito de transformar cada uma das palavras nele contidas em um abraço acolhedor e fortalecedor para todos os atores envolvidos na construção dos programas de residência multiprofissional em saúde,

que, resilientes, sobrevivem em meio aos desafios desse campo que comporta o educar em saúde e para a saúde.

## RESIDÊNCIA EM VERSOS

Antes do Nascer do SUS Lá pelas beiras do Sul Já se quebravam tabus Que afetaria eu e tu	Unindo Atenção Primária Ao cuidado humanizado Tendo a prática diária Seu sentido transformado	Sem precisar de convite A covid foi entrando Assolando sem limites E vidas exterminando
São José do Murialdo A primeira residência Com o amparo do Oswaldo Concebida em resistência	Potencializando A saúde permanente Ressignificando Os problemas emergentes	Ficando a dor e o medo Tamanho desassossego Sequelas como enredo Precisamos de arrego
Atualmente são tantas Pelos cantos de Brasil Com o intuito que garantas Fonnação a muitos mil	Concebendo a formação Para o cuidado ampliado Contrário à concepção Aos moldes fragmentados	De gente qualificada Conhecedora da causa De saberes equipada Que por onde anda "causa"
Tem no Sul e no Nordeste No Norte e no Centro-Oeste E também tem no Sudeste E no meio do Agreste	Unindo o profissional Ao interprofissional E ao multiprofissional Em foco intercultural	Pra amenizar a dor Que nos deixou o danado Com fazer acolhedor Pro pânico ser sanado
Capacitando pessoas De profissões diferentes Que a esse país povoa Nele atua como agentes	Aprimorando os serviços Tomando-os resolutivos Evitando desperdícios Com feitos mais efetivos	Viva nós aos residentes Também viva as residências E aos muitos resilientes Que acreditam nas ciências
Que aproxima sujeitos As duras realidades Articulando o respeito Pra promover sanidades	Em todo e a cada momento Frente às iniquidades Que geram solapamento E arruína a serenidade	Que atuaram em meio ao caos E ainda estão na labuta De Fortaleza a Manaus Do urbano até a gruta

## Referências

- Almeida, F. V. (2020). Residência multiprofissional em saúde: Formação continuada ou trabalho precarizado? *Revista SERPOS*, 1(1), 35-52.
- Bernardo, M. S., Fabrizzio, G. C., Souza, M. L., Santos, T. O., & Andrade, S. G. (2020). A formação e o processo de trabalho na residência multiprofissional em saúde como estratégia inovadora. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), e20190635.
- Bezerra, L., Ribeiro Jr., O. C., Silva, L., Araújo, C., Cunha, A., Lima, F., Uchoa, Y., Pessôa, A., & Albarado, K. (2022). Fragilidades e dificuldades da residência multiprofissional em saúde sob

a ótica da enfermagem: Um relato de experiência. *Research, Society and Development*, 11(10), e40111028632.

- 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.ºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm)
- Brasil. (2006). *Residência multiprofissional em saúde: Experiências, avanços e desafios*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2007). *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010, 4 de maio). *Resolução CNRMS n.º 3, de 4 de maio de 2010*. Ministério da Saúde. [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15449-resol-cnms-n3-04maio-2010&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15449-resol-cnms-n3-04maio-2010&Itemid=30192)
- Brasil. (2021, setembro de 2021). *Portaria Interministerial n.º 7, 16 de setembro de 2021*. *DOU*. <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Portaria-Interministerial-007-2021-09-16.pdf>
- Brasil. (2023). *Residência Multiprofissional*. Ministério da Educação. <https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/es/residencia-multiprofissional>
- Carneiro, E. M., Teixeira, L. M. S., & Pedrosa, J. I. S. (2021). A residência multiprofissional em saúde: Expectativas de ingressantes e percepções de egressos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(3), e310314.
- Cavalcante, V. O. M., Gomes, D. F., Dourado, T. S., Sousa, F. A. B., Gomes, M. C., & Araújo, M. A. D. (2021). Residências multiprofissionais em saúde no enfrentamento da covid-19: Relato de intervenções interprofissionais. *SANARE: Revista de Políticas Públicas*, 20(supll), 118-126.
- Conselho Nacional de Saúde. (2020). *Recomendação n.º 0/8, de 26 de março de 2020*. Recomenda a observância do Parecer Técnico n.º 106/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da Doença por Coronavírus - Covid-19. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/recomendacoes/2020/recomendacao-no-018.pdf/view>
- Ceccim, R. B. (2004-2005). Educação permanente em saúde: Desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 161-177.
- Dantas, E. S. O. (2021). Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por covid-19. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 25(supll), e200203.
- Dantas, E. S. O., Araújo Filho, J. D., Silva, G. W. S., Silveira, M. Y. M., Dantas, M. N. P., & Meira, K. C. (2021). Factors associated with anxiety in multiprofessional health care residents during the covid-19 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(supll), e2020096 I.
- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). (2021). *Condições de saúde e práticas de cuidado dos residentes em saúde no contexto da pandemia*. Fiocruz. <https://www.cpqam.fiocruz.br/uploads/Arquivos/aeb3cc74-c5cc-4628-b3eb-adbcd404e5f4.pdf>
- Gomide, M. F. S., Pinto, I. C., Bulgarelli, A. F., Santos, A. L. P., & Serrano Gallardo, M. P. (2018). A satisfação do usuário com a Atenção Primária à Saúde: Uma análise do acesso e acolhimento. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 22(65), 387-398.

- Guimarães, R. B., Savaris, S. L., Gomes, H. B., & Miglioranza, M. H. (2020). Difficult times: The coronavirus pandemic and cardiology residency - The experience of the Rio Grande do Sul Cardiology Institute. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 33(5), 582-585.
- Maia J. K. O., Reboças, E. R. N., Costa, A. M. T., Araújo Jr., A. J. L., & Araújo, T. L. (2020). Residência multiprofissional: Contribuições durante a pandemia. *Cadernos ESP: Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará*, 14(1), 128-132.
- Martins, J. C., Kluthcovsky, A. C. G. C., & Borges, P. K. O. (2020). Potencialidades e fragilidades: Uma análise das pesquisas sobre residência multiprofissional em saúde. *Perspectivas em Diálogo: Revista de Educação e Sociedade*, 7(15), 40-55.
- Martins, G. D. M., Caregnato, R. C. A., Barroso, V. L. M., & Ribas, D. C. P. (2016). Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(3), e57046.
- Meneghetti, F. K. (2011). O que é um ensaio teórico? *Revista de Administração Contemporânea*, 15(2), 320-332.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2020, 11 de março). *OMS afirma que covid-19 é agora caracterizada como pandemia*. OPAS. <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>
- Romcy, G. S., Frota, A. C., & Vasconcelos, A. P. S. M. (2018). Quando cada quadrado fala sobre si: Escritos sobre os núcleos de residência multiprofissional em saúde. *Tempus, Actas de Saúde Coletiva*, 12(1), 113-133.
- Sarmento, L. F., França, T., Medeiros, K. R., Santos, M. R., & Ney, M. S. (2017). A distribuição regional da oferta de formação na modalidade residência multiprofissional em saúde. *Saúde em Debate*, 41(113), 415-424.
- 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.
- Silva, L. B. (2018). Residência multiprofissional em saúde no Brasil: Alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, 21(1), 200-209.
- Silva, M. B., Souza, E. M. S., Coelho, P. B. P., Silva, P. S. G., & Vasconcelos, C. M. (2021). Caracterização das residências multiprofissionais em saúde do Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(2), e5491.
- Souza, V. A., Gurgel, I. G. D., & Albuquerque, P. C. (2022). Residência multiprofissional em saúde: (Trans)Formação para o SUS em comunidades quilombolas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 32(3), e320313.
- Teixeira, M. N. A. (2020). *Contribuição da literatura de cordel no desenvolvimento da leitura e da escrita nos anos iniciais do ensino fundamental*. [Monografia de Graduação em Pedagogia, Universidade Federal do Ceará].
- Vieira, C. M. S., & Barakat, R. D. M. (2022). *Tire a mão do meu sistema*. Anais VIII Exposp: Construindo um Sistema de Saúde Inteligente. Centro de Eventos do Ceará, Fortaleza.

## CAPÍTULO 7

# MEDIATIZADOS PELO MUNDO: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O CAMPO PEDAGÓGICO NA PANDEMIA DE COVID-19

José Edmilson Silva Gomes  
Valesca de Sousa Brito  
Maria Eliana Peixoto Bessa  
Lucélia Malaquias Cordeiro

### Introdução

As residências em saúde constituem uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* (especialização), que visa promover a educação em saúde e a formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS). A legislação do SUS expressa que um dos objetivos da política de recursos humanos é a organização de um sistema de formação na modalidade de pós-graduação - Lei n.º 8080/1990, art. 27 (Brasil, 1990) -, a fim de fortalecer a relevância da educação permanente em saúde.

Conceitua-se a Educação Permanente em Saúde (EPS) como uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a Atenção à Saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho, com vistas à produção de mudanças nesse contexto (Brasil, 2018). Com o intuito de fortalecer essa estratégia e de promover o desenvolvimento dos trabalhadores no e para o SUS, foi criada, por meio da Portaria GM/MS n.º 198/2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2009), relevante para a fundamentação das Escolas de Saúde Pública no Brasil.

A Escola de Saúde Pública do Ceará "Paulo Marcelo Martins Rodrigues" (ESP/CE), instituição formadora do programa de residências sobre o qual este texto trata, é uma autarquia vinculada à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, criada pela Lei Estadual n.º 12.140/1993. Ao longo da sua história, visando cumprir seu caráter formativo, a ESP/CE tornou-se referência nos programas de residência médica e

multiprofissional.

O Programa de Residência em Área Profissional de Saúde (RESMULTI) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) está presente em 24 municípios do estado e estrutura-se em dois componentes: hospitalar, que contempla 11 programas, e o comunitário, que contempla os programas de Saúde Coletiva, Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental Coletiva (Ceará, 2020). Mais recentemente, integrando também o programa de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Para o desenvolvimento do percurso formativo dos residentes, a RESMULTI contou com a seguinte estrutura de profissionais docentes: tutor, supervisor geral, preceptor de campo e preceptor de núcleo.

A função da tutoria caracteriza-se pela orientação de preceptores e residentes, ou seja, visa implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação entre ensino e serviço. Além disso, envolve a organização conjunta com os preceptores por meio de reuniões periódicas, planejamento e implementação das atividades de EPS para os preceptores, além das ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para a atenção e gestão em saúde (Brasil, 2012).

Supervisores gerais são profissionais educadores de relevância pedagógica na condução do processo formativo, pois são responsáveis pela gestão acadêmica dos programas de residências no hospital/município. Eles também são responsáveis por promoverem a articulação entre o ser e o fazer pedagógico dos preceptores de campo e de núcleo (categoria) que estão no cotidiano com os residentes (Ceará, 2020).

O preceptor de campo, por sua vez, é o docente-assistencial que acompanha transversalmente as equipes de profissionais de saúde residentes na área de concentração do programa ao qual está vinculado. Sua função caracteriza-se pela supervisão direta das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas realizadas pelas equipes de residentes nos serviços de saúde, nos quais se desenvolve o programa e se promove a articulação da teoria com a prática, transformando as vivências profissionais em experiências de ensino-aprendizagem. Tal função deve ser exercida por um profissional com formação na área da saúde, vinculado à instituição formadora

e executora, lotado no cenário de prática ou em serviço de saúde do campo de concentração do programa, tendo uma formação mínima de especialista.

Já o preceptor de núcleo é o docente-assistencial por área específica de atuação profissional, que deverá acompanhar os profissionais de saúde residentes do núcleo profissional no desenvolvimento das estratégias pedagógicas relativas ao núcleo de saber de cada profissão. Deve ser exercida por profissional com formação na área da saúde vinculado à instituição executora, lotado no cenário de prática, com formação mínima de especialista e carga horária semanal mínima de 12 horas, na proporção de um preceptor para o conjunto de até quatro residentes da mesma categoria profissional em cada programa.

A crise sanitária vivenciada durante a pandemia de covid-19 afetou diretamente o processo de trabalho não apenas dos profissionais de saúde residentes, mas também do corpo docente dos programas da RESMULTI, que tiveram que adaptar e atualizar os processos de trabalho para o ensino remoto. Considera-se, então, relevante a reflexão sobre como a crise sanitária afetou a formação do ensino na saúde e sobre como se deu a interlocução entre sociedade e processo de aprendizagem durante a pandemia.

### **A crise sanitária e a formação em saúde**

Ao longo dos tempos, a humanidade foi colocada à prova com o enfrentamento às epidemias, trazendo não somente riscos à saúde, mas também risco social. Foi o que ocorreu em março de 2020, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a pandemia do novo coronavírus (Sars-CoV-2) como uma emergência de saúde pública de importância internacional (Silva *et al.*, 2020). Logo após esse fato, os governos estaduais começaram a aplicar as medidas sanitárias de contingência. Da mesma forma, o Governo do Estado do Ceará decretou medidas de controle da covid-19, além de medidas estratégicas baseadas em recomendações, relatórios e dados técnicos das equipes de saúde, impactando em diversos setores, dentre os quais a educação (Ceará, 2023).

Os programas de residências em saúde apresentam um caráter permanente de formação e qualificação profissional de profissionais para o SUS. No entanto, o contexto da pandemia afetou diretamente os profissionais de saúde residentes ingressantes daquele ano, sendo necessárias ao corpo docente várias adaptações para assegurar uma formação qualificada e em condições de biossegurança. Foi com esse intuito que o Ministério da Educação lançou um documento denominado "Recomendações quanto ao desenvolvimento das atividades dos programas de residência em área profissional da saúde durante enfrentamento à pandemia por covid-19" (Brasil, 2020b). Esse documento apresentou questões relativas ao afastamento dos residentes, ao cumprimento da carga horária, à realocação de residentes, entre outros assuntos.

Além disso, o Conselho Nacional de Saúde (2020), por meio do Parecer n.º 106/2020, orientou várias ações sobre o trabalho e a atuação dos residentes no âmbito dos serviços de saúde, dentre as quais se destacaram a suspensão das atividades teóricas presenciais, a oferta dessas atividades sob as modalidades pedagógicas de acesso remoto, os estudos orientados à distância e o uso de ambientes virtuais de aprendizagem.

As ações e estratégias realizadas pelos profissionais de saúde residentes incluíam acolhimento e orientação à população, triagem e acompanhamento de casos suspeitos e confirmados, promoção de ações de prevenção e promoção da saúde, incorporação de tecnologias digitais e ações intersetoriais. No campo da inovação, foram necessários novos protocolos de atendimento para garantir a qualidade do cuidado, sendo o maior problema/barreira a falta de recursos e a burocratização de alguns fluxos assistenciais e de gestão.

Esses impasses, indiretamente, também foram agravados pela situação pregressa do SUS à epidemia, ou seja, pelo seu desmonte das políticas públicas de saúde e definanciamento do setor que já se encontrava preocupante àquela altura, ainda mais se considerarmos a Emenda Constitucional n.º 95/2016 (Brasil, 2016). Isso causou um problema grave de gestão setorial, impactando a qualidade dos serviços prestados em meio à crise pandêmica (Souza, 2020).

## **Socialização e aprendizagem: agentes de formação**

Durante a pandemia de covid-19, as medidas de distanciamento social tiveram um grande impacto na socialização e na aprendizagem dos indivíduos. Sabe-se que a socialização é um aspecto importante da aprendizagem e do desenvolvimento cognitivo e afetivo. Com isso em mente, as instituições tiveram que se adaptar rapidamente ao ensino à distância, o que levou a uma falta de interação social entre docentes e discentes (Souza, 2022b). Entretanto, a situação também apresentou algumas oportunidades no sentido do ensino à distância, que permitiu novas tecnologias e ferramentas para acessar conteúdos educacionais, o que pode ser útil para aprimorar habilidades digitais, por exemplo.

Assim, diante da complexidade dos temas abordados em relação à formação em saúde e os desafios do ensino na saúde naquele momento, o presente ensaio teórico objetivou descrever o processo de trabalho da tutoria do programa de Saúde da Família e Comunidade e o campo pedagógico da formação de profissionais de saúde residentes durante a pandemia de covid-19.

Para tanto, as questões que nortearam as reflexões foram: (1) quais os desafios e potencialidades encontradas na formação profissional em saúde dos residentes de um programa de Saúde da Família e Comunidade no estado do Ceará, durante a pandemia e covid-19? (2) Qual a importância do apoio pedagógico na formação do residente em meio a uma crise sanitária? (3) Qual o papel dos educadores em saúde para a transformação da realidade no âmbito da teoria e da prática?

## **Do campo pedagógico à condução da formação de profissionais de saúde**

Este estudo adota o método qualitativo, tratando-se de um ensaio teórico reflexivo (Prado *et al.*, 2022), norteado pela construção de uma análise crítica da literatura sobre as definições e a natureza dos aspectos educacionais na formação de

residentes. O objetivo foi associar a prática do campo pedagógico à condução da formação de profissionais de saúde residentes no estado do Ceará. Para isso, buscou-se fundamentar e analisar o objeto de estudo, sendo realizado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) um levantamento bibliográfico com o intuito de ampliar a discussão das questões norteadoras. Essa investigação ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2023. Para a localização de estudos pertinentes a essa investigação, foram utilizados termos extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), juntamente com o operador booleano AND resultado das combinações "(Estratégias Pedagógicas) AND (Estratégia Saúde da Família)", "(ensino) AND (estratégia saúde da família)" e "(residência em saúde) AND (estratégia saúde da família)". Ainda, adotaram-se como critérios de elegibilidade artigos publicados em português, inglês e espanhol, com texto completo disponível nas bases de dados, publicados a partir de 2020, marco inicial da pandemia de covid-19 no Brasil. Os estudos que não responderam à questão norteadora foram excluídos.

Inicialmente, foram encontradas 2.202 referências e, ao se aplicar os critérios de inclusão, selecionou-se 186 delas. Ao final da busca, 11 artigos foram, enfim, escolhidos. Essa amostra ocorreu após a análise crítica desses estudos, com base em temas abordados pelo critério de elegibilidade, seguindo os critérios de inclusão, métodos e resultados relevantes. Além disso, para fundamentar a reflexão, foram utilizadas referências de documentos oficiais da ESP/CE de acesso aberto, como o Projeto Pedagógico de Residência (Ceará, 2022) e o regimento interno dos programas de residência.

Em dado momento, os dados foram analisados a partir da concepção e da vivência clínica e metodológica dos autores, analisando-se tematicamente os principais pontos discutidos nos estudos selecionados na pesquisa bibliográfica. Disso, emergiram os seguintes eixos temáticos: "Aspectos pedagógicos do programa de residência em Saúde da Família", "Tutoria pedagógica e seu papel transformador" e "Profissionais de saúde residentes e seu papel transformador".

## Aspectos pedagógicos do programa de residência em Saúde da Família

Há uma necessidade de se ampliar a discussão, o acesso à informação e os motivos reais de uma educação pautada por novas tecnologias - por meio de metodologias ativas-, a partir da aprendizagem significativa (fazer sentido), ou seja, reinventar-se na crise e pós-crise sanitária no campo da educação. Nesse ínterim, o Projeto Pedagógico de Residência da ESP/CE oportuniza em seus pressupostos metodológicos a Teoria da Carga Cognitiva que, por sua vez, constitui-se dos princípios resultantes de um ambiente de aprendizagem eficaz. A esse respeito, tem-se que

[... ] a teoria nos informa sobre a quantidade de informação que a memória de trabalho pode apreender em uma certa atividade, pois não se pode processar informações além do que a cognição humana pode suportar nos esquemas cognitivos da memória (Ceará, 2020).

Ainda, a ESP/CE utiliza como parâmetro nas residências em saúde os referenciais postulados pela aprendizagem baseada no contexto, no sentido de incorporar as demandas do território e casos reais/práticos na vida profissional do residente, a fim de centrar a aprendizagem na experiência do próprio aprendiz. Portanto, as premissas foram centradas no estudante, baseadas em problemas e na abordagem por competências, interdisciplinares e integradas, além de focarem na orientação e formação da base na comunidade, potencializando o currículo.

No que concerne à crise sanitária e ao campo das residências e dos profissionais de saúde residentes nesse processo formativo, cabe destacar um importante marco de contrarreforma advindos da política focalizada, os profissionais em formação perpassam por uma série de intempéries quanto à estrutura atual da Estratégia Saúde da Família, conforme expressa Castro, Silva e Vasconcelos (2022, p. 47-48):

Como expressão do processo de desmonte do SUS, destacamos, em horizonte recente, a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017. A nova PNAB passa a reconhecer, do ponto de vista da alocação de recursos financeiros, outros modelos que não a

Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF permanece sendo prioritária, contudo, fica definido um valor menor para o financiamento das novas equipes de atenção básica.

Nesse sentido, foi proposto um documento orientador do programa de Saúde da Família e Comunidade com o intuito de abordar aspectos técnicos e pedagógicos, objetivando o alinhamento do "fazer" (da prática) profissional nos territórios. O motivo de lançarmos o documento orientador como "nota técnica" partiu da ideia inicial do Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) e da Gerência de Residência Multiprofissional (GREMU) da ESP/CE, com o objetivo de alinhar os processos de trabalho no nível complexo da Estratégia Saúde da Família. Este é o maior programa descentralizado do país. Essa necessidade surge a partir das demandas dos residentes, preceptores e supervisores que ocorreram nas visitas técnicas/pedagógicas realizadas no período de outubro a dezembro de 2021 e março a junho de 2022 pelos tutores do programa de Saúde da Família e Comunidade aos cenários de práticas dos 22 municípios cearenses, onde a residência multiprofissional atua hoje.

Inicialmente, foram fomentados grupos de trabalhos com convite aberto para todos os envolvidos no processo de trabalho das residências em saúde, entre os quais: supervisores gerais, gestores locais, coordenadores, preceptores de núcleo, supervisores de campo e profissionais de saúde residentes/egressos. Foram realizados dois encontros virtuais com significativa participação e discussão consensual, com uma média de 50 participantes.

Na ocasião, foram apresentadas as demandas identificadas durante as visitas técnicas aos cenários de prática do programa de Saúde da Família e Comunidade, nas rodas tutoriais e nas reuniões de supervisão de campo. Essas demandas demonstraram diversidade em relação à atuação profissional nos diferentes cenários da Atenção Básica, em consequência das mudanças políticas e econômicas dos últimos anos. O programa de Saúde da Família e Comunidade da ESP/CE, conforme o regimento ainda vigente - ano de 2013 -, organiza-se em equipe de referência ou equipe mínima - enfermeiros e cirurgiões-dentistas -, em equipe multiprofissional, e/ou em equipe NASF Residentes - demais profissionais de saúde.

A principal problemática encontrada foi quanto ao número de postos de saúde e de equipes em que os residentes estavam atuando, sendo divergentes em praticamente todos os cenários visitados e dificultando agendas baseadas na clínica ampliada e na integralidade do cuidado. Mais recentemente, o novo arranjo de equipes multiprofissionais (eMulti) mantém algumas semelhanças com o trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF), mas também apresenta novos mecanismos organizativos e estruturais. Nesse contexto, algumas questões e características não são tão expostas em sua integridade e abrem margem para novas reflexões sobre esse novo modelo de "multiprofissionalidade" (Bispo Jr. & Almeida, 2023).

Como a residência multiprofissional em saúde se configura em uma formação pelo trabalho, é imprescindível que haja minimamente uma sistematização para acompanhamento pedagógico e das atividades práticas. Nesse sentido, mantivemos as discussões do grupo a fim de equalizar o processo formativo com as demandas oriundas dos municípios, conforme modelo histórico da Estratégia Saúde da Família e em consonância às políticas institucionais e de luta em defesa do SUS.

Com isso, em virtude do período pandêmico, houve uma adaptação curricular. O Ministério da Saúde publicou a Portaria n.º 3.252/2020 (Brasil, 2020a), que incluiu conteúdos relacionados à covid-19 nos currículos dos programas de residência em saúde. Isso abrangeu a aprendizagem remota, o aumento da atividade por colaboração interprofissional e a atuação dos profissionais de saúde residentes nos serviços de saúde, participando do atendimento de casos suspeitos e confirmados da doença.

### **Tutoria pedagógica e seu papel transformador**

O papel pedagógico da tutoria do programa de Saúde da Família e Comunidade proporcionou espaços de discussão na modalidade de rodas de conversas, às quais chamamos de "rodas tutoriais". Esse espaço de discussões

aproximou as ideias em divergências e convergências, sendo ele um campo dialógico entre a instituição e os estudantes, produzindo novas perspectivas para uma metacognição crítica, reflexiva e democrática. Os tutores enfrentaram muitos desafios durante a pandemia de covid-19 ao trabalhar com programas de residência, os quais incluíram:

- Adaptação para o ensino à distância: com as restrições de distanciamento social em vigor, muitos programas de residência tiveram que mudar rapidamente para um formato de ensino remoto;
- Acesso limitado aos recursos: com o cenário sobrecarregado devido à pandemia, os educadores podem ter enfrentado dificuldades para obter acesso aos recursos necessários para formar e orientar os profissionais de saúde residentes adequadamente;
- Desafios emocionais: os educadores teriam experimentado um estresse adicional ao gerenciar seus próprios medos e preocupações durante a pandemia de covid-19. Além disso, a angústia emocional dos residentes, que estavam ativamente na linha de frente da pandemia, também pode ter sido fator de estresse para os educadores;
- Adaptação das normativas vigentes: o cenário de incertezas ocasionado pela pandemia tomou necessária a revisão de regras que eram até então aplicadas, como aquelas relativas à licença saúde e aos rodízios dos residentes.

É importante destacar, nessa discussão, que os tutores, no processo de ensino-aprendizagem e nas complexidades das residências em saúde, resgataram a coparticipação e corresponsabilidade com a própria formação, sendo necessário adquirir também novas habilidades docentes. Assim, o estudo e o acesso às Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) e outras mídias foram essenciais para os processos de ensino e de aprendizagem, pois possibilitam o acesso ao conhecimento de forma rápida, fácil e interativa. O período de isolamento social levou a uma reflexão sobre a necessidade de se refletir sobre o aspecto socio-histórico

da educação, em meio a uma pandemia (quarentena). Essa reflexão envolveu não apenas docentes, mas também muitas outras pessoas (Souza, 2022a).

Nesse sentido, apesar dos empecilhos causados pela pandemia, ainda teve algumas potencialidades que puderam ser aproveitadas pelos educadores naquele período:

- **Flexibilidade:** muitos educadores foram capazes de se adaptar rapidamente ao ensino à distância e encontrar novas maneiras de envolver os profissionais residentes e fornecer treinamento eficaz;
- **Colaboração interprofissional:** a pandemia de covid-19 levou a uma maior cooperação entre os educadores e outros profissionais de saúde. Isso pôde ajudar a fortalecer as relações profissionais e melhorar a qualidade da formação nos territórios adscritos;
- **Inovação:** a pandemia levou a uma maior inovação em termos de ensino à distância e outras tecnologias educacionais (ex.: ferramentas interativas das plataformas digitais).

Apesar das dissonâncias do ensino remoto, discutidas na literatura e na prática por educadores de modo geral, o trabalho pedagógico, remoto ou híbrido, ainda permitiu um espaço dinâmico para a experiência vivenciada nas residências multiprofissionais. Isso está alinhado com o estudo de Sunde, Júlio e Nhaguaga (2020), que relata essa modalidade de ensino como uma potencialidade durante o período da pandemia de covid-19. Os módulos formativos, rodas tutoriais e o apoio matricial aos supervisores/preceptores foram conduzidos de forma a abranger a todos a partir do uso de plataformas adequadas, bastando aos participantes estar conectados à Internet.

### **Profissionais de saúde residentes e seu papel transformador**

Os relatos do perfil do estudante em formação no serviço, em meio a uma crise sanitária, perpassam o sentido semântico do que é ser resiliente, segundo a fala

dos próprios profissionais de saúde residentes: "realmente ser residente é ser resistente, é ser resiliente". A pandemia de covid-19 exigiu dos residentes, além de resiliência, muita coragem, comprometimento e criatividade, uma vez que toda a proposta de formação sonhada por eles foi radicalmente transformada em virtude das mudanças ocasionadas pela crise sanitária. Mudanças essas como o impedimento da realização de grupos, uma das principais estratégias de cuidado no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, a sobrecarga dos preceptores, que tinham cada vez menos tempo para se dedicarem às questões formativas e pedagógicas do processo educacional, o aumento do número de atendimentos diários, que também repercutiu na sobrecarga deles, a necessidade de se adaptar rapidamente às mudanças nas práticas de atendimento, as demandas emocionais de lidar diariamente com a doença e a morte, a adaptação às aulas teóricas no formato on-line, sendo privados da interação cotidiana com residentes de outros municípios/programas e com os docentes, entre outras. Apesar disso, os residentes assumiram o desafio e desempenharam um papel crucial durante a pandemia, principalmente no atendimento às demandas e no cuidado aos usuários.

O objetivo inicial de ter uma atuação apoiada e supervisionada por *experts* foi transformado em trabalho na linha de frente, tratando usuários e famílias acometidas por um vírus desconhecido e temido mundialmente. Os profissionais estavam enfrentando um sério risco de contaminação pelo vírus - ainda sem vacina na sua primeira onda -, participando ativamente no salvamento de muitas vidas. Portanto, os residentes desempenharam um papel vital durante a pandemia de covid - 19, e seus sacrifícios devem ser profundamente valorizados. Foi importante que eles recebessem o apoio e os recursos necessários para continuarem na missão de trabalhar com segurança e eficácia. Um dos maiores desafios postos aos programas de residência foi o de fornecer suporte emocional e recursos adicionais para os residentes durante a pandemia, pois já se reconhecia a urgência de se cuidar da sua saúde mental e emocional, como também de se oferecer suporte para que eles pudessem desenvolver suas competências e as habilidades exigidas pelos Programas.

## Considerações finais

A pandemia de covid-19 trouxe muitos significados, na prática, acerca do que é promover a saúde nos territórios e do papel do educador no campo das residências em saúde. Em virtude disso, este estudo descritivo demonstra que, por meio de um levantamento teórico e reflexivo dos processos de trabalho, em consonância com a literatura, essa área ainda carece de estudos sobre seu processo de ensino e de aprendizagem. Isto é, estudos de maior profundidade precisam ser ainda realizados, a fim de averiguar o discurso de quem faz o processo de ensino e de quem desenvolve o aprendizado no âmbito da práxis.

A ESP/CE, por meio do corpo docente dos seus programas de residência multiprofissional e dos seus alunos/residentes, atuou durante a pandemia de covid-19 com empenho e criatividade, garantindo a manutenção de todas as atividades propostas pelo Projeto Pedagógico da Residência, sejam elas teóricas, teórico-práticas ou práticas. Ainda, conseguiu mobilizar recursos para dar suporte aos cenários de atuação no atendimento às necessidades pedagógicas que eram solicitadas. As equipes de tutores, por seu turno, tiveram seu trabalho profundamente alterado pelas medidas de contenção do vírus, mas, apesar disso, também foram inventivas ao procurar novas soluções e ao mediar os problemas que apareciam. A interação tutor-residente/preceptor-residente, embora tenha sido afetada de maneira direta, foi igualmente realizada com muito cuidado, utilizando-se de mecanismos como FaceTime, WhatsApp e Google Meet, sendo possível manter as aulas e reuniões por intermédio de plataformas virtuais.

O campo integrado da residência resiste por meio da práxis e da clínica ampliada nos territórios e na historicidade dos dez anos da instituição formadora, capacitando de forma descentralizada o processo de formação. Mesmo com as intempéries que atravessam a vida cotidiana, o processo de saúde-cuidado se manteve presente, com a solidariedade e o "esperançar" necessários para qualificarmos os currículos e, assim, cumprir o papel docente a partir da prática problematizadora e reflexiva no pós-covid-19.

## Referências

- Bispo Jr., J. P., & Almeida, E. R. (2023). Equipes multiprofissionais (eMulti): Potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(10), e00120123.
- Brasil. (2016, 15 de dezembro). *Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm)
- Brasil. *Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>.
- Brasil. (2004, 13 de fevereiro). *Portaria n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Nescon. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>
- Brasil. (2009). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012, 13 de abril). *Resolução CNRMS n.º 2, de 13 de abril de 2012*. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. ABMES. <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1209/-resolucao-cnrm-n-2>
- Brasil. (2018). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: O que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Ministério da Saúde.
- Brasil. (2020a). *Portaria n.º 3.252, de 2 de dezembro de 2020*. Habilita leitos de Unidades de Terapia Intensiva UTI Adulto Tipo II - COVID-19 e estabelece recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo Coronavírus (COVID 19), a ser disponibilizado a Estados e Municípios. [https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/saude/coronavirus-material-tecnico/legislacao/portaria\\_no\\_3.252\\_de\\_2\\_de\\_dezembro\\_de\\_2020.pdf](https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/saude/coronavirus-material-tecnico/legislacao/portaria_no_3.252_de_2_de_dezembro_de_2020.pdf)
- Brasil. (2020b). *Recomendações quanto ao desenvolvimento das atividades dos programas de residência em área profissional da saúde durante enfrentamento à pandemia por covid-19*. SESU/DDES/CGRS.
- Castro, M. M. C., Silva, L. B., & Vasconcelos, A. P. S. M. (2022). Crise sanitária e desafios para as residências em saúde. In ABEPSS, *Formação e residências em saúde: contribuições da ABEPSS* (pp. 44-70). ABEPSS.
- Ceará. (1993, 22 de julho). *Lei Estadual n.º 12.140, de 22 de julho de 1993*. Dispõe sobre a criação de Escola de Saúde Pública do Ceará ESP/CE, e dá outras providências. <https://bela.ce.gov.br/index.php/legislacao-do-ceara/organizacao-tematica/educacao/item/1296-lei-n-12-140-de-22-07-93-d-o-de-23-07-93>
- Ceará. (2020). *Projeto Político Pedagógico*. Escola de Saúde Pública do Ceará.
- Ceará. (2022). *Projeto Político Pedagógico*. Escola de Saúde Pública do Ceará.

- Ceará. (2023). Controladoria e ouvidoria geral do Estado. *Decretos*. <https://www.cge.ce.gov.br/legislacoes-covid-isolamento-social/>
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Recomendação nº 018, de 26 de março de 2020*. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 106/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da Doença por Coronavírus - COVID19. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/recomendacoes/2020/recomendacao-no-018.pdf/view>
- Prado, N. M. B. L., Aquino, R., Hartz, Z. M. A., Santos, H. L. P. C., & Medina, M. G. (2022). Revisitando definições e naturezas da intersetorialidade: Um ensaio teórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(2), 593-602.
- Silva, D. P. B., Gomes, J. E. S., Azevedo, S. G. V., Silva, M. R. F., & Ávila, M. M. M. (org.). (2020). *O novo coronavírus e seus desafios para o Sistema Único de Saúde*. Rede Unida.
- Souza, A. G. (2022a). *Mal-estar discente: Refletindo sobre a saúde mental em tempos de pandemia*. [Trabalho de Conclusão de Curso de Licenciatura em Pedagogia, Universidade Federal do Rio de Janeiro].
- Souza, D. O. (2020). O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da covid-19. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(3), e300313.
- Souza, G. V. S. (2022b). O papel dos tutores educacionais: Desafios das ações pedagógicas com o uso das TIC em tempos de pandemia. *Avanços & Olhares: Revista Acadêmica Multitemática do JESA*, 5(9), 1-10.
- Sunde, R. M., Júlio, Ó. A., & Nhaguaga, M. A. F. (2020). O ensino remoto em tempos da pandemia da covid-19: Desafios e perspectivas. *Revista Epistemologia e Práxis Educativa*, 3(3), 1-11.

**PARTE II**  
**INSPIRAÇÕES**  
**DA DIVERSIDADE**



# CAPÍTULO 8

## RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: O TRABALHO INTERPROFISSIONAL, NO CONTEXTO HOSPITALAR, DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Kellyane Pereira Santos  
Karla Adriana Oliveira da Costa  
Dara Andrade Felipe  
Ângela Catarina Inácio Costa de Andrade

### Introdução

Ao longo do processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), o trabalho em equipe, relacionado ao princípio da integralidade, passou a ser cada vez mais presente nos discursos, movimentos, programas e políticas sobre e para a saúde (Ceccim & Feria, 2008). Dallegrave (2008) afirma que a atenção dada ao surgimento e à instauração de discursos sobre a aprendizagem no trabalho, o trabalho em equipe e a integralidade da assistência foi fundamental para a constituição das residências em saúde como seus dispositivos de efetivação.

Nesse sentido, as residências multiprofissionais em saúde (RMS), situadas na integração entre saúde e educação, são potências para a efetivação da formação e do trabalho de modo integrado. Os programas multiprofissionais são compostos por turmas de residentes de, no mínimo, três categorias diversas, no sentido de fomentar o trabalho em equipe (Brasil, 2006). Todavia, há uma contradição nas RMS: embora seu conceito perpassa o objetivo do trabalho em equipe, elas não necessariamente dispõem de metodologias para transformá-lo em ação (Dallegrave, 2008).

Diante disso, a educação interprofissional (EIP) tem sido desenvolvida como estratégia inovadora de ensino e de orientação para as práticas interprofissionais colaborativas, a fim de qualificar a formação, a assistência e os processos de trabalho na saúde (Peduzzi *et al.*, 2016). A compreensão de Reeves (2016, p. 185) aponta a EIP como "[...] uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos

de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da Atenção à Saúde". Tal compreensão converge com a definição do Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE), lançada em 1997 e revisada em 2002: ocasião "[... ] em que dois ou mais profissionais aprendem com os outros, entre si e sobre os outros para aprimorar a colaboração e a qualidade dos cuidados e serviços" (Barr & Low, 2013, p. 3). Esse conceito é a base para a análise deste estudo; a partir dele, poderemos entender as proximidades e distanciamentos em relação ao trabalho em equipe nas RMS.

Nesse sentido, o trabalho em equipe, além de uma perspectiva pedagógica, produz benefícios para dentro das equipes de saúde, tendo em vista que pode fomentar processos de trabalho mais horizontais, colaborativos e saudáveis, com divisão de tarefas e responsabilidades. Tais elementos tendem a incentivar a melhoria no cotidiano de trabalho também pelo estímulo à comunicação entre os profissionais, um meio fundamental de conhecimento sobre o outro, de partilha e integração de saberes, amenizando a sobrecarga de trabalho e a centralização de saberes, de modo a valorizar a todos na construção do cuidado (Peduzzi *et al.*, 2016). Contudo, as ações voltadas à proposta "inter" não são permanentes, pois dependem de se/como as RMS se incorporam. Isso demonstra a importância de se investigar e compreender como tem sido a construção e quais os desafios e possibilidades para o trabalho interprofissional em equipe, perpassando o contexto das RMS.

Considerando que os serviços hospitalares, de maneira geral, são espaços marcados por fragmentação das práticas, hiperespecialização, relações hierarquizadas e centradas no poder médico, o trabalho em equipe é um desafio persistente. Todavia, Araújo *et al.* (2017) e Oliveira, Passos e Silva (2020) discutem as potencialidades da EIP no contexto das RMS hospitalares, assinalando a necessidade de integração dos dispositivos de formação e de assistência para que, assim, se possa fomentar mudanças, tendo as RMS como mecanismo possível. Essa questão se complexifica quando consideramos a conjuntura diante da pandemia de covid-19 e as conformações nos diferentes serviços de saúde. Diante disso, o cenário pandêmico demandou estudos

e uma maior visibilidade das práticas desenvolvidas nas RMS hospitalares, como forma de produzir mais conhecimento na área e pautar o fortalecimento da política de residências em saúde. Assim, o objetivo deste texto foi analisar a percepção de residentes multiprofissionais em saúde sobre o trabalho interprofissional, no contexto hospitalar, durante a pandemia de covid-19.

### **Grupos focais de forma remota**

O presente texto apresenta um recorte de uma pesquisa qualitativa e exploratória, realizada em parceria com o Observatório das Residências em Saúde (Fiocruz-Pemambuco), que teve como campo as RMS desenvolvidas em hospitais localizados no município de Recife (PE). Foram selecionados os programas desenvolvidos em serviços que tiveram leitos - de enfermagem e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) - habilitados para a assistência à covid-19, a fim de compreender se/como a habilitação interferiu nos processos das RMS. Desse modo, foram contemplados seis hospitais e nove programas.

Em relação aos participantes, contemplamos duas gerações de residentes: a turma de 2019-2021 (egressos), que vivenciaram tanto um ano antes da pandemia como um ano na pandemia, e a turma de 2020-2022 (R2), que entrou nos programas no início da pandemia e vivenciaram os dois anos em meio ao surto viral. A seleção foi feita por conveniência, por meio de indicações para residentes de todas as categorias profissionais. A maioria dos participantes foi de mulheres (6), na faixa etária entre 26 e 33 anos de idade. Essa maioria se autodeclarou branca (7), heterossexual (6), sendo todas cisgênero. As categorias profissionais relatadas foram: Psicologia (4), Enfermagem (2), Fisioterapia (1), Fonoaudiologia (1), Odontologia (1) e Serviço Social (1).

Como técnica de pesquisa, foram realizados grupos focais, de forma remota devido à necessidade de distanciamento social, nos meses de fevereiro e março de 2021, com participação total de dez residentes. Após a coleta dos dados, por meio do

grupo focal, o material analítico foi transcrito e a análise feita por meio das técnicas de análise de conteúdo temática de Bardin (1977). Os procedimentos incluíram pré-análise, exploração do material, categorização e análise. Como desmembramento das falas, foram construídas três categorias analíticas: (1) (Des)articulação interprofissional entre a equipe de residentes, (2) (Des)integração dos residentes com a equipe do serviço e entre diversos programas de residência, e (3) Estratégias de articulação entre os residentes.

Cada categoria de análise contemplou subcategorias relacionadas às questões investigadas junto aos participantes, que serão explanadas nos resultados deste texto, conforme a seguinte correspondência: (1) (Des)articulação interprofissional entre a equipe de residentes: percepção dos residentes sobre o trabalho em equipe na pandemia; arranjos, mudanças ou atividades interprofissionais possíveis; adaptação do trabalho em equipe conforme as mudanças no cenário da pandemia; (2) (Des)integração dos residentes com a equipe do serviço e entre diversos programas de residência: percepção dos residentes sobre o trabalho e a inserção nas equipes dos hospitais; e, por fim, (3) Estratégias de articulação entre os residentes: adaptação do trabalho em equipe frente aos desafios da pandemia.

Para a realização dos grupos, foram respeitados os princípios éticos e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A participação dos residentes só se confirmou a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, da autorização para a gravação e do acordo sobre uso de pseudônimos.

### **(Des)articulação interprofissional entre a equipe de residentes**

A gente era equipe multiprofissional e de repente não tinha mais essa equipe, era todo mundo solto, assim cada um em uma área, a gente só se reunia muito pouco enquanto equipe. Essa questão da residência multi em cuidados paliativos se perdeu muito nesse contexto da covid porque cada um ficou fazendo uma coisa e o multiprofissional da residência se perdeu. (Célia - assistente social egressa)

A gente deixou muita coisa de ser multi para ser uni, né, nesse período. Por exemplo, as atividades que eram para ser em grupo, né, por conta da aglomeração, elas passaram a ser individuais, então, é uma discussão de caso que era para ser em equipe, mas foi só eu e minha preceptora do mês. (Karla - fisioterapeuta R2)

As falas demonstram a dificuldade das equipes, formadas pelas turmas de residentes, em manter uma atuação interprofissional durante a pandemia de covid-19. A necessidade de individualização da atuação para evitar aglomerações nos espaços, especialmente no início da pandemia, serviu como justificativa para não se desenvolver outras estratégias de atuação, o que levou a um afastamento entre as categorias profissionais na própria equipe. Percebemos que essa lacuna foi vista com preocupação pelos residentes, pois levou à desconfiguração da essência do trabalho em equipe, intrínseco à modalidade de residência multiprofissional em saúde.

Acerca disso, a revisão de escopo realizada por Fernandes *et al.* (2021) apontou que o fortalecimento da prática interprofissional colaborativa é um pressuposto para o enfrentamento de problemas complexos, impactando, positivamente, na prática profissional e na qualidade do cuidado integral em saúde. Equipes que já trabalhavam de forma interprofissional antes da pandemia tiveram mais facilidade na reestruturação dos serviços de saúde, no aprimoramento da capacidade de organização e no enfrentamento da crise, aperfeiçoando indicadores de saúde, minimizando a incidência de eventos adversos e, conseqüentemente, melhorando a qualidade da assistência em saúde direcionada a pacientes com covid-19 (Belarmino *et al.*, 2020).

O distanciamento entre profissionais é reflexo da própria formação em saúde, que, historicamente, foi realizada por uma ótica uniprofissional. Por isso, os profissionais, muitas vezes, se isolam em seus saberes e poderes e ocupam um lugar de prescritores das terapêuticas, dos medicamentos e dos comportamentos (Merhy *et al.*, 2019). Assim, ao chegarem aos serviços, tendem a (re)produzir o modelo de atuação aprendido e, quando tentam subverter a lógica, se deparam com resistências pelas instituições e profissionais mais antigos. Nesse contexto, alguns mecanismos

essenciais ao trabalho em equipe aparecem como desafios, e os residentes participantes desta pesquisa apontaram a dificuldade de comunicação entre os pares, inclusive como consequência do déficit na formação. Esse desencontro acabou reverberando em falta de organização para garantir a integração da equipe:

Eu via meio como uma consequência da formação de cada um ali, que eles aprenderam a lidar muito com o seu e não acabar se comunicando. Eu acho que existe uma grande falha na formação acadêmica mesmo, de cada profissional dali, de não conversar um com o outro, com a profissão do outro. (Lucas - dentista egresso)

Muita falta de informação entre a própria equipe. Não tinha integração enquanto equipe; a gente demorou para se integrar. Era uma briga que a gente, principalmente nós da turma de RI de 2020, a gente tinha muito, porque nossa residência era multi e a gente nunca tinha tido aquela experiência; a gente lava vendo o tempo passar, né? (Maria - psicóloga R2)

A dificuldade na comunicação e integração na equipe pode levar, dentre outras, a três consequências importantes: a relação entre os profissionais residentes se tornar frágil, em especial se tratando dos RI, por estes já terem iniciado a residência com uma construção praticamente nula de vínculos presenciais, o déficit na formação dos residentes e, por último, os prejuízos ao cuidado integral dos pacientes. No contexto das relações, quando o residente é retirado da sua equipe, isso pode gerar certa frustração pessoal e profissional, pois impede que os profissionais se conheçam pessoal e profissionalmente, impossibilitando que vínculos sejam criados e afinidades descobertas (Arruda *et al.*, 2018).

Rebouças, Gondim e Pinheiro (2019) apontam que, referente à atuação interprofissional no contexto hospitalar, a divisão de trabalho, desde o rodízio dos residentes até sua distribuição em equipes, e a rotina hospitalar dificultam a interprofissionalidade. Dessa forma, os autores concluíram que, apesar de a proposta da residência multiprofissional reforçar a necessidade da interprofissionalidade, a prática dos profissionais continua distante de uma atuação de fato integrada e por meio de práticas colaborativas entre profissionais.

No que tange ao aspecto formativo dos residentes, a ausência de uma formação pautada na interprofissionalidade pode desfavorecer um espaço de aprendizado coletivo e desestimular a integração e cooperação entre todos os envolvidos - residente, coordenador, preceptor, tutor, paciente e comunidade. Pela ótica da EIP, os profissionais aprendem de forma interativa sobre papéis, conhecimentos e competências dos demais profissionais (Zwarenstein, Goldman & Reeves, 2009). Assim, é preciso um cuidado compartilhado entre a equipe de saúde, que deve atuar de maneira integrada e colaborativa, com ações articuladas e uma prática direcionada às necessidades em saúde dos pacientes, respeitando sua autonomia e protagonismo no processo saúde-doença (Belarmino *et al.*, 2020).

Em contrapartida, apesar dos aspectos negativos apontados pelos residentes, com ênfase no primeiro momento da pandemia, algumas equipes conseguiram, apesar das limitações, retomar, ou reconhecer, a atuação multiprofissional ou interdisciplinar:

No nosso R2, voltaram a ser atividades multi, na verdade, no final do R1 para o começo do R2, já tinham começado as atividades, voltado a ser multi. (Sara - psicóloga R2)

No primeiro ano da pandemia, aí, realmente, se perdeu essa questão do multi, mas, depois, acredito que foi resgatando. (Célia - assistente social egressa)

Mas assim, eu acho que a gente conseguia fazer coisas com esse caráter mais interdisciplinar, sabe, de propor atividades juntos. Em alguns rodízios, fazia trabalhos mais interdisciplinares do que outros. (Armando - psicólogo egresso)

Eu tive essa oportunidade de trabalhar interdisciplinar, transdisciplinar, e tanto na enfermaria de cuidados paliativos quanto na enfermaria da clínica médica. (Anne - fonoaudióloga R2)

A importância desse reconhecimento fala, por um lado, de como os residentes criticaram às ausências e presenças das práticas integradas, e, por outro, de como os conceitos de interprofissionalidade, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade ainda geram confusão, muitas vezes, sendo utilizados como sinônimos. Baquião *et al.* (2019) afirmam que é frequente os

termos "multi" e "interprofissionalidade" serem tidos como sinônimos, sem as devidas considerações sobre suas especificidades. O termo "multi", por si só, já pressupõe a presença de diferentes profissões, fazendo com que tal reunião não dê garantia alguma de respostas integradas mais eficazes para as necessidades assistenciais (Peduzzi *et al.*, 2020).

Nesse sentido, compreendemos que as ações realizadas em equipe para a assistência ao paciente são primordiais em situações complexas, imprevisíveis, urgentes, e que dependem da comunicação e da colaboração entre os seus membros a fim de se melhorar os resultados do cuidado, como no caso da pandemia de covid-19. Naquele contexto, no qual houve grandes limitações de trabalhadores, dificuldades estruturais e materiais, agravadas pela imprevisibilidade e gravidade dos casos de doença, inclusive entre profissionais, se organizar de maneira interprofissional se tomou uma questão de necessidade para a melhor organização do processo de trabalho, otimização da assistência, satisfação dos pacientes e equipe, diminuição das taxas de erro, dentre outros aspectos (Pomare *et al.*, 2020). No entanto, para que isso fosse possível, era necessária uma gestão compartilhada dos processos de trabalho e práticas de cuidado, ou seja, de compartilhamento das responsabilidades entre os membros das equipes, interdependência e clareza dos papéis profissionais, tarefas e dos objetivos (Reeves *et al.*, 2017).

### **(Des)integração dos residentes com a equipe do serviço e entre diversos programas de residência**

Ressalta-se, de acordo com a fala dos residentes, particularidades em relação à formação desenvolvida pelo programa de residência e a integração ou desintegração entre os programas, entre os residentes e destes com a equipe dos serviços. Nota-se que a existência da multiprofissionalidade no programa de residência provoca a construção de um perfil profissional desde uma visão mais totalizante sobre o cuidado, conforme pode ser observado nas seguintes falas:

Mas, no geral, foi muito proveitoso. Consegui finalizar a residência tendo uma visão maior assim do todo, do qual é importante trocar com esses outros profissionais e intervir juntos. Às vezes, a gente até educa um pouco o outro colega. (Armando- psicólogo egresso)

Eu não sei o que seria se eu não tivesse experiência de ter passado por uma residência multiprofissional, se se eu teria essa visão, sobre a falha na formação acadêmica e sobre a falta de diálogo entre os diferentes profissionais, se eu não seria o dentista que tava lá no meu quadradinho atendendo no consultório... (Lucas - dentista egresso)

A composição multiprofissional sinaliza uma etapa inicial sem a qual a interprofissionalidade não se concretiza. Essa perspectiva é coerente com os apontamentos de Rossoni e Lampert (2004), que, em referência à formação de nível superior, indicam o aspecto limitante do trabalho coletivo que a abordagem somente teórica causa no trabalho coletivo. Durante as atividades práticas, os estudantes das diversas áreas da saúde realizam uma prática predominantemente individualizada, anunciando que a discussão teórica não é suficiente para desenvolver um trabalho em equipe, com a interação dos diversos saberes e ações. Dessa forma, a multiprofissionalidade se apresenta como um subsídio prático à construção da interprofissionalidade. Porém, para que essa última seja possível, são necessários instrumentos e técnicas que subsidiem o desenvolvimento de competências.

A EIP prevê três tipos de competências: específicas, comuns e colaborativas. As primeiras dizem respeito às atribuições de cada profissão; as segundas, às aproximações entre profissões; e as terceiras são as inovadoras, construídas no encontro entre diferentes profissionais (Peduzzi *et al.*, 2020; Reeves, 2016). No entanto, algumas práticas, da maneira como estão estruturadas no programa de residência, tendem a reproduzir o trabalho da maneira como já vem sendo realizado no serviço, e não garantem uma mudança efetiva como a da prática interprofissional.

Então, eu acho que a formação da gente, que veio de uma residência multiprofissional, acabou tendo esse benefício, mas eu via, aqui, os profissionais. Eles estavam tentando lidar muito com isso no hospital. Nas UTI, eles tentavam fazer isso. Por exemplo, tinha reunião multiprofissional, e todos os profissionais da equipe tinham que participar. Mas, muitas vezes, a enfermeira tinha mil coisas para fazer e não participava, porque era demandada pelo próprio hospital, coisa de plano, coisa de mandar guia e não sei o que. Enfim, então eu acabava

que via alguns profissionais muito nos seus mundinhos. Mas espero que, por exemplo, a inserção da residência no hospital [X], venha para tentar plantar uma sementinha nesses profissionais que já são formados, que já estão lá há muito tempo, e espero que isso melhore. (Lucas - dentista egresso)

Nesse sentido, considera-se que, no programa de residência, a vivência no cenário de prática tem importância na formação, sem que, necessariamente, esteja vinculada a um processo de transformação. Essa perspectiva alinha-se a uma concepção pedagógica não crítica, que, segundo Ramos (2010), considera a realidade como um dado natural ao qual o sujeito deverá se adaptar. Observa-se, nesse cenário, a ênfase no fazer e na experiência prática, porém, há pouco ou nenhum espaço pedagógico para que se possa compreender o porquê da prática ser desarticulada e, assim, subsidiar a construção de novas práticas profissionais.

Além da falta de comunicação e de integração da equipe discutidas anteriormente, observou-se a existência de uma prática médico-centrada, em detrimento do trabalho das demais categorias profissionais, o que demonstra que as relações de poder entre as categorias profissionais, construídas no cenário hospitalar, ainda repercutem marcadamente no cuidado. Essa característica pode ser observada também na fala a seguir:

O distanciamento eu sentia maior com a equipe médica, esse negócio de interdisciplinar e transdisciplinar é que eu não via mesmo com eles, nem entre os residentes. Eu nunca atendi um paciente e um residente médico foi lá entender que há um profissional de saúde não apenas médico e me auxiliou em alguma coisa. (Anne - fonoaudióloga R2)

Porém, é necessário destacar que, enquanto processo formativo, suspeita-se não ser possível esperar uma mudança na assistência apenas pela via individual, sobretudo quando esta já resulta de uma estrutura formativa e de uma prática fragmentada. Assim, é importante que os programas de residência incluam espaços formativos para ajudar a reconhecer o contexto relacionado à prática fragmentada, subsidiando a construção de um processo de trabalho articulado à interprofissionalidade. Conforme mencionado anteriormente, a prática individualizada também é observada entre os residentes e a equipe vinculada ao serviço. Ao ver

tal desintegração na equipe, atrelada ao processo de trabalho e ao processo formativo do profissional, cabe entender que o fomento da EIP no programa de residência, apesar de essencial, não é suficiente para se provocar a mudança da assistência de forma ampla. As possibilidades de mudança sinalizam a necessidade de um alinhamento de concepção desde a formação do profissional na graduação, o que deve continuar na sua educação permanente em saúde, na estrutura e no modelo assistencial nos quais se insere o serviço, assim como no próprio programa de residência em área profissional e de residência médica.

Mas eu acho que essa iniciativa parte também do próprio serviço, dos programas de residência de um mesmo hospital universitário, de tentar estabelecer essa integração já no início da residência. Temos um programa de saúde da mulher e nós temos a residência de medicina em ginecologia e obstetria; nós rodamos nos mesmos setores, mas, se a gente não se integrar entre nós, mesmo acompanhando os mesmos pacientes, esse acompanhamento vai ser descontinuado. Aí, vai uma categoria, que é a categoria médica, né, o senso biomédico vai prevalecer, e, aí, esse paciente recebe alta sem ser visto pelas demais categorias, mesmo que elas estejam nos serviços. (Sara- psicóloga R2)

Assim sendo, pode-se perceber que os programas de residência reproduzem e provocam uma reorientação do perfil do profissional em formação. Reproduzem, enquanto se inserem em um contexto fragmentado, incluso no modelo hospitalocêntrico e médico-centrado, cujo funcionamento é cenário de aprendizagem. E provocam a reorientação para articular diferentes categorias profissionais entre si, pois sua composição multiprofissional se demonstra como um ponto de partida para novas práticas de cuidado. É preciso, no entanto, o fomento da EIP para que seja possível a construção da interprofissionalidade e da sua articulação ao serviço e à assistência, a fim de que ela constitua as equipes.

### **Estratégias de articulação entre os residentes**

Apesar dos desafios apresentados pelos residentes no desenvolvimento do trabalho de forma interprofissional, também foram relatadas experiências e estratégias

desenvolvidas no decorrer dos diferentes momentos e configurações da pandemia, para fomento de uma maior integração. As dinâmicas de trabalho foram sendo adaptadas ao cenário sanitário e os relatos apontam que, nos primeiros meses de pandemia, em 2020, foi necessário suspender todas as atividades feitas coletivamente e de forma presencial, como reuniões, discussões de caso, seminários e visitas multiprofissionais nos setores. Havia a necessidade de diminuir a circulação de pessoas nos setores dos hospitais para se evitar aglomerações. Então, os rodízios dos residentes foram reorganizados para que o mínimo de pessoas estivesse no setor. Isso, por um lado, ocasionou a fragmentação das equipes de rodízio, mas, por outro, conseguiu manter de fato o mínimo de indivíduos envolvidos no mesmo lugar, como aponta a residente:

Por mais que realmente tenha havido essa redução na quantidade de residente por mês, por setor, a nossa sorte, em parte, é que somos uma equipe multi, com seis categorias. Então, a gente nunca ficava rodando com a mesma categoria; eram categorias diversificadas a cada mês, então, isso diminuiu um pouco a convivência multi, mas não isentou ela completamente (Sara - fisioterapeuta R2).

A manutenção de pequenos grupos atuando nos setores foi uma das estratégias possíveis naquele primeiro ano antes da vacinação, com escassez de EPI e ainda muitas incertezas sobre o comportamento do coronavírus. Mas isso não foi realidade em todos os hospitais, pois alguns residentes, de fato, atuaram sozinhos com mais frequência e sentiram que estavam mais integrados com seu núcleo profissional do que com a turma de residência. Em contrapartida, vale destacar que um caminho de possibilidades se abriu com o uso de tecnologias, que possibilitaram a integração e a manutenção das atividades.

Inclusive, a tecnologia, porque houve um momento que a gente teve que se adaptar, e o PTS, que se faria presencialmente, voltou a ser feito por videoconferência. E, aí, já foi uma forma da gente estar resgatando, né, a relação multi. (Célia - assistente social egressa)

Ao citar a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de forma online, Célia exemplifica como uma atividade que é voltada para a melhoria da

assistência e, ao mesmo tempo, pedagógica, pôde ser mantida com adaptações. O processo de ampliação do uso de tecnologias de informação e de plataformas de videoconferência foi muito marcante com a covid-19, tendo desdobramentos em todos os cenários da educação e da saúde. Nos serviços, por exemplo, o uso dessas tecnologias possibilitou novas formas de encontro, de trocas e de assistência aos usuários (Silva *et al.*, 2022).

Curiosamente, os encontros virtuais estavam se somando aos poucos encontros presenciais, e não os substituindo. Portanto, vale relatar que, a despeito de todas as dificuldades de incorporar a EIP na atuação - antes mesmo da pandemia -, os residentes encontraram caminhos para manter a integração pela via da relação interpessoal.

Quando a gente consegue amizade com esses residentes de outros programas, de outras categorias, a gente consegue, inclusive, o contato. E estamos acompanhando o mesmo paciente, estamos rodando no mesmo setor, então, a gente conseguia exercer essa interprofissionalidade, se articulando com essas pessoas. Mas isso foi algo construído no decorrer da nossa vivência; a gente conseguiu construir essas relações, a gente conseguiu construir esse vínculo e, a partir daí, rodando, quando a gente calhava de rodar no mesmo setor, isso ajudava muito no trabalho da gente. (Sara - fisioterapeuta R2)

Quando tinha interação de fato, era nas atividades teóricas e tal, quando a gente, por conta própria, ia se reunir para bater um papo, discutir algum caso, se a gente, por acaso, conciliasse os rodízios - porque nem sempre conciliava. [...] Enfim, por motivos que a gente não interagia, então, era quase uni; só não era uni porque a gente não deixava ser. (Camila - psicóloga R2)

Ainda que essas falas situem os encontros no campo informal, de espaços que não estavam instituídos nos programas de residência e que também apontam para uma falta de integração entre médicos e os demais profissionais, observamos uma brecha nessa fragmentação, tão hegemônica nos hospitais. A amizade, o bate-papo, os pequenos encontros diários, todos eles estão situados no campo das tecnologias leves, que Merhy (2002) traz como caminhos para a produção do cuidado, e que se baseiam nas relações intersubjetivas. Nesse sentido, a interprofissionalidade também pressupõe

a melhoria das relações entre os profissionais por meio da colaboração, a fim de tornar o processo de trabalho mais saudável (Peduzzi *et al.*, 2020).

No mais, a integração com a equipe dos serviços - preceptores e outros profissionais - também apareceu como possibilidade:

Também teve um lado bom: de que a gente pôde também se aproximar dos funcionários; [...] tinha momentos em que a gente não poderia contar com o residente, [quando o] residente não tava rodando lá. Então, a gente tinha que ter uma interação com a equipe daquele setor. (Camila - psicóloga R2)

Esse movimento expõe outra percepção em relação às dificuldades de relacionamento com as equipes do hospital. Isso nos mostra que os espaços são diversos e as experiências, singulares. Mas, também, nos convida a refletir sobre a importância de se fomentar espaços e mecanismos de interação entre todos os segmentos que constroem os programas de residência.

### **Considerações finais**

Essa pesquisa evidenciou que há uma lacuna entre os processos formativos e as práticas assistenciais nas residências hospitalares, ao passo que apontou como o trabalho em equipe, embora presente na proposta pedagógica das residências multiprofissionais, ainda enfrenta percalços para se desenvolver nos hospitais. Essa problemática já vem sendo explorada desde antes da pandemia de covid-19, mas o cenário sanitário que ela provocou exacerbou alguns desafios e impôs outros novos.

Diante desse contexto, percebe-se que, apesar das limitações para o trabalho em equipe - desde a interprofissionalidade - sejam muitas, os residentes conseguiram desenvolver mecanismos e utilizar tecnologias - em especial, as leves - para se adaptarem ao contexto pandêmico. Desse modo, mesmo que a fragmentação das práticas fosse imposta pelo cenário hospitalar agravado com a pandemia, no campo relacional, foi possível pensar e criar novas práticas colaborativas.

Nota-se, ainda, que, muitas vezes, os residentes não se davam conta de que se referiam a conceitos e diretrizes da educação permanente em saúde e da educação interprofissional. Talvez, por estarem apenas tentando desenvolver mecanismos que possibilitassem que as teorias fizessem sentido no processo de trabalho. No entanto, apesar dessa ação intuitiva, os programas de residência e os serviços de saúde não podem deixar de planejar teorias e métodos que garantam a materialidade dos conceitos que perpassam a interprofissionalidade, incorporando-os aos seus projetos pedagógicos e às atividades nos setores.

## Referências

- Araújo, T. A. M., Vasconcelos, A. C. C. P., Pessoa, T. R. R. F., & Forte, F. D. S. (2017). Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: O olhar de residentes e preceptores. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 21*(62), 601-613.
- Arruda, G. M. M. S., Barreto, I. C. H. C., Ribeiro, K. G., & Frota, A. C. (2018). O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 22*, 1309-1323.
- 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.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barr, H., & Low, H. (2013). *Introdução à educação interprofissional*. CAIPE.
- Belannino, A. C., Rodrigues, M. E. N. G., Anjos, S. J. S. B., & Ferreira Jr., A. R. (2020). Collaborative practices from health care teams to face the covid-19 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem, 73*, e20200470.
- Brasil. (2006). *Residência multiprofissional em saúde: Experiências, avanços e desafios*. Ministério da Saúde.
- Ceccim, R. B., & Feria, A. A. (2008). Educação e saúde: Ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde, 6*(3), 443-456.
- Dallegrave, D. (2008). *No olho do furacão, na ilha da fantasia: A invenção da residência multiprofissional em saúde*. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul].
- Fernandes, S. F., Trigueiro, J. G., Barreto, M. A. F., Carvalho, R. E. F. L., Silva, M. R. F., Moreira, T. M. M., Costa, M. V., & Freitas, R. J. M. (2021). Interprofessional work in health in the context of the covid-19 pandemic: A scoping review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 55*, e20210207.

- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. Hucitec.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., Santos, M. L. M., Bertussi, D. C., & Baduy, R. S. (2019). Rede básica, campo de forças e micropolítica: Implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*, 43(spe6), 70-83.
- Oliveira, W. L., Passos, P. M., & Silva, R. S. (2020). Residência multiprofissional e formação para o Sistema Único de Saúde: Promoção e autonomia do sujeito. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 23(2), 3-14.
- Peduzzi, M., Oliveira, M. A. C., Silva, J. A. M., Agreli, H. L. F., & Miranda Neto, M. V. (2016). Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Martins, M. A., Carrilho, F. J., Alves, V. A., Castilho, E. A., Cerri, G. G., & Wen, C. L. (org.), *Clinica médica, volume 1*. Barueri: Manole; pp. 171-179.
- Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A. M., & Souza, H. S. (2020). Trabalho em equipe: Uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18, e0024678.
- Pomare, C., Long, J. C., Churruca, K., Ellis, L. A., & Braithwaite, J. (2020). Interprofessional collaboration in hospitals: A critical, broad-based review of the literature. *Journal of Interprofessional Care*, 34(4), 509-519.
- Ramos, M. (2010). *Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: Um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde*. EPSN.
- Rebouças, R., Gondim, A., & Pinheiro, J. (2019). (Im)Possibilidades de atuação interprofissional dos residentes multiprofissionais em contexto hospitalar. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 22(1), 51-71.
- Reeves, S. (2016). Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), 185-196.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD000072.
- Rossoni, E., & Lampert, J. (2004). Formação de profissionais para o sistema único de saúde e as diretrizes curriculares. *Boletim da Saúde*, 18(1), 87-98.
- Silva, D. S. M., Sé, E. V. G., Lima, V. V., Borim, F. S. A., Oliveira, M. S., & Padilha, R. Q. (2022). Metodologias ativas e tecnologias digitais na educação médica: Novos desafios em tempos de pandemia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 46(2), e058.
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 393-399.

## CAPÍTULO 9

# O TRABALHO NA PANDEMIA DE COVID-19: REFLEXÕES A PARTIR DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE NOS HOSPITAIS NO MUNICÍPIO DO RECIFE

Kellyane Pereira Santos  
Pedro Miguel dos Santos Neto  
Paulette Cavalcanti de Albuquerque

### Introdução

As discussões e reformulações no campo do trabalho em saúde fazem parte da história de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e o trabalhador vem sendo pautado como instrumento essencial para a consolidação da assistência e resolutividade dos serviços (Ramos *et al.*, 2022). Assim, tendo em vista que trabalhar em saúde é produzir cuidado, este se desenvolve na integração entre práticas, encontros intersubjetivos e processos de trabalho e cuidado (Franco & Merhy, 2013). Na teoria do processo de trabalho em saúde, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (2017) tomou o trabalho como objeto humanizado, construído historicamente. Assim, é importante situar que as condições nas quais ele é desenvolvido não estão dadas *a priori*, pelo contrário, são construídas e negociadas de acordo com os jogos de poder, regimes sociais, políticos e econômicos do contexto (Assunção, 2011; Mendes-Gonçalves, 2017). Sendo assim, a teoria de Mendes-Gonçalves sobre o processo de trabalho em saúde nos auxiliará a construir reflexões no presente texto. Esse processo é compreendido, pelo autor, como objeto humanizado, não natural, mas construído historicamente por meio das normatividades sociais e científicas (Mendes-Gonçalves, 2017).

Por isso, o processo de trabalho deve ser analisado de forma situada no tempo e no espaço. Além disso, outro pressuposto importante, que orienta a análise neste manuscrito, é o de que o trabalho em saúde pressupõe, antes de tudo, uma relação entre sujeitos. De modo que o é produzido nas relações sociais, portanto é vivo. Foi criado

e é desenvolvido passando por nós mesmos, nos atravessando enquanto sujeitos. Mendes-Gonçalves não chegou a incorporar a dimensão das relações no processo de trabalho, mas essa conexão vem sendo feita por outros autores, como Merhy (2002) e Merhy *et al.* (2019), e os demais que citaremos neste estudo, os mesmos que dialogam com a teoria do processo de trabalho.

Nesse âmbito, há uma teia de pessoas, poderes, serviços e políticas que compõe o mundo do trabalho em saúde. Dentre os elementos, as residências multiprofissionais em saúde (RMS), integradas à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), estão situadas no espaço intercessor da relação educação-trabalho. A pauta, então, é a manutenção e a integração de duas grandes políticas públicas: educação e saúde, que historicamente são espaços de interesses e disputas. As RMS estão no cerne de uma relação tensionada entre o exercício da profissão pelo residente e o processo de formação no qual ele está inserido. O que, por um lado, reforça a potencialidade da renovação das práticas de saúde pela presença de novos profissionais nos serviços, mas, por outro, demanda estratégias de qualificação da aprendizagem pelo trabalho. Diante disso, a educação interprofissional (EIP) em saúde se coloca como estratégia inovadora de ensino e de orientação para práticas colaborativas que fomentem a melhoria da assistência à saúde, a integralidade do cuidado e a melhoria dos processos de trabalho, com desenvolvimento de competências (Peduzzi *et al.*, 2020; Reeves, 2016).

Reeves (2016, p. 185) definiu EIP como "[... ] uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da Atenção à Saúde". Esse conceito é também base para este estudo, pois possibilita visualizar quais as possibilidades e os desafios em relação ao processo de trabalho em equipe nas RMS. Os princípios da EIP, que também se desdobram na prática interprofissional, dialogam com as RMS justamente por estas incorporarem turmas formadas por diferentes categorias profissionais, por isso são estratégicas no fomento à reorganização dos processos de trabalho, nos diversos

cenários pelos quais as residências se capilarizam. Além disso, em cada nível de Atenção à Saúde e em cada serviço, os desafios e potências são singulares, exigindo criatividade e reinvenção, principalmente em tempos de crise, como a pandemia de covid-19.

Com a pandemia, as redes de saúde precisaram se adaptar abruptamente para sustentar as ações de cuidado, e observamos que a atenção hospitalar entrou em foco durante 2020, mantendo-se assim nos anos seguintes. Segundo Campos e Canabrava (2020), embora o número de internações hospitalares tenha diminuído nas diversas especialidades devido à suspensão de tratamentos eletivos, houve um rápido aumento na demanda por leitos em enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) direcionadas para a assistência à covid-19, o que exigiu respostas da rede hospitalar do país, ao passo que expôs suas fragilidades e insuficiências.

Chama nossa atenção que, a despeito dos discursos veiculados na mídia sobre os "heróis" e "heroínas" da saúde e das homenagens e salvas de palmas feitas para os profissionais, especialmente no primeiro ano de pandemia (2020), estudos mostraram como as condições de trabalho eram desafiadoras, com alto índice de contaminação, óbitos e repercussões na saúde. Além disso, a superlotação dos serviços, no primeiro ano de pandemia, indicava que os profissionais lidavam com uma forte sobrecarga de trabalho e vivenciavam situações extremas (Fiocruz, 2021).

Nesse sentido, dialogamos sobre o lugar que os residentes ocuparam nesses espaços, especialmente no contexto hospitalar, entendendo que eles compõem e se somam a chamada "linha de frente" do enfrentamento à covid-19. Diante disso, o presente texto tem como objetivo analisar o processo de trabalho de residentes de programas de residência multiprofissionais em saúde, no município de Recife (PE), no contexto da pandemia de covid-19. Para tanto, assumimos a potencialidade das RMS associada à defesa da integralidade da assistência, considerando que elas propiciaram práticas de cuidado que contribuíram para a sustentabilidade do SUS e ao enfrentamento da pandemia de covid-19.

## **Pandemia, contexto e transformações do trabalho nos tempos da pandemia**

O estudo foi realizado em parceria com o Observatório das RMS de Pernambuco, vinculado ao Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Fiocruz (PE). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas. A pesquisa foi qualitativa, tendo como objetos os fenômenos sociais e seus atravessamentos: sentidos, significados, representações, símbolos (Minayo, 2020). Quando realizada com seres humanos, entendemos que a pesquisa qualitativa parte de uma interlocução com atores sociais, de modo que os atravessamentos intersubjetivos fazem parte da sua construção.

A pesquisa de campo foi realizada no contexto das RMS desenvolvidas em hospitais públicos e filantrópicos situados em Recife (PE). Foram incluídos os programas desenvolvidos em unidades que tiveram leitos de enfermaria e UTI habilitados para assistência aos casos suspeitos e confirmados de covid-19 e síndrome respiratória aguda grave (SRAG). Tal critério se justificou pelo foco da pesquisa ser o trabalho no contexto da covid-19, de modo que selecionamos esses hospitais como forma de entender se/como a habilitação dos leitos repercutiu na dinâmica dos programas e nos processos de trabalho. Dessa forma, contemplamos seis hospitais e nove programas de RMS.

Como técnica de construção de dados, foram realizados grupos focais, em fevereiro e março de 2021, de forma remota, com residentes que estavam vinculados às RMS hospitalares e viveram, em diferentes momentos, as repercussões da pandemia nos programas e serviços. A seleção dos participantes se deu por indicações de residentes. Foram convidados residentes de todas as categorias profissionais. Totalizamos dez participantes, a maioria mulheres cigênero (6), entre 26 3 33 anos de idade, brancas (7) e heterossexuais (6), contemplamos residentes de todos os hospitais incluídos na pesquisa. Quanto às categorias profissionais contempladas, estavam o

serviço social (1), a odontologia (1), a fonoaudiologia (1), a fisioterapia (1), a enfermagem (2) e a psicologia (4).

Contemplamos residentes das turmas de 2019-2021 (egressos e egressas) e de 2020-2022 (R2), ou seja, os que já estavam nos programas quando a pandemia foi declarada - e viveram o processo abrupto de adaptações nos processos de trabalho - e os que entraram após ela, estando em processo de conclusão no início de 2022. A participação dos residentes respeitou os princípios éticos, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a devida autorização para a gravação do encontro, sendo utilizados nomes fictícios nos resultados.

Os vídeos oriundos dos grupos focais foram transcritos e o material textual compôs o *corpus* da análise. Essa foi realizada a partir do referencial metodológico da análise de conteúdo temática, proposta por Bardin (1977). Segundo a autora, a técnica possibilita avançarmos no sentido de compreender o que está latente - no pano de fundo - dos conteúdos manifestos pelos sujeitos. A organização e a sistematização dos dados foram desenvolvidas por meio de procedimentos de pré-análise, exploração do material, categorização e análise.

Com isso, apresentaremos os resultados das duas categorias de análise: "Transform(ações) do trabalho nos tempos da pandemia" e "O contexto - condições de trabalho". Cada categoria de análise contempla subcategorias relacionadas às questões investigadas junto aos participantes, que serão explanadas nos resultados deste estudo, conforme a seguinte correspondência: (1) Transform(ações) do trabalho nos tempos da pandemia: adaptações nos processos de trabalho diante da pandemia; atividades desenvolvidas durante a pandemia; participação dos residentes nas mudanças propostas pelos programas; e (2) O contexto - condições de trabalho: como os residentes avaliam as condições de trabalho no contexto da pandemia.

### **Transform(ações) do trabalho nos tempos da pandemia**

A gente ficou muito sem saber o que fazer. Quando eu falo a gente não é só os residentes, a coordenação e os profissionais como um todo,

assim, que estavam envolvidos na residência e ficaram sem saber o que fazer. (Maria - psicóloga R2)

Então, no começo, foi, assim, um choque muito grande da mudança da assistência. (Lucas - dentista egresso)

A inserção de residentes nos serviços de saúde, em tempos pandêmicos, proporciona uma visão rica de como se deram as adaptações no processo de trabalho, principais desafios, relações entre os sujeitos e como foram as práticas assistenciais nas RMS. Os participantes dessa pesquisa foram questionados sobre as atividades que desenvolveram na residência, como foram feitas as adaptações, se participaram das decisões, entre outros aspectos. Ao passo que narravam suas experiências, também traziam afetações e críticas ao que vivenciaram.

As falas acima sinalizam alguns aspectos importantes: a ruptura brusca nos processos de trabalho da assistência direta ao(à) paciente, as incertezas e dúvidas acerca das adaptações diante do contexto e as repercussões emocionais do contexto para todos os envolvidos. Migueis *et al.* (2021) apontam que um dos grandes desafios do trabalho em saúde na pandemia foi o de garantir saúde e segurança em um contexto de incertezas, desconhecimento sobre a doença e o tratamento, além de sua alta transmissibilidade. Diante desses desafios, o processo de trabalho em saúde precisava ser adaptado.

Merhy *et al.* (2019) nos convidam a olhar para as práticas de saúde como trabalho, já que agem com o intuito de modificar um estado de coisas para produzir novos resultados. Assim, partimos do pressuposto que o processo de trabalho em saúde implica movimento, ou seja, ele não é estático, mas vivo, se desdobrando em fluxos operativos. Compreendemos que as atividades dos residentes foram sendo adaptadas de acordo com os diferentes tempos da pandemia, mas, no primeiro momento, houve uma interrupção abrupta da rotina da residência e um tempo de paralisação - inclusive subjetiva - das atividades para elaborar novos caminhos. Além disso, naqueles primeiros meses, não houve informações direcionadas às residências, isto é, se estas deveriam ou não ter suas atividades, aulas ou programas suspensos. Vale destacar

que a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) estava desativada e, por isso, os programas e residentes ficaram desamparados em termos de orientações técnicas e acompanhamento.

Cardoso e Costa (2020), em estudo sobre residentes de serviço social em uma RMS hospitalar, apontaram que as coordenações dos programas optaram por, inicialmente, mantê-los afastados dos setores destinados à assistência à covid-19. Esse movimento também aconteceu em parte dos programas de nosso estudo e para algumas categorias profissionais. Isso foi interpretado pelos residentes como uma estratégia de segurança e diminuição do risco de contaminação.

A gente teve uma flexibilização de dois a três meses, aí a gente teve uma condensação das atividades teóricas para que a gente não precisasse ir para o hospital todos os dias. (Armando - psicólogo egresso)

O primeiro mês no hospital [x] são as aulas teóricas, então a gente começou tendo aulas teóricas antes de ir para a prática. Mas, aí, fechou tudo, e a gente voltou para casa. Passou, acho que uns 15 dias, enquanto eles estavam se reorganizando sobre como ia ser nossa prática. (Anne - fonoaudióloga R2)

Em alguns programas, os residentes passaram a ficar em casa nas primeiras semanas, fazendo atividades em *home office*, como cursos e teleatendimento. Já outros continuavam indo alguns dias por semana para o hospital, e alguns ainda seguiram a carga horária prática diária presencialmente. Essas diferenças estavam relacionadas tanto aos programas e à autonomia para se adaptarem de acordo com seu contexto, quanto às categorias profissionais dos residentes. Observamos que residentes de enfermagem e fisioterapia foram os que menos sofreram flexibilizações na assistência direta ao(à) paciente. Pelo contrário, foram bastante demandados e em determinados espaços, substituíram profissionais do serviço devido às lacunas de afastamentos por contaminação pelo coronavírus. Percebemos isso quando eles falavam tanto de si quanto dos seus colegas de turma.

Mas essa foi a realidade da Psicologia, outras categorias que rodavam comigo na multi, Fisioterapia, Enfermagem, acho que foi outra realidade porque elas ficaram dentro de setores mesmo, não saíram. (Armando - psicólogo egresso)

Os fisioterapeutas e os enfermeiros estavam muito presentes. Quando chegou no segundo semestre, os RI estavam sempre na covid, os da psicologia também, mas principalmente os enfermeiros e os fisioterapeutas que não deixaram de estar lá. As assistentes sociais também ficaram mais ausentes. (Camila - psicóloga R2)

Em alguns cenários, parece que uma das adaptações no processo de trabalho foi destituir o residente do lugar de aprendizagem em serviço para apenas o exercício da assistência. Isso porque foram relatadas situações nas quais residentes assumiram os setores diante do desfalque nas equipes ou pelas negociações internas entre os profissionais dos hospitais. Todos os hospitais e seus setores internos tiveram que se adaptar abruptamente, por isso, o movimento dos residentes, por vezes, acompanhou o de seus preceptores e dos setores nos quais iriam atuar.

Podemos associar essa dinâmica de setores em uma unidade hospitalar ao que Franco (2006) chamou de "microunidades", quando o autor defende que é preciso ter redes em todos os serviços de saúde, pois, diferente do que estamos acostumados a pensar, rede não é só entre diferentes serviços e territórios geográficos, mas também entre diferentes microunidades que compõem um serviço. Então, as microunidades são setores, clínicas e centros existentes em um mesmo hospital. Os residentes têm uma circulação por essas microunidades, dependendo do Projeto Pedagógico (PP) do programa, da especialidade e, na pandemia, a depender de se e como estavam funcionando.

Além disso, alguns processos de trabalho foram reconfigurados visto que muitos serviços nas redes de saúde foram suspensos no primeiro ano de pandemia. Os residentes contaram que não passaram por estágios em ambulatórios específicos, não foram para visitas domiciliares - nos serviços especializados que têm essa prática - e não participaram de atividades que antes eram da rotina do setor. Em contra partida, atuaram em atividades novas e tiveram a incorporação da tecnologia como aspecto

positivo para a manutenção de algumas atividades assistenciais, como atendimentos e inovações, como as visitas virtuais para pacientes internados e reuniões on-line.

Yale situar algumas das atividades que os residentes desenvolveram: principalmente nos primeiros meses de pandemia, na maioria dos hospitais deste estudo, os residentes tiveram que realizar os treinamentos dos profissionais do serviço sobre paramentação e desparamentação de Equipamento de Proteção Individual (EPI). Tendo em vista que se observava no cotidiano e pelos estudos um grande risco de contaminação pelo coronavírus no momento da retirada incorreta do EPI ou no seu mau uso, os hospitais passaram a demandar capacitação aos profissionais. A maioria dos residentes relatou que esteve envolvida nesse processo, sendo facilitadores dos treinamentos. Inicialmente, os profissionais foram treinados e, depois, fizeram a replicação das informações nos setores dos hospitais, cobrindo o máximo de participantes possível.

Estudos indicam que, no primeiro momento da pandemia, era fundamental treinar os profissionais para o uso correto dos EPI, como forma de garantir a minimização da contaminação e práticas seguras (Migueis *et al.*, 2021; Souza *et al.*, 2021), além de se investir na sensibilização sobre a importância da proteção individual. Mais do que isso, e devido à suspensão dos atendimentos ambulatoriais, residentes realizaram teleatendimentos de pacientes que demandavam acompanhamento sistemático nos serviços especializados de alguns hospitais, conforme exemplifica Célia - assistente social egressa: "A gente ficou muito tempo fazendo atendimento, teleatendimento dos pacientes paliativos, que recebiam a visita da gente semanalmente. E essa visita não foi feita por conta da covid, né? A gente fazia teleatendimento".

Também foram realizados atendimentos com familiares de pacientes internados pela covid-19, nas enfermarias e UTI, e atividades semelhantes às identificadas no estudo de Maia *et al.* (2020), nas quais os residentes acompanhavam e orientavam as famílias de modo virtual. Ainda nessa incorporação das tecnologias

digitais para as práticas em saúde, em decorrência da suspensão de visitas presenciais aos pacientes pelo risco de contaminação, as residentes de psicologia de dois hospitais ficaram responsáveis por realizar visitas virtuais com pacientes e seus familiares. Já em outro serviço, as residentes de psicologia tiveram que repassar as informações sobre o estado de saúde para as famílias dos pacientes, via contato telefônico, junto a profissionais de outras categorias. Além disso, as adaptações foram feitas conforme os tempos da pandemia e as mudanças no cenário sanitário do país.

A minha turma, de 2019, assim, minha ideia, né, a gente conseguiu vivenciar três momentos no tempo da residência: um primeiro momento que foi de que a gente realmente viveu a residência, do nada chegou a pandemia e, aí, a gente não podia fazer nada, né? Então, a gente teve que repensar, né? A gente tinha que atuar de alguma outra forma para ajudar naquele momento. Estar atuando de outras formas e esse foi o momento dois. A gente teve o terceiro momento, que foi uma forma de retomada. Então, a gente já começou essa retomada, essa forma nova, um repensar, né. (Luigi - enfermeiro egresso)

Só que pra nossa turma foi assim: o primeiro ano a gente entrou, ficou algum tempo tentando se organizar, se encontrar dentro do que estava sendo possível na residência. Teve um outro momento em que a gente foi para o serviço de fato, para a assistência, começou a atender, atuar nas enfermarias. (Maria - psicóloga R2)

Não é possível generalizar o processo de trabalho em saúde, visto que em cada lugar, serviço e em determinado tempo, sob dadas condições, serão construídos processos de trabalho singulares (Mendes-Gonçalves, 2017). Parte das ações anteriormente citadas estavam situadas nos primeiros meses da pandemia, pois, no decorrer do tempo, os residentes foram sendo remanejados para outros setores, para que atuassem na assistência direta aos pacientes de covid-19, sendo direcionados aos rodízios previstos nos programas - quando possível. Tudo isso de forma adaptada, segundo o que nos foi apresentado.

Tal movimento pode ter relação também com o fato de que muitos serviços e procedimentos, como consultas de ambulatório e cirurgias estavam suspensos, o que diminuiu as internações nas clínicas, mas, em contrapartida, a demanda de assistência aos casos de covid-19 aumentava (Campos & Canabrava, 2020). Ademais, maior

segurança quanto ao uso EPI e mais informações sobre o comportamento do vírus podem ter influenciado nos programas a direcionarem os residentes para a assistência à covid-19.

Apesar disso, é importante considerar que este nosso estudo inclui duas experiências diferentes: a de residentes que viveram um ano de pandemia e finalizaram o programa em 2021 e a daqueles que acompanharam dois anos de mudanças (2020-2022). A fala de Luigi destoa significativamente daquela de Maria - transcritas acima. Ambos eram do mesmo programa, mas tiveram interpretações diferentes, pois, enquanto o primeiro consegue fazer um comparativo entre o que seria a residência sem pandemia e com pandemia - justamente por ter vivido esses tempos -, a segunda não tem esse mesmo referencial, além de ter vivido uma paralisação já nos primeiros meses da sua residência.

Outros relatos nos situam de como o movimento da residência foi acompanhado nas fases da pandemia, de como aconteceu a estabilização do número de casos, como se deu o início das flexibilizações em relação ao distanciamento social até a chegada da vacina e de como o vírus se comportava. Essas circunstâncias interferiram diretamente no processo de trabalho.

Até o final do ano [de] 2020, muitas coisas começaram a se organizar, né? E a gente sabia onde ia atuar. E, aí, quando foi em 2021, a residência voltou a funcionar mais ou menos como deveria, apesar de ainda algumas coisas estarem fora do contexto. (Célia - assistente social egressa)

Entretanto, apesar dos desafios, os residentes identificaram que o processo de aprendizagem ocorre em todo esse movimento, pois promove a reflexividade sobre sua prática e responsabilidade social.

Mas a gente tem que pensar nas coisas boas que a gente aprendeu nesse momento; nesse momento também de parada, não foi só coisa ruim. Eu tenho certeza que a gente aprendeu muito. (Luigi-enfermeiro egresso)

Isso converge com a compreensão de Mendes-Gonçalves (2017) de que o processo de trabalho não é só produtor de resultados, mas também de transformações no próprio trabalhador.

### **O contexto - condições de trabalho**

A gente viveu esse medo, viveu esse momento todo, da assistência em si, como se fosse uma guerra mesmo. (Danilo - enfermeiro R2)

Tava um caos o hospital, parece que, do nada, se soltou uma bomba ali. (Célia - assistente social egressa)

As condições de trabalho permitem ou não que os profissionais exerçam suas funções de forma saudável e segura. Segundo Assunção (2011), alguns elementos compõem o conjunto de condições de trabalho: fatores materiais, estruturais e relacionais. Estes interferem diretamente no processo de trabalho e nos recursos que os profissionais terão para exercerem suas práticas. Ademais, "a qualidade do cuidado à saúde depende também da maneira pela qual o sistema encara as necessidades e a subjetividade dos trabalhadores no exercício de suas tarefas" (Assunção, 2011, p. 473).

As falas de Danilo e de Célia, citadas acima, e a comparação da experiência a uma guerra ou ataque são bastante significativas, pois refletem não só a realidade do trabalho em saúde, como também todo o conteúdo subjetivo que a experiência produz. Os resultados da pesquisa nacional "Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19", desenvolvida pela Fiocruz, apontaram a existência de uma grande sobrecarga de trabalho sobre os trabalhadores da saúde, além de estruturas inadequadas para sua atuação e alterações emocionais significativas entre essa população. Isso quer dizer que o contexto de surto virai acarretou graves consequências à saúde mental dos profissionais que compunham a chamada "linha de frente" da pandemia (Leonel, 2021).

Entre os elementos que compõem o cenário de trabalho, em relação aos fatores materiais e estruturais, os residentes trouxeram as dificuldades de exercer suas

práticas pela falta de insumos básicos para procedimentos clínicos. Mendes-Gonçalves (2017) discute, à luz da teoria marxista, que os meios de trabalho dizem respeito a elementos ou conjunto de elementos que estão entre o trabalhador e seu objeto de trabalho, podendo utilizar-se das diversas características e propriedades das quais os elementos dispõem. Todavia, quando os recursos são limitados ou inexistentes, a relação pode tomar-se de frustração e precarização do serviço.

Quando Merhy (2002) traz as propriedades das tecnologias em saúde: leves, leves-duras e duras. Entre essas últimas, está o uso de equipamentos e insumos que são manuseados nas práticas assistenciais. Embora desejemos priorizar a produção do cuidado baseada nas tecnologias leves - relacionais -, não podemos deixar de lado que insumos e equipamentos materiais são necessários para a manutenção e qualificação das práticas. A questão primordial é, na verdade, sobre qual caminho se deve direcionar a relação entre pessoas e materiais e sobre como produzir novos sentidos.

Ainda em relação aos recursos, o EPI foi um elemento enfatizado nas experiências dos residentes. A maioria relatou dificuldade no acesso a EPI, resistência das equipes dos hospitais para disponibilizá-los aos residentes, uso inadequado de máscaras, uso de máscaras caseiras e até a compra de EPI pelo próprio residente, como mostram as falas a seguir:

Tinha um tráfico de máscaras lá que a enfermeira pegava, guardava para a equipe dela, e você se vira, meu amor, residente se vira (Anne - fonoaudióloga R2).

O que não tinha a gente comprava para o setor, [...] era mais touca, essas coisas. (Camila - psicóloga egressa)

A questão dos EPI, a nossa coordenação teve que assumir essa função, e não o próprio hospital. Então, a gente pegava os EPI em alguns momentos a partir dos despachos da coordenação, porque, nos setores, a equipe não disponibilizava para residentes; a gente tinha que conseguir no nosso programa de residência. (Sara - fisioterapeuta R2)

Vale destacar que tanto os fóruns nacionais de coordenadores, preceptores, de residentes quanto o Conselho Nacional de Saúde (CNS) orientaram que a

manutenção das atividades práticas estava ligada a garantia de EPI, visto que os residentes não poderiam atuar na assistência direta sem a garantia de EPI, assim como os demais profissionais dos serviços, igualmente (CNS, 2020).

Outro aspecto das condições de trabalho abarca as dinâmicas relacionais estabelecidas nos serviços (Assunção, 2011; Franco & Merhy, 2013). Nesse sentido, as falas de Sara e Anne apontaram que, além da escassez de EPI, o residente também sofre o não reconhecimento de seu lugar nas equipes do serviço. Cabe situar que como proposta teórico-técnica, a interprofissionalidade pressupõe a melhoria da relação entre profissionais por meio da colaboração (Peduzzi *et al.*, 2020). Porém, se ela não é ensinada e instrumentalizada, as relações nas equipes passam a ser somente pelas vias do afeto, da intimidade e amizade.

Isso tem repercussão também no processo de trabalho, pois gera entraves e resistências ao trabalho interprofissional, às práticas colaborativas, que são entendidas como "[... ] trabalhar em parcerias entre profissionais e(ou) entre organizações, pessoas, famílias, grupos e comunidades" (Barr & Low, 2013, p. 6). Ademais, ao entendermos que as condições de trabalho têm sido precárias, notamos que tem a ver não só com recursos e relações, mas também com a organização do processo de trabalho (Migueis *et al.*, 2021). Assunção (2011) afirma que os profissionais são, portanto, sujeitos do processo de trabalho e encontram-se no limiar tensionado de exercer ou não autonomia técnica, a depender de quais e como os jogos de poder são negociados nos espaços. Isso mostra como a relação entre profissionais e figuras de poder faz diferença nas condições de trabalho.

Diante disso, é possível visualizarmos que as relações estabelecidas e negociadas entre segmentos da residência e desses com os serviços não têm de todo sido direcionadas à gestão compartilhada e ao desenvolvimento de competências comunicacionais e fomento da horizontalidade. O espaço possível é justamente o da micropolítica, do fazer nos encontros cotidianos (Franco & Merhy, 2013) - os residentes pontuaram que se mobilizaram entre si para ter momentos de encontro, de

discussão de casos, de lazer, de estudo e produção científica. Outro aspecto levantado foi a carga horária de trabalho, relacionada às 60 horas semanais, que os residentes têm que cumprir.

A gente tentou argumentar muito e a gente não foi ouvido. Por exemplo, os funcionários que tiveram covid e faltavam era falta justificada no trabalho. É, foi perdoada, vamos dizer assim, agora os residentes não. Então eu conheço residentes que teve que repor as férias inteiras. (Anne - fonoaudióloga R2)

Vale salientar que não houve uma determinação nacional sobre o abono da carga horária por covid-19, como aconteceu com os profissionais de saúde que têm direitos trabalhistas. Por isso, as negociações sobre carga horária ficaram a cargo de cada Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) e cada programa. Em dois dos hospitais representados pelos residentes desta pesquisa, não houve a necessidade de cumprir a carga horária de afastamento, mas, em três deles, sim, e os residentes apontaram como isso se tomou um grande problema, pois já tinham as 60 horas semanais para dar conta.

Desse modo, entendemos que o trabalho em saúde está intimamente relacionado às condições estruturais, de saúde, aos recursos e às relações adequadas e favoráveis. No mais, em contrapartida aos desafios explorados, os residentes também conseguiram pensar em resistências e ressignificações:

Eu me vi outra pessoa, assim, me autoconheci de uma fonna que eu acho que não esperava. Sei lá, descobri um Lucas que eu achava que não existia, de ter essa coragem de passar pelo que a gente passou. (Lucas - dentista egresso)

Acho que para mim foram oferecidas as condições que precisava, EPI foi fornecido, foi fornecida assistência no contexto da pandemia, uma assistência de uma disponibilização de condições de trabalho acho que adequada. Para mim, a experiência na pandemia ela não potencializou o cansaço da residência, pra mim não piorou condições. (Armando - psicólogo egresso)

As falas acima reiteram a potencialidade das residências multiprofissionais nos serviços de saúde em tempos ou não de crise. Os residentes reconheceram que sua presença nos hospitais foi essencial:

Eu acho que teve ganhos e perdas e o residente teve um papel fundamental assim de estar junto ali e pactuar, de fato ser reconhecido. A gente tem um pouco dessa ambivalência: ser reconhecido enquanto profissional que tá ali atuando, fazendo, somando à equipe e como esse profissional que é recém-formado na maioria das vezes e não tem muita experiência. Acho que tem esses dois lados, mas eu considero que foi fundamental, assim, a presença dos residentes, ainda que nesse contexto não tão favorável. (Karla - psicóloga R2)

No mais, o aspecto do trabalho se integra ao da formação ao reconhecerem que a experiência ultrapassou as expectativas em relação à especialidade:

Eu acho assim que todos os residentes que vivenciaram esse período de pandemia eles vão sair com duas residências. Eles vão sair com a especialidade que escolheram, mas com um bônus de infectologia. Acho que todos tiveram essa vivência de infecto e, para mim, também foi benéfico. Uma vivência que só vai trazer benefício, vai ser uma vivência que ficou marcada na nossa vida acadêmica de residência e trouxe uma experiência de vida muito forte, né (Danilo - enfermeiro R2)

Essa forma de vivenciar o outro lado da experiência do trabalho na pandemia nos remete a Mendes-Gonçalves (2017), quando este coloca que o sujeito transforma a si próprio no processo de trabalho. Não tencionamos, com isso, tratar as dificuldades com eufemismos, mas, sim, ressaltar o quão importante também é citar os mecanismos de enfrentamento aos desafios.

## **Considerações finais**

Esta pesquisa permitiu visualizar os desafios do trabalho em saúde, historicamente produzidos e intensificados com a pandemia, ao passo que evidenciou como o SUS é sustentado pelo conjunto de trabalhadores. Compreendemos que, para os programas e para os residentes, foi imposta a necessidade de adaptação dos

processos de trabalho em condições inadequadas e em cenário de angústia e incerteza, mas, que, também, estes conseguiram se adaptar às práticas e produzir estratégias de enfrentamento.

Assim, o presente estudo chama a nossa atenção para que as RMS não ocupem um lugar meramente assistencial nos serviços nem sejam simples meios de preencher lacunas no quadro de profissionais, o que reforça que as residências em saúde ainda carecem de fortalecimento dos dispositivos normativos e das instâncias deliberativas, bem como da construção de uma política nacional que oriente e monitore o trabalho e a formação.

Observa-se que a articulação entre aprendizagem e trabalho ainda se dá de forma fragmentada e pouco alinhada aos princípios da EIP. Apesar disso, os residentes conseguiram construir práticas colaborativas entre si, com base nas relações interpessoais e resistências no campo da micropolítica. A reorganização do trabalho ao longo da pandemia foi marcada pelas movimentações paralelas dos residentes, que se adaptaram ao contexto, dentro do que era possível.

As condições de trabalho, por sua vez, refletiram a precarização do mundo do trabalho e a crise política, econômica e sanitária em decorrência da covid-19. Os residentes tiveram de enfrentar desafios diversos que ora desestabilizam a assistência, ora fomentam a transformação das práticas. Além disso, a inserção das RMS nos hospitais foi importante para a manutenção do cuidado em saúde e incorporação de tecnologias e estratégias novas. Nesse sentido, embora trabalhar na pandemia tenha sido uma experiência complexa e desafiadora - nos limites do corpo, da saúde e dos recursos -, os residentes entendem criticamente o potente lugar ocupado pela RMS durante o enfrentamento contra a covid-19.

Por fim, é válido lembrar que esta pesquisa teve suas limitações, principalmente por ter sido desenvolvida ainda enquanto o cenário sanitário mudava. Mesmo assim, ela não deixa de fazer um convite aos segmentos que compõem as

RMS, chamando-os para escutar as histórias dos sujeitos e avançar na produção de conhecimento na área.

## Referências

- Assunção, A. Á. (2011). Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. In Gomez, C. M., Machado, J. M. H., & Pena, P. G. L. (org.), *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea* (pp. 453-478). Fiocruz.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barr, H., & Low, H. (2013). *Introdução à educação interprofissional*. CAIPE.
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2020). *Recomendação nº018, de 26 de março de 2020*. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 106/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da Doença por Coronavírus - COVID-19. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/recomendacoes/2020/recomendacao-no-O18.pdf/view>
- Campos, F. C. C., & Canabrava, C. M. (2020). O Brasil na UTI: Atenção hospitalar em tempos de pandemia. *Saúde em Debate*, 44(esp4), 146-160.
- Cardoso, G. L., & Costa, L. V. S. (2020). Residência multiprofissional em oncologia e serviço social: Tendências e desafios em tempos de pandemia da covid-19. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 66(tema atual), 1-4.
- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). (2021). *Boletim Observatório Covid-19: Boletim extraordinário de 16 de março de 2021*. Fiocruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46405>
- Franco, T. B. (2006). As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (org.), *Gestão em redes* (pp. 1-10). ABRASCO.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2013). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos reunidos*. Hucitec.
- Leonel, F. (2021, 23 de março). Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. *Portal Fiocruz*. <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>
- Maia, J. K. O., Rebouças, E. R. N., Costa, A. M. T., Araújo Jr., A. J. L., & Araújo, T. L. (2020). Residência multiprofissional: Contribuições durante a pandemia. *Cadernos ESP: Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará*, 14(1), 128-32.
- Mendes-Gonçalves, R. B. (2017). Saúde, sociedade e história. Organização de Ayres, J. R. C. M., & Santos, L. *Ricardo Bruno Mendes Gonçalves*. Hucitec.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. Hucitec.

- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., Santos, M. L. M., Bertussi, D. C., & Baduy, R. S. (2019). Rede básica, campo de forças e micropolítica: Implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*, 43(spe6), 70-83.
- Migueis, G. S., Silva, L. S., Oliveira, W. S., Silva, M. S., Maier, S. R. O., & Sudré, M. R. S. (2021). Condições de trabalho autorreferida por profissionais de saúde durante a pandemia da covid-19: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(6), 1-12.
- Minayo, M. C. S. (org.). (2020). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. Vozes.
- Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A. M., & Souza, H. S. (2020). Trabalho em equipe: Uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18, e0024678.
- Ramos, C. I., Ramos, B. I., Santos, R. M. dos; Souza, Y. S. B. de; Sosa, K. M. G., & Neutzling, I. M. (2022). *Gestão do trabalho em saúde*. UFSM.
- Reeves, S. (2016). Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Inte,jace: Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), 185-196.
- Souza, N. V. D. O., Carvalho, E. C., Soares, S. S. S., Varella, T. C. M. Y. M. L., Pereira, S. R. M., & Andrade, K. B. S. (2021). Nursing work in the covid-19 pandemic and repercussions for workers' mental health. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(spe), e20200225.

# CAPÍTULO 10

## NARRATIVAS SOBRE O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA: SIGNIFICANDO EXPERIÊNCIAS NO TRABALHO EM SAÚDE NA RESIDÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Daniela Cristina Grégio d'Arce Mota  
Daniele Almeida Duarte  
Mariane Kaucz Liu  
Roselania Francisconi Borges

### Palavras iniciais

Que configurações a sociedade irá trilhar no pós-pandemia - se predominarão arranjos e experimentações mais solidárias e amorosas ou individualistas e de dominação, ou uma conjugação entre eles - são caminhos em aberto. De toda forma, precisamos considerar que, como todo trauma, deixará profundos traços e muitos restos sem representação e produzirá esquecimentos e negações. Acreditamos que as direções a serem trilhadas dependerão em boa parte do quanto poderemos, como sociedade, grupos, sujeitos, produzirmos um trabalho com a palavra, sobre a memória, sobre a possibilidade de representação. Um trabalho de, e sobre narrativa(s) e (re)construção de sentidos sobre esse horror que ora vivemos (Sá *et al.*, 2020, p. 34).

O primeiro caso de covid-19 no Brasil foi reportado em 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo (SP). Em Maringá (PR), o primeiro caso confirmado da doença data de 18 de março de 2020. As doses da vacina, em solo brasileiro, começaram a ser administradas somente no dia 19 de janeiro de 2021 (Agência Brasil, 2021; Maringá, 2020). Tendo tal acontecimento histórico como referência, o propósito deste texto foi, então, refletir sobre o trabalho em saúde no contexto do cenário pandêmico de covid-19, a partir da experiência vivida enquanto psicólogas nas funções de docentes, tutoras e profissional residente no programa de residência integrada multiprofissional em Atenção à Urgência e Emergência.

O referido programa foi destinado a profissionais graduados em Enfermagem, Farmácia e Psicologia, e teve como objetivo capacitá-los para atuar na assistência à urgência e emergência, nos diversos níveis de Atenção à Saúde, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O programa é vinculado ao Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM) da Universidade Estadual de Maringá (UEM), estando situado no noroeste do estado do Paraná. Autorizado em 2014 e reconhecido em 2018 pelo Ministério da Educação (MEC), o programa está firmemente voltado ao fortalecimento das políticas de formação de profissionais para o SUS. Está credenciado pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) do MEC e pela Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) da Universidade Estadual de Maringá. A residência multiprofissional da UEM valoriza a transdisciplinaridade e a interdisciplinaridade, tendo na Psicologia uma das principais áreas responsáveis pela inclusão de questões subjetivas e psicossociais de assistência em saúde visando à integralidade do cuidado. Essa empreitada, segundo Benevides (2005), deve ser sustentada em uma postura ética e política que promova a criação de novos dispositivos e espaços de contratualização, que propiciem a intercessão entre os diversos atores que compõem a rede de saúde: trabalhadores, usuários e gestores.

Sobre a Psicologia, enquanto área de referência e atuação das autoras, sua regulamentação como profissão se deu no advento do período da Ditadura Militar no Brasil, atuando concatenada ao modelo médico hegemônico cujo ideal era atender as classes elitizadas (Mello & Teo, 2019). Após significativas mudanças de concepções do processo saúde-doença e na maneira de se construir as políticas de saúde no Brasil, novas propostas de Atenção à Saúde foram viabilizadas, assim como novos modos de se pensar e fazer saúde. Tais resultados foram frutos de embates voltados ao campo político-econômico e social forjados com o fim do período militar. Nesse contexto, a Psicologia passou a ser inserida no campo da saúde coletiva, dando novos rumos à profissão, "[...] especialmente num momento de mobilização nacional pela democracia, pela justiça social e pela cidadania", conforme ponderam Yamamoto e Oliveira (2010, p. 16).

Tomando como mote a atuação no cenário pandêmico de covid-19, mediante a elaboração da narrativa conjunta sobre a práxis, buscaremos "[... ] dar sentido ao que somos e ao que nos acontece. [... ] Sendo que a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca" (Larrosa Bondía, 2002, p. 21). A linha guia percorrerá as vivências no programa de residência a fim de situar tanto o que se sucedia, a partir dos espaços de profissão e formação, quanto aquilo que os excedia - tal qual o sentido dos acontecimentos na pandemia que reviraram e colocaram em questão o mundo conhecido concernente aos modos de trabalhar, aprender, relacionar-se e cuidar.

Para tanto, precisamos acionar a palavra, visto que é por meio dela que interpelamos o mundo, assim como o outro e a nós mesmos. São essas instâncias que constituem os modos de agir e sentir, amparadas na linguagem que, conjuntamente, fundam o ser humano. Imersas em uma crise sanitária sem precedentes, colocaremos em cena as práticas em educação, o trabalhador em saúde, os processos de trabalho e as instituições - instâncias nas quais os processos de subjetivação são constituídos, entre o social e o singular. Logo, trata-se da perspectiva de que a experiência não possui somente uma dimensão individual, mas também a coletiva (Juzwiak, V. & Juzwiak, C., 2020).

## **O caminho percorrido**

Em 3 de fevereiro de 2020, por meio da Portaria n.º 188/2020, em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus, o Ministério da Saúde decretou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) no país. A situação, entre outros motivos, demandava o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública brasileira (Brasil, 2020a). Entretanto, o governo federal adotou medidas sanitárias desalinhadas às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) ao estabelecer e criar controvérsias sobre a segurança e eficácia da vacina, estimulando o uso de

medicamentos sem eficácia comprovada para o tratamento da covid-19 e exercendo o negacionismo da ciência. Assim, com o recrudescimento da pandemia no início do ano de 2021 e um incipiente processo de imunização no cenário de instabilidade política brasileira, a crise sanitária aprofundou-se.

Naquela conjuntura, tivemos que mudar abruptamente nossos modos de trabalhar, especificamente como tecer práticas em educação na saúde a partir da atuação profissional na residência integrada multiprofissional em urgência e emergência da UEM. Inquietava-nos como os afetos da presencialidade - capazes de gestar palavras e gestos para podermos nomear as vicissitudes do cotidiano laboral em saúde - poderiam ocorrer em meio ao distanciamento físico das aulas e da tutoria. Como poderíamos enar encontros na modalidade remota, atentas às intersubjetividades? Para responder a essa questão, recorreremos às narrativas. Seu primeiro momento deu-se no cenário formativo e o segundo, como autoras que revisitaram suas práticas e afetos, a fim de ponderá-los de maneira ampliada. Em ambos, o ato narrativo constitui-se como estratégia para a amplificação da escuta de si, do outro e dos cenários vividos de maneira que a experiência pudesse ser acolhida e refletida em sua dimensão singular e coletiva.

O anteparo metodológico, visando estruturar uma reflexão da atuação no referido programa, assentou-se no uso das narrativas como instrumento para (re)significar as práticas de educação na saúde. Para tal, nos inspiramos em Victor Ride) Juzwiak e Cláudia Ride) Juzwiak (2020), que, ao reunirem diferentes sujeitos, papéis e vivências, partem de suas experiências para elaborar na modalidade narrativa uma apreciação conjunta da realidade. Trata-se de um recurso profícuo para gerar fontes de dados e informações que subsidiem pesquisas e reflexões, sendo aplicável em distintas áreas de conhecimento. Mais do que isso, os autores sinalizam as narrativas como potentes instrumentos de expressão dos sujeitos, seus modos de ser e interpretar a realidade, o que permite alargar o debate focando as vivências e suas singularidades.

Esse percurso é consoante às contribuições de Benjamin (1994) e Ricoeur (2010), que estabelecem a relação entre experiência, narratividade e história.

Especificamente em Benjamin (1994), vemos a narrativa capaz de comunicar algo e propiciar o intercâmbio de experiências. A narração transforma o presente. Nesse intento, o passado é retomado, mesmo em meio a esquecimentos, onde se requisita a memória e a história para rever seus rastros existenciais. O narrador é capaz de compartilhar com o outro mais do que conselhos, incertezas, desamparo e sofrimento, mas também esperança, desejo e ardor.

As teses benjaminianas sobre o conceito da história rompem a visão de linearidade (*continuum*), pois não tratam de um tempo homogêneo e esvaziado, mas, sim, repleto de "agoras", em que o passado surge no presente. Dessa forma, para Benjamin (1994), a narração é uma condição da potencialidade humana. Ela pode ser fonte para resistir e criar, e seu vigor está na capacidade de transmitir, comunicar e fazer perdurar. Isso só é possível quando as ações da experiência preenchem, alimentam e enriquecem a existência.

Nessa perspectiva, o ato de narrar constitui-se em uma via frutífera para produção de conhecimento sobre uma realidade plurideterminada. Trata-se de uma perspectiva fundamentada na epistemologia qualitativa de González Rey (2005). O autor afirma que a produção de conhecimento integra a subjetividade que, por sua vez, não está dissociada do sujeito e das formas socioculturais. Essa epistemologia, coerente às narrativas aqui apreciadas, está fundamentada em três princípios que orientam a construção desse texto: o de que o conhecimento é uma produção construtiva-interpretativa, possui caráter interativo; e que assume a significação da singularidade como nível legítimo da produção do conhecer. Nesse viés, é possível realizar uma investigação sem operar cisões que visam desprender o caráter psicossocial do fenômeno, propiciando, assim, a construção de informação e conhecimento mediante um processo interpretativo de progressiva complexidade da elaboração teórica sobre o objeto em cena.

Nesse sentido, ao revisitar o vivido, as produções de narrativas escritas serviram como dispositivo para desenvolver a sensibilidade atenta ao sofrimento, ao fortalecimento de vínculos e à compreensão das significações do processo saúde - doença em suas dimensões ética, política e sociocultural. O material vivo foi tanto as

vivências em sala de aula, onde os residentes produziram narrativas a serem compartilhadas entre eles e docente, quanto as vivências como tutoras e profissional residente nos cenários de prática.

### **Narrativas das experiências e as experiências das narrativas**

A seguir, apresentaremos algumas vivências em educação na saúde no cenário pandêmico, tecidas em diferentes espaços com a participação de várias vozes, colocando em cena a formação, atuação profissional, gestão e a produção do cuidado. Segundo Ricoeur (2010), ao retomar Aristóteles e Agostinho, a linguagem articula experiência e ação, sendo a narrativa capaz de esboçar os traços da experiência humana no tempo. Esse prisma, situado em um tempo, espaço e relações, propicia entrelaçar as dimensões subjetiva e social, contidas no narrar. Alinhados nesse panorama, situamos em dois eixos essas vivências em diferentes lugares e modos de atuação.

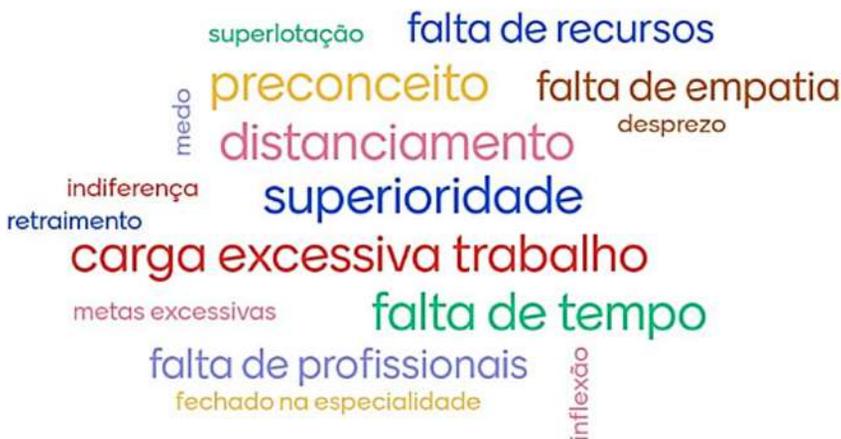
### **Conjugando as vivências do trabalho presencial em saúde com o virtual em sala de aula**

Era março de 2021, e nossos encontros não seriam mais na modalidade presencial naquele semestre. Na disciplina de Atenção Integrada em Urgência e Emergência I, em uma sala de aula virtual, a mediação se daria pelas Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC). Em um cenário adverso, buscávamos não só manejar melhor as ferramentas e recursos didático-pedagógicos adaptados para este meio, mas, sobretudo, construir juntos um espaço de trocas e aprendizagens que pudesse ser acolhedor e de promoção de escuta e de diálogo. A crise sanitária recrudescia e transformava profundamente os cenários de atuação. Com a alteração das portas de entrada dos serviços de saúde, de reorganização da rede local, fazia-se urgente poder dizer o que nos atravessava como profissionais de saúde. Perante a isso,

a nossa principal questão era: como oportunizar um espaço de cuidado para nossos residentes que testemunhavam crises profundas em sua atuação profissional, na assistência aos usuários e aos familiares e mesmo junto aos seus companheiros de trabalho?

Buscando dar sentido às novas formas de se viver e trabalhar, elaboramos um conjunto de questões disparadoras para a produção de narrativas: "O que dificulta a minha escuta? Como posso aprimorá-la? O que no meu trabalho em saúde faz-me distanciar da equipe e do usuário? Como enfrentar essa nova condição?". Para buscar visualizar as significações atribuídas para essas perguntas, organizamos o material - angariado com as narrativas escritas - na modalidade de nuvens de palavras <sup>1</sup>. Esse material foi sistematizado a partir de núcleos de sentido, segundo Bardin (1997), agrupados por afinidade de tema (Figura 1 e Figura 2).

Figura 1 - Aspectos que dificultam a escuta e o trabalho em saúde



Fonte: Elaboração própria (2023).

<sup>1</sup> Utilizou-se o *software* Mentimeter, de acesso aberto e gratuito, para a elaboração das nuvens de palavras.

Figura 2 - Elementos para aprimorar a escuta no trabalho em saúde



Fonte: Elaboração própria (2023).

Mediante a produção das narrativas, como atividade da disciplina, foi possível pôr em movimento e fazer articulação entre o que até então comparecia de modo apartado: usuários, profissionais de saúde, gestão, atenção e instituição - o que a pandemia estremeceu. Os residentes puderam perceber o que se tomava excessivo ou escasso para os sujeitos envolvidos na produção de cuidado.

Suas narrativas entendiam a escuta como componente indissociável do cuidado. Elas reiteraram não somente a importância da escuta do usuário, mas também a dos profissionais engolfados em um cotidiano marcado por dores, impotência, desconhecimento e medo. Suas vivências na assistência demarcavam que, além do usuário apresentar necessidades de saúde que deviam ser acompanhadas, eles próprios, no agir, também necessitavam desse apoio e cuidado enquanto profissionais. A partir disso, passavam a sinalizar que os espaços de compartilhamento entre os próprios profissionais era uma maneira profícua e necessária para gerar acolhimento, escuta, amparo e aproximação. Com isso, mesmo feito pontualmente em nossos encontros virtuais de sala de aula, passamos a buscar em nossas atividades uma oportunidade

de respiro para pensar possibilidades e enfrentar as situações "onde o ar faltava" de distintas maneiras.

Nossos profissionais de saúde residentes - e aqueles que ressoavam em suas narrativas, revestidos de diversos papéis, funções, vínculos e contratos de trabalho -, presenciavam a inexistência de espaços de escuta e acolhimento para os usuários. Tal carência existia também para os profissionais e levava ao colapso tanto a capacidade de absorção da demanda quanto suas próprias equipes. Eram sintomas disso as crises diárias nas relações e o sofrimento no cotidiano dos serviços, onde se erigiam as barreiras de comunicação e diálogo, desgastes no local de trabalho e das próprias pessoas e suas interações - o que prejudicava nitidamente o trabalho em saúde.

Em uma equipe multiprofissional, quiçá, interprofissional, as narrativas expressavam que não se sentir pertencente - como integrantes do grupo - atingia diretamente a qualidade do trabalho em sua potencialidade e sentido e em sua identidade profissional. Mais especificamente, na inviabilização do reconhecimento - papel e atuação profissional. Havia momentos em que os profissionais residentes, entrelaçados uns aos outros em suas narrações, interrogavam as agruras de uma concepção de saúde e cuidado centrados na doença, nos nichos de conhecimento e atuação dos especialistas que estilhaçavam os saberes e o próprio usuário em sua integralidade. Responsabilizavam esse *modus operandi* como os aspectos produtores de distanciamento, tanto em relação ao usuário como entre a própria equipe. Amparados em leituras sobre o tema e as vivências cotidianas nos serviços, estavam sendo enredados os desafios de rearticular saberes e fazeres para criar e fortalecer vínculos entre usuários e profissionais de saúde. O intuito era que o cuidado não somente pudesse ser efetivo, mas pudesse recompor seu significado, inclusive para quem o produz por meio dos encontros e das relações (Brasil, 2009).

Com os diferentes fios narrativos, foram sendo (re)construídas sensações, percepções e reflexões, que se desdobravam nos gestos e afetos de cuidado. Essa experiência de escuta e acolhimento, atenta ao cotidiano de trabalho, fazia com que cada um se defrontasse com seus limites, sofrimentos, desejos e realizações.

Passávamos a nos deparar diante de paradoxos oriundos de situações que transitavam entre a destreza técnica e a criação a partir das necessidades diárias. Entre a rigidez e a invenção. Surgiam discussões sobre conhecimentos e fazeres, que borbulhavam em meio a temores e experimentações de si. Sabíamos que essa escuta nesse momento crítico da pandemia estava sendo negligenciada e muitas vezes impedida. Estava configurado o sofrimento de quem presenciava o intenso padecimento e óbitos de usuários e companheiros de trabalho, a superlotação, a falta de leitos, as inesperadas reconfigurações dos serviços e novos protocolos, assim como a exaustão dos profissionais. Essa escuta nos transformava profundamente.

Conforme avançávamos nessa elaboração, entraram em cena as narrativas que o cuidado do outro também estava atrelado ao cuidado de si. Todavia, isso era um exercício a ser feito e ir avançando à medida que pudessem ser reconhecidos seus próprios limites e fragilidades - necessário para não ferir profundamente suas convicções, anseios e desejos, assim como para permitir lograr o exercício da profissão com sentido e realização. O iminente e progressivo colapso na rede pública de saúde vinha com o sofrimento e o adoecimento dos trabalhadores de saúde.

Trabalhar na linha de frente os fez deparar-se com a exaustão que impunha mais do que restrições físicas, mas sua dimensão psicossocial e afetiva de quem experimentava no corpo, na subjetividade e nas relações a impotência oriunda das perdas diárias de usuários, insuficiência de recursos e sobrecarga cumulativa. O isolamento e distanciamento físico dos profissionais de saúde para não contaminar familiares, amigos e pessoas próximas, acentuou a vivência de luto e frustração, lançando-os na solidão. Olhar para isso os fez constatar de modo sensível, com pesar, a impossibilidade de dissociar a vivência profissional do trabalhador de saúde de sua vida pessoal. Nesse contexto, entendia-se que os diferentes agravos - estresse, síndrome de burnout, fadiga, exaustão, depressão, transtorno de estresse pós-traumático etc. - afetam não somente a qualidade do cuidado, mas também as relações familiares e afetivas.

Ponderar sobre esse cenário fez também com que se reconhecesse a responsabilidade que as instituições públicas e privadas devem assumir em relação aos seus trabalhadores, o compromisso e ações de cuidado com seus profissionais, fomentando condições de trabalho e relações promotoras de saúde. Para isso, demarcam a luta para o estabelecimento de contratos de trabalho dignos e assegurados nos direitos sociais fundamentais - trabalhista e previdenciário, bem como atento à saúde e segurança laboral. Diante disso, seria necessário superar a falta de valorização profissional, de condições precárias, insalubres e inseguras, remuneração inadequada, alta carga horária e o descrédito na ciência. Os ambientes hostis de trabalho também precisam ser transformados visando os trabalhadores, de maneira que estes locais sejam mais confortáveis e acolhedores, com estrutura e insumos suficientes e adequados, bem como disponham de um quadro de pessoas correspondente com a demanda atendida.

Poder dizer como a exaustão e o estresse afetava cada um com o alargamento e intensificação da jornada de trabalho, mais a transformação da demanda em saúde, recebeu um lugar fundamental e necessário para a própria humanização e não culpabilização de si - individualização do sofrimento. Isso ocorria no cotidiano dada a ocupação vertiginosa de leitos gerais e da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o número crescente de óbitos e a quantidade ascendente de exames a serem analisados - os quais chegavam desordenadamente e sem identificação apropriada, como o que era da UTI e o que não era urgente, aliado à falta de recursos materiais e de tempo para dar conta do montante.

As relações são destacadas de modo sensível em todas as produções narrativas, demonstrando que a dimensão intersubjetiva é aspecto premente para a saúde, especialmente pelo trabalho da assistência se constituir no convívio e interação cotidianos, marcados por tensões e desafios. Ao mesmo tempo em que a violência adentrava nesse cenário, expostos como estavam às ofensas e desrespeitos por parte dos usuários e entre os próprios profissionais. Contudo, faziam menção à importância do vínculo construído com o usuário atendido, assim como a amizade entre os

profissionais de saúde voltados para o compromisso de salvar e assistir pessoas. Estavam pautados no fortalecimento coletivo e na rede de apoio internas.

Nesse percurso de trocas, a escuta foi permitindo conjuntamente avistar os componentes da produção do cuidado até então ofuscados e para aquilo que não se tinha atentado no usuário - isso inclui a percepção do processo de trabalho que envolve diversos atores, como os trabalhadores e gestores. Nesse processo de aprendizado, escutar passaria a ser uma habilidade a ser aprendida e desenvolvida em um processo ininterrupto, levando tempo e constante aprimoramento. Para tanto, requeria a desconfortável e, muitas vezes, dolorosa análise de implicação que Lourau (1993) nos convocava, haja vista que os gestos, conhecimentos e sentimentos mobilizados nos profissionais de saúde compõem a qualidade do cuidado e do não- cuidado, mesmo à sua revelia.

### **Conjugando as vivências de tutoria com o cotidiano de trabalho em saúde**

Não é demais reafirmar que o contexto pandêmico impôs reconfigurações importantes na atuação dos profissionais de saúde. Isto se deu também para a função de tutoria, que de acordo com Pereira e Rocha (2018), foi regulamentada em 2005 e reconheceu no tutor o papel de mediador do processo de trabalho nos campos de prática, conjuntamente com a coordenação e a preceptoria. Esta função, durante a pandemia, foi sendo modificada, dia a dia, mês a mês, conforme "caminhavam" os índices de contaminação e a necessidade de restrições sanitárias. Tais ajustes criaram a necessidade de promover encontros virtuais - mediados pelas TIC -, via ligações telefônicas ou até mesmo por mensagens pelo WhatsApp.

Apesar de tais limites e limitações, novas formas de propor o apoio à prática foram se configurando a partir de problematizações da realidade. Conforme a toada do ilustre João Guimarães Rosa (1986, p. 94) de que "viver é rasgar-se e remendar-se", a cada situação inédita que o cenário pandêmico anunciava, meios de ultrapassar os obstáculos trazidos pelos profissionais residentes em suas práticas eram gestados e

alguns tomados possibilidades e até mesmo adotados como inovações no cotidiano dos serviços. Este foi o caso da adoção do Prontuário Afetivo - instituído por meio de fotos, histórico pessoal de gostos, preferências, apelidos etc. -, que visava criar um ambiente mais familiar para o usuário. Mais ainda, fez favorecer uma relação de respeito e pessoalidade, onde a subjetividade de cada usuário pudesse ser evidenciada. Esta aposta foi bastante frutífera e tomou os ambientes assépticos mais vívidos e, em certa medida, propulsores de vida.

Para os profissionais residentes da Psicologia, agora situados exclusivamente na linha de frente, os rearranjos feitos nos cenários de prática foram ainda mais contundentes. Se anteriormente eles atuavam também em Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III), a partir de março de 2020, tiveram que se fixar somente em instituições hospitalares, onde a rigidez dos protocolos era bastante palpável no dia a dia e o uso de tecnologias leves, muito escasso (Cunha, 2010; Merhy, 2007).

Além dos encontros formais e definidos pedagogicamente como espaços de formação, havia também encontros e trocas informais em ambientes como refeitórios e cafés - que facilitavam a elaboração das perdas diárias e propiciavam acolhimento das demandas vivenciadas continuamente -, agora, predominava o distanciamento e a precaução. Com a necessidade do distanciamento físico e cuidados para se evitar o contágio pela covid-19, excluíram-se esses singelos, mas tão importantes recursos durante os enfrentamentos de situações cotidianas.

Com a proibição de visitas de familiares aos hospitais, diversas estratégias foram adotadas com a intenção de reduzir o ritmo da progressão da doença, defendendo que as medidas não farmacológicas de distanciamento físico - etiqueta respiratória e de higienização das mãos - fossem validadas como eficientes no enfrentamento à pandemia (Brasil, 2020b). Da mesma forma, os profissionais residentes tomaram-se protagonistas em atuar como mediadores entre usuários, familiares e equipe. A mediação feita pelos tutores reverberava como uma proposta e uma oferta de um cuidado possível e necessário em condições totalmente

adversas. Nesse processo de rearranjo, a Psicologia se fez desafiada enquanto área do saber que precisou se reinventar para oferecer a escuta e o acolhimento como uma ferramenta de "[... ] reconfiguração das fronteiras relacionais em situações extremas, no caso, a pandemia, bem como das afetações que esse intervir produz nesse campo de atuação" (Quadros *et al.* 2020, p. 1).

Considerando que a proposta de formação nas residências em saúde é voltada de forma profícua a práticas fundadas nos princípios da integralidade, os profissionais residentes da Psicologia, por meio do vínculo estabelecido com os usuários - muitas vezes sendo o único apoio psicossocial naquele momento de isolamento -, fizeram-se como pontes, como acesso e até mesmo como meio de denúncia de um modelo biomédico que, ao tentar primar pelas regras de proteção física para evitar o contágio pelo vírus, acabava por fragilizar o cuidado por meio de uma gélida relação médico-paciente.

Nesse sentido, imbuídos de inseguranças e angústias, mas amparados pelos companheiros de trabalho - residentes ou não -, pelos preceptores, pelos tutores e docentes, foram ao encontro da equipe e dos usuários comunicando sobre as necessidades e as urgências - emocionais e até mesmo físicas - de cada um. Necessidades e urgências estas, que extrapolavam as requisições biológicas e consideravam as construções históricas de cada indivíduo. Em alguns momentos, isto tomava menos impiedosas as vivências daquele período, e até mesmo mais "leves". Em seus relatos, muitos trouxeram que uma das sensações marcantes foi a de que as teorias até então produzidas não seriam suficientes para respaldar a práxis exigida em meio ao inesperado. Desse modo, buscavam tomar as ações de tutoria formas de confirmar a relevância de permanecer nos cenários de prática, mesmo em condições inóspitas, mas buscando garantir condições de acesso a equipamentos de proteção individual (EPI), vacinas e outras formas de proteção de si e do outro.

Nesse período tão peculiar esteve continuamente em xeque a saúde do trabalhador da saúde e o próprio trabalho em saúde, que passou a ser redimensionado, inclusive em uma expectativa angustiante de retomo à "normalidade". Entre anseios

e afetos, passou a ser gestado entre os profissionais - residentes e não residentes - o desejo de trabalhar para um regresso diferenciado, que não fosse a um passado como se nada houvesse ocorrido, tampouco a um cenário laboral sob o jugo da precarização, desvalorização e desfinanciamento do SUS.

Ansiava-se por um retomo a um ambiente de trabalho com condições muito melhores em relação às dificuldades vividas antes e agora, para além da pandemia. Assinalavam-se as expectativas de uma classe profissional de saúde que pudesse unir-se e apoiar-se mutuamente, estando mais atenta ao usuário, ao trabalho interprofissional e mais situada nas redes de Atenção à Saúde. Nesse contexto, mesmo que de modo localizado e fortuito, foi possível construir fissuras neste período hostil e experimentar relações humanizadas e respeitosas com os usuários, mas também entre trabalhadores e gestores quando o diálogo, horizontalidade e corresponsabilização podiam comparecer. Ficou ainda como possibilidade o desenvolvimento da interprofissionalidade e o estabelecimento de protocolos institucionais menos engessados e mais atentos a essas dimensões.

Em conjunto, essas seriam vias para reduzir agravos, aplacar o processo de sofrimento e adoecimento no trabalho e oportunizar mais satisfação na atividade, caminhando "de mãos dadas" com a promoção de ações locais e ampliadas em saúde do trabalhador. Nesse horizonte, a pandemia descortinou e fez ver que não é impossível alcançar um potencial deveras emancipatório do trabalho (Antunes, 2009). Porém, essa árdua tarefa ainda se faz como desafio cotidiano nos serviços de saúde também nas dimensões institucional e política.

## **Palavras finais**

Inspiradas por Cecílio (2007), insistimos no que ele já nos advertia: a busca por mudanças - a potência instituinte - nos serviços de saúde, seja nos modos de fazer gestão ou de organizar o cuidado, há como ponto de partida a interpelação do mundo do trabalho, o vivido no cotidiano. Para isso, nossos trabalhadores e seus diferentes

papéis e pertencimentos são indispensáveis, por isso se faz urgente escutá-los e acolhê-los. Mais do que fórmulas e quadros conceituais predefinidos fincados em tecnologias leves-duras, buscamos acionar tecnologias leves tendo o dispositivo da narrativa como um ferramental para os acontecimentos - tão aterradores, oriundos da crise sanitária brasileira que aprofundou o agravamento da pandemia - tomarem-se experiências.

Tencionamos em nossas atuações abrir caminhos para sentidos, significações e nomear o que estava sendo silenciado. Isso não foi sem tensão, sem desconstrução e crise. Foi no encontro dialógico que pudemos ir tecendo juntos, fio a fio, o vivido. Tal como Cecília (2007), esperamos poder reverberar, na educação permanente em saúde, na humanização, no acolhimento dos nossos trabalhadores residentes - e eles, por sua vez, percebendo seus pares trabalhadores de saúde, gestores e usuários -, e vislumbrar formas de cuidado que irradiem para além da pandemia.

Nossos narradores, como protagonistas, definiram cuidados possíveis e desejanter em meio ao imprevisto, ao horror e à perda de controle e racionalidade que o cenário pandêmico impôs sobre os processos de trabalho, relações e existências. É, portanto, momento de interrogar com veemência a lógica instrumental, assim como o sofrimento, a dor e as perdas que nos calejaram e calejaram outros ao nosso entorno: "aquele que é cuidado também dá sentidos para os atos do cuidador" (Cecília, 2007, p. 349).

Contudo, fomos descobrindo, aos poucos, que estávamos a nos cuidar nas tutorias e na sala de aula virtual, sem o corpo lado a lado, mas com afetos mobilizados e escuta aberta que nos alcançavam. Estávamos a nos retroalimentar ao experimentarmos e trocarmos sensações vividas em cenários de prática calcados pelas incertezas e angústias. A nossa experiência vivida no SUS, no campo da residência multiprofissional em saúde, como docentes, tutoras e profissional residente, no contexto pandêmico, aprofundou os paradoxos experimentados de quem atua com políticas públicas, incrementando o que já era sentido da precarização das condições e relações de trabalho no âmbito da saúde. A carga de trabalho imprimiu ainda mais

desgastes e sofrimentos diante de um cenário desconhecido e imprevisível. Em meio ao caos, buscou-se acolher essas experiências entre nós, por meio de vínculos afetivos e solidários, partilhando e nomeando o que até então estava indizível e inaudível.

Finalmente, registramos aqui a necessidade de persistirmos, tal como Sá, Miranda e Magalhães (2020) nos encorajam: na busca incessante por palavras, gestos e afetos que compõem a experiência na pandemia - que ainda perdura -, deixando marcas profundas em nossa existência. Essa é uma via que ainda precisamos trilhar na luta contra o esquecimento, a dor, a opressão, o individualismo e as violências que nos assolam dentro e fora do SUS. Nesses termos, há que se resgatar o Estado Democrático de Direito, zelando pelos Direitos Humanos, Cidadania e a Seguridade Social, com destaque para a saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado.

## Referências

- Agência Brasil. (2021, 26 de fevereiro). Primeiro caso de covid-19 no Brasil completa um ano. *Agência Brasil*. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-02/primeiro-caso-de-covid-19-no-brasil-completa-um-ano>
- Antunes, R. (2009). *Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho* (2nd ed.). Boitempo.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Benevides, R. (2005). A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: Quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25.
- Benjamin, W. (1994). *Obras escolhidas I: Magia e técnica, arte e política*. Brasiliense.
- Brasil. (2009). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Clínica ampliada e compartilhada*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2020a, 3 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). Ministério da Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188\\_04\\_02\\_2020.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html)
- Brasil. (2020b). *Protocolo de manejo clínico da covid-19 na Atenção Especializada*. Ministério da Saúde.
- Cecilio, L. C. O. (2007). O "trabalhador moral" na saúde: Reflexões sobre um conceito. *Inteface: Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), 345-363.
- Cunha, G. T. (2010). *A construção da clínica ampliada na atenção básica* (3rd ed.). Hucitec.

- González Rey, F. L. (2005). *Pesquisa qualitativa em Psicologia: Caminhos e desafios*. Cengage Learning.
- Juzwiak, V. R., & Juzwiak, C. R. (2020). Jogo de cena. In Goulart, P. M., & Pezzato, L. M. (org.), *Narrativas de si: Práticas em educação e saúde* (pp. 17-32). Rede Unida.
- Larrosa Bondía, J. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação, 19*, 20-28.
- Lourau, R. (1993). *Análise institucional e práticas de pesquisa*. UERJ.
- Maringá. (2020). *Boletim epidemiológico n.º 09 de 29 de maio de 2020*.  
<http://www3.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/3aef41cf612c.pdf>
- Mello, R. A., & Teo, C. R. P. A. (2019). Psicologia: Entre a atuação e a formação para o Sistema Único de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão, 39*, 1-16.
- Merhy, E. E. (2007). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo em ato* (3 ed.). Hucitec.
- Pereira, M. C., & Rocha, C. M. F. (2018). A tutoria nas residências em saúde: Um novo contexto de atuação de educação na saúde. *Saberes Plurais: Educação na Saúde, 2*(2), 148-163.
- Quadros, L. C. T., Cunha, C. C., & Uziel, A. P. (2020). Acolhimento psicológico e afeto em tempos de pandemia: Práticas políticas de afinnação da vida. *Psicologia & Sociedade, 32*, e020016.
- Ricoeur, P. (2010). *Tempo e narrativa* (Vol. 1). WMF Martins Fontes.
- Rosa, J. G. (1986). *Grande sertão: Veredas* (36th ed.). Nova Fronteira.
- Sá, M. C., Miranda, L., & Magalhães, F. C. (2020). Pandemia de covid-19: Catástrofe sanitária e psicossocial. *Caderno de Administração, 28*(esp), 27-36.
- Yamamoto, O. H., & Oliveira, I. F. O. (2010). Política social e Psicologia: Uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(esp), 9-24.

# CAPÍTULO 11

## (RE)EXISTINDO NA PANDEMIA DE COVID-19: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

Raphaela Karla de Toledo Solha  
Raíssa Herold Matias Richter  
Laura Iumi Nobre Ota

### Introdução

Em março de 2016, a Secretaria Municipal de São Paulo (SMS/SP) iniciou as atividades do Programa de Residência Multiprofissional em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PRMPICS), inédito, único no Brasil e de caráter estratégico e inovador. O PRMPICS está baseado em um conjunto de saberes tradicionais de diversas culturas, com enorme potencial para ampliação do campo de atuação da Atenção Básica, pois permitem a operacionalização do conceito ampliado de saúde, não reduzido ao modelo de atendimento queixa-conduta, mas proporcionando uma visão integrada da pessoa/família/comunidade com foco na totalidade corpo-entorno e considerando seus laços com o mundo do qual fazem parte. Essa residência traz a possibilidade de atuação diferenciada nos serviços de saúde, estimulando a reflexão, proposição, criação e execução de práticas de cuidado nas ações cotidianas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), fortalecendo a integralidade do cuidado em saúde e, consequentemente, o Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **Poema do residente resiliente**

capacidade  
de  
existir  
reexistir  
e resistir

A área de concentração da residência é a Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. O programa tem por objetivos o fortalecimento da Atenção Básica, o desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), em caráter multiprofissional e interdisciplinar, e a consolidação dessas práticas no âmbito da Atenção Básica. Dessa forma, ela busca contribuir para a renovação dos modos de aprender e praticar a produção do cuidado em saúde, utilizando tecnologias leves, humanizadas, eficazes e sustentáveis, além de construir novos caminhos para se pensar e agir em saúde, valorizando as vidas e existências. A proposta pedagógica do PRMPICS é pautada na interdisciplinaridade, com foco na construção de saberes voltados para as relações humanas. Cabe destacar que a práxis pedagógica na residência é de natureza interprofissional, que tem ousado explorar as fronteiras das profissões e conhecimentos a partir da construção de um projeto na *entredisciplinaridade* (Ceccim, 2018). O programa se estrutura da seguinte forma:

- Aulas teóricas semanais e presenciais, contemplando os três eixos de formação: transversal, específico e área de concentração;
- Aulas teórico-práticas, com foco na formação para Tai Chi Pai Lin, Lian Gong em 18 terapias, Dança Circular, Meditação, Shantala, Auriculoterapia e Plantas Medicinais e Fitoterapia;
- Atividade prática em diferentes cenários assistenciais, que consistem na avaliação, planejamento e execução de atividades assistenciais, individuais e coletivas, e de educação em saúde, ofertadas em diferentes serviços.
- A vivência prática acontece em diferentes pontos de atenção da RAS distribuídos no município de São Paulo:
- Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO): equipamentos que têm como objetivo favorecer a aproximação e convivência entre a população, construindo encontros na diversidade e transversalidade a partir da intersetorialidade com cultura, arte, trabalho, educação, meio ambiente, dentre outras;
- Centros de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CRPICS): equipamentos que oferecem à comunidade um atendimento focado na

promoção da saúde integrado à prevenção de agravos e à reabilitação, utilizando exclusivamente as PICS e sendo difusores das práticas na rede/território nos quais estão inseridos;

- Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Saúde Escola (CSE): serviços da Atenção Básica orientados pela construção de vínculo, continuidade e integralidade do cuidado, que desenvolvem ações de saúde a partir das necessidades das pessoas, comunidade, território e articuladores da RAS;
- Hospital Municipal e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha (HMEVNC): ambulatório que oferece práticas integrativas da Medicina Tradicional Chinesa.

O programa contribui com a formação de profissionais para atuação em áreas prioritárias do SUS, com mais de 70 profissionais formados desde sua criação, sendo eles das seguintes categorias profissionais: Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional. Destaca-se, ainda, a presença de egressos em diversos serviços de saúde do município, compondo equipes da Atenção Básica, de média e alta complexidade.

### **Relato de experiência: exercício de autoanálise**

O presente texto se caracteriza como um relato de experiência, de abordagem qualitativa, do programa de residência multiprofissional em PICS da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo no contexto de pandemia de covid-19, propondo contribuir com a qualificação da formação de profissionais da saúde para o SUS. Este relato possibilitou um exercício de autoanálise crítica em relação à formação em saúde no PRMPICS e problematizou os processos vividos em diálogo com o referencial da Saúde Coletiva.

A experiência é relatada por três mulheres que compõem o PRMPICS de diferentes formas. As vidas das três mulheres se misturam em um tempo espiralar

(Martins, 2022), no qual o passado, o futuro e o presente estão juntos em um único movimento que vai e volta em seus corpos para a produção de um comum: a qualificação da formação em saúde para defesa e atuação no SUS.

Uma delas é residente egressa do programa e atualmente preceptora em um dos cenários de prática. Desde 2021, ela participa da residência como pesquisadora, acompanhando intensamente os processos no PRMPICS, cuja pesquisa analisou a formação no programa. As outras duas integrantes compõem a coordenação do programa: uma terapeuta ocupacional, com formação em Saúde Pública, que já foi preceptora do programa em cenário de prática e que, agora, vive a gestão desse processo formativo desde o início da pandemia, e uma enfermeira, com formação e experiência em Educação Profissional, Educação Permanente em Saúde e Atenção Básica, além de ser especialista em Design Instrucional.

O registro da experiência do PRMPICS tem como objetivo provocar a produção de sentidos de existências e resistências para contribuir com a construção de (novos) caminhos que fortaleçam o sistema e qualifiquem a formação para o SUS. Assim, o relato aponta as contribuições e peculiaridades da presença dessa residência multiprofissional no município de São Paulo durante a pandemia de covid-19. O trajeto percorrido para a construção do relato parte da chegada da pandemia, passa pelas implicações para a operacionalização das atividades, e desemboca na discussão sobre a presencialidade na virtualidade, finalizando com reflexões sobre os atuais desafios enfrentados, de modo a produzir e provocar uma formação que defenda as vidas e existências.

### **A chegada da pandemia e suas implicações para o PRMPICS**

A pandemia de covid-19 instaurou-se em março de 2020, criando um momento de incertezas para as sociedades no mundo todo. Diante da necessidade do isolamento social e do reforço contínuo quanto às normas de biossegurança, como o distanciamento social, a higienização das mãos e uso de máscaras, a vida em

sociedade mudou sua forma de acontecer. A pandemia colocou todas as pessoas em estado de adaptação: foi preciso rever, repensar e adaptar quase tudo nesse período. A vida e relações foram impactadas com a pandemia, desde áreas como trabalho, educação, lazer e saúde, até atividades da vida diária de automanutenção, vida social e relacionamentos. Diante dessa nova realidade, assim como outras instituições da educação e residências em saúde, o PRMPICS deparou-se com a necessidade de repensar seus processos e percursos formativos. Isso foi feito conjuntamente entre a coordenação, residentes, preceptoria e Área Técnica de Saúde Integrativa (ATSI) da SMS/SP.

Em 26 de março de 2020, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) emitiu o parecer técnico n.º 106/2020, com recomendações de padrão de segurança referente à continuidade dos programas de residência em área profissional da saúde durante a pandemia (CNS, 2020). Essa orientação caberia à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), mas ela não era convocada pelo Ministério da Educação desde maio de 2019 (CNS, 2020). A primeira recomendação do parecer técnico foi a suspensão de todas as atividades teóricas presenciais (CNS, 2020), o que também atingiu as formações teórico-práticas no PRMPICS. Assim, o programa preocupou-se com a reorganização e replanejamento de suas atividades, visando o cumprimento do projeto pedagógico do programa nessa nova condição, de modo que os processos de formação e cuidado fossem ressignificados para qualificação dos profissionais para atuação e defesa do SUS.

Além disso, a coordenação do programa recebeu orientações da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU SMS/SP) e da Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, relativas às portarias e normas técnicas de assistência e cuidado em saúde que eram constantemente criadas e atualizadas - haja vista que o processo de pandemia foi dinâmico e exigiu atenção e revisão continuamente. Em relação aos residentes, havia a dúvida sobre como as aulas aconteceriam e, principalmente, como o cuidado aos usuários e comunidade iria se desenvolver. Também, eles enfrentaram as situações sentidas/vividas pelos

profissionais de saúde, que atuavam na base do sistema durante a pandemia: o medo do contágio pelo vírus da covid-19 - e, futuramente, das suas variantes -, da possibilidade de serem transmissores para as pessoas de seu convívio e da potência de, por serem agentes de cuidado, terem que atuar no campo da saúde coletiva naquele momento tão crítico e único.

Quanto aos preceptores e equipes de trabalhadores dos cenários de prática, observou-se a vivência de uma sobrecarga e readequação de funções e de fluxos de atendimento e, conseqüentemente, a fragilização de sua saúde mental - o medo e a exaustão contribuíram para isso, visto que também fizeram parte de suas rotinas nesse período. Além disso, vale destacar a preocupação da preceptoría com a condução do processo formativo dos residentes: como continuar o processo de ensino-aprendizagem diante daquele novo panorama imposto pela pandemia, considerando a ausência e a necessidade de isolamento dos usuários, além da suspensão das atividades coletivas determinadas pela gestão municipal? Era, de fato, uma dificuldade que precisava ser acolhida, porque, mesmo com o retomo gradual dos atendimentos, a suspensão das atividades coletivas se manteve por um período mais longo (São Paulo, 2020a, 2020b).

Os usuários que participavam de atividades conduzidas por residentes ou eram acompanhados em atendimentos individuais ou deixaram de estar fisicamente nos serviços, necessitando de um cuidado à distância. Este, por sua vez, foi desenhado de maneira coletiva entre residentes, preceptores, usuários e comunidade, realizando-se por meio de contatos telefônicos, chamadas de vídeo e atividades on-line síncronas e assíncronas, conduzidas pelos canais virtuais da Prefeitura Municipal de São Paulo <sup>1</sup>. Destaca-se, ainda, que a reorganização das atividades do programa, além do cuidado por meio de uma plataforma virtual à população, focalizou o cuidado com a saúde dos trabalhadores de saúde, principalmente daqueles vinculados aos cenários de prática em unidades de saúde do território.

---

<sup>1</sup> Os materiais podem ser acessados em:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/index.php?p=313960](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=313960).

## Implicações no módulo teórico: reinventando caminhos formativos

As atividades teóricas e teórico-práticas sempre se desenvolveram na modalidade presencial e foram reformuladas para atender aos protocolos de saúde e distanciamento social. Dessa forma, as aulas teóricas e formações teórico-práticas foram adaptadas para a modalidade virtual em tempo real (síncrona). O uso da tecnologia digital foi essencial na manutenção do espaço de encontro no PRMPICS para as diversas atividades do programa. Aqui, pode-se conceituar essa estratégia como "ensino remoto de emergência" uma modalidade de ensino à distância que não visa criar um sistema educacional, mas, sim, transferir atividades e ações educativas para o modo on-line de modo rápido, a fim de fazer frente às necessidades geradas por emergências, como a pandemia de covid-19 (Hodges *et al.*, 2020).

A construção de um caminho colaborativo entre todos aconteceu por meio das plataformas digitais. A princípio foram usadas plataformas que eram gratuitas e sem limite de tempo de uso. Depois de um tempo, as próprias plataformas começaram a limitar os acessos, de modo que foi necessário o uso de dois *links* ou mais para realização dos encontros. Após esse primeiro momento, passou a ser utilizada uma plataforma que foi contratada pela SMS/SP.

As aulas de conteúdo teórico e prático, tal como das modalidades Tai Chi Pai Lin, Meditação, Plantas Medicinais, Fitoterapia e Shantala, foram realizadas no formato remoto síncrono. Devido essa situação nova, e de certa forma instável - pois todos aprendiam a viver com essas e tantas outras adaptações naquela época -, a coordenação do programa, juntamente com a Área Técnica de Saúde Integrativa, estiveram fortemente presentes e atentos, articulando apoios que eram necessários para que os encontros acontecessem, como a passagem de *slides*, vídeos, organização de pequenos grupos, envio de *links*, entre outros materiais usados nas aulas.

A residência é um espaço de formação baseado no aprendizado prático, que acontece em serviços de saúde denominados cenários de prática, todos os residentes

continuaram suas atividades em pequenos grupos - entre três e cinco residentes -, e os processos de formação teóricos foram fortalecidos na prática. Como exemplo, citamos o Tai Chi Pai Lin: os residentes tiveram sua formação teórico-prática na modalidade remota síncrona, vivenciando o processo dessa modalidade nos cenários de prática pelos quais passaram ao longo da sua experiência. Nessa formação, o teórico e o prático apresentam-se unidos pela natureza de seus campos de conhecimento.

Os Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) em andamento e os que iriam ser iniciados tiveram seus desenhos de pesquisa revistos, priorizando -se os estudos de revisão de literatura, estudos teóricos, relatos de experiência ou com coleta de dados que pudessem ser realizados no formato virtual. Para aqueles que já estavam finalizados e faltava apenas a sua defesa, houve uma reformulação do formato de apresentação dos TCR para o modelo virtual síncrono, com a promoção da Semana de TCR realizada pela coordenação do programa, envolvendo convidados de fora de São Paulo, que também passaram a compor as bancas arguidoras. Essa Semana se manteve de 2021 a 2022, tendo contado com até 50 participantes on-line em algumas apresentações. Nesse sentido, não houve dificuldade no remanejamento dessas apresentações para o formato virtual; pelo contrário, ampliou-se as possibilidades e se promoveu um intenso momento de divulgação das práticas integrativas, tanto dentro da coordenação da Atenção Básica da SMS/SP quanto fora, inclusive, do contexto municipal.

Cabe destacar que, durante todo o ano de 2020, as atividades teóricas precisaram ser adaptadas e aconteceram integralmente por meio de plataformas digitais. Durante o ano de 2021, tais atividades puderam ser desenvolvidas parcialmente - e prioritariamente - por meio de plataformas digitais e parcialmente presenciais, sendo, nesse caso, uma preocupação constante o cumprimento das normas de biossegurança durante os encontros. Foi somente a partir do segundo semestre de 2022 que o programa começou a retomar e priorizar os encontros teóricos na modalidade presencial.

É preciso pontuar, ainda, que houve outras dificuldades, como a de identificar e obter uma plataforma que permitisse a condução das aulas no formato virtual sem limite de tempo, a constante instabilidade da conexão à Internet, a de se compreender a funcionalidade de alguns recursos tecnológicos, além da falta de recursos como câmeras e microfones, especialmente no início, quando as pessoas não estavam acostumadas a fazer uso desses artificios tecnológicos. Junto a isso, havia a necessidade de se revisar a didática das aulas, principalmente a das disciplinas teórico-práticas, e das aulas que envolviam práticas corporais, o que causou problemas no acompanhamento e na compreensão de movimentos que os residentes precisavam aprender. A adaptação às formas de se expressar em aula, que exigiam a abertura do microfone dos aplicativos, e os momentos constrangedores quando nenhum colega nos respondia também complexificaram a situação, algo parecido com o vivido e registrado por Sousa *et al.* (2022). Havia, ainda, a exaustão pela necessidade de se acompanhar disciplinas de manhã e à tarde via tela de computador ou celular, dificuldades essas que surgiram e foram enfrentadas ao longo do tempo. Para resistir a esse contexto, foi preciso um posicionamento dialogado, criativo, democrático e responsável entre todos os atores, permitindo com que a situação se aprimorasse e os processos de ensino-aprendizagem acontecessem mesmo por meio das plataformas digitais.

O acompanhamento contínuo e o apoio aos residentes e preceptores aconteceram igualmente de forma virtual, com a condução de encontros mensais - o que já acontecia presencialmente antes. O mote desses encontros era ofertar espaços de escuta, fala, troca e compartilhamento de dificuldades e situações na lida com aquele novo tempo. Os principais assuntos tratados focalizavam o período da pandemia, suas dificuldades e estratégias formativas. Os problemas eram colocados e pensava-se coletivamente nas estratégias de resolução. Assim, espaços dialógicos que possibilitaram a construção horizontal dos processos de formação, permitiram que encontros fossem reinventados.

## **Implicações no módulo prático: focalizando a saúde dos trabalhadores do SUS e as demandas dos territórios**

Diante do cenário pandêmico, residentes e preceptores modificaram as práticas de trabalho a partir das novas demandas que surgiam. Considerando aquele período, a principal característica do programa de residência foi o cuidado voltado à saúde dos trabalhadores do SUS. Desde o início da pandemia, e até antes disso, os profissionais de saúde apresentaram quadros de ansiedade, insônia, dores crônicas, o que, ao longo dos últimos anos, só aumentou e ficou mais frequente. A exaustão causada pela sobrecarga de trabalho, o medo do contágio e a demanda por distanciamento e isolamento social contribuíram significativamente para isso.

As PICS potencializam o autocuidado, tornando o outro corresponsável pela produção de saúde, se tornando uma ferramenta importante para a saúde de trabalhadores, como apresentado por Barros *et al.* (2022). Assim sendo, e considerando que 80% do processo de formação do residente é no campo prático, os preceptores em conjunto com residentes desenvolveram ações de práticas integrativas nos próprios cenários de prática ou em outros serviços/unidades de saúde dos territórios. Atendimentos de Auriculoterapia, Reiki, Cromoterapia, Reflexologia, Escalda-pés, Argiloterapia e orientação para uso de plantas medicinais; grupos de práticas corporais como Meditação, Tai Chi Pai Lin, Lian Gong em 18 terapias, alongamento e automassagem foram algumas das principais práticas desenvolvidas e ofertadas aos profissionais de saúde.

Essas práticas se desenvolveram nas unidades de saúde de vínculo dos trabalhadores. Essas ações foram viabilizadas pelos preceptores que articularam regionalmente a oferta de práticas de cuidado e acompanharam os profissionais residentes no processo. As atividades desenvolvidas possibilitaram a escuta, o acolhimento e o diálogo, construindo um movimento de vínculo e estratégias de autocuidado, que contribuiu para o cuidado durante a pandemia. Novas relações que,

até o momento presente, continuam se expressando em alguns cenários de atuação do PRMPICS.

Outra ação prática relevante foi o remanejamento de residentes entre os cenários de prática, a fim de apoiar a rede e as demandas que estavam acontecendo, principalmente no início da pandemia. Foram remanejados residentes que estavam em CECCO para UBS, onde, no momento, havia uma maior demanda por profissionais, incluindo residentes enfermeiros, nas campanhas de vacinação contra a influenza e, posteriormente, a covid-19. Outras categorias também deram seu apoio nessas campanhas, sempre que convocados.

E, por fim, ressalta-se a criação de diversos vídeos, postagens nas redes sociais, orientações, *e-books*, conduções de práticas via *lives*, além de contatos telefônicos e chamadas de vídeos voltadas para a assistência aos usuários e realizadas pelos residentes com apoio da preceptoria. Do mesmo modo, é preciso destacar o desenvolvimento da característica criativa e inovadora dos residentes: muitos aprenderam a manusear plataformas de edição de vídeos/fotos e de criação de apresentações, o que proporcionou a melhoria na qualidade dos materiais desenvolvidos.

Assim, mudanças nos processos de trabalho na Atenção Básica determinaram adaptações dos processos formativos do programa, por um lado, reduzindo a vivência presencial nas atividades pedagógicas já consagradas na residência e, por outro, ampliando e criando outras formas de agir/formar em saúde. Isso nos exigiu invenção e resistência para a produção de novos modos de relação e novas saúdes (Feria *et al.*, 2020).

### **A presencialidade na virtualidade: encontro essencial no PRMPICS**

Os processos de cuidado em saúde são sempre singulares, principalmente quando utilizamos as PICS como ferramentas para pensar-fazer o cuidado no SUS. A produção de cuidado não pode seguir padrões, pois as práticas de saúde acontecem no

encontro com o outro: um encontro com os cenários de prática, com cada usuário, consigo mesmo, com colegas, com a natureza ... Relações essas de afetos e tensões, de forças em disputa que irão definir como o cuidado vivo em ato se realizará (Merhy, 1997). A presença de cada pessoa faz diferença e modifica a ação, de modo que o encontro é um dos pressupostos desse programa.

Os encontros na produção de cuidado possibilitam construir um espaço comum, que não é de ninguém, e, por isso, pode ser de todos (Passos & Carvalho, 2015). No qual todos aqueles que participam do cuidado podem e devem interferir uns sobre os outros, como uma intersecção partilhada (Merhy, 2013). Os processos de formação no PRMPICS prezam esse encontro, e precisaram ser adaptados rapidamente com a pandemia de covid-19. Portanto, trazemos nesta abordagem a discussão sobre a transformação dos processos presenciais em PICS para processos formativos remotos, apresentando o que foi pensado/executado e uma reflexão crítica da "virtualidade" em um programa em PICS.

Aqui, partimos do conceito de "presencialidade" para embasar nossa reflexão. A presencialidade parte do pressuposto de que, para estar presente, é preciso um corpo que ocupe um espaço físico. A experiência presencial é, assim, insubstituível para o cuidado em saúde que se baseia nas tecnologias leves (Pulga *et al.*, 2022), sendo ela também indispensável no processo de ensino-aprendizagem. Isto é, quando a interação entre as pessoas acontece mediada por tecnologias de informação, temos outro tipo de presencialidade, pois os "territórios" são, agora, ocupados pelos discursos (Ast, 2006 *apud* Rocha; Borges Neto, 2023).

O uso de tecnologias de informação no processo ensino-aprendizagem exige de nós uma presencialidade na virtualidade, ou seja, uma qualidade da presença, para a criação e invenção de novas formas de estar presente, de pensar-fazer a formação e o cuidado em saúde, de relações com os outros: uma transformação da realidade que participamos. Rocha e Borges Neto (2023, p. 8) apontam que "mesmo trancadas em casa, as pessoas se deslocaram em massa para o espaço virtual e, de forma on-line, buscaram novas formas de aglutinações, configurando a presencialidade virtual".

A utilização de plataformas digitais que permitem reuniões on-line, como já apresentado, foi uma ação que reinventou as aulas teóricas e formações teórico-práticas da residência. De um lado, essas plataformas permitiram a manutenção do distanciamento social implementado no estado de São Paulo entre os dias 16 e 22 de março de 2020 (Silva *et al.*, 2020), de outro, aproximaram cada estudante, docente, preceptor e coordenador por meio das telas de computadores e celulares, possibilitando a construção de encontros de aprendizagem (Dallegrave & Ceccim, 2018), o que movimentou cada um dos presentes.

Éramos diferentes pessoas, em variados momentos da vida, cada um com uma, duas, três ou múltiplas formas de estar e inventar o mundo. A presencialidade permitiu que os encontros acontecessem, que nos tocassem tal como prezava Larrosa Bondía (2002), potencializando-se, com isso, as vidas e existências. A composição com o diferente, mesmo nas plataformas virtuais, deixou marcas: um singelo gesto, uma escuta, um sorriso, afetos, memórias, histórias... O encontro com o outro criou outra maneira de ser, possibilitando a composição em tempo real entre os diversos envolvidos presentes. Um espaço em constante transformação e único em cada encontro, que experimentava novas relações e maneiras de pensar-fazer o mundo a partir de ideias que antes não existiam. De modo que a composição coletiva fosse essencial para a formação em saúde, mesmo que por uma plataforma digital.

Uma formação, para ser construída coletivamente, pede pelo protagonismo de cada um, pela corresponsabilidade de todos, por um sentido de pertencimento e pela presencialidade. Isso nos possibilitou viver a experiência da formação, fortalecer e deixar livre nossa capacidade de criar, inventar, imaginar, sonhar... valorizando e potencializando a pluralidade de formas de vida, corpos e existências na formação, para que o mesmo pudesse acontecer no cuidado.

Portanto, embora as plataformas digitais não substituam o encontro presencial, elas são recursos que permitem construções plurais quando o encontro é qualificado e potencializado. Assim, a presencialidade foi e é imprescindível para os encontros no PRMPICS. Ela possibilita movimento para transformar o mundo,

deslocamentos, poéticas da vida, o ato de atravessar e ser atravessado, a improvisação, um outro modo de olhar, sentir, experienciar, viver. Encontros possíveis que nos convidam a sair em busca de novas descobertas.

### **Considerações finais: e agora, voltamos ao "normal"?!**

Com o retorno às atividades presenciais, curiosamente, apresentaram-se outros desafios para o programa. Enquanto o "estar virtualmente" trouxe benefícios a toda a equipe, como a redução do tempo e dos custos despendidos para o deslocamento em uma cidade como São Paulo e um maior tempo no aconchego do lar, foi preciso uma movimentação "interna" individual para retomar certas rotinas. Além disso, não queremos voltar à "normalidade" que nos conduziu a essa pandemia; estamos desconfiadas do que parece "normal" (Feria *et al.*, 2020), e procuramos criar formas de existências e resistências.

As adaptações desenvolvidas devido à pandemia foram essenciais para a continuidade do projeto de formação do PRMPICS. Espaços virtuais que, com a vivência da presencialidade, se mostraram potentes na construção de encontros e conexões; mas, também, apresentaram fragilidades quando comparados com encontros presenciais. Sendo importante salientar que as estratégias de "ensino remoto de emergência" são exatamente isso: uma ação emergencial, pois a formação à distância, em suas diversas modalidades, deve ser estruturada partindo de uma sólida base educacional, considerando conceitos e estratégias de andragogia, teorias educacionais e o alinhamento com estratégias tecnológicas que possibilitem a aprendizagem (Hodges *et al.*, 2020).

A necessidade de estar junto, de olhar para o outro, de afeto, de relações, de toque e de resiliência da equipe, tudo isso apressou a volta para o presencial. Um retorno que buscou reconstruir as relações de escuta, acolhimento e encontros, essenciais no cuidado e formação em saúde para o SUS e para um novo aprendizado sobre "o que é estar junto". A composição com os outros saberes, sabedorias,

conhecimentos e pessoas se potencializou para promover a invenção de outros modos de pensar, de fazer, de sentir, de experimentar e de viver.

Aliás, Krenak (2019) nos ensina que, para adiar o fim do mundo, precisamos poder contar sempre mais uma história, ou, no nosso caso, poder sempre relatar mais uma experiência. Assim, poderemos enriquecer nossas subjetividades com mais encontros - e, também, desencontros -, nos permitindo criar, inventar e sonhar. Buscando, enfim, a construção de uma formação em saúde no e para o SUS, com capacidade de existir, reexistir e resistir.

## Referências

- Barros, D. C., Fittipaldi, A. L. M., Romão, B. M. S., Joaquim, E. B. S., Neves, F. A., & Vellozo, F. S. (2022). Nem heróis nem vilões: A saúde dos trabalhadores e trabalhadoras no cenário da pandemia de covid-19 em uma unidade de Atenção Primária à Saúde em Manguinhos. In Teixeira, M. B., Brandão, A. L., & Casanova, A. O. (org.), *Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia da covid-19: A experiência da residência multiprofissional em saúde da família* (pp. 88-119). Rede Unida.
- Ceccim, R. B. (2018). Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: Forma e fonnação. *interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 22, 1739-1749.
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Recomendação nº018, de 26 de março de 2020*. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 106/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da Doença por Coronavírus - COVID19. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/recomendacoes/2020/recomendacao-no-018.pdf/view>
- Dallegrave, D., & Ceccim, R. B. (2018). Encontros de aprendizagem. In Ceccim, R. B., Dallegrave, D., Amorim, A. L. S; Portes, V. M., & Amaral, B. P. (org.), *EnSiQ/opedia das residências em saúde* (pp. 84-85). Rede UNIDA.
- Ferla, A., Martino, A., Merhy, E. L., Baptista, G. C., Schweickardt, J. C., Nicoli, M. A., Pereira, M. G. A., Ferreira, M. R., Orozco Valadares, M. A., Ceccim, R. B., & Franco, T. B. (2020). Um paradoxo civilizatório: A pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. *Saúde em Redes*, 6, 1-6.
- Hodges, C., Moore, S., Lockee, B., Trust, T., & Bond, A. (2020, 27 de março). The difference between emergency remote teaching and online learning. *Educause Review*. <https://er.educause.edu/articles/2020/3/the-difference-between-emergency-remote-teaching-and-online-learning>
- Krenak, A. (2019). *Ideias para adiar o fim do mundo*. Companhia das Letras.

- Larrosa Bondía, J. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, (19), 20-28.
- Martins, L. M. (2022). *Peiformances do tempo espira/ar: Poética do corpo-tela*. Cobogó.
- Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In Merhy, E. E., & Onocko, R. (org.), *Agir em saúde: Um desafio para o público* (pp. 71-112). Hucitec.
- Merhy, E. E. (2013). O cuidado é um acontecimento e não um ato. In Franco, T. B., & Merhy, E. E. (org.), *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos reunidos* (pp. 172-182). Hucitec.
- Passos, E., & Carvalho, Y. M. (2015). A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. *Saúde e Sociedade*, 24, 92-101.
- Pulga, V. L., Macedo, K. D. S., Caravaggio, M., Oliva, V. M. F., & Stieven, S. P. O. (2022). Práticas de formação interdisciplinar compartilhadas: A experiência dos seminários integrados. In Pulga, V. L., Silva, S. G., Schneider, F., & Ceccim, R. B. (org.), *Residência multiprofissional em saúde: Costurando redes de cuidado e formação no norte gaúcho* (pp. 121-136). Rede Unida.
- Rocha, E. M., & Borges Neto, H. (2023). Presencialidade em ambiente on-line: Implicações de um conceito em construção na EAD brasileira. *Revista ibero-Americana de Estudos em Educação*, 18(0), e023062.
- São Paulo. (2020a). Portaria SMS n.º 154, de 20 de março de 2020. *Determina a suspensão parcial e temporária de consultas, exames, procedimentos e cirurgias de rotina, a partir de 23 de março de 2020, nos Ambulatórios Hospitalares e na Rede de Atenção Básica*. Prefeitura de São Paulo. <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-154-de-20-de-marco-de-2020#:~:text=Determina%20a%20suspens%C3%A3o%20parcial%20e,na%20Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20B%C3%A1sica>
- São Paulo. (2020b). *Portaria SMS n.º 260, de 18 de junho de 2020*. Altera a detenninação de suspensão parcial de consultas, exames, procedimentos[...]. <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-260-de-18-de-junho-de-2020>
- Silva, L. L. S., Lima, A. F. R., Polli, D. A., Razia, P. F. S., Pavão, L. F. A., Cavalcanti, M. A. F. H., & Toscano, C. M. (2020). Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da covid-19 no Brasil: Caracterização e análise epidemiológica por estado. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(9), e00185020.
- Sousa, M., Sales, E., Souza, G., Sampaio, J., Barbosa, D., & Oliveira, D. (2022). Rodas de conversa virtual no ensino remoto emergencial: Limites e potencialidades para a formação médica. *Saúde em Redes*, 8(3), 7-23.

# CAPÍTULO 12

## PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

### MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DE

### JABOATÃO DOS GUARARAPES: UMA ANÁLISE

### DAS VIVÊNCIAS EM SAÚDE OCORRIDAS

### DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Pedro Carlos Silva de Aquino  
Maria Simone Gomes de Lima  
Cláudia Edlaine da Silva  
Laura Inez Santos Barros  
Beatriz de Oliveira Fabiano  
Joanis Silva Trindade  
Giovanna Samara Lima de Araújo  
Ana Elizabete Jacob Pedrosa

#### Introdução

Em decorrência da propagação de um novo coronavírus (Sars-CoV-2), iniciado na cidade chinesa de Wuhan em dezembro de 2019, e que gerou a doença covid-19, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou o incidente como uma pandemia, em função dos níveis alarmantes de transmissão e contaminação, decretando estado de emergência em saúde pública de importância internacional. No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em fevereiro de 2020 (Aquino *et al.*, 2020; Wemeck & Carvalho, 2020).

No mesmo mês, o Ministério da Saúde declarou em território nacional a situação de emergência em saúde pública de interesse nacional, na qual criou o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, sob a gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde, responsável pela vigilância de registro dos casos e dos óbitos decorrentes da covid-19, mantendo relações intersetoriais com outras instituições de saúde e pesquisa (Souza *et al.*, 2020).

Mediante recomendações sanitárias, estados e municípios adotaram o distanciamento e isolamento social, a quarentena de pessoas infectadas, a educação em saúde para medidas de higienização, entre outras estratégias para prevenção e

mitigação dos casos conforme as necessidades locorregionais das diferentes regiões, inclusive no Nordeste do Brasil (Aquino *et al.*, 2020; Souza *et al.*, 2020; Kerr *et al.*, 2020). Desse modo, houve a paralisação das atividades nas instituições de ensino, a diminuição dos fluxos comerciais e de transportes, o direcionamento das tarefas laborais e educacionais para o ambiente domiciliar, a proibição de eventos de massa e de aglomerações, a restrição de viagens e transportes públicos, a proibição, em certa medida, da circulação de pessoas nas ruas, a conscientização da população para que permanecesse em casa, entre outras ações (Aquino; Silveira; Pescarini, 2020).

No estado de Pernambuco, as respostas à situação de emergência foram consideradas ágeis, a partir da confirmação de dois casos importados de covid-19 em março de 2020 (Souza *et al.*, 2020). Perante a situação, o estado publicou o Decreto n.º 48.809/2020, no qual reforçou as medidas federais e acrescentou a realização obrigatória do confinamento (*lockdown*) em Recife, Olinda, Camaragibe, São Lourenço da Mata, Paulista e Jaboatão dos Guararapes (Pernambuco, 2020; Souza *et al.*, 2020). O município de Jaboatão dos Guararapes publicou o Decreto n.º 24/2020 - com base nas prerrogativas determinadas pelo Ministério da Saúde, pelo Governo do Estado de Pernambuco e pela Secretaria Estadual da Saúde - e o Decreto n.º 30/2020 - no qual foi determinada a adoção de medidas de emergência para a prevenção do contágio pela covid-19 (Jaboatão dos Guararapes, 2020a; 2020b). Diante disso, a Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes estabeleceu, conforme as medidas delegadas pelo município, a restrição temporária da atuação dos residentes no território, a adoção do ensino remoto para o desenvolvimento das atividades teóricas, reuniões de equipe, planejamento de ações no território, entre outras demandas.

Dessa maneira, as práticas de ensino em serviço e o processo formativo dos residentes do programa de residência em questão sofreram algumas alterações. Impactados pelo isolamento e distanciamento social, os residentes das turmas 4 (2019-2021) e 5 (2020-2022) precisaram se adaptar às novas modalidades de trabalho noterritório e à formação no modelo remoto de ensino. Nesse sentido, observou-se que a produção dos Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR), cuja elaboração é um importante componente na formação em serviço, fomentou uma nova abordagem perante o então novo contexto de ordem mundial.

Portanto, este estudo se justificou pela necessidade de se analisar e descrever como ocorreu o processo de formação e atuação dos residentes em Saúde da Família, tendo como base as vivências registradas nas produções e no desenvolvimento dos TCR durante o período pandêmico da covid-19.

### **Trabalhos de Conclusão de Residência**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva e documental com abordagem qualitativa-quantitativa. A construção do texto partiu da consulta e seleção dos TCR dos residentes das turmas 4 (2019-2021) e turma 5 (2020-2022) do programa de residência da Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco. A busca documental ocorreu entre junho e setembro de 2023 no acervo, situado na sala da coordenação e da COREMU, localizada na Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes. Após isso, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos TCR para a identificação das temáticas relacionadas às vivências em saúde realizadas durante a pandemia de covid-19, a fim de selecionar e compilar trabalhos que tratavam exclusivamente de Relatos de Experiências (RE) e Projetos de Intervenção (PI) no território de atuação durante o período pandêmico da covid-19, sendo excluídos, automaticamente, os trabalhos que não contemplavam a temática em questão.

Destaca-se que os RE se caracterizam pela exposição das vivências dos próprios residentes/autores perante os processos de trabalho durante a pandemia. Os PI, por sua vez, se referem àqueles trabalhos que executaram uma intervenção, a fim de implantar ações em saúde com o objetivo de analisar e/ou investigar variáveis dos participantes, sob a supervisão e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A partir de então, fez-se uma leitura integral e crítica dos textos para a extração das seguintes informações: número de trabalhos, categoria profissional do residente/autor, título do trabalho, área de estudo do trabalho, objetivo e descrição do trabalho. Em seguida, as informações foram compiladas e sistematizadas em uma planilha no *software* Microsoft Excel 2022, na qual foi aplicada estatística descritiva.

Para a apresentação das informações qualitativas, foi realizada uma análise dos conteúdos dos RE e dos PI, a fim de descrever as vivências em saúde executadas no período da pandemia de covid-19. Nesse sentido, consolidaram-se os seguintes tópicos para a descrição dos dados: (1) Vivências em Saúde baseadas nos Relatos de Experiências e (2) Vivências em Saúde baseadas nos Projetos de Intervenção e Avaliação Crítica.

No total, foram identificados 48 TCR, sendo 32 TCR produzidos pela turma 4 e 16 TCR produzidos pela turma 5. Do total, foram incluídos 22 TCR na análise, pois se caracterizam nas abordagens RE e PI. Dentre estes, 20 TCR e 2 TCR foram caracterizadas como RE e PI, respectivamente. De maneira geral, verificou-se que, aproximadamente, metade dos TCR foi produzida com base no RE e PI, representando 46% do total deles. Em relação aos residentes/autores, observou-se que estavam vinculados às seguintes categorias profissionais: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Eles desenvolveram os trabalhos conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Dados sobre os Trabalhos de Conclusão de Residência selecionados

<b>TCR (categoria profissional)</b>	<b>Título</b>	<b>Área de estudo (abordagem)</b>
TCR 1 (Educação Física)	Grupo de Treinamento Funcional com Agentes Comunitários de Saúde: um relato de experiência.	Práticas corporais/ Atividades físicas (RE)
TCR2 (Farmácia)	Residência em Atenção Básica e Saúde da Família: uma abordagem aos cuidados farmacêuticos para pacientes diabéticos e hipertensos.	Assistência farmacêutica na Atenção Básica (RE)
TCR3 (Terapia Ocupacional)	Potencialidades e desafios experienciados por uma terapeuta ocupacional residente no âmbito da Atenção Básica.	Formação e atuação profissional (RE)
TCR4 (Psicologia)	Aplicação do quesito raça/cor por profissionais de uma Unidade de Saúde da Família: um relato de experiência.	Educação permanente Em saúde (RE)
TCR5 (Psicologia)	A Psicologia na Atenção Básica à Saúde: trajetórias da residência multiprofissional.	Formação e atuação profissional (RE)
TCR6 (Fisioterapia)	Residência multiprofissional em saúde na Atenção Básica: relato de experiência dos caminhos e práticas na pandemia da covid- 19.	Formação e atuação profissional (RE)
TCR 7 (Serviço Social)	Violência contra crianças e adolescentes: um debate essencial na Atenção Básica à Saúde.	Educação permanente em saúde (PI)
TCR8 (Odontologia)	A atuação do cirurgião-dentista residente multiprofissional, em meio ao combate à covid-19 na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência.	Formação e atuação profissional (RE)
TCR9 (Nutrição)	Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária: experiência de nutricionista residente no contexto da saúde mental.	Atenção à Saúde Mental (RE)
TCR 10 (Serviço Social)	Atendimento integral à saúde de mulheres lésbicas: reflexões a partir da experiência na Atenção Básica em Jaboatão dos Guararapes-PE.	Atenção à Saúde (RE)
TCR 11 (Serviço Social)	A inflexível porta de entrada do Sistema Único de Saúde: relato de experiência sobre a invisibilidade da saúde da mulher lésbica.	Educação permanente em saúde (RE)
TCR 12 (Educação Física)	A importância de grupos de atividade física na Atenção Básica à Saúde: um relato de experiência no município de Jaboatão dos Guararapes/PE.	Práticas corporais/Atividades físicas (RE)
TCR 13 (Nutrição)	Residência multiprofissional durante o período da pandemia de covid-19: relato de experiência.	Fonnação e atuação profissional (RE)
TCR 14 (Enfermagem)	Testes rápidos positivos para sífilis durante consultas de pré-natal em uma unidade de Saúde da Família: relato de experiência.	Atenção à Saúde (RE)

TCR 15 (Enfermagem)	Abordagem interprofissional para a promoção do pré-natal do parceiro no atendimento de gestantes pós-pandemia de covid-19: um relato de experiência.	Atenção à Saúde (RE)
TCR16 (Fisioterapia)	Educação e treinamento muscular do assoalho pélvico para prevenção da incontinência urinária em um grupo de mulheres que realizam exercícios físicos: um relato de experiência.	Atenção à Saúde (RE)
TCR17 (Nutrição)	Intervenção nutricional nas residências terapêuticas: um relato de experiência sobre a atuação do nutricionista no trabalho interdisciplinar.	Atenção à Saúde Mental (RE)
TCR 18 (Psicologia)	A continuidade do cuidado na rede de atenção psicossocial no município de Jaboatão dos Guararapes.	Atenção à Saúde Mental (RE)
TCR 19 (Enfermagem)	Atendimento compartilhado de puericultura como estratégia de cuidado na Atenção Primária à Saúde.	Trabalho multi/interprofissional (RE)
TCR20 (Odontologia)	Projeto de intervenção: pré-natal odontológico em uma unidade de saúde do município de Jaboatão dos Guararapes/PE.	Atenção à Saúde (PI)
TCR21 (Fonoaudiologia)	Engajamento dos agentes comunitários de saúde na amamentação de crianças com alterações craniofaciais na atenção primária à saúde.	Educação permanente em saúde (RE)
TCR22 (Nutrição)	Serviço residencial terapêutico: relato de experiência sobre a elaboração de um livro de receitas e de boas práticas na cozinha.	Atenção à Saúde Mental (RE)

Fonte: Acervo do PRMABSF/JG (2023).

## Vivências em saúde baseadas nos relatos de experiência e nos projetos de intervenção

De maneira geral, observa-se que os TCR tratam sobre temas como Atenção à Saúde, Atenção à Saúde Mental, assistência farmacêutica, formação e atuação profissional, educação permanente em saúde, trabalho interprofissional/multidisciplinar e práticas corporais/atividades físicas. No TCR 1, relatou-se que, durante o período entre maio e outubro de 2022, foi desenvolvido um grupo de práticas corporais/atividades físicas (PCAF) - baseado em uma estratégia

chamada de "Cuidando do cuidador" - voltado para promoção da saúde dos profissionais/trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família (USF), a fim de estimular a inclusão de uma rotina de atividades físicas por meio do treinamento funcional no contexto do ambiente de trabalho. O TCR 6 compartilha da mesma estratégia, porém, com aplicação de práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) para o autocuidado do trabalhador da saúde diante da sobrecarga física e emocional.

O RE do TCR 2, por sua vez, dispõe sobre a percepção do processo de trabalho do farmacêutico desenvolvido no período pandêmico. Já o TCR 6, dá ênfase sobre os principais caminhos formativos para a residência e a atuação da fisioterapia na Atenção Básica. Todavia, ambos abordam sobre a importância das ações envolvendo a educação em saúde, seja por meio das rodas de conversa sobre a atuação do farmacêutico, do tratamento para os usuários diabéticos e hipertensos, ou mesmo por meio da produção de materiais didáticos informativos, da distribuição de equipamentos de proteção individual e do atendimento individual e domiciliar em casos graves.

Os TCR 3, 5 e 8 abordam as alterações no processo formativo, ou seja, na adaptação das disciplinas teóricas e das atividades práticas do programa para o modelo de ensino remoto, havendo ações pontuais com vista à realização de demandas como visita ao território e atendimentos individuais e coletivos. Ações em grupos, reuniões de equipe e discussão de caso foram outras questões ajustadas para o sistema de rodízio entre os residentes da equipe, sendo tomadas medida como o distanciamento social, com exceção das ações que ocorreram no período da campanha de vacinação contra a covid-19.

O TCR 3 e 6 também ressaltam os desafios relacionados à carga horária do programa de residência, ao vínculo frágil entre equipe e usuário, à carência dos serviços e equipamentos ofertados - especialmente na rede de especialidades -, aos recursos tecnológicos limitados - teleatendimento e telerreabilitação - e às dificuldades pessoais dos residentes perante o contexto pandêmico. Além disso, as potencialidades

destacadas pelas vivências adquiridas no serviço, pela adaptação dos processos de trabalho perante a pandemia e pela experiência de conhecer e atuar em uma equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde (SUS) também foram abordadas.

No TCR 4, uma psicóloga apresentou uma vivência relacionada ao processo de matriciamento de uma equipe de Saúde da Família sobre a usabilidade do quesito raça/cor no preenchimento do cadastro do usuário. O referido momento de educação permanente em saúde foi realizado em quatro encontros. A residente destacou que esse processo oportunizou o esclarecimento de informações sobre o preenchimento do quesito, a capacitação dos profissionais da unidade, além da discussão sobre a política nacional de saúde da população negra e sobre as condições de saúde-doença que a afetam particularmente.

No TCR 7, uma assistente social relata a experiência de oficinas realizadas por meio de dinâmicas e exposições com os agentes comunitários de saúde (ACS) sobre a violência contra crianças e adolescentes, considerando esse tema de debate essencial dentro da Atenção Básica. Com isso, foram desenvolvidas quatro oficinas como estratégia de educação permanente em saúde entre os profissionais, as quais os sensibilizaram para a discussão da problemática, fomentando o aumento das notificações compulsórias e o preenchimento dos sistemas de informação em saúde acerca do tema. A residente destacou que a efetiva notificação de violência ainda se constitui como um desafio às equipes que atuam na Atenção Básica, tendo em vista o receio de ameaças e represálias.

No TCR 8, uma dentista retratou a atuação de seu núcleo profissional, que foi prejudicado por causa da limitação do espaço físico da unidade de saúde durante o contexto pandêmico. Ademais, o RE cita que foram realizadas outras atividades, como a assistência e a vigilância sanitária por meio de plantões aos finais de semana, para a realização de ligações e repasse de informações sobre os contaminados com a covid-19. Além dessa atividade, teve também os *drive-thru* da vacina e o acompanhamento da horta, com plantio de sementes e colheita dos frutos na própria unidade de saúde.

No TCR 9, uma nutricionista relatou a aplicação das PICS na Atenção Básica no contexto da saúde mental, por meio do uso da auriculoterapia e reiki em um grupo formado exclusivamente por mulheres. Algumas destas eram oriundas do grupo de atividades físicas da unidade, que foi suspenso devido à pandemia, e outras foram encaminhadas após atendimentos individuais realizados pela residente e/ou pelos ACS. Interessante observar que a denominação se dava por grupo, mas os atendimentos para as PICS aconteciam de forma individual, com horário previamente marcado, seguindo todo o protocolo de segurança e prevenção da covid-19.

A auriculoterapia e o reiki foram utilizados com o objetivo de relaxamento e para a minimização do sofrimento mental apresentado pelas usuárias, assim como das dores físicas relatadas a cada encontro. Após as sessões continuadas, as usuárias mencionaram a repercussão positiva da ação com o uso das PICS, e demonstraram satisfação com o cuidado recebido. Ao final, a nutricionista destaca a importância da experiência com atuação interdisciplinar no contexto da Saúde da Família e no SUS, como também do uso de ferramentas para além da medicalização, uma vez que os métodos alternativos empregados trazem resultados positivos para a saúde da população atendida, proporcionando vivências enriquecedoras e contribuindo com a mudança do olhar frente à atuação do profissional de saúde. Por fim, as técnicas de auriculoterapia e reiki demonstraram potencial de promoção de saúde e, de maneira autorreferida, as usuárias demonstraram redução dos sintomas de ansiedade, estresse, depressão e dores físicas. Por fim, a redução das queixas refletiu a satisfação das usuárias com a intervenção realizada.

O TCR 10 apresenta reflexões de uma assistente social acerca da percepção dos profissionais de saúde sobre o atendimento integral à saúde das mulheres lésbicas, a partir da experiência na Atenção Básica no município de Jaboatão dos Guararapes (PE). O relato surgiu com base na intervenção com oficinas com os profissionais, que aconteceram em duas unidades de Saúde da Família, com a temática "Saúde para elas: formação com agentes de saúde, enfermeiros e profissionais de saúde voltada para o cuidado com a saúde da mulher lésbica". As oficinas foram bem avaliadas pelos

participantes e a autora destaca que muitos desconheciam a existência e o funcionamento do ambulatório para essa população. Dessa maneira, se nota a importância da realização de ações educativas com o intuito de discutir as políticas de saúde LGBTQIAPN+ e, assim, refletir sobre as práticas profissionais, a fim de efetivar um atendimento universal, integral e equânime.

O TCR 11 também traz à pauta a população LGBTQIA+, abordando a invisibilidade da saúde da mulher lésbica por meio de um relato de experiência sobre a inflexibilidade na Atenção Básica em sua porta de entrada no SUS. A autora observou esse fato por meio de matriciamentos realizados em uma unidade de saúde no município de Jabotão dos Guararapes para todos os profissionais que lá atuavam, levando a uma discussão sobre o distanciamento das mulheres lésbicas das unidades de saúde. Chegou-se, então, à conclusão de que a reprodução e sustentação da heterossexualidade na condução dos cuidados em saúde traz como consequência esse distanciamento, pois não considera a especificidade da população lésbica, sendo, enfim, apontada essa fragilidade no serviço.

No TCR 12, um profissional de Educação Física relata a importância dos grupos de atividade física na Atenção Básica por meio da sua vivência em dois grupos, ambos compostos por mulheres questionadas sobre seu estado de saúde e práticas corporais. Posteriormente, as atividades foram divididas em dois blocos, um de atividades aeróbicas e outro de exercícios resistidos, que ocorriam em dias alternados. As participantes aderiram bem aos grupos, relatando que a atividade física foi benéfica para saúde corporal e mental, trazendo mudanças em seus hábitos de vida. O autor percebeu também que, além dos relatos, foi possível observar um melhor convívio entre as participantes.

No TCR 13, uma nutricionista apresentou sua vivência perante o acompanhamento e inserção em três equipes de saúde, entendendo o processo de trabalho de cada profissional. A sua percepção aponta que atuar durante a pandemia

foi uma experiência única, desafiadora e enriquecedora, além de observar como cada um contribui com suas atribuições específicas para um SUS que proporcione uma assistência equânime e universal.

No TCR 14, uma enfermeira relatou sua experiência frente a testes rápidos positivos para a sífilis em gestantes atendidas nos pré-natais em uma USF na Regional 6. Diante das gestantes com resultados positivos, foi necessário abordar o assunto da sua prevenção; mesmo que o percentual seja baixo, ainda é presente e se toma imprescindível a identificação de situações problema para elaborar estratégias resolutivas de maneira integrada à comunidade.

No TCR 15, outro enfermeiro descreveu sua vivência interprofissional junto à equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em consultas compartilhadas com gestantes e/ou parceiros. Durante os momentos compartilhados, os profissionais eram responsáveis por abordar diferentes temas voltados à saúde. No decorrer das oficinas, evidenciou-se que as gestantes tiveram um melhor entendimento sobre o conceito de paternidade participativa, por reconhecerem que a inclusão do pai no pré-natal implica na saúde da família. A presença paterna significou, também, o aumento das taxas de diagnóstico e tratamento, principalmente das doenças sexualmente transmissíveis, redução do estresse materno e da taxa de trabalho de parto prematuro. Diante disso, o trabalho interprofissional e a interdisciplinaridade mostraram-se como ferramentas promissoras para a promoção de saúde e educação permanente em saúde.

No TCR 16, uma fisioterapeuta relatou a experiência sobre promoção de saúde e a prática do treinamento muscular do assoalho pélvico com intuito de prevenir incontinência urinária (IU) em um grupo de mulheres que praticavam exercícios físicos. Os encontros realizados eram divididos em dois momentos: o primeiro era de educação em saúde e o segundo de treinamento dos músculos do assoalho pélvico e de incentivo à realização dos exercícios em casa. Diante dessa experiência, a educação em saúde mostrou-se como um fator que contribui para a prevenção da IU, sendo possível, também, envolver as usuárias como protagonistas de seu próprio cuidado.

O TCR 17, elaborado por uma nutricionista, apresenta um a experiência que almejou proporcionar melhorias à qualidade nutricional das refeições e à higiene local dos serviços de residências terapêuticas. Durante sua atuação no serviço, foi possível observar que a população das residências terapêuticas apresenta adoecimentos como diabetes, hipertensão, excesso de gases, constipação e ausência de dentes, necessitando de alimentos mais direcionados para suas necessidades. Ademais, na lista de compras das residências, foi possível notar a presença de vários alimentos ultraprocessados, sendo, por isso, sugerida a troca por alimentos mais saudáveis. Assim, a intervenção nutricional é de grande importância para que os usuários possam desenvolver bons hábitos alimentares e melhorar sua condição de saúde. No mais, um cardápio adaptado e elaborado para o local dos moradores, algo que fora realizado no estudo, tem impacto positivo, inclusive na convivência entre os usuários, contribuindo para o aspecto fisiológico, mental e nutricional.

No TCR 18, uma psicóloga promoveu uma discussão sobre a continuidade do cuidado na rede de atenção psicossocial no município de Jabotão dos Guararapes. O relato teve seu foco na atuação da profissional e na observação da estrutura da rede de serviços e evidenciou que, enquanto dispositivos de atenção psicossocial, o município conta com três Centros de Atenção Psicossocial, em distintas modalidades, e quatro Residências Terapêuticas. Diante disso, foi observado que essa quantidade é baixa, considerando a demanda e a proporção do município, algo que tende a fragilizar a assistência em saúde mental. Sendo assim, é preciso que haja espaço e estímulo para que as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família consigam matriciar e articular espaços de discussões sobre saúde mental junto às equipes de Saúde da Família.

No TCR 19, um enfermeiro relatou sua vivência junto a um cirurgião-dentista nos atendimentos compartilhados de puericultura em uma USF, que contemplava uma população de crianças de 0 a 2 anos. Nesses atendimentos, as genitoras eram a maioria dos acompanhantes, sendo elas orientadas sobre higiene bucal e o teste da linguinha. Nessa vivência, foi observado que os atendimentos compartilhados, além de serem bem aceitos pelas genitoras, geraram impacto positivo

tanto para os profissionais da saúde quanto para a comunidade, pois otimizaram o serviço, promoveram a troca de experiências e de saberes, contribuíram para uma assistência integral, humanizada e resolutiva, e, ainda, favoreceram o vínculo entre equipe e comunidade.

No TCR 20, um cirurgião-dentista relatou as ações para a implantação de fluxo de atendimento odontológico às gestantes em uma USF em Jaboatão dos Guararapes. Além disso, considerou, para a participação, todos os profissionais e trabalhadores de saúde da USF. Após análise dos dados, foi criado um fluxo único de percurso das gestantes dentro da USF, desde a entrada até o momento em que eram guiadas pelo ACS à equipe mínima - médico ou enfermeiro -, sendo, em seguida, realizada a consulta no consultório odontológico. Assim, apesar do indicador odontológico ainda se encontrar abaixo da média, foi possível observar avanços significativos.

No TCR 21, foi demonstrada pela fonoaudióloga, por meio da sua vivência, a promoção da qualificação para os ACS no manejo da amamentação de crianças com alterações craniofaciais na Atenção Básica. Todas as ACS presentes na capacitação demonstraram assimilar o conteúdo, interagindo com a mídia audiovisual utilizada e as demonstrações realizadas acerca do tema. Mesmo assim, surgiram alguns questionamentos pertinentes ao tema, tendo dado as próprias ACS um feedback positivo sobre a experiência. O estudo mostrou a importância de ações de educação permanente em saúde para os ACS em sua prática profissional, na intenção de munir esses profissionais de conhecimentos apropriados acerca da amamentação em crianças com alterações craniofaciais e fortalecer a prática para a dupla mãe-bebê.

Por fim, no TCR 22, a nutricionista elaborou um livro de receitas e boas práticas na cozinha para cuidadores dos serviços residenciais terapêuticos (SRT), a fim de proporcionar uma alimentação segura. No primeiro momento, os nutricionistas residentes realizaram visitas às residências terapêuticas; no segundo, foi planejado e construído materiais relacionados à proposta elencada, com posterior aplicação de um treinamento aos funcionários dos SRT. Por conseguinte, realizaram-se novas visitas,

para verificar a aplicabilidade das recomendações feitas no treinamento. Logo após, houve a construção conjunta do livro, obtendo um resultado positivo para os nutricionistas residentes, para os moradores e, principalmente, para os cuidadores dos quatro SRT.

### **Avaliação crítica**

Dentre os 48 TCR identificados, somando aqueles das turmas 4 e 5, quase a metade (22 TCR) foi produzida nas abordagens de RE e PI. Além disso, foi observado que uma parcela do total dos TCR foi feita com base em revisões bibliográficas e pesquisas de campo por meio de entrevistas e questionários. É importante ressaltar, ainda, que o programa de residência em questão ofertava entre 34 e 40 vagas para as diversas categorias profissionais. Diante disso, identificou-se que foram selecionados 40 residentes nos anos de 2019 e 2020, correspondente às turmas 4 e 5, respectivamente. Percebe-se, portanto, uma quantidade menor de TCR produzidos em comparação ao número total de profissionais selecionados naquele período. Isso pode ser decorrente de fatores como a desistências e/ou o trancamento da matrícula no programa, ou do adiamento da conclusão do TCR.

Diante disso, nota-se que os 22 TCR que foram produzidos, resultantes das vivências em saúde dos residentes, aparentemente, justificaram-se pelas possíveis barreiras impactadas pela pandemia de covid-19, que inviabilizaram a realização de mais PI e pesquisas de campo. Entre as circunstâncias podemos elencar as medidas de isolamento e distanciamento social, a inviabilidade da realização de ações em grupo com usuários ou profissionais para o desenvolvimento de projetos de intervenção, problemas pessoais, como também a necessidade de evidenciar o processo de trabalho do residente e a facilidade de conduzir esse método de produção/elaboração do conhecimento. Contudo, é importante ressaltar que os TCR produzidos na abordagem de relato de experiência evidenciaram as dificuldades e potencialidades dos processos de inserção dos residentes nos territórios e nos serviços na Atenção Básica e

especializada. As transformações e adaptações dos processos formativos para o modelo de ensino remoto, além da atuação dos residentes no contexto da pandemia, possibilitou o desenvolvimento de habilidades e competências profissionais perante as circunstâncias atípicas.

Nesse sentido, é preciso destacar os possíveis impactos que o contexto pandêmico pode ter ocasionado na formação dos residentes em questão. Alguns impactos perpassam a possibilidade de ter ocorrido desistências por parte de alguns residentes durante sua formação, a sensação de medo perante a pandemia, a mudança de atividade teórico-presencial para o ensino remoto e o distanciamento da formação específica - haja vista que as ações em saúde se concentravam, na maioria do tempo, nos cuidados de pacientes e usuários do serviço que estavam adoecidos pela covid-19 (Oliveira *et al.*, 2020). Apesar dos impactos que acometeram os residentes nesse processo, os TCR mostram um recorte dos momentos da atuação e resiliência diante do contexto pandêmico em prol da realização de ações assistenciais, gerenciais, educativas e formativas no programa e no serviço de saúde na Atenção Básica. Nesse sentido, percebe-se que os residentes, durante a pandemia, conseguiram desenvolver habilidades e competências que incluíram a resiliência necessária para se adaptar e contribuir na continuidade, com ações na Atenção Básica, oferecendo, assim, respostas às necessidades da pandemia e implementando inovações assistenciais e educativas (Filipe *et al.*, 2023).

## **Conclusão**

Diante do exposto, constata-se que o período pandêmico trouxe impactos para as vivências dos residentes em território, dado o distanciamento social, o sistema de rodízio entre os residentes da equipe e a dificuldade da realização dos atendimentos individuais ou compartilhados, das ações em saúde, das visitas domiciliares e de outras atividades, para as quais os residentes precisaram se adaptar, tendo que enfrentar inúmeros desafios, incluindo o da modalidade remota de ensino. Ressalta-se, também,

que o advento da pandemia fortaleceu o laço entre os profissionais da equipe. A atuação multiprofissional, conforme relatado em alguns dos trabalhos, foi potencializada por meio da troca entre os diferentes saberes que partilhavam atividades, atuando em conjunto desde o planejamento até a execução ou reorientação das ações.

Além disso, destacam-se as estratégias de cuidado em saúde mental desenvolvidas nos territórios de atuação dos residentes. A pandemia trouxe maior notoriedade a essa temática e iniciativas voltadas para o cuidado à saúde mental dos profissionais da saúde, que atuavam na linha de frente da doença, como o "Cuidando do cuidador". As que se utilizavam das PICS obtiveram resultados positivos entre os participantes, demonstrando sua grande relevância para o contexto da época. Por fim, entende-se que, apesar das dificuldades encontradas, as turmas apresentaram experiências singulares em território ao decorrer da realização dos seus trabalhos de conclusão de curso. E, ainda que o cenário não tenha sido o ideal, seus relatos mostram o quanto essas vivências contribuíram para formar os profissionais que se tomaram.

## Referências

- Aquino, E. M. L., Pescarini, J. M., Silveira, I. H., Aquino, R., Souza-Filho, J. A., Rocha, A. S., Ferreira, A., Victor, A., Teixeira, C., Machado, D. B., Paixão, E., Alves, F. J. O., Pilecco, F., Menezes, G., Gabrielli, L., Almeida, M. C. C., Ortelan, N., Fernandes, Q. H. R. F., Ortiz, R. J. 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, 2423-2446.
- Felipe, D. A., Albuquerque, P. C., Costa, K. A. O., Andrade, Â. C. L. C., Santos, K. P., & Araújo, J. M.A. (2023). O papel das residentes em saúde para a resiliência da Atenção Básica no contexto da covid-19. *Saúde debate*. 47(137), 42-57. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313703>
- Jaboatão dos Guararapes. (2020a, 16 de março). *Decreto Municipal n.º 24, de 16 de março de 2020*. Declara Situação de Emergência no Município de Joaboatão dos Guararapes para fins de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Joaboatão dos Guararapes. <https://diariooficial.jaboatao.pe.gov.br/2020/03/17/17-de-marco-de-2020-xxx-no-051-jaboatao-dos-guararapes/>
- Jaboatão dos Guararapes. (2020b, 20 de março). *Decreto Municipal n.º 30, de 20 de março de 2020*. Determina a adoção, no âmbito da Administração Pública Direta e Indireta, de medidas temporárias e emergenciais adicionais de prevenção de contágio pelo COVID-19 (Novo Coronavírus), bem como no setor privado municipal, e dá outras providências. DOM, Joaboatão

dos Guararapes. <https://diariooficial.jaboatao.pe.gov.br/2020/03/20/20-de-marco-de-2020-xxx-no-054-a-jaboatao-dos-guararapes-edicao-extraordinaria/>

Kerr, L., Kendall, C., Silva, A. A. M., Aquino, E. M. L., Pescarini, J. M., Almeida, R. L. F., Ichihara, M. Y., Oliveira, J. F., Araújo, T. V. B., Santos, C. T., Jorge, D. C. P., Miranda Filho, D. B., Santana, G., Gabrielli, L., Albuquerque, M. F. P. M., Almeida-Filho, N., Silva, N. J., Souza, R., Ximenes, R. A. A., ... Barreto, M. L. (2020). Covid-19 no Nordeste brasileiro: Sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 4099-4120.

Oliveira, G., Moreira, A. P., Floriano, L. S. M., Bordin, D., Bobato, G. R., & Cabral, L. P. A. (2020). Impacto da pandemia da covid-19 na formação de residentes em saúde. *Brazilian Journal of Development*, 6(11), 90068-90083.

Pernambuco. (2020). *Decreto 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. Alepe Legis. <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=6&numero=48809&complemento=0&ano=2020&tipo=&url=>

Souza, W. V., Martelli, C. M. T., Silva, A. P. S. C., Maia, L. T. S., Braga, M. C., Bezerra, L. C. A., Dimech, G. S., Montarroyos, U. R., Araújo, T. V. B., Barros Miranda-Filho, D., Ximenes, R. A. A., ... Albuquerque, M. F. P. M. (2020). Cem dias de covid-19 em Pernambuco, Brasil: A epidemiologia em contexto histórico. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(11), e00228220.

Werneck, G. L., & Carvalho, M. S. (2020). A pandemia de covid-19 no Brasil: Crônica de uma crise sanitária anunciada. *Caderno de Saúde Pública*, 36(5), 1-4.

# CAPÍTULO 13

## EFEITOS DA PANDEMIA DE COVID-19 E DA IDEOLOGIA DOMINANTE NO PROCESSO DE REAFIRMAÇÃO E PRESERVAÇÃO DA CULTURA CORPORAL EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO AGRESTE MERIDIONAL PERNAMBUCANO

Fernando de Lima  
Nicole Caroline Nascimento da Silva Carvalho  
Taynara Poliana Gonçalves de Melo  
Emmanuelly Correia de Lemos

### Introdução

Os povos e comunidades quilombolas no Brasil têm vivenciado impactos históricos do racismo estrutural (Almeida *et al.*, 2021). Nesse contexto, barreiras profundas relacionadas ao acesso a políticas públicas fundamentais de saúde, educação, cultura, lazer e direito à terra estiveram presentes nos quilombos e intensificaram-se ainda mais diante da crise sanitária causada pela covid-19 (Silva & Souza, 2021). Essas comunidades mantêm um profundo vínculo de identidade com seus territórios, reafirmando sua existência, modos de vida, pertencimento e cultura vinculada à garantia da sua terra e à resistência contra as opressões historicamente vivenciadas (Silva & Souza, 2021).

Nesse sentido, é importante destacar a vasta riqueza de corporeidades e manifestações por meio do movimento nas comunidades quilombolas (Mussi *et al.* 2016). A cultura corporal é tratada como uma prática na qual seus temas expressam um significado que, dialeticamente, interpenetram a intencionalidade dos seres e os objetivos da sociedade com a qual o processo de modificação do mundo natural se relaciona, expressando isso na sociedade e na natureza (Coletivo de Autores, 1992). Assim, a cultura corporal representa, simbolicamente, as diferentes realidades vividas em diferentes tempos históricos (Cararo, 2008).

A materialidade corpórea tem sido historicamente construída e, portanto, existe uma cultura corporal resultado de conhecimentos socialmente produzidos e historicamente acumulados pela humanidade e que necessitam ser transmitidos e retraçados (Coletivo de Autores, 1992). No entanto, durante o período pandêmico, quando houve a intensificação de diversas barreiras aos direitos fundamentais, o isolamento, o adoecimento e a morte de quilombolas afetaram negativamente essas vidas, transformando sua dinâmica de organização político-social, bem como seus vínculos com suas memórias ancestrais, seus saberes e práticas culturais, de espiritualidade e de cuidado (Soares *et al.*, 2021).

O presente estudo teve como objetivo analisar as manifestações da cultura corporal das comunidades quilombolas de Garanhuns (PE), considerando seu contexto socio-histórico, identificando os fatores que influenciam seu apagamento e/ou preservação da cultura corporal nesses territórios. Junto a isso, se buscou identificar qual a relação percebida pelos próprios quilombolas entre as expressões da cultura corporal e a saúde, de forma a contribuir para o resgate e preservação das expressões de culturas corporais nos quilombos.

### **Papel da Educação Física crítica no resgate e preservação das expressões de cultura corporal nos quilombos: uma via de promoção da saúde**

A compreensão sobre o acesso à saúde pelo povo negro, quilombola e do campo, perpassa pelo reconhecimento da saúde como ato revolucionário de busca pela sua sobrevivência e dignidade (Simon & Guimarães, 2019), principalmente diante de tantos processos de negação. Estes fazem do quilombo uma unidade de resistência total e radical contra o racismo, os resquícios do sistema escravagista e o capitalismo. Nesse sentido, a dimensão e continuidade histórica dos quilombos os colocam em uma reação permanente e organizada de luta e combate às injustiças sociais que atingem o povo negro até hoje (Moura, 2021) e os transformam em comunidades.

Nesse cenário, o movimento negro vem pautando arduamente o acesso aos mais variados espaços, entre eles, o da saúde (Werneck, 2016). Essa atuação tem extrema importância na integração da busca *pelo acesso à e pela promoção da* saúde à população negra, visto que, mesmo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), isso ainda não é suficiente para que se supere as barreiras implantadas pelo racismo estrutural (Sateles & Lacerda, 2020).

Dessa forma, minimizar a exposição dessa população a comportamentos de risco e promover a adoção de estilos de vida mais ativos e saudáveis, por meio da criação e fortalecimento de programas e espaços públicos que incentivem práticas corporais e atividades físicas (AF), além de reduzir as iniquidades, são ações imprescindíveis para a promoção da saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (Malta *et al.*, 2017). Nesse contexto, o papel do profissional de Educação Física é primordial.

Dentro do leque de estratégias da Promoção à Saúde no SUS, as práticas corporais se inserem na otimização de ações e processos relacionados à diminuição de fatores de risco à saúde, sedentarismo e no acesso ao lazer e cultura como direitos (Claros *et al.*, 2011). Isso se atrela ao fato de que, segundo Mussi *et al.* (2015), os povos tradicionais quilombolas vêm apresentando níveis de AF insuficientes, somados a alguns outros determinantes de saúde, como a vulnerabilidade socioeconômica e o difícil acesso a equipamentos públicos de saúde, educação, cultura e lazer, o que pode levar a um agravamento da situação de saúde (Bezerra *et al.*, 2015).

Diante do exposto, o fortalecimento das ações que promovam a mudança de estilo de vida e que estimulem a prática de AF na perspectiva da cultura corporal, considerando os impactos culturais da inserção dos sujeitos em programas de AF, é essencial para a boa atuação do profissional de Educação Física nesses territórios (Rodrigues *et al.*, 2020). Igualmente, essa atuação, na perspectiva da cultura corporal na Educação Física no SUS, marca uma posição central no resgate, fortalecimento e preservação de práticas e conhecimentos historicamente construídos e acumulados

pelas comunidades quilombolas, demonstrando, assim, grande potencial para a promoção da saúde e da consciência crítica, sendo esta indispensável para se assegurar a resistência desse povo (Escobar, 1995).

Assim, os objetivos dentro da cultura corporal caracterizam-se por um acervo de capacidades, valores e conhecimentos que são socialmente produzidos, culturalmente distribuídos, historicamente construídos, ensinados e transmitidos. Esse acervo constitui um complexo cultural que se manifesta através das práticas corporais, categorizadas como esporte, jogo, ginástica, luta e dança (Taffarel, 2016). A partir disso, é imprescindível discutir sobre a concepção acerca das manifestações culturais das comunidades tradicionais quilombolas e suas riquezas em relação à corporeidade, sendo esta uma importante via de promoção da saúde (Mussi *et al.*, 2015).

### **Estudo com a população quilombola**

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. Trata-se, portanto, de um estudo descritivo-qualitativo que, por meio do materialismo histórico e dialético, realizou uma análise da realidade em sua complexidade, tendo a ideologia como categoria central. Dessa forma, definiremos "ideologia" como uma categoria que compõe uma superestrutura - estratégias dos grupos dominantes para a consolidação e perpetuação do seu domínio econômico, político e social -, que perpassa pelas estruturas do direito, religião, cultura, arte etc., ou seja, mantendo uma relação próxima com a produção e reprodução da vida material da sociedade de classes (Perez, 2018).

Portanto, se tratando de uma sociedade de classes antagônicas (dominante x dominado), é fundamental diferenciar o caráter da ideologia que age a serviço dos interesses da classe dominante daquela que se efetiva à favor da luta das classes dominadas. Logo, a ideologia da classe dominante impera na preservação do *status*

*quo*, mistificando a realidade e apresentando seus interesses como universais, na tentativa de naturalizar, justificar e eternizar a ordem vigente. Já a ideologia vinculada à luta das classes exploradas e oprimidas busca desvendar as contradições do presente, mostrando a natureza transitória e histórica da ordem instituída, com o intuito de superá-la (Perez, 2018).

A população deste estudo foi a de quilombolas adolescentes, adultos e idosos, de todos os gêneros, dos quilombos Caluête, Timbó e Estrelas, localizados na cidade de Garanhuns, em Pernambuco. Essa escolha se deu por se tratarem de áreas de atuação da sexta turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase em Saúde da População do Campo (Saúde do Campo), da Universidade de Pernambuco. Como critério de inclusão, foram selecionados indivíduos pertencentes a essas comunidades, sendo excluídos aqueles que não pertencessem a esses quilombos, que não participassem de todas as etapas da pesquisa e que não se identificassem como quilombolas.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a dezembro de 2021, por meio de questionários e entrevistas semiestruturadas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar "Hospital Universitário Oswaldo Cruz e do Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco Professor Luiz Tavares" (CEP-HUOC/PROCAPE), sob o número CAEE 45742421.0.0000.5192, e parecer de comprovação de número 038279/2021. Todas as pessoas entrevistadas concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

### **Cultura corporal e saúde**

A amostra foi composta por 22 mulheres (84,62%), com média de idade de 30 anos, e quatro homens, com média de idade de 24 anos. No quesito raça/cor,

88,46% dos participantes eram negros - pretos e pardos. A maioria apresentava baixo nível de escolaridade, sendo analfabetos ou tendo completado somente até o 4º ano do ensino fundamental (46,15%). Quanto à ocupação, 42,31% eram estudantes, 61,54% eram solteiros e 76,92% não possuíam salário. Em relação à quantidade de filhos, 57,69% da amostra não tinha filhos. A caracterização das condições de saúde das pessoas que participaram das entrevistas nos quilombos apresentou que 53,85% relataram estar com uma saúde regular, 50% afirmaram ter uma percepção muito boa do cuidado com sua saúde, 80,77% falaram que a ida ao serviço de saúde só ocorre quando estão doentes, e 96,15% afirmaram procura a Unidade de Saúde da Família quando necessitam de algum atendimento. Os resultados qualitativos obtidos nas entrevistas foram descritos considerando as seguintes categorias: (1) cultura corporal e saúde, e (2) a luta pela reafirmação do "ser quilombola", ambas balizadas pela ideologia dominante.

### **Compreensão do processo saúde-doença nas comunidades quilombolas**

Ao analisar os dados obtidos nas entrevistas, o processo saúde-doença mencionado pelas pessoas entrevistadas revelou que a maioria (53,85%) tinha uma autopercepção negativa de sua saúde, classificando-a como "regular". Isso aponta para o pressuposto, conforme discutido por Freitas *et al.* (2018) e Oliveira *et al.* (2015), de que os determinantes sociais da saúde, relacionados a aspectos demográficos, socioeconômicos, educacionais e ao acesso a equipamentos e políticas públicas, são fatores que influenciam a percepção do estado de saúde e das condições reais de saúde, identificadas nas entrevistas, nesse caso, como negativas. Corroborando Silva e Souza (2021), isso evidenciou o significativo grau de vulnerabilidade nos quilombos, devido às barreiras no acesso a políticas públicas fundamentais, agravadas pela crise sanitária decorrente da pandemia de covid-19.

No entanto, outro ponto a se levantar é sobre a percepção de cuidado produzido pelas próprias pessoas do quilombo, onde metade dos entrevistados relatou ter um cuidado "muito bom" com sua própria saúde. Isso ressaltou a importância do cuidado tradicional e dos saberes populares e ancestrais nesses territórios, considerando, ainda, que estes têm uma forte relação contra-hegemônica ao cuidado médico-centrado uni-causal. Essa relação acontece pelo fato de trazerem consigo a concepção de que saúde vem por meio do acesso ao alimento e à terra, por meio da natureza e do culto à prosperidade no cotidiano, como visto em alguns relatos:

Ter como fazer as coisas, cozinhar, comer. (P15)

As plantas medicinais, a rezadeira e a felicidade. (PIO)

A mata, floresta. o ar, a barragem e a água. (P1)

Comer alimento saudável. (PS)

Sossego, paz, felicidade, fartura na mesa, união e harmonia. (P25)

Ter comida e trabalhar. (P20)

Nesse aspecto, observou-se uma fragilidade no SUS em acolher efetivamente as necessidades das populações quilombolas, apesar da Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), constituir a porta de entrada e a principal forma de assistência dada para esses povos dentro do SUS. A grande maioria dos entrevistados (96,15%) relatou procurar e depender desse serviço. No entanto, 80,77% deles também relataram que a procura por assistência à saúde só ocorre quando estão com algum problema de saúde evidente. Nos relatos, demonstra-se um desejo coletivo por acesso à saúde e a dificuldade dos profissionais de saúde em chegar nos territórios:

Ter a cooperação e participação da comunidade nos interesses coletivos. (P13)

Ter atendimento médico na comunidade mais vezes. A prática de esportes. (P2)

O que pode promover saúde é prefeito conhecer a realidade da comunidade e fazer algo em relação a isso. (PI 9)

## A cultura corporal nos quilombos

O levantamento a respeito das práticas de expressão de culturas corporais, relatadas pelas pessoas entrevistadas dos territórios quilombolas, mostra que a grande maioria pratica alguma dessas expressões (80,77%); dentre elas, a dança teve a maior prevalência (61,54%). Guerra (2008) e o Coletivo de Autores (1992) afirmaram que a cultura corporal afro-brasileira, carregada de elementos materiais resultantes do acúmulo histórico de conhecimentos socialmente reproduzidos, reafirmados, retraçados e transmitidos por esse povo, se manifesta por meio do movimento, do corpo, da dança, do ritmo e sons. A dança, portanto, está presente em todas as manifestações culturais das comunidades quilombolas, sendo vista nos rituais, nas festas populares, nas manifestações artísticas e sociais, tal como expressa Corrêa (2012) em seus escritos.

Porém, apesar dessa forte relação com a dinâmica e organicidade quilombola, os grupos de dança dessas comunidades apresentam dificuldades para promover atividades com frequência devido às restrições e perdas causadas pela pandemia de covid-19 e ao êxodo dessa população para a cidade, que migra em busca de acesso a direitos básicos, levando consigo parte das raízes, histórias e saberes para fora do quilombo - conforme podemos verificar nas falas a seguir:

Quem sabia teve que ir embora da comunidade. (P1)

O povo teve que sair pra outros lugares e foi se perdendo. (P21)

Não ter pessoas que desse continuidade a essas práticas aqui na comunidade. (P18)

A pandemia e o clima. (P20)

Agora é a pandemia, mas antes também não vinha. (P1)

Isso também está visível em outras manifestações de cultura corporal presentes nos quilombos, como nos esportes, brincadeiras e jogos populares, os quais,

mesmo estando presentes, têm uma frequência reduzida por causa da falta de acesso a espaços de lazer e da inserção de uma "cultura branca", instituída pela ideologia dominante que adentra os quilombos e impacta a preservação dos saberes históricos e culturais dessas comunidades (Cabral, 1977; Perez, 2018).

Atrelada a isso, a falta de políticas públicas que incentivem o resgate, apoiem as práticas e fortaleçam a preservação das mesmas faz com que os mais velhos e detentores de conhecimentos saiam da comunidade em busca de outros meios de sobrevivência, permitindo, com isso, que haja uma mistificação da realidade nesses territórios, instaurando a percepção de que o "velho" - história e cultura da comunidade - não serve mais e de que a tecnologia e o "novo" são, agora, a representação universal e natural da ordem vigente, imperada pela ideologia dominante. Esse fenômeno pode ser observado nos relatos a seguir:

O surgimento de novas brincadeiras e danças, a tecnologia. (P9)

Pessoas que não incentivam essas práticas aqui na comunidade. (P5)

A Internet, a modernização das coisas. Isso trouxe o desinteresse. (P26)

O uso do celular pelos jovens e a falta de incentivo. (P11)

O celular e a Internet afastaram muito as crianças dessas práticas. (P16)

Nesse contexto, a capoeira possui uma forte representação. Carmen Lucia Soares ressalta que "em seu conjunto de gestos, a capoeira expressa de forma explícita a 'voz' do oprimido na sua relação com o opressor" (Coletivo de Autores, 1992, p. 53). Entretanto, os grupos de capoeira estão passando por um período de não-prática nessas comunidades quilombolas. Isso representa uma forma de apagamento das culturas corporais, resultante do sufocamento das condições de vida dignas no território, o que força seu povo a sair em busca de sobrevivência. Além disso, o incentivo à inserção de práticas hegemônicas não-quilombolas, impostas pela ideologia dominante em detrimento da tradição e ancestralidade cultural, é uma forma velada de racismo e apagamento de tudo o que é construído pelo povo negro, como se observa nas falas das pessoas entrevistadas:

A idade avançada das coisas. A saída do pessoal para o trabalho longe da comunidade e a falta de espaços de lazer. (P4)

O passar do tempo apagou muita coisa que se tinha antes. (P10)

É porque não tem quem incentive ou repasse as coisas. (P3)

A falta de convivência com os mais velhos. (P20)

O não ensinamento. (P1)

Essa situação, como afirmam Souza e Lara (2011), revela que a cultura corporal quilombola serve como um meio de acesso às dimensões sociais, manifestações e significados por meio do corpo e do movimento, contribuindo para a consolidação de formas legítimas de resistência, luta política e valorização étnica de um povo. A busca dos territórios por reativar seus grupos, repassar conhecimentos e preservar sua identidade e ancestralidade reflete, segundo Moura (1987), movimentos que não se comportam como alienação, mas como um grau de consciência social que rejeita as investidas das estruturas ideológicas da classe dominante. Essa consciência crítica é transmitida de geração em geração, como evidenciado nos discursos dos entrevistados quando questionados sobre o que faz com que essas expressões de cultura corporal sejam preservadas em seus territórios:

Os ensinamentos dos mais velhos. (P6)

Preservação da nossa cultura. (P15)

Pessoas que podem ensinar e repassar isso para as outras pessoas. (P25)

Incentivo ao resgate das brincadeiras e da cultura de antigamente. (P17)

Isso, como aborda Perez (2018), ressalta que o resgate e o fortalecimento da presença dessas práticas corporais nos territórios quilombolas são formas ideológicas vinculadas à luta pela reafirmação do ser quilombola e à superação das contradições presentes, fortalecendo os meios de resistência e preservando suas ancestralidades em meio às investidas da classe dominante, que negligenciou o direito à saúde e à vida

desses povos na pandemia de covid-19 com sua política de extermínio das comunidades quilombolas.

Nesse sentido, Bâ (1982) frisa que a perda de vidas quilombolas significa, também, a perda de história, de conhecimentos, memórias e de acúmulos historicamente construídos e repassados, primordialmente, pela oralidade e pela experiência corporal, sendo estas meios legítimos de luta, resistência e reafirmação de um povo e de um território. Assim, como Alves *et al.* (2023) destacam, à medida que perdas relacionadas à pandemia de covid-19 impactaram grupos mais vulneráveis - como os idosos -, essa perda gerou rupturas nas transmissões dos saberes intergeracionais nos territórios, que eram então repassados por meio da oralidade aos mais jovens. Isso implicou uma séria transformação no modo de vida, organização e preservação da cultura desses grupos.

Portanto, como aborda Cabral (1977), a cultura negra é moldada por condições socioeconômicas e situações de subdesenvolvimento, exigindo que o apego do povo negro a ela seja extremamente forte. Com isso, é necessário lutar por sua reafirmação, visto que a cultura corporal nesses territórios deve ser também compreendida como um meio de promoção da saúde - principalmente pelos profissionais de saúde que se inserirem na construção coletiva de saúde nessas comunidades. Assim, os profissionais de saúde devem contribuir para subsidiar estratégias de formulação e reformulação de programas e políticas de promoção da saúde, de modo que integrem as especificidades das populações tradicionais do campo, como as comunidades quilombolas.

Movimentar, comer bem, dormir bem, pensar coisas boas. (P1)

Fazer exercício. (P5)

O grupo de dança promove saúde aqui. (P13)

Seria bom pra saúde mental e física da gente. (P9)

Terá muita importância, pois perdemos essas práticas na comunidade. (P12)

De positivo terá o conhecimento dessas práticas para quem não sabe,

principalmente para os mais novos. (P10)

Vai ser bom, pois trará a participação coletiva novamente. (P22)

Aliás, os relatos acima demonstram que, para os quilombolas, a relação com sua cultura corporal é também uma busca por saúde, mas por uma saúde que considere a integralidade e as especificidades do povo quilombola, superando a lógica hegemônica e curativista que define saúde como ausência de doença ou como algo exclusivamente dependente de medicamentos. Além disso, eles evidenciam a necessidade de programas e políticas de promoção da saúde que não sigam a mesma lógica da dinâmica urbana, mas, sim, que dialoguem com a construção histórica e cultural daquele território.

### **A luta pela reafirmação do ser quilombola**

As formas de resistência do povo negro quilombola perpassam pela construção e todas as relações do seu ser social, onde o racismo balizado pela ideologia dominante determina as interações, sendo um elemento constitutivo estrutural, político, cultural e econômico, munido de materialidade e historicidade, o que intensifica os processos de expropriação de tudo que é produzido e constituído pelo povo negro (Almeida; Soares; Farias, 2021). Desta forma, observa-se que o desejo dos quilombos é a reafirmação de ser quilombola e do resgate e preservação de sua cultura como ato de resistir às investidas do racismo estrutural, como se vê nos relatos a seguir:

Sim, seria importante o resgate para compartilhar os ensinamentos. (P15)

Para aprender nossa cultura. (P19)

Para reviver a cultura do nosso quilombo. (P7)

Ter mais espaços para diversificar as danças, as aulas, os esportes. (P8)

Essas relações, segundo Costa *et al.* (2019), são também marcadas pela marginalização e pela intensificação das contradições geradas por um modelo de sociedade em que as relações capitalistas influenciam no êxodo da população quilombola para as cidades. Além disso, os autores apontam que são, em sua grande maioria, os povos negros que ocupam cargos de baixa remuneração e com precárias condições de trabalho, isto é, subempregos. No campo, essa população dedica-se integralmente ao trabalho, influenciando negativamente na sua adesão às diversas formas de cuidado, pois não possuem momentos de descanso ou lazer. Esses fatores, como citado nas entrevistas, criam entraves para a participação nos espaços de promoção da saúde: "Ser liberado do trabalho (P9). As tarefas diárias no campo ou domésticas. A disponibilidade (P17)".

Agregado a isso, Sateles e Lacerda (2020) ressaltam que o cuidado tradicional, promovido nas comunidades quilombolas, é a ferramenta para suprir a precariedade da assistência do Estado à saúde do povo preto e quilombola, sendo o racismo, engendrado nessas instituições, um fator central e ideológico para a produção dessas iniquidades sociais - como levantado nas falas a seguir: "O presidente e governantes que não investem e não olham pra gente (P3). A falta de profissionais que promovam essas práticas aqui (P15). A falta de apoio da prefeitura ao quilombo (P25)".

Partindo desse pressuposto, Moura (2021) e Oliveira (2011, 2016) abordam que as resistências negras aos resquícios do racismo estrutural, historicamente construído no Brasil, conferem ao povo negro um caráter singular, tomando-o sujeito político na formação socio-histórica brasileira. Segundo o pensamento mouriano, essa resistência é caracterizada como uma *práxis negra*, ou seja, o povo negro tem demonstrado, ao longo da história, uma disposição contínua para resistir de forma identitária, ideológica, física, cultural e política, por meio de suas variadas formas de organização.

Essas situações, conforme apontado por Simon e Guimarães (2019) e por Moura (2021), são fatores centrais que condicionam e determinam o processo saúde-

doença nesses territórios. Elas revelam que a busca por acesso digno à saúde, pela preservação da cultura corporal e pela permanência em seus territórios, como *práxis negra*, constituem um ato revolucionário de reafirmação e sobrevivência do povo quilombola. O quilombo, em toda a sua construção histórica e ancestral, emerge como uma ferramenta contínua e histórica de negação total e radical às investidas da ideologia dominante, enraizada no racismo. Essa negação se manifesta como uma reação permanente e organizada de luta e combate às iniquidades sofridas pelo povo negro, em que o acesso ao cuidado é entendido como um ato de resistência e persistência nas práticas tradicionais e ancestrais.

## Conclusão

Observou-se que os determinantes sociais da saúde nos quilombos condicionam sua população a uma percepção negativa de saúde, enquanto o cuidado ancestral nas comunidades assume um caráter contra-hegemônico em relação ao modelo de saúde pautado unicamente na ausência de doença. A cultura corporal presente nos quilombos, bem como seu resgate e preservação, transcende o sentido exclusivo de lazer, sendo percebida como uma possibilidade organizativa que contribui para uma direção política crítica e para a transformação da realidade. Essa cultura é direcionada para formar praticantes que se tomem espectadores críticos, capazes de compreender a história e a ancestralidade por trás de cada movimento, representando uma verdadeira *práxis negra* de consolidação da luta, resistência e valorização étnica, que nega as investidas ideológicas dominantes.

A perda dessas vidas pela pandemia de covid-19, aliada ao racismo estrutural que força o povo quilombola a buscar condições de acesso a direitos básicos - historicamente negados - fora de seus territórios, gerou rupturas intergeracionais que, infelizmente, afastaram as raízes, histórias, culturas e saberes ancestrais dos quilombos, abrindo espaço para a inserção de uma cultura não-quilombola imposta pela ideologia dominante. Sendo assim, é importante que sejam realizados outros

estudos que problematizem o papel da Educação Física e os efeitos da pandemia de covid-19 sobre as populações tradicionais do campo, a partir da promoção da saúde e da preservação de suas ancestralidades.

## Referências

- Almeida, S. L., Soares, L. R., & Farias, M. (2021). Editorial n.º 4: Capitalismo e racismo - A práxis negra. *Revista Fim do Mundo*, 2(4), 15-18.
- Alves, H. J., Soares, M. R. P., Costa, R. R. S., & Santos, L. A. (2023). Saúde da Família, territórios quilombolas e a defesa da vida. *Trabalho, Educação e Saúde*, 21, e02209219.
- Bâ, A. H. (1982). A tradição viva. In Zerbo, J. K-Z. (ed.), *História geral da África* (pp. 167-211). Unesco.
- Bezerra, V. M., Andrade, A. C. S., César, C. C., & Caiaffa, W. T. (2015). Domínios de atividade física em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil: Estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(6), 1213-1224.
- Cabral, A. (1977). *Unidade e luta: A prática revolucionária*. [textos coordenados por Mário Pinto de Andrade]. Seara Nova.
- Cararo, L. G. (2008). *Por uma Educação Física histórica e crítica: Uma possibilidade metodológica*. [Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade Estadual de Maringá].
- Claros, J. A. V., Armando, J., Vélez Álvarez, C., Sandoval Cuellar, C., & Alfonso Mora, M. L. (2011). Actividad física: Estrategia de promoción de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(1), 202-218.
- Coletivo de Autores [Soares, C. L., Taffarel, C. N. Z., Varjal, M. E. M., Castellani Filho, L., Escolar, M. O., & Bracht, V.]. (1992). *Metodologia do ensino de educação física*. Cortez.
- Corrêa, I. L. S. (2012). Cultura corporal afro-brasileira na escola: Resistência e perspectiva de estudantes do Ensino Médio. *Cadernos do Aplicação*, 25(1), 81-105.
- Costa, L. A., Carneiro, F. F., Almeida, M. M., Machado, M. F. A. S., Dias, A. P., Menezes, F. W. P., & Pessoa, V. M. (2019). Estratégia Saúde da Família rural: Uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. *Saúde em Debate*, 43(spe8), 36-49.
- Escobar, M. O. (1995). Cultura corporal na escola: Tarefas da educação física. *Motrivivência*, (8), 91-102.
- Freitas, I. A., Rodrigues, I. L. A., Silva, I. F. F., & Nogueira, L. M. V. (2018). Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. *Revista Cuidar/e*, 9(2), 2187-2200.
- Guerra, D. (2008). Um olhar sobre a cultura corporal de movimento afro-brasileira construída a partir da corporeidade africana. *Revista África e Africanidades*, 1(2).
- Malta, D. C., Bernal, R. T. I., Lima, M. G., Araújo, S. S. C., Silva, M. M. A., Freitas, M. I. F., & Barros, M. B. A. (2017). Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: Análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51, 4s.

- Moura, C. (1987). *Os quilombos e a rebelião negra*. Brasiliense.
- Moura, C. (2021). *Quilombos: Resistência ao escravismo* (5 ed.). EdUESPI.
- Mussi, R. F. F., Mussi, L. M. P. T., Sant'Anna, C., & Amorim, A. M. (2015). Atividades físicas praticadas no tempo livre em comunidade quilombola do alto sertão baiano. *LICERE: Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer*, 18(1), 157-187.
- Mussi, R. F. F., Texeira, E. P., & Figueiredo, A. C. M. G. (2016). Problema/Dor articular e atividade física de tempo livre em Quilombo Baiano, Brasil. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 15(1), 68.
- Oliveira, F. N. (2011). Modernidade, política e práxis negra no pensamento de Clóvis Moura. *Plural*, 18(1), 45.
- Oliveira, F. N. (2016). *Clóvis Moura: Trajetória intelectual, práxis e resistência negra*. EdUNEB.
- Oliveira, S. K. M., Pereira, M. M., Guimarães, A. L. S., & Caldeira, A. P. (2015). Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2879-2890.
- Perez, D. M. (2018). Método, ideologia e Estado: Aproximações a partir do legado de Marx. *Revista Katálysis*, 21, 147-156.
- Rodrigues, D. N., Mussi, R. F. F., Almeida, C. B., Petroski, E. L., & Carvalho, F. O. (2020). Determinantes sociodemográficos da falta de prontidão para atividade física em adultos quilombolas. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 19(1), 89-94.
- Sateles, A. J., & Lacerda, R. S. (2020). *Desafios, concepções e vivências da promoção da saúde em comunidades quilombo/as de Sergipe*. 3º Seminário Nacional de Sociologia: Distopias dos Extremos, Sociologias Necessárias. São Cristóvão.
- Silva, G. M., & Souza, B. O. (2021). Quilombos e a luta contra o racismo no contexto da pandemia. *Boletim de Análise Político-Institucional*, 26, 85-91.
- Simon, C. R., & Guimarães, R. B. (2019). Feminismo camponês e popular como promoção revolucionária da saúde: Experiências da Via Campesina através das mulheres do Brasil (MST) e da Argentina (UST). In Ribeiro, E. A. W., Beceyro, C., & Santos, F. O. (org.), *Abordagens geográficas da vigilância, prevenção e promoção da saúde* (Vol. 1, pp. 73-80). Editora IFC.
- Soares, M. R. P., Maia, S. M., Alves, H., & Silva, B. M. S. (2021). Quilombos e pandemia: A luta pela vida é histórica e carece de nossa solidariedade. *Africanas: Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Afro-Brasileiras*, 1(1), 63-69.
- Souza, T. G., & Lara, L. M. (2011). O estado da arte de comunidades quilombolas no Paraná: Produção de conhecimento e práticas corporais recorrentes. *Revista de Educação Física/UEM*, 22(4), 555-568.
- Taffarel, C. Z. (2016). Pedagogia histórico-crítica e metodologia de ensino crítico-superadora da educação física: Nexos e determinações. *Nuances: Estudos sobre Educação*, 27(1), 5-23.
- Wemeck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 535-549.

# CAPÍTULO 14

## SONHOS X REALIDADE EM TEMPOS DE PANDEMIA: O NÚCLEO DA ODONTOLOGIA E A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Margareth Pandolfi  
Lucienne Pereira Toledo Torres  
Amanda Cardoso Bonna Galvani  
Laryssa Francis Silveira de Oliveira  
Nayara Furbino Machado  
Sabrina Coppo Santos  
Yasmim dos Reis Natalino

### Introdução

A pandemia de covid-19 iniciou em dezembro de 2019 quando uma série de casos de alterações respiratórias agudas foi relatada na cidade de Wuhan, cidade mais populosa da China central, com dez milhões de habitantes. Vista como uma sindemia<sup>1</sup> - um conjunto de condições endêmicas e epidêmicas intimamente relacionadas -, a pandemia causou impactos que vão além dos números. As medidas de mitigação, como distanciamento e isolamento social, quarentena e *lockdown*, também geraram efeitos negativos econômicos, sociais, mentais e psicológicos (Pandolfi, 2022). Ao mesmo tempo em que se iniciava a pandemia, no Espírito Santo, estava em curso o programa de residência multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), uma iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde (SESA-ES), por meio do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPi), aprovado pelos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) (Espírito Santo, 2023).

Ocorre que o ensino-aprendizagem no trabalho envolve a transformação de práticas e a reorganização delas, resultante da problematização em meio à covid-19 e seus impactos ainda presentes. Isso tem se revelado um macroproblema nos cenários

---

<sup>1</sup> 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 entre si e causam danos maiores do que a mera soma das doenças. O termo resulta da união das palavras "sinergia" e "pandemia".

de prática das residências em saúde. Para o cirurgião-dentista residente, esse desafio é ainda maior, pois seu processo de aprendizado acontece a partir da prática clínica. Ressalta-se que, para o combate à covid-19, o MS adotou cinco estratégias, a saber: centros de teleatendimento, para que pacientes sintomáticos não se desloquem - evitando a transmissão do vírus -; isolamento social; hospitais de campanha com leitos e oxigênio para casos moderados; ampliação dos leitos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI); e salas de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Vitória & Campos, 2020). Um novo cenário que impôs transformações à aprendizagem por parte do núcleo da Odontologia:

[...] A aprendizagem no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, a partir de problemas enfrentados na realidade de cada serviço, propicia reflexão coletiva, oferecendo instrumentos para sua transformação. (Campos, Sena & Silva, 2017, p. 2).

A força da Atenção Primária à Saúde (APS) vai muito além disso, levando ao estabelecimento das diretrizes para o enfrentamento da pandemia, que consistiram em:

- Garantir acesso seguro às UBS com adequação de estrutura física;
- Garantir a UBS *on-line*;
- Garantir segurança nas imunizações;
- Proteger os profissionais de saúde;
- Garantir a longitudinalidade do cuidado;
- Fortalecer a abordagem familiar;
- Fortalecer a abordagem comunitária (Vitória & Campos, 2020).

Sendo assim, este relato de experiência tem como objetivo apresentar as expectativas, sentimentos, estratégias e a realidade vivenciada pelo Núcleo do Saber da Odontologia - de tutores e residentes - do PRMSF/ICEPi/SESA-ES, com o propósito de promover o processo de ensino-aprendizagem dos residentes cirurgiões-dentistas, além de descrever as práticas adotadas durante a pandemia de covid-19.

## **Expectativas, percepção, emoções e sentimentos**

O trabalho descreve a experiência dos docentes assistenciais e residentes do Núcleo do Saber do PRMSF/ICEPi/SESA-ES a partir das expectativas, percepção, emoções e sentimentos de docentes e residentes do núcleo da Odontologia, bem como suas práticas em tempo de pandemia e em diferentes cenários e territórios. Para isso, considerou-se três municípios da região metropolitana do estado do Espírito Santo: Aracruz, Cariacica e Vitória.

Participaram deste relato duas docentes e cinco residentes (RI e R2), todas cirurgiãs-dentistas do núcleo da Odontologia do PRMSF. No total, a contribuição diz respeito à experiência dos residentes em cinco UBS urbanas, cenários de prática das residentes, nos anos de 2020 a 2023. No PRMSF/ICEPi/SESA-ES os municípios e cenários de prática são escolhidos de acordo com critérios que favoreçam a formação dos residentes a partir dos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), em um diálogo entre a gestão local e a coordenação do programa. Esses critérios visam fortalecer os espaços de atuação dos profissionais considerados parte da equipe básica da ESF, como enfermeiros e cirurgiões-dentistas, além de ampliar o trabalho multi e interprofissional com a inclusão de outras oito categorias profissionais: assistente social, educador físico, farmacêutico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional (Espírito Santo, 2023).

## **A residência multiprofissional em saúde da família**

O PRMSF compõe o programa de governo Qualifica APS que busca a estruturação de respostas a problemas dos municípios e das Regiões de Saúde do Estado, tais como: baixa resolutividade da APS; grande desigualdade regional na distribuição de especialistas; altos custos e a baixa resolutividade dos serviços;

fragmentação do cuidado e dificuldade de integração da oferta de atenção ambulatorial dos hospitais a um sistema integrado e regionalizado; e absentéismo, com uma consequente alta na demanda no sistema de regulação. Sua implantação contribui para a mudança do modelo de atenção, apoiando-se na inovação e na formação, além de atender ao propósito de organizar as ofertas de residências em saúde no estado. Isso é feito de forma a priorizar áreas estratégicas com maior necessidade de formação e assistência, além de preencher os vazios assistenciais, uma vez que os programas são descentralizados.

A matriz curricular do programa teve por base a organização de problemas/situações relevantes ao processo de formação a partir dos territórios, tais como: modelos explicativos da saúde doença; Atenção à Saúde; integração da vigilância em saúde com a APS/ESF; saúde e ciclos de vida; saúde da mulher; saúde do homem; além de temas pontuais e transversais (Espírito Santo, 2023). A aprendizagem baseada em problemas (ABP) é desenvolvida em pequenos grupos, para os quais são preparadas situações-problema a partir dos territórios, ou seja, conteúdos de estudo que abordam problemas a serem resolvidos em encontros com de tutoria, preceptoria e grupo (Prado *et al.*, 2012), servindo como disparadores de aprendizagem.

Na tutoria, os residentes são organizados da seguinte forma: o conteúdo da área de concentração é trabalhado em encontros semanais conduzidos pelos tutores das unidades educacionais (UE), em grupos formados a partir dos cenários de prática. O conteúdo do núcleo do saber é trabalhado em encontros mensais, conduzidos por um docente assistencial da mesma categoria profissional dos residentes. Os grupos são separados por categorias profissionais, compreendendo os três programas multiprofissionais: Saúde da Família, Saúde Mental e Cuidados Paliativos, tendo em comum seus projetos pedagógicos.

A carga horária programada nos programas de residência em saúde é de 60 horas semanais, sendo 80% no campo de prática, mediante práticas de atenção e cuidado nos territórios de saúde da APS/ESF. São 40 horas prático-aplicativas e 8

horas teórico-práticas envolvendo atividade à distância (AAD) totalizando 48 horas de preceptoria, além dos 20% de formação teórica, sendo 8 horas trabalhadas nos encontros de tutoria e 4 horas em atividades de Educação à Distância (EAD), totalizando 12 horas de tutoria, conforme demonstrativo da semana padrão. O núcleo docente consiste em um encontro mensal de 4 horas-aula e 4 horas AAD; segue as mesmas orientações das UE: metodologias ativas (MA), problematização, formação crítico-reflexiva, espiral construtivista e ABP (Espírito Santo, 2023).

### **O impacto da pandemia e o núcleo docente da Odontologia: práticas, expectativas e emoções em tempos de pandemia**

O status de pandemia da covid-19 pode ser explicado pela transmissão intra e interespecífica e pelos eventos de recombinação genética, que contribuem para a emergência de novas estirpes. Embora os pacientes sintomáticos tenham sido a principal fonte de transmissão, observações sugerem que pacientes assintomáticos e pacientes em período de incubação também são portadores e potenciais transmissores. Essas características epidemiológicas da covid-19 tomaram seu controle e monitoramento extremamente desafiador. Como ocorreu em outras epidemias historicamente relatadas, a covid-19 teve alta transmissão e baixa letalidade. Em 5 de maio de 2023, momento no qual a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou o fim da Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional, o mundo já contabilizava 765.903.278 casos da doença e 6.927.378 casos de morte, e o Brasil acumulava 37.487.971 casos e 701.883 óbitos (OPAS, 2023).

Inicialmente, publicações indicaram que a principal via de contaminação seria o contato com superfícies, o que, por si só, representaria um grande agravante para a prática odontológica devido ao uso de instrumentais e peças de mão. Após o pronunciamento do Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, afirmando que a transmissão de superfície não era a principal via de disseminação da Sars-CoV-2, mas, sim, a via respiratória, a situação se agravou ainda mais (CDC,

2021). Os aerossóis produzidos na prática odontológica e a proximidade com as vias aéreas foram considerados uma ameaça muito maior.

Por isso, durante a primeira onda epidêmica, nos países mais afetados, inclusive no Brasil, se adotou medidas extremas, com fechamento de consultórios e interrupção dos serviços odontológicos. Apenas serviços de urgência e emergência, como também o telemonitoramento, foram autorizados pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *A posteriori*, os consultórios odontológicos reabriram, com condições estritas para triagem e recebimento de pacientes por meio de protocolos detalhados para a proteção tanto dos próprios pacientes quanto das equipes de saúde. Essas recomendações continuam em curso e, muito provavelmente, continuarão sendo incorporadas às rotinas odontológicas. Ademais, o medo de contrair e transmitir o vírus ainda é motivo de estresse e preocupação entre os profissionais da área (Pandolfi, 2022).

Além dos evidentes impactos diretos, a pandemia levou a situações de ansiedade, estresse e agitação pela interrupção das rotinas diárias, pelo comprometimento do bem-estar das famílias e aos casos de violência doméstica. Nessa última questão, países como a China, Reino Unido, Estados Unidos, França e Brasil tiveram uma maior prevalência de casos (Marques *et al.*, 2020). No Brasil, entre março e junho de 2020, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos registrou 18.586 ocorrências pelo disque denúncia 180, das quais 424 denúncias diárias foram de violência contra a mulher (Brasil, 2020). Também foi verificado uma diminuição das atividades físicas, o aumento do consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, mudanças dos hábitos alimentares e o aumento do consumo de guloseimas (Malta *et al.*, 2020).

Soma-se a esses últimos quesitos o fato de que a restrição aos serviços odontológicos, durante o isolamento social, comprometeu o controle e o monitoramento, influenciando a atitude dos pais em relação às práticas de higiene bucal e ao consumo de guloseimas. Em um estudo realizado com 120 pais selecionados aleatoriamente, seu escore geral de atitude e prática na manutenção da higiene bucal

de seus filhos foi baixo ( $2,36 \pm 1,36$  e  $2,51 \pm 1,50$ , respectivamente). Do total, 60,8% relataram a necessidade de tratamento odontológico para seus filhos durante o isolamento, e 50,8% buscaram atendimento com um cirurgião-dentista, tendo a maioria relatado dor de dente (37,5%). Apenas 33,3% dos pais fizeram esforços extras para manter a higiene oral de seus filhos, enquanto 45% alteraram a dieta para prevenir a cárie dentária. No geral, a atitude e as práticas dos pais em relação à saúde bucal de seus filhos, durante a pandemia de covid-19, foram consideradas inadequadas (Goswami, Grewal & Garg, 2021). Além disso, a interrupção da atenção e cuidado em saúde, a princípio quase em toda a sua totalidade, em especial no Sistema Único de Saúde (SUS), deixou desassistida uma enorme parcela da população. Como não poderia deixar de ser, o que se observou foi o aumento da prevalência das doenças bucais como urgência e dor dentária, aumento da prevalência de cárie e doença periodontal, bruxismo, fraturas e traumas dentários e faciais, interrupção de tratamento ortodôntico, dor orofacial e disfunção temporomandibular.

Ocorre que também houve uma sobrecarga dos serviços de saúde, escassez de recursos materiais e humanos. Se a Odontologia já tinha uma dívida histórica com a população, no que se refere à atenção e cuidado em saúde, a pandemia contribuiu ainda mais para as iniquidades, pois foi inevitável o aumento da prevalência dos problemas bucais. E, se isso já era motivo de preocupação para a corporação odontológica, na pandemia, se tomou ainda mais preocupante. Embora o distanciamento social tenha sido considerado uma das estratégias principais para prevenir a transmissão viral durante a pandemia de covid-19, garantir o funcionamento dos serviços foi imprescindível para a promoção da saúde, e, para isso, foi preciso se reinventar. Esse desafio foi ainda mais impactado pela demanda, sendo esse problema relatado por todos os residentes e preceptores que continuaram suas atividades por meio do ensino remoto emergencial (ERE) e das novas práticas.

Diante disso, a nova realidade trouxe uma explosão de emoções e sentimentos, como medo da doença, síndrome de burnout, pânico, ansiedade, distúrbios do sono e outros transtornos mentais (Bryant-Genevier *et al.*, 2021). Para

muitos, estes impactos e a sensação de impotência tomaram-se companheiros diários na longa jornada da residência. alguns residentes iniciaram suas atividades e concluíram o curso em meio a pandemia.

A pandemia de covid-19, em 2020, desafiou os serviços de saúde de todo o mundo. O insuficiente conhecimento científico sobre a infecção causada pelo novo coronavírus, sua alta velocidade de disseminação e sua capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis geraram dúvidas sobre quais seriam as melhores estratégias para superar a doença (Wemeck & Carvalho, 2020). A APS, caracterizada como a porta de entrada do sistema de saúde, como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços do SUS e diante da crise sanitária, precisou reorganizar seus processos de trabalho para garantir o cuidado e a vigilância dos casos de covid-19; a Odontologia e a residência foram parte disso.

O PRMSF/ICEPi/SESA-ES se fundamenta na metodologia da APB e na problematização, as quais tem seus fundamentos na psicologia cognitiva, por meio dos princípios de ativação do conhecimento anterior, codificação específica e elaboração do conhecimento. A proposta é resolver um problema que reflita uma situação desafiadora da realidade e/ou da prática, sem que nenhuma informação prévia seja oferecida. Ao serem confrontados com esses problemas, os estudantes são estimulados a identificar seus saberes prévios e a fronteira de sua aprendizagem para buscarem novas informações e o enfrentamento da situação. A pandemia de covid-19 foi um macroproblema. Ela foi a realidade posta à prova!

Como membros da equipe multiprofissional, os residentes sentiram e compartilharam fortemente o impacto de estarem expostos a um inimigo invisível. Entretanto, a vida continuava, e a residência também. Por isso, os atendimentos precisaram ganhar novos formatos para minimizar as probabilidades de contágio da equipe, assim como de pacientes. Além do medo, os diferentes atores foram submetidos a muitas mudanças, e a mudança por si só já é um gatilho para estresse e ansiedade. Mudanças, por vezes, são potenciais gatilhos de sofrimento psíquico, podendo ser isso expressado por meio de frustrações, ansiedade, esgotamentos,

distúrbios de sono e medo (Maia & Dias, 2020). Tao *et al.* (2021) e Ahmed *et al.* (2020) realizaram estudos com cirurgiões-dentistas de 30 países, encontrando a sensação de solidão e o medo constante da infecção como sentimentos comuns.

Entretanto, não é por acaso que as emoções fazem parte das nossas vidas desde a infância. Elas são reconhecidamente estados de sentimentos que resultam em mudanças físicas e psicológicas e, quando bem canalizadas, podem favorecer o processo de ensino-aprendizagem. O foco do núcleo docente e da coordenação da residência naquele momento era, justamente, encontrar soluções para o enfrentamento da pandemia do coronavírus, a fim de preservar a integridade física e mental dos profissionais cirurgiões-dentistas e da equipe.

A residência é o momento de aprendizagem e transformação de práticas, e a pandemia se tomou, então, um momento de muito aprendizado, bem como de crescimento pessoal e profissional. Em meio à problematização, um novo paradigma se instalou em relação às práticas odontológicas no SUS e nas residências. Foi necessário, portanto, promover mudanças, identificar novas atividades, organizar e programar a rotina, reforçar a biossegurança e estabelecer novas práticas. Todo o processo foi marcado por muita intensidade! Parte da solução foi a implementação do ERE no processo educacional em todo o país. Algumas escolas demoraram a se adaptar, pois não possuíam qualquer *know-how*. Para outras, as adequações foram relativamente fáceis, pois já haviam desenvolvido seus projetos pedagógicos de ensino a distância (EAD), como no caso do PRMSF. No entanto, foi necessário adaptar-se às plataformas virtuais e a outros dispositivos tecnológicos, além de executar um novo formato de ensino em um ambiente de trabalho diferente, que combinava o espaço doméstico e laboral. Essa nova dinâmica gerou angústias profissionais e familiares, contribuindo para o aumento do estresse e da ansiedade.

Coube, então, à coordenação do curso, aos preceptores e aos docentes assistenciais promover tais adaptações, com a finalidade de alinhar o conhecimento sobre a pandemia e as medidas de proteção junto aos residentes, além de estimular a escuta qualificada, a moderação e a motivação para a continuidade das atividades e

dos encontros. Para tanto, foram redefinidos estratégias, planejamentos e programações, adequando à pandemia. Enfim, foi preciso promover um ambiente saudável, diante de tamanha adversidade e intensidade dos processos.

Se o PRMSF já oferecia uma abordagem que ultrapassava o atendimento clínico, enfatizando o acolhimento, o trabalho em grupo, a vigilância em saúde e o trabalho interdisciplinar, a pandemia possibilitou tomar o trabalho dos residentes ainda mais crítico e observador. Isso resultou em um atendimento mais humanizado, centrado não apenas no estado de doença da pessoa, mas também na inter-relação com o meio em que ela está inserida. Ao iniciar as atividades nos cenários tradicionais de prática, as expectativas envolviam capacitação técnica profissional, conhecimento prático de atendimento odontológico clínico no SUS, participação em reuniões de equipe, visitas domiciliares, atendimento multiprofissional e integral, elaboração de diagnósticos situacionais, além da construção do projeto aplicativo e do pré-natal odontológico. A inserção das residentes na equipe multiprofissional da ESF se baseou na reorganização da atenção proposta pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Diante da pandemia, com a redução dos atendimentos odontológicos eletivos e com a ampliação das demandas da UBS relacionadas à covid-19, a atuação das cirurgiãs-dentistas ultrapassou o trabalho técnico-odontológico e alcançou ações articuladas com a equipe multiprofissional baseadas na realidade epidemiológica da comunidade.

Nos campos de prática, apesar das grandes demandas por atendimento individual clínico curativista, a desvalorização das ações educativas e as dificuldades na construção dos saberes de forma multiprofissional, as tutorias foram um instrumento fundamental no estímulo da execução de ações de prevenção de doenças, promoção de saúde e a integralidade da atenção. Sabe-se que uma equipe multiprofissional na ESF, ao integrar diferentes saberes, tem o objetivo de compreender e atuar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença. No entanto, reunir profissionais de diferentes categorias não garante, por si só, uma atuação interdisciplinar e a integralidade do cuidado (Cintra, Doricci & Guanaes-Lorenzi, 2021). Ainda hoje, um dos maiores desafios para os cirurgiões-

dentistas na APS é articular ações inter e multiprofissionais, conduzir atividades de educação em saúde para grupos e participar de discussões de casos clínicos. Durante o período de formação, a compreensão da importância do conhecimento e do planejamento compartilhado motivou os residentes que atuavam no mesmo território a produzir o cuidado em saúde de forma interdisciplinar.

### **Novas práticas em tempos de pandemia**

O enfrentamento da covid-19 produziu muitas transformações nos serviços de saúde. Os trabalhadores das UBSs e os usuários tiveram que lidar com a reconfiguração tanto da oferta quanto da utilização dos serviços. O ingresso dos residentes nos campos de prática em um momento de crise sanitária mundial contribuiu para a melhora na qualidade do cuidado em saúde, como também estimulou a busca por novos conhecimentos e habilidades dos residentes. Então, novas atividades nos territórios de saúde emergiram, para além do consultório odontológico e da UBS:

- **Atuação na barreira sanitária na rodoviária de Vitória**

Durante o período inicial da pandemia, entre os meses de abril a julho de 2020, foi montada, na estação rodoviária de Vitória, uma barreira sanitária composta pelos profissionais de saúde do município, incluindo duas residentes. O intuito era realizar a aferição de temperatura - com termômetro infravermelho apontado para a testa - dos passageiros que desembarcavam na rodoviária, e realizar um inquérito sobre possíveis sintomas, sendo os dados coletados informados pelo canal de telefone 156. Dos passageiros sintomáticos, eram coletadas informações pessoais como: nome, CPF, telefone e endereço, a fim de monitorá-los posteriormente, em caso de sintomas da covid-19.

- **Inquérito sorológico**

Desenvolvido pela SESA-ES, o inquérito sorológico foi uma ação, na qual os profissionais, devidamente uniformizados e equipados, iam até as residências escolhidas de forma aleatória para aplicar os testes rápidos.

- **Acolhimento/Fast-track na porta da UBS**

Juntamente com os agentes comunitários de saúde (ACS) das UBS, era feito o acolhimento dos pacientes que chegavam, impedindo que houvesse aglomeração nas unidades. Eram realizadas atividades como organizar a fila e garantir o distanciamento adequado dos usuários, aos quais seriam dispensadas medicação na farmácia; preencher a ficha dos pacientes que chegavam com sintomas respiratórios, isolar estes em sala especial até que fossem atendidos pelos enfermeiros, incluí-los na lista dos usuários que precisavam renovar receitas na agenda do médico em *home office*, e organizar os pacientes que chegavam na urgência para o atendimento médico e odontológico.

- **Teleatendimento**

A teleodontologia criou oportunidades para que a equipe de saúde bucal retomasse a oferta dos serviços de forma remota, por meio de atividades como:

- Rastreamento, busca ativa e monitoramento de usuários prioritários, de risco e com problemas sistêmicos, com suspeitas de covid-19, além dos contactantes, por meio do telemonitoramento;
- Escuta inicial, atividades educativas individuais ou coletivas, por meio da teleorientação;
- Regulação formativa de serviços: discussão de casos clínicos para a definição da oportunidade/necessidade de procedimentos operatórios, matriciamento, compartilhamento, solução de dúvidas entre profissionais e entre estes e as instituições de ensino e pesquisa, por teleconsultorias.

- **Teleatendimento para detecção precoce do câncer de boca e para gestantes**

À medida que a pandemia avançava, e para garantir o atendimento dos grupos

vulneráveis conforme normatizaram o MS e o CFO, a área técnica da saúde bucal do município orientou que fosse feita a teleconsulta para a detecção precoce do câncer de boca. Sendo assim, foi feita uma lista de pacientes acima de 18 anos, tabagistas e etilistas, e, a partir dela, programadas atividades específicas de controle e monitoramento. Os ACS participaram ativamente dessas atividades, em especial com a busca ativa. Ocorre que o telemonitoramento tomou-se uma ferramenta muito importante para a continuidade da assistência odontológica materno-infantil durante a pandemia de covid-19. Consideradas um grupo vulnerável durante a pandemia, as gestantes apresentaram um risco aumentado de infecção, e, por isso, também foi necessário planejar e programar a demanda relacionada a elas, com o intuito, inclusive, de evitar seu deslocamento à UBS. Por isso, foi necessário otimizar o atendimento das gestantes que já estavam realizando o pré-natal médico e o odontológico na UBS. As que não passavam por consultas presenciais eram atendidas por meio da teleconsulta, sendo aplicados dois questionários:

- o Ficha odontológica (perguntas sobre a saúde em geral);
- o Questionário da gestante (voltado apenas para esse período).

Dentre os benéficos do teatendimento, destacou-se a facilidade do acesso à informação, possibilitada pela utilização de tecnologias de comunicação, evitando-se, assim, a locomoção desnecessária até as consultas. Além disso, a utilização de redes telefônicas para assistência certamente impactou no processo de educação em saúde, pois a modalidade remota trouxe uma acessibilidade incrível. Outro aspecto relevante é o sentimento de segurança física dos atores envolvidos direta e indiretamente no atendimento. Entretanto, houve algumas dificuldades na abordagem e na comunicação entre todos, devido às inúmeras inconsistências dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), o que prejudicou a construção do vínculo entre a gestante e o profissional, problema esse agravado pelo distanciamento.

#### • **Qualificação profissional**

Para capacitar os profissionais no acolhimento e manejo clínico relacionados ao coronavírus, os residentes foram orientados a realizar cursos sobre o tema. Estes

foram oferecidos por plataformas on-line. As aulas e materiais, disponíveis no canal Telessaúde ES, na plataforma EAD da Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Aberta do (UNASUS), foram algumas das fontes de informação utilizadas que contribuíram para o enfrentamento do desafio. Dessa maneira, visando estimular mudanças necessárias na organização do cuidado à saúde, o PRMSF promoveu uma formação ancorada na educação permanente em saúde. A partir dos desafios de cada serviço e dos processos reflexivos, os profissionais precisam lidar com a realidade e transformá-la (Campos, Sena & Silva, 2017).

### **Considerações finais**

A pandemia de covid-19 foi - e ainda continua sendo - um grande desafio para todos. A Odontologia foi a profissão mais impactada nas suas práticas clínicas, e, para os cenários de prática da residência, isso não foi diferente. Para os residentes, em sua maioria formados em cursos com metodologias tradicionais, vivenciar experiências e novas metodologias, estratégias de ensino-aprendizagem e práticas que não tiveram na graduação, principalmente no aspecto interprofissional, por si só já traz grandes expectativas.

Na pandemia, essas expectativas foram tomadas pelo medo e pelas incertezas sobre as MA, que foram capazes de reduzir os prejuízos causados pelo distanciamento social. Apesar de não ser aquele o cenário ideal, foi capaz de nos colocar em espaços democráticos de fala, trocas de experiências e, principalmente, capaz de aliviar as tensões relacionadas ao dia a dia do trabalho, com ambientes descontraídos e de muito aprendizado. A vivência nas UBS/ESF possibilitou que compreendêssemos as potencialidades do SUS e dos profissionais, que, mesmo com as adversidades impostas pela covid-19, conseguiram adaptar a teoria e a prática, permitindo que a formação e o serviço continuassem sendo desenvolvidos com a qualidade assistencial que o SUS tanto necessita. O PRMSF se apresentou, então, como uma ferramenta de fortalecimento da APS. A inserção dos residentes nos territórios, o vínculo com a

comunidade e as reflexões sobre os processos de trabalho e da Atenção à Saúde, realizados em cada UBS, potencializou grandes transformações.

A presença dos residentes apoiou as UBS no extenso período de enfrentamento da pandemia e no acolhimento das altas demandas, reduzindo os impactos do afastamento de profissionais de saúde com comorbidades ou infectados pela covid-19. Da mesma forma, a integração dos cirurgiões-dentistas residentes à equipe de saúde colaborou para a melhoria da organização dos serviços, das medidas de enfrentamento, da vacinação, do apoio ao acolhimento das demandas espontâneas e das ações de diagnóstico da doença.

Para o docente de núcleo, a pandemia também se revelou um grande desafio. O acolhimento e a troca de saberes entre docentes e residentes ocorreram sem que nos conhecêssemos pessoalmente, exigindo o uso de tecnologias educacionais até então desconhecidas. Essas dificuldades foram gradualmente superadas, e o ambiente virtual se transformou em um espaço para compartilhar os desafios vivenciados na prática da residência, em meio a incertezas e desafios nunca antes imaginados por nós. Medos, frustrações, incertezas e o deslocamento do local tradicional do cuidado odontológico para práticas ainda não experimentadas e vivenciadas marcaram esse período. Contudo, em meio ao caos e à insegurança, tivemos a oportunidade de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento de residentes que se encantaram com as potencialidades da APS e do SUS. A experiência vivida e relatada demonstrou os desafios nacionais enfrentados na superação da pandemia de covid-19. O contexto epidemiológico evidenciou o quão necessário é fortalecer a APS como a coordenadora do cuidado e a porta de entrada do SUS. Entre tantas fragilidades e necessidades de melhorias, se colocaram possibilidades à Odontologia e ao SUS, considerando sua capilaridade e capacidade de acolher, tratar e salvar vidas.

O que me faz continuar,  
É ter um alvo para alcançar,  
Utilizar o que eu sei  
O que eu sou, para poder ajudar!!!  
Ser agente de transformação,  
E deixar marcas por onde eu passar!

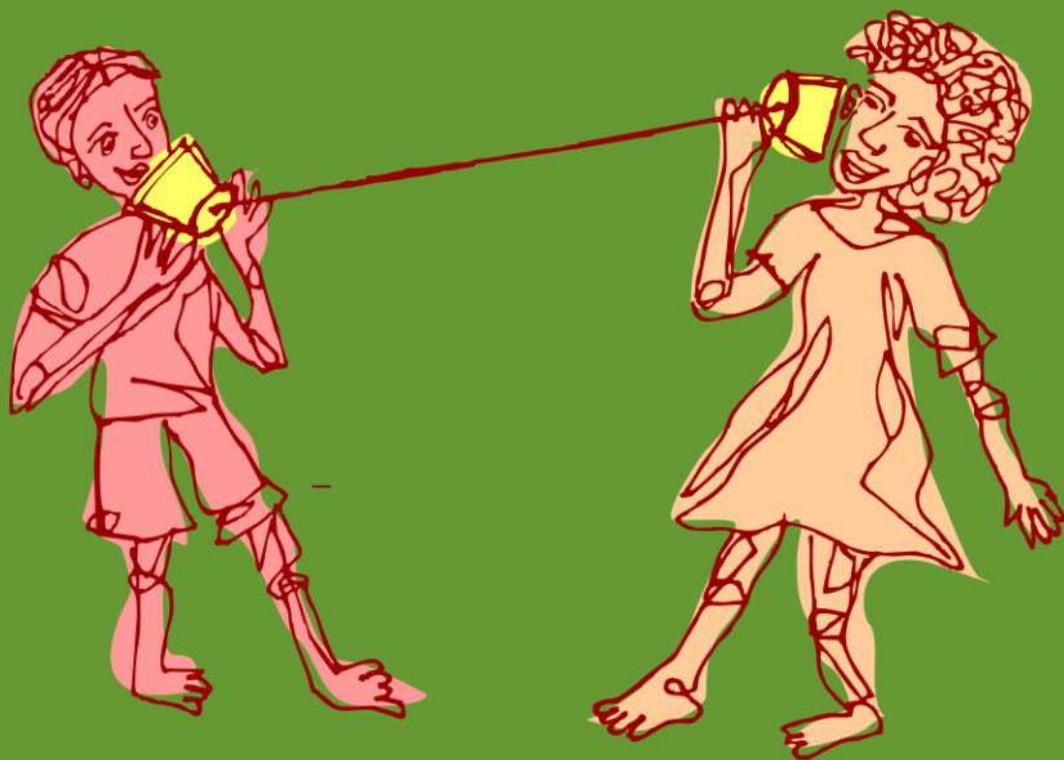
É saber que posso ser, exatamente, quem eu sou!!  
Ter alguém com quem contar/compartilhar  
É ter pessoas para amar!  
E poder, juntos, um mesmo caminho trilhar! Eu sei que posso realizar!  
(Composição do Grupo de Musicoterapia, realizada via WhatsApp durante a pandemia)

## Referências

- Ahmed, M. A., Jouhar, R., Ahmed, N., Adnan, S., Aftab, M., Zafar, M. S., & Khurshid, Z. (2020). Fear and practice modifications among dentists to combat novel coronavirus disease (covid-19) outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2821.
- Brasil. (2020). *Ouvidoria*. <https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/ouvidoria-nacional-de-direitos-humanos--ondh>
- Bryant-Genevier, J., Rao, C. Y., Lopes-Cardozo, B., Kone, A., Rose, C., Thomas, I., Orquiola, D., Lynfield, R., Shah, D., Freeman, L., Becker, S., Williams, A., Gould, D. W., Tiesman, H., Lloyd, G., Hill, L., & Byrkit, R. (2021). Symptoms of depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, and suicidal ideation among state, tribal, local, and territorial public health workers during the covid-19 pandemic. *United States*, 70(26), 947-952.
- Campos, K. F. C., Sena, R. R., & Silva, K. L. (2017). Educação permanente nos serviços de saúde. *Escola AnnaNery*, 21(4), 1-10.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021, 4 de maio). Science brief: Sars-CoV-2 and surface (fomite) transmission for indoor community environments. *CDC*. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/104762>
- Cintra, T. C., Doricci, G. C., & Guanaes-Lorenzi, C. (2021). Dinâmica relacional de equipes de estratégia saúde da família. *Revista da SPAGESP*, 20(1), 24-38.
- Espírito Santo. (2023). *Residência multiprofissional em saúde da família: Projeto pedagógico*. Secretaria de Estado da Saúde.
- Goswami, M., Grewal, M., & Garg, A. (2021). Attitude and practices of parents toward their children's oral health care during covid-19 pandemic. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 39(1), 22-28.
- Maia, B. R., & Dias, P. C. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da covid-19. *Estudos de psicologia*, 37, e200067. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>
- Malta, D. C., Gomes, C. S., Szwarcwald, C. L., Barros, M. B. A., Silva, A. G., Prates, E. J. S., Machado, Í. E., Souza Jr., P. R. B., Romero, D. E., Lima, M. G., Damacena, G. N., Azevedo, L. O., Pina, M. F., Werneck, A. O., & Silva, D. R. P. (2020). Distanciamento social, sentimento de tristeza e estilos de vida da população brasileira durante a pandemia de covid-19. *Saúde em Debate*, 44(spe4), 177-190.
- Marques, E. S., Moraes, C. L., Hasselmann, M. H., Deslandes, S. F., & Reichenheim, M. E. (2020). A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela covid-19: Panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), e00074420.

- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020). Global surveillance for human infection with novel coronavirus (covid-19). *WHO*. [https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/WHO-2019-nCoV-SurveillanceGuidance-2020.4-eng\\_0.pdf](https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/WHO-2019-nCoV-SurveillanceGuidance-2020.4-eng_0.pdf)
- 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-intemacional-referente>
- Pandolfi, M. (2022). Covid-19: salud bucal y odontología. In Elias, R. *Odontologia de alto riesgo: Pacientes clinicamente comprometidos* (Capítulo 14). Lisermed.
- Prado, M. L., Velho, M. B., Espindola, D. S., Sobrinho, S. H., & Backes, V. M. S. (2012). Arco de Charles Maguerez: Refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Escola Anna Nery*, *16*(1), 172-177.
- Tao, J., Lin, Y., Jiang, L., Zhou, Z., Zhao, J., Qu, D., Li, W., & Zhu, Y. (2021). Psychological impact of the covid-19 pandemic on emergency dental care providers on the front lines in China. *International Denta/Journal*, *71*(3), 197-205.
- Vitória, A. M., & Campos, G. W. S. (2020). Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTT. *COSEMS-SP*. <https://www.cosemssp.org.br/noticias/dicadogestor-so-com-aps-forte-o-sistema-pode-ser-capaz-de-achatar-a-curva-de-crescimento-da-pandemia-e-garantir-suficiencia-de-leitos-uti/>
- Wemeck, G. L., & Carvalho, M. S. (2020). A pandemia de covid-19 no Brasil: Crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, *36*(5), e00068820.

**PARTE III**  
**ENTUSIASMOS**  
**COM O POSSÍVEL**



# CAPÍTULO 15

## "TARJA BRANCA": COMPONENTE CURRICULAR BASEADO EM BRINCADEIRAS E INTEGRAÇÃO PARA RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

Priscila Rocha Duque  
Alcieres Martins da Paz  
Karolina de Cássia Lima da Silva Duarte

### Introdução

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) do Recife, é uma pós-graduação *lato sensu*, iniciada em 2015, que incorpora as seguintes profissões: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. A carga horária para obtenção do título é de 5.760 horas, sendo 80% (4.608h) voltado ao campo de prática e teórico-prática, e 20% (1.152h) às atividades teóricas. O objetivo dessa especialização é formar profissionais sanitaristas capazes de atuar em todos os segmentos do Sistema Único de Saúde (SUS) com uma visão crítico-reflexiva, estimulando a transformação do ambiente e dos processos de trabalho de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (Pernambuco, 2020).

Os profissionais das residências multiprofissionais em saúde são inseridos nos diversos ambientes de trabalho do SUS, tanto no contato direto com os usuários quanto na gestão, e outras áreas em paralelo ao desenvolvimento das atividades teóricas pertencentes a cada programa. Há uma escassez de pesquisas relacionadas ao estudo da qualidade de vida e estresse em residentes multiprofissionais, porém, alguns autores apontam situações que podem se tornar estressoras ao longo da participação no programa, tais como dificuldades em gerenciar a vida pessoal e profissional de forma saudável, devido à carga excessiva de trabalhos no campo prático e teórico, em lidar com pessoas portadoras de casos graves na ponta do serviço e em realizar a

gestão de conflitos em processos de trabalho, aliados a uma sensação de falta de autonomia (Guimarães & Carrasco, 2020).

Pesquisas realizadas com residentes médicos e em área profissional da saúde trazem que tais situações problemáticas permeiam a rotina dos profissionais de tal forma que é possível identificar algumas reações advindas do processo de adaptação às situações estressoras, a exemplo do cansaço excessivo e constante, das dificuldades com a memorização e da baixa qualidade do sono (Cahú *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2019). Essas situações também podem se tornar crônicas, ao ponto de ser possível caracterizá-las como problemas de saúde; é o que acontece com a síndrome de burnout, que necessita de acompanhamento assistencial (Moreira *et al.*, 2016). Diante das condições de estresse vivenciadas pelos residentes, é unânime a sugestão de que os gestores dos programas e os responsáveis pela formulação das matrizes curriculares adotem uma postura diferente, com o objetivo de criar novas estratégias que minimizem os efeitos deletérios à saúde dos profissionais (Oliveira *et al.*, 2019).

Para desenvolver formas de enfrentamento à exaustão mental dos residentes, a partir de 2018, com o início das reformulações do Projeto Pedagógico de Residência, foi implantado o componente curricular "Tarja Branca". Este componente, integrante do eixo formativo "Saberes Estratégicos Integrados", focado na autogestão dos residentes, totalizava 80 horas distribuídas em atividades mensais ao longo dos dois anos de formação. A proposta buscou estreitar o vínculo entre os profissionais de maneira descontraída, visando reduzir os níveis de estresse e melhorar a qualidade de vida durante a especialização, por meio da realização de atividades lúdicas e descontraídas, planejadas pelos residentes e avaliadas pela coordenação (Pernambuco, 2020).

O "Tarja Branca" foi desenvolvido com base no documentário *Tarja Branca: a revolução que faltava*, dirigido por Cacau Rhoden em 2014, que traz como temática principal a importância do resgate da ludicidade do ato de brincar no universo adulto, como forma de contrapor o atual estilo de vida estressante e automatizado preconizado pela sociedade (SescTV, 2019). O documentário é estruturado com base nas falas dos

personagens entrevistados, que carregam um grande pesar e frustração diante do modo como a sociedade capitalista transforma as vidas em um ciclo opressor, no qual cada vez mais se busca suprir as necessidades de consumo, não restando espaço para o pensar e agir criativo e imaginativo, tampouco para a liberdade de ação.

Tal forma de viver acaba por ceifar a existência do lado emocional e criativo das pessoas, reduzindo o ser humano a uma rotina automatizada e aprisionadora (Carneiro *et al.*, 2016). O componente curricular tem início com a exibição do documentário como recurso pedagógico disparador de aprendizagem, e, posteriormente, cada residente produz uma narrativa reflexiva sobre alguma experiência em que o "brincar" incorporou-se ao cotidiano de estudo ou trabalho. As narrativas são lidas pela coordenação do programa que faz uma avaliação diagnóstica do grupo. As demais atividades são planejadas coletivamente pela turma e incluídas no cronograma mensal.

A proposta do componente curricular "Tarja Branca" incluiu atividades que promoviam a expressão de liberdade, criatividade, autonomia e autocuidado. Pautada Baseada nos fundamentos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a proposta visava gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, sendo o objetivo melhorar o acesso, a qualidade e a humanização na prestação dos serviços, além de fortalecer os processos de gestão político-institucional do SUS. A instituição do componente curricular dialoga também com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por ter o intuito de promover a qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos relacionados à saúde e às condições de trabalho, educação, lazer, cultura, modos de viver, habitação e acesso a bens e serviços essenciais. Além disso, o componente curricular segue as diretrizes dessas políticas, incluindo a promoção da saúde dos profissionais da saúde por meio de metodologias participativas (Brasil, 2017).

Novas estratégias de enfrentamento requerem ferramentas de diagnóstico para acompanhar a evolução e fazer ajustes necessários no projeto. Com isso, autores

sugerem o uso da análise SWOT para avaliar a eficiência de ferramentas na área educativa (Fonseca & Nunes, 2020; Maria & Guerra, 2018). Essa sigla, que pode ser traduzida para análise de Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (FOFA), remete a uma ferramenta originalmente utilizada na área administrativa, criada por Albert Humphrey, da Universidade de Stanford, EUA, na década de 1960, e que, atualmente, pode ser encontrada em diversos ambientes (Hofrichter, 2020). Essa metodologia pode ser implantada para o planejamento, monitoramento e avaliação de empresas, instituições ou qualquer situação em que se deseja ver estratégias para entender o andamento de projetos.

Tais projetos apontam a importância de se utilizar a análise FOFA para entender os fatores internos e externos que podem ajudar ou atrapalhar o objeto estudado a alcançar os objetivos definidos (Maciel *et al.*, 2021). Diante da necessidade de conhecer mais sobre as potencialidades e fragilidades do componente curricular "Tarja Branca", como ferramenta de cuidado e integração, especialmente em cenários adversos como a pandemia de covid-19, o presente estudo objetivou identificar a percepção dos residentes quanto a sua eficácia. Especificamente, buscou-se avaliar o uso do "Tarja Branca" como estratégia para reduzir o estresse e promover a integração no programa de residência multiprofissional em Saúde Coletiva da SESAU Recife. Ao verificar os pontos fortes e fracos dessa estratégia, foi possível reconhecer seus benefícios e sugerir melhorias para o fortalecimento do projeto, encorajando, assim, outros programas de residência a adotarem propostas semelhantes (Fernandes & Mendes, 2017).

### **Construção de conhecimento implicado**

A pesquisa aqui relatada foi desenvolvida no município do Recife, Pernambuco, no âmbito da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, mais especificamente no programa de residência multiprofissional em Saúde Coletiva da SESAU. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa,

exploratória e aplicada, pois visou à construção de conhecimentos acerca de uma situação com o intuito de utilizar as informações produzidas na resolução de problemas reais do cotidiano ou evento estudado. O estudo contemplou residentes do Programa Multiprofissional de Saúde Coletiva da SESAU Recife, devido ao seu pioneirismo com o desenvolvimento do componente curricular "Tarja Branca" no ciclo RI de 2021. As entrevistas ocorreram entre janeiro e maio de 2022, período em que os residentes já se encontravam familiarizados com as atividades do componente.

Foram utilizadas como fonte de dados entrevistas narrativas, de acordo com um roteiro semiestruturado. Os documentos do Projeto Pedagógico de Residência e Regimento Interno também foram utilizados para o embasamento teórico das propostas do "Tarja Branca" (Salvador *et al.*, 2020). A seleção do quantitativo de entrevistados foi realizada seguindo o critério de saturação - no qual o fechamento da coleta de dados é definido quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário à compreensão do fenômeno estudado - , totalizando oito entrevistas, escolhidas por conveniência (Nascimento *et al.*, 2018).

O roteiro foi estruturado em três seções: a primeira elucidou os termos da entrevista, garantindo total sigilo e privacidade; a segunda registrou informações sociodemográficas dos residentes; e a terceira seção contemplou as quatro questões acerca dos fatores internos (forças e fraquezas) e externos (oportunidades e ameaças), relacionados ao "Tarja Branca" (Araújo; Schwambom, 2013). As entrevistas, por sua vez, foram realizadas de forma a permitir que os participantes pudessem refletir acerca das vivências que a residência proporcionou, de acordo com sua perspectiva, sendo executada em sala privativa no ambiente de trabalho do convidado, garantindo-se o acolhimento, privacidade e confidencialidade, além de durar em tomo de uma hora.

Para realizar o processamento dos dados obtidos na análise documental do "Tarja Branca", foram elencados os seguintes critérios avaliativos: contextualização da proposta do componente curricular, justificativa, metodologia e avaliação das atividades. Já as perguntas abertas, contidas na terceira seção da entrevista, foram processadas segundo a proposta de análise de conteúdo, visando identificar os fatores

internos e externos do componente curricular. Na análise de conteúdo, seguiram-se as etapas de pré-análise - na qual se esquematizou e compilou os dados -, exploração dos dados - de onde foram extraídas as categorias tanto da segunda seção, quanto dos fatores internos e externos - e, por fim, a interpretação dos dados categorizados (Araújo & Schwamborn, 2013; Bardin, 1979).

A partir da perspectiva dos fatores, identificaram-se as potencialidades e fragilidades do componente curricular, avaliadas por meio da análise de conteúdo temática. Tal avaliação proporcionou a identificação dos pontos positivos relacionados ao "Tarja Branca" e às fragilidades que podem dificultar a sua validação para outros programas de residência multiprofissional. A pesquisa obedeceu aos padrões éticos e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade Pernambucana de Saúde, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) n.º 43658721.6.0000.5569, sendo os dados captados somente após a aprovação.

### **Achados do estudo implicado**

A partir da implementação do processo metodológico de pré-análise e exploração dos dados acima descritos, foram inicialmente identificadas 81 unidades de registros, com suas respectivas frequências de enumeração. Em seguida, a partir da exploração desses dados, tais unidades de registros foram agrupadas em 28 categorias iniciais, fomentadas pela análise temática das entrevistas e literaturas relacionadas ao tema. Em seguida, as categorias iniciais foram agrupadas em quatro categorias intermediárias que, por fim, foram agregadas em duas categorias finais, conforme apresentado no Quadro 1. As variáveis foram distribuídas em ambientes interno e externo, como mostra o Quadro 2.

Quadro1 - Sistematização das categorias iniciais, intermediárias e finais: Análise de Conteúdo das entrevistas:

<b>Categoria inicial</b>	<b>Enumeração</b>	<b>Categoria intermediária</b>	<b>Categoria final</b>
Incentiva os processos de integração interpessoal	8	Características positivas do "Tarja Branca" que podem ser controladas pelos residentes.	Potencialidades associadas ao componente curricular "Tarja Branca".
Promove espaço de cuidado para todo mundo	1		
Incentiva a cooperação, solidariedade e gestão democrática	2		
Promoção de bem-estar físico e mental	5		
Quebra de rotina	1		
Desenvolve habilidades interpessoais que favorecem o campo de prática e profissional	5		
Oportuniza o debate de questões emocionais, melhorando o processo de evolução das residências	1		
A coordenação e os R2 do programa podem ser grandes incentivadores da manutenção do "Tarja Branca"	5		
Obrigatoriedade de comparecimento ao "Tarja Branca"	3	Características positivas do "Tarja Branca" que não podem ser controladas pelos residentes.	
Ampla variedade de metodologias, atividades físicas, brincadeiras	1		
Reconhecimento do espaço legitimado do "Tarja Branca" como componente curricular pelas instituições governamentais, de ensino-serviço e outros programas de residência	3		
Mudança de mentalidade do governo e de quem planeja as residências sobre o que representa o papel do residente	1		
O município ofertar muitos espaços de cultura e lazer	2		
Produção científica que debata a temática do "Tarja Branca"	1		

Mais facilidade para os residentes faltarem ao "Tarja Branca" do que às aulas ou atividades práticas	1	Características negativas do "Tarja Branca" que podem ser controladas pelos residentes.	Fragilidades associadas ao componente curricular "Tarja Branca".
Conflitos interpessoais	3		
Comunicação não assertiva	2		
Falta de compreensão e engajamento dos residentes com as propostas do "Tarja Branca"	6		
Carga horária curta	2	Características negativas do "Tarja Branca" que não podem ser controladas pelos residentes.	
Falta de uma estruturação pedagógica do componente curricular	2		
Falta de viabilização de recursos financeiros e humanos pelas instituições de ensino e serviço para fomentar o componente curricular	6		
Compreensão incipiente acerca da importância do tarja branca por instituições e profissionais do ensino e serviço em saúde	4		
Baixa divulgação e conhecimento sobre o "Tarja Branca" em outros ambientes de ensino e serviço	3		
Falta de reconhecimento da importância da saúde mental por parte de todas as repartições	1		
Ocorrência da pandemia	4		
Fatores climáticos	4		
Questões socioeconômicas	2		
Segurança pública deficiente	2		

Fonte: Elaboração própria (2022).

Quadro 2 - Fatores indicados para o ambiente interno e externo ao "Tarja Branca"

Ambiente interno	Ambiente externo
<p><b>Forças</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentiva os processos de integração interpessoal;</li> <li>- Promove um espaço de cuidado para todo mundo;</li> <li>- Incentiva a cooperação, solidariedade e gestão democrática;</li> <li>- Promove bem-estar físico e mental;</li> <li>- Quebra de rotina;</li> <li>- Desenvolve habilidades interpessoais que favorecem o campo de prática e profissional;</li> <li>- Oportuniza o debate de questões emocionais, melhorando o processo de evolução das residências;</li> <li>- A coordenação e os R2 do programa podem ser grandes incentivadores da manutenção do "Tarja Branca".</li> </ul>	<p><b>Oportunidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obrigatoriedade de comparecimento ao "Tarja Branca";</li> <li>- Ampla variedade de metodologias, atividades físicas, brincadeiras;</li> <li>- Reconhecimento do espaço legitimado do "Tarja Branca" como componente curricular pelas instituições governamentais, de ensino-serviço e outros programas de residência;</li> <li>- Mudança de mentalidade do governo e de quem planeja as residências sobre o que representa o papel do residente;</li> <li>- O município ofertar muitos espaços de cultura e lazer;</li> <li>- Produção científica que debata a temática do "Tarja Branca".</li> </ul>
<p><b>Fraquezas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mais facilidade para os residentes faltarem ao "Tarja Branca" do que à aula ou atividade prática;</li> <li>- Conflitos interpessoais;</li> <li>- Comunicação não assertiva;</li> <li>- Falta de compreensão e engajamento dos residentes com as propostas do "Tarja Branca".</li> </ul>	<p><b>Ameaças</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carga horária curta;</li> <li>- Falta de uma estruturação pedagógica do componente curricular;</li> <li>- Falta de viabilização de recursos financeiros e humanos pelas instituições de ensino e serviço para fomentar o componente curricular;</li> <li>- Compreensão incipiente acerca da importância do componente curricular por instituições e profissionais do ensino e serviço em saúde;</li> <li>- Baixa divulgação e conhecimento sobre o "Tarja Branca" em outros ambientes de ensino e serviço;</li> <li>- Falta de reconhecimento da importância da saúde mental por parte de todas as repartições;</li> <li>- Ocorrência da pandemia;</li> <li>- Fatores climáticos;</li> <li>- Questões socioeconômicas;</li> <li>- Segurança pública deficiente.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria (2022).

## **Potencialidades associadas ao componente curricular**

Na categoria final de "Potencialidades associadas ao componente curricular", foram agrupadas as categorias intermediárias "Características positivas do 'Tarja Branca' que podem ser controladas pelos residentes" e "Características positivas do 'Tarja Branca' que não podem ser controladas pelos residentes", ligadas, respectivamente, aos indicadores de Forças e Oportunidades da análise FOFA, como mostra o Quadro 2.

Em relação às características positivas controladas pelos residentes (forças), merece destaque o fato de que todos os entrevistados trouxeram unidades de registros associadas à categoria inicial "Incentiva os processos de integração interpessoal". Cinco dos oito entrevistados também citaram as categorias iniciais "Promoção de bem-estar físico e mental" e "Desenvolve habilidades interpessoais que favorecem o campo de prática e profissional", e a categoria "A coordenação e os R2 do programa podem ser grandes incentivadores da manutenção do 'Tarja Branca'" esteve presente no registro de cinco entrevistas - como mostra o Quadro 1.

No que se refere às características positivas não controladas pelos residentes (oportunidades), duas categorias com mais registros associados (três) foram a "Obrigatoriedade de comparecimento ao 'Tarja Branca'" e o "Reconhecimento do espaço legitimado do 'Tarja Branca' como componente curricular pelas instituições governamentais, de ensino-serviço e outros programas de Residência".

## **Fragilidades associadas ao componente curricular**

Associados à categoria final de "Fragilidades associadas ao componente curricular 'Tarja Branca'", foram agrupadas as categorias intermediárias "Características negativas do TB que podem ser controladas pelos residentes", e "Características negativas do TB que não podem ser controladas pelos residentes",

ligadas, respectivamente, aos indicadores de Fraquezas e Ameaças da análise FOFA (Quadro 2).

Sobre as características negativas do "Tarja Branca" controladas pelos residentes, grande parte dos entrevistados (seis) trouxeram registros associados à categoria inicial "Falta de compreensão e engajamento dos residentes com as propostas do tarja", sendo também enumerado por três entrevistados registros associados à categoria "Conflitos interpessoais".

Já em relação às características do "Tarja Branca" não controladas pelos residentes, merecem destaque as categorias iniciais de "Falta de viabilização de recursos financeiros e humanos pelas instituições de ensino e serviço para fomentar o componente curricular" - enumerada em seis registros -, "Compreensão incipiente acerca da importância do 'Tarja Branca' por instituições e profissionais do ensino e serviço em saúde", "Ocorrência da pandemia" e "Fatores climáticos" - todas essas três últimas categorias iniciais registradas em quatro entrevistas.

## Discussão

O componente curricular "Tarja Branca" foi implantado visando promover a saúde dos profissionais residentes, perante a exaustiva carga horária de trabalho/formação e percepção da incidência de adoecimento mental nas turmas iniciais do programa. Na análise das narrativas, a partir dos documentos que nortearam o componente, observou-se que a maioria dos entrevistados se sente contemplada pelos objetivos definidos no Regimento Interno do Programa, que são: aliviar o estresse, a ansiedade, promover interação e o autocuidado entre os residentes (Pernambuco, 2020). Isso apesar das dificuldades impostas pelo cenário da pandemia de covid-19:

A característica que é muito importante pra gente é a gente conseguir se encontrar e conviver enquanto tunna, mesmo nesse período de pandemia. E, também como na residência da gente, não rodamos todo mundo junto, a gente é dividido por duplas. Então, com certeza teriam

peessoas na minha turma que eu não teria oportunidade de conviver se não fosse pelo "Tarja". (Entrevistado 5)

Os residentes do PRMSC da turma de 2021 deram início às atividades em meio às mudanças causadas pelo distanciamento social, que resultaram em uma menor interação presencial entre os profissionais, com a adoção de formato on-line para o desenvolvimento de atividades teóricas. A diminuição do convívio foi perceptível em algumas narrativas; mesmo assim, reforçaram que o espaço do "Tarja Branca" foi importante para assegurar a convivência com os outros colegas de turma:

Principalmente nesse tempo de pandemia, que a maioria das disciplinas foi virtual, então a gente não tinha o contato diário com as pessoas, e chega o momento do "Tarja Branca", e a gente consegue se reunir, compartilhar, se divertir... Com a pandemia, a minha turma ainda teve um "Tarja" virtual, o primeiro; mas depois, graças às liberações, já foi possível ser presencial. Então, isso facilitou nossa interação, principalmente no primeiro ano, em que a gente precisa conhecer mais quem é o outro, a formação do outro; isso favorece o nosso ambiente de convivência na residência. (Entrevistado 1)

Autores relatam a importância do convívio com diferentes formações profissionais nos programas de Residência Multiprofissionais para a construção de perspectivas interdisciplinares que assegurem o olhar da integralidade do cuidado. Entretanto, os obstáculos gerados pela pandemia de covid-19, em relação ao convívio, também foram relatados por outros programas de residência, que, por sua vez, precisaram adequar suas atividades para manter ativa a convivência e o relacionamento entre os residentes e a população (Lovisi, 2022).

Durante a formação, os profissionais residentes experienciam situações estressantes com frequência, no âmbito do campo prático, assistencialista ou gestor, e do teórico, acumulando demandas dos dois eixos e gerando um grande desgaste físico e mental (Costa & Paz, 2022; Guido *et al.*, 2012).

Esse cenário foi amplamente evidenciado no presente estudo, no qual os profissionais demonstraram valorizar e se beneficiar dos encontros do "Tarja Branca":

Eu acredito que, como a residência acaba demandando muita coisa, muito tempo da gente, às vezes, ela acaba sendo cansativa. Daí, o "Tarja

Branca" meio que dá uma renovada, ele ajuda a gente a dar uma respirada para continuar nas obrigações do dia-a-dia. Então, acho que, como ponto positivo, ele ajuda bastante. (Entrevistado 3)

Entre as principais atividades praticadas pelos residentes no "Tarja Branca" estavam os jogos e brincadeiras, fundamentais para a socialização na idade adulta. Esse hábito serve para resgatar as lembranças do tempo de infância e, com elas, a identidade da outrora criança lúdica e criativa que ficou adormecida. O ato de brincar também é importante para dar um intervalo no modo automático e sufocante que a vida adultizada é induzida a seguir, auxiliando a aliviar o estresse causado pelas jornadas de trabalho excessivas (Silva & Anjos, 2019).

A pandemia de covid-19 trouxe diversos efeitos deletérios no âmbito pessoal e laboral de profissionais residentes. Um estudo, realizado com residentes do programa que ingressaram em 2020, identificou que o espaço de formação da residência foi bastante comprometido pela pandemia, tanto no que refere às atividades previstas no currículo, e que não puderam ser realizadas, quanto, principalmente, ao impacto sobre a saúde mental dos profissionais residentes, caracterizada pela intensificação dos sintomas relacionados à ansiedade, estresse e insônia (Costa & Paz, 2022). Na presente pesquisa, além desses prejuízos, foi relatada a limitação de lugares para realização do "Tarja Branca", sendo essa uma ameaça à execução do componente:

A pandemia, que quando a gente começou na residência começou de uma forma meio ameaçada assim, a possibilidade de ter "Tarja" ou não, de reunir as 15 pessoas da turma, diante do vírus da covid. Esse vai e vem do aumento e diminuição dos casos é um fator que ameaçou a possibilidade de a gente se encontrar e fazer diversos tipos de reunião. (Entrevista 6)

Essa realidade também foi compartilhada com outros programas de residência, que mencionaram diversas mudanças e adaptações necessárias para dar continuidade às atividades laborais. Essas adaptações incluíram alterações no cenário de prática e o uso de equipamentos de proteção individual, resultando em mudanças nos hábitos dos residentes, como o aumento do uso de telas e a diminuição da atividade física (Angelis *et al.*, 2022).

Apesar da obrigatoriedade do componente curricular, bem como da adesão e participação dos residentes nas atividades do Tarja, ainda se observa certo receio de não valorização do espaço e priorização das atividades práticas e teóricas em detrimento do Tarja Branca: "Vão ter pessoas que vão poder meio que não usar esse espaço para a proposta que ele tem, e acabar como um horário vago. E acaba sendo um espaço onde você não trabalhou, não criou laços, não fez nada, basicamente" (Entrevistado 6).

Esse tipo de narrativa pode estar relacionado ao fato do componente ser de autogestão e incentivar a autonomia:

Eu acho que, talvez, uma fraqueza seria a própria autonomia, a autogestão. Eu acho que é algo muito bom e que é necessário para as competências e habilidades que a gente precisa ter enquanto residente, mas eu acho que chega um certo momento da residência, com muita pressão, e tudo acaba, porque essa autonomia atrapalha um pouco. (Entrevistado 7)

A inclusão de componentes curriculares de autogestão fundamentou-se na vertente educacional da PNEPS, possibilitando a reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço. Essa abordagem promove o "aprender a aprender", o trabalho em equipe e a construção de cotidianos, tomando-se um objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (Brasil, 2017).

Para a análise do componente curricular "Tarja Branca", enquanto ferramenta de cuidado, optou-se pela análise FOFA, visto que é amplamente utilizada nas ciências humanas, e vem se difundindo em outras áreas de pesquisa. Recentemente, alguns estudos estenderam a técnica para temáticas da saúde e educação, demonstrando sua aplicabilidade e direcionamento para um planejamento estratégico (Araújo & Schwambom, 2013). Ao utilizar os princípios dessa técnica - Força, Oportunidade, Fraqueza e Ameaças - no direcionamento das entrevistas, observou-se que as atividades desenvolvidas no "Tarja Branca" extrapolaram os benefícios recreativos previstos, trazendo aprendizados importantes para a área profissional, como citado na

PNEPS - cooperação, solidariedade e gestão democrática.

Algumas pesquisas elencam os tipos de competências, em algumas áreas de domínio, que devem ser desenvolvidos em um programa de residência multiprofissional. Na área de comunicação, por exemplo, é possível destacar algumas dessas competências, como saber ouvir com empatia e respeito às diferenças e ter habilidades nas relações interpessoais, características evidenciadas no âmbito de forças do "Tarja Branca" (Nascimento & Oliveira, 2010).

Outros autores também ressaltam a importância de práticas compartilhadas entre os R1 e R2, elencadas no segmento de oportunidades do "Tarja Branca". Essa troca de saberes entre os residentes permite o desenvolvimento de habilidades para atuação conjunta, potencializando ainda mais o trabalho multiprofissional e uma visão ampliada de saúde (Casanova *et al.*, 2018). O engajamento do residente é um fator relacionado a variáveis como apoio social, recursos pessoais e interesses em comum, de acordo com pesquisas realizadas com residentes multiprofissionais. É identificável que, em relação às fraquezas elencadas na análise FOFA, a falta de engajamento, comunicação falha e conflitos são fatores que podem prejudicar o desempenho dos profissionais, sendo, portanto, pontos de atenção que devem ser trabalhados no âmbito da residência (Rotta, 2015).

A falta de recursos humanos e financeiros para o desempenho das atividades foi citado em diversos estudos. Essa questão, apontada como uma das principais ameaças na análise FOFA, também é verificada em outros programas de residência, que retratam o fator como uma séria limitação para a implantação de diversas ações do tipo (Silva & Natal, 2019). Ainda, destacou-se como uma limitação deste estudo a não inclusão de outros atores envolvidos no programa; a participação de coordenadores, docentes e preceptores certamente ampliaria o olhar sobre essa realidade - uma perspectiva para futuras pesquisas.

## Considerações finais

Residentes multiprofissionais são frequentemente submetidos a situações de tensão e estresse, tanto no campo teórico quanto no prático, agravadas pela elevada carga horária semanal e pelas demandas acumuladas. Por isso, respaldar e operacionalizar ações para a promoção da saúde durante a formação nas residências e incluir a pauta da saúde mental em reuniões pedagógicas são ações estratégicas e urgentes, principalmente diante do que foi a crise sanitária ocasionada pela covid-19, que levou os profissionais de saúde ao extremo da exaustão.

O programa de residência multiprofissional em Saúde Coletiva, ao adotar o "Tarja Branca" como componente curricular voltado para a promoção da saúde e qualidade de vida dos residentes, apostou na sua permanência no cronograma mensal de atividades, mesmo que realizado de maneira remota, a fim de minimizar os efeitos causados pelo cenário pandêmico. Alcançando os objetivos propostos, os profissionais residentes reconheceram que o "Tarja Branca", além de promover momentos de lazer, alívio do estresse e da pressão cotidiana, também incentivou os processos de integração, autocuidado e desenvolvimento de habilidades interpessoais que favorecem o campo da prática profissional.

Por fim, a partir da análise FOFA, foi possível identificar aspectos específicos que fazem parte do cotidiano do PRMSC, tanto fatores internos quanto externos, ressaltando-se pontos positivos, mas também aspectos que precisam ser modificados e/ou superados pelos envolvidos. Diante desse cenário, conhecer potencialidades e vulnerabilidades é fundamental no processo de construção e validação de novas metodologias utilizadas nos programas de residência, seja para aprimorar as ferramentas já utilizadas ou para sensibilizar e estimular outros ambientes de trabalho similares no cuidado de seus profissionais.

## Referências

- Angelis, G. P., Brunheroti, K. A., Bertucci, D. R., & Papini, C. B. (2022). Percepção sobre mudanças de hábitos dos alunos de Residência Multiprofissional durante os três primeiros meses de pandemia de covid-19. *Research, Society and Development, 11(8)*, e4661183113 I.
- Araújo, M. G., & Schwamborn, S. H. L. (2013). A educação ambiental em análise SWOT. *Ambiente & Educação, 18(2)*, 183-208.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Brasil. (2017). *Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017_comp.html)
- Cahú, R. A. G., Santos, A. C. O., Pereira, R. C., Vieira, C. J. L., & Gomes, S. A. (2014). Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 10(2)*, 76-83.
- Carneiro, K. T., Bronzatto, M., Assis, E. R., & Scaglia, A. J. (2016). Resenha da obra cinematográfica "Tarja Branca": A revolução que faltava. *Movimento, 22(3)*, 1017-1022.
- Casanova, I. A., Batista, N. A., & Moreno, L. R. (2018). A Educação interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em saúde. *Inte.face: Comunicação, Saúde, Educação, 22*, 1325-1337.
- Costa, J. J., & Paz, A. M. (2022). Percepção de residentes sobre qualidade de vida e atuação profissional durante a pandemia da covid-19. *Revista de Saúde Pública do Paraná, 5(4)*, 1-15.
- Fernandes, C. S., & Mendes, T. (2017). Tarja branca: Memória e narrativas sensíveis em práticas de cinema no hospital. *Novos Olhares, 6(2)*, 52-63.
- Fonseca, J. S., & Nunes, C. T. F. M. (2020). Ferramentas de gestão para a escola: Um relato de experiência com a análise SWOT. *Atos de Pesquisa em Educação, 15(2)*, 520.
- Guido, L. A., Silva, R. M., Goulart, C. T., Bolzan, M. E. O., & Lopes, L. F. D. (2012). Síndrome de burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46(6)*, 1477-1483.
- Guimarães, E. M., & Carrasco, L. M. C. M. (2020). Fatores de estresse em residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade de Palmas - TO. In Costa, E. F. (org), *Psicologia em foco: Temas contemporâneos* (pp. 97-111). Editora Científica Digital.
- Hofrichter, M. (2020). *Análise Swot: Quando usar e como fazer*. Simplíssimo.
- Lovisi, M. M. (2022). *Oficinas terapêuticas como expressão de subjetividades: Uma experiência na residência multiprofissional em saúde*. [Trabalho de Conclusão de Residência, Universidade Federal de Uberlândia].
- Maciel, J. C. S. S., Melo, S. B., & Almeida, W. H. N. G. S. E. P. (2021). *Uma análise das ferramentas de gestão pela ótica das empresas familiares*. [Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Tecnologia em Gestão Comercial, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano].

- Maria, L., & Guerra, M. G. G. V. (2018). Diagnóstico institucional da Universidade Federal da Paraíba a partir da análise SWOT. *Revista Meta: Avaliação, 11(33)*, 694-718.
- Moreira, A., Patrizzi, L., Accioly, M., Shimano, S., & Walsh, I. (2016). Quality of life evaluation, sleep and burnout syndrome in the residents of the Multidisciplinary Residency Program in health. *Medicina, 49(5)*, 393-402.
- Nascimento, D. D. G., & Oliveira, M. A. C. (2010). Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde e Sociedade, 19(4)*, 814-827.
- Nascimento, L. C. N., Souza, T. V., Oliveira, I. C. S., Moraes, J. R. M. M., Aguiar, R. C. B., & Silva, L. F. (2018). Theoretical saturation in qualitative research: An experience report in interview with schoolchildren. *Revista Brasileira de Enfermagem, 71(1)*, 228-233.
- Oliveira, E. B., Zanesco, C., Bordin, D., Cabral, L. P. A., Brasil, D., & Fadei, C. B. (2019). Estresse na residência multiprofissional em saúde: Natureza e magnitude. *Brazilian Journal of Development, 5(11)*, 25684-25697.
- Pernambuco. (2020). *Regimento interno do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva*. Secretaria de Saúde do Recife.
- Rotta, D. S. (2015). *Ansiedade, depressão, bem-estar e trabalho de residentes multiprofissionais da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP*. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto].
- Salvador, P. T. C. O., Alves, K. Y. A., Rodrigues, C. C. F. M., & Oliveira, L. V. E. (2020). Online data collection strategies used in qualitative research of the health field: A scoping review. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 41*, e20190297.
- SescTV. (2019). *Documentário: Tarja Branca* [documentário]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=kJ42nlmdzEM>
- Silva, D. S., Mercês, M. C., Souza, M. C., Gomes, A. M. T., Lago, S. B., & Beltrame, M. (2019). Síndrome de burnout em residentes multiprofissionais em saúde. *Revista Enfermagem UERJ, 27*, 43737.
- Silva, H. A., & Anjos, M. M. (2019). A contextualização de temas filosóficos no documentário "Tarja Branca": A revolução que faltava. *Trilhas Filosóficas, 12(1)*, 167-179.
- Silva, L. S., & Natal, S. (2019). Residência multiprofissional em saúde: Análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde, 17(3)*, e0022050.

# CAPÍTULO 16

## AÇÃO PARA ESTIMULAR A VALORIZAÇÃO DE TRABALHADORES DA SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Amanda Bonner Peixoto Câmara  
José Wellington de Oliveira  
Kaili da Silva Medeiros  
Luís Henrique Dantas Mendes

### Introdução

A pandemia de covid-19 tem produzido expressivos números de infectados e de óbitos no mundo. Segundo relatório divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023), até janeiro de 2023, foram notificados, em todo mundo, mais de 660 milhões de casos confirmados e 6,7 milhões de óbitos pelo novo coronavírus. A velocidade com que a doença se espalhou entre os países, e dentro de cada um, influenciou o cotidiano de bilhões de pessoas no planeta.

Os profissionais e trabalhadores de saúde envolvidos no enfrentamento da pandemia estiveram expostos diariamente ao risco de adoecimento. Problemas como estresse psicológico e cansaço físico, medidas de proteção e cuidado insuficientes à saúde desses profissionais afetaram de formas diferentes as diversas categorias, sendo necessário um olhar atento para as especificidades de cada uma, para que não ocorra uma redução da capacidade de trabalho e da qualidade da assistência prestada aos pacientes (Teixeira *et al.*, 2020). Dessa forma, o desenvolvimento de atividades que desempenhassem ressignificação ao sofrimento, causado pela pandemia e pela realidade de não valorização, foi imprescindível para os profissionais de saúde. Cabe ressaltar que a força de trabalho em saúde é heterogênea, apresentando diferenças de gênero, raça e classe social, sendo definidas devido aos variados níveis e cursos de formação profissional e às oportunidades de inserção no mercado de trabalho (Hankivsky & Kapilashramim, 2020).

Dessa forma, é importante que os profissionais envolvidos no processo de trabalho estejam motivados diante de tantas adversidades. A motivação impulsiona o indivíduo em direção aos seus objetivos e pode ser despertada tanto por forças externas como também por forças internas (Meneses *et al.*, 2022). Forças externas se referem às recompensas materiais ou sociais e forças internas ao sentimento de prazer, felicidade ou sentido de realização, sem a necessidade de pressões ou recompensas (Battistel *et al.*, 2022). A motivação influencia diretamente na adesão a tratamentos, na saúde e qualidade de vida das pessoas (Leite *et al.*, 2018) e na produtividade de trabalhadores (Zonatto *et al.*, 2018). Contrariamente, a falta de motivação, de sentido e de esperança podem gerar instabilidades e desequilíbrios, colocando o indivíduo em risco de problemas de saúde (AOTA, 2020).

Uma das formas de se promover tais ações e de motivar os profissionais é por meio de ações educativas. Segundo Ceccim (2005), inserir a Educação Permanente em Saúde (EPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) requer trabalhadores que aprendam a aprender, práticas cuidadoras, uma intensa permeabilidade ao controle social, compromisso de gestão com a integralidade, desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento. Nesse sentido, o presente trabalho relata o desenvolvimento e execução de uma ação planejada para dirimir possíveis prejuízos à saúde mental dos profissionais da saúde no contexto da pandemia de covid-19, com o objetivo de instigar a valorização dos trabalhadores que atuavam no Hospital Regional Dom Moura (HRDM), localizado no município de Garanhuns (PE).

### **Planejamento Estratégico-Situacional**

O HRDM, localizado no município de Garanhuns, é referência para os municípios integrantes da V Regional de Saúde. Ele oferece atendimentos

emergenciais em pediatria, ortopedia, clínica médica, clínica cirúrgica e obstetrícia. Conta, ainda, com atendimentos ambulatoriais em diversas outras áreas (SESPE, [ca. 2020]). No HRDM, há a atuação do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar com Ênfase em Gestão do Cuidado, implantado desde 2010, com a finalidade de fortalecer a qualificação dos profissionais nos serviços de saúde. O programa é regido pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) e faz parte da estratégia de interiorização de Residências Multiprofissionais em Saúde no estado de Pernambuco, contribuindo para a formação especializada de profissionais no SUS (Souza, 2019).

O referido programa de residência visa o cuidado integral à saúde nas diferentes fases da vida e a compreensão de todos os dispositivos da rede para prestar a assistência, sendo composto por equipes multiprofissionais de assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, o que possibilita a atuação multi e interprofissional e a ampliação da atuação na prática profissional (Souza, 2019). Nessa perspectiva, durante sua atuação, os residentes realizaram rodízios por vários setores do hospital, tanto os assistenciais quanto os gerenciais e burocráticos. Durante o mês de maio de 2020, a equipe, formada por um psicólogo, uma enfermeira, uma assistente social, um nutricionista e uma fisioterapeuta, realizou o rodízio no Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NUEPE) do HRDM.

O NUEPE, por sua vez, é um setor estratégico no hospital que busca efetivar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil, 2009), reforçando a prática educativa nos espaços de trabalho a partir da problematização da atuação profissional, da colaboração coletiva e da modificação da prática por meio de metodologias ativas de aprendizagem. Dessa forma, ele estreita as relações intersetoriais e encoraja o engajamento dos profissionais, gestores e usuários (Gigante & Campos, 2016).

Na realidade do setor, o grupo de residentes percebeu um problema central: a resistência dos profissionais em participar de novos planejamentos de educação permanente em saúde. Isso acontecia porque era compreendido que a educação permanente em saúde não seria um processo acabado, mas construído. Assim, a participação dos demais trabalhadores seria de suma importância para a construção de um trabalho que visava à horizontalidade.

Planejar em situações de conflito requer uma série de técnicas e procedimentos que pudessem ser seguidos, sequencialmente, ou realizados em momentos simultâneos e que dessem conta: da abordagem da complexidade social, em sua totalidade, expressada, com especificidade, em relação à saúde; da interação entre as diversas forças sociais; e da variabilidade e incerteza que significa tratar com o futuro, possibilitando a realização do "deve ser" (Giovannella, 1989, p. 160).

Ademais, em virtude do contexto da pandemia, os profissionais estavam desmotivados e inseguros em relação à sua prática profissional. Sendo preciso, então, uma ação que valorizasse os profissionais da saúde, com o objetivo de demonstrar para eles a importância da sua atuação, principalmente, no cenário da pandemia de covid-19. Logo, o primeiro passo para a construção dessa ação foi a elaboração de um planejamento estratégico situacional (PES).

O PES é uma metodologia desenvolvida na década de 1980, se apresentando como um facilitador para a geração da viabilidade política dos planos (Camargo *et al.*, 2020). Ele pode ser organizado em quatro momentos (Quadro 1), desenvolvidos antes da realização da ação. Nesse caso, o público-alvo da ação foram os profissionais que trabalhavam no HRDM.

Quadro 1 - Etapas do Planejamento Estratégico Situacional e seu paralelo com a ação de valorização desenvolvida no HRDM, Garanhuns (PE)

<b>Planejamento Estratégico Situacional (PES)</b>		
<b>Etapas</b>	<b>Conceito</b>	<b>Etapa da ação proposta</b>
Momento explicativo	Quando se analisa a realidade entre o presente e o futuro almejado, e quando se identificam e se selecionam os problemas e a explicação das suas causas.	Os autores se reuniram nas instalações do NUEPE e discutiram quais eram as principais problemáticas que afetavam mais os profissionais naquele período, elencando diversas ideias que poderiam ser abordadas.
Momento normativo	Definição das operações que levam à mudança da situação inicial em direção à situação ideal, nos mais diferentes cenários, ou seja, momento centrado no direcionamento das ações para efetivação do objetivo.	Após uma discussão inicial, decidiu-se que a "valorização profissional" seria abordada na realização da atividade.
Momento estratégico	Momento no qual se analisa os empecilhos e facilidades que interferem no cumprimento do objetivo. Aqui, são identificados os atores envolvidos no processo e o nível de oposição e concordância entre eles quanto ao futuro desejado e às ações previstas.	Com base nas discussões realizadas nos dois momentos anteriores, foi possível elencar quais materiais seriam necessários para executar a ação (material de papelaria, aquisição de chás, doces, EPI para utilização durante a ação, coleta de imagens dos profissionais e trabalhadores da saúde etc.).
Momento tático-operacional	É quando o planejamento e a análise, feitos anteriormente, se transformam em ação concreta. Ocorre também o monitoramento das ações, com proposição de mudanças e/ou ajustes ao longo do processo.	Com os materiais necessários já de posse dos autores, foi realizada a confecção do mural "Heróis da Saúde" e dos chás calmantes, além de doces com mensagens motivacionais (Figura 1).

Fonte: Adaptado de UNASUS & UFSC (20--?).

Figuras 1 e 2- Confeção do mural "Heróis da Saúde" e dos chás calmantes para ação de valorização profissional, realizada no Hospital Regional Dom Moura, Garanhuns, em 2020.



Fonte: Acervo pessoal (2020).

A utilização do PES na prática profissional auxiliou na elaboração de intervenções direcionadas aos problemas encontrados, favorecendo a adoção de estratégias que ajudassem a melhorar a prestação do cuidado aos usuários, enquanto estimulava a educação em saúde nos serviços (Santana *et al.*, 2020). Dessa forma, o PES tem se mostrado como ferramenta potente no desenvolvimento de ações em saúde dentro de vários cenários. Ademais, ele permite a atuação de forma interdisciplinar dos vários atores envolvidos, facilitando a construção colaborativa e a troca de saberes e fazeres (Oliveira *et al.*, 2020).

### **Produção de informação e conhecimento**

A ação ocorreu do dia 18 ao dia 22 de maio de 2020. Durante essa semana, os residentes abordaram os profissionais para entregar os doces e chás, além de demonstrarem a importância do trabalho de cada profissional para o enfrentamento da covid-19. A partir do plano de ação, foram coletadas fotos dos profissionais de

diversos setores e de várias profissões, sendo montado um mural com fotos e frases motivacionais no corredor central do hospital, entre as clínicas cirúrgica e médica, local esse com fluxo constante de profissionais, pacientes e acompanhantes (Figura 2).

Figura 3 e 4 - Mural "Heróis da saúde", exposto no corredor principal do Hospital Regional Dom Moura, Garanhuns, em 2020



Fonte: Acervo pessoal (2020).

Além disso, confeccionou-se um mix de chás calmantes - melissa e camomila -, com a finalidade de promover um momento de autocuidado e relaxamento para esses profissionais após um dia exaustivo de trabalho. Ainda, foram distribuídos doces com mensagens motivacionais (Figura 3).

A utilização dos chás nas ações em saúde faz referência à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Brasil, 2006), oficializada pelo SUS. Desse modo, se trata de uma prática integrativa e complementar à medicina convencional. Nota-se, assim, que o uso de plantas medicinais e fitoterápicas nas atividades incentivou a promoção da lógica totalizante da saúde, principalmente por ser aquele um ambiente hospitalar, onde a lógica medicamentosa e medicalocêntrica são preponderantes.

Figura 5 e 6 - Mix de chás e doces com frases motivacionais, distribuídos durante a realização da ação no Hospital Regional Dom Moura, Garanhuns.



Fonte: Acervo pessoal (2020).

Percebeu-se a interação e participação dos profissionais durante a exposição do mural e a realização da ação, que, por sua vez, se sentiram valorizados. Nos relatos, eles afirmavam que se viam pertencentes e reconhecidos nas fotos, inclusive pelo fato de estes abarcarem todas as categorias profissionais, e não apenas aquelas consideradas "linha de frente" e que prestavam assistência direta ao paciente - como enfermeiro, fisioterapeuta e médico. Sendo assim, a equipe de residentes incluiu os profissionais de nutrição, psicologia e serviço social, além dos trabalhadores das equipes de limpeza e portaria, entre outros.

Com isso, considerou-se a importância de todos os colaboradores no ambiente de saúde, pois a gestão do cuidado é uma estratégia interventiva desse campo que tende a considerar a integralidade das pessoas a partir de uma óptica descentralizada. Nessa estratégia, o somatório dos pequenos cuidados é quem direciona a Atenção à Saúde da pessoa. Não há espaço para um saber hierarquizado, dominante ou superior, pois todos os envolvidos - incluindo profissionais e usuários - têm sua parcela de contribuição, havendo, assim, uma corresponsabilização pelos processos (Grabois, 2009).

Tal ferramenta rompe com os ideais tradicionais de gestão, ligados meramente aos contextos burocráticos, perpassando, dessa maneira, a trama das relações entre os diversos atores que compõem a realidade de uma instituição de saúde. É preciso considerar que profissionais, usuários e gestores ocupam lugares distintos nas relações de poder, entretanto, isso não é desculpa para que estes não sejam considerados, todos, ferramentas orientadoras do cuidado (Cecílio, 2009).

Devido à boa visibilidade da ação, a exposição do mural de fotos perdeu por cerca de três semanas. Ademais, a ESPPE, em suas redes sociais, publicou um feedback positivo, reforçando a importância da realização de atividades do gênero que instiguem "[...] a valorização profissional", oferecendo "[...] um espaço de cuidado em meio à rotina exaustiva dos profissionais de saúde" (ESPPE, 2020).

## Discussão

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1946), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Com essa concepção, e por meio da realidade atual, avalia-se que, para os profissionais que trabalham na saúde, o contexto da pandemia resultou em um adoecimento não apenas físico, mas também mental. Devido ao impacto da pandemia, as autoridades mundiais direcionaram suas ações para coibir a transmissão do vírus e oferecer tratamento para os usuários contagiados. Entretanto, foi percebida certa negligência no cuidado com a saúde mental dos profissionais de saúde que atuavam direta ou indiretamente na assistência à covid-19 (Omell *et al.*, 2020).

Pelo fato de haver a emergência de fornecer respostas clínicas aos pacientes e familiares, o processo do cuidado - e autocuidado - do profissional esteve em segundo plano. Diante disso, os trabalhadores da saúde sofreram com várias angústias e receios: medo de se infectar, de ter que lidar constantemente com a morte de pacientes, o sentimento de impotência, o distanciamento de familiares, ou mesmo o medo das agressões por parte das pessoas que não compreendiam os fluxos de

atendimentos e as limitações às quais eles estavam submetidos (Schmidt *et al.*, 2020). Nessas circunstâncias, os profissionais podem acabar se sentindo pressionados e pouco valorizados na sua prática. Isso porque o trabalho pode causar o adoecimento mental e desencadear problemas como medo, ansiedade e estresse, causando danos à sua saúde e impactando a assistência prestada (Pereira *et al.*, 2020).

Dessa forma, as condições de trabalho, geralmente, estão relacionadas à valorização profissional (Jesus *et al.*, 2011). Por isso, ressalta-se a importância da realização de atividades que evidenciem a importância dos trabalhadores da saúde, tanto os que estão na linha de frente quanto aqueles que trabalham em outros setores do hospital. A melhor estratégia para isso é a educação permanente em saúde. Isso porque ela modifica os processos de trabalho, cria momentos de aprendizado coletivo, gera reflexão dos profissionais em relação à sua prática, melhorando a qualificação dos trabalhadores (Amaro *et al.*, 2018). Portanto, é um processo de ensino-aprendizagem, no qual o principal objetivo é a transformação das práticas profissionais a partir das necessidades e problemas sentidos e vivenciados no processo de trabalho desses profissionais (Puggina *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, o NUEPE reforça a prática educativa imersa do ambiente de trabalho a partir da problematização da atuação profissional, colaboração coletiva e da modificação da prática por meio de metodologias ativas de aprendizagem. Cabe ressaltar que, teoricamente, tais ações devem ser fomentadas não somente pelo NUEPE, mas, também, pelos gestores do hospital. Porém, na prática, essa iniciativa ainda é incipiente. O gestor possui um relevante papel na valorização dos profissionais de saúde, devendo sempre estimular a realização de cursos entre eles, como especializações e pós-graduações, evitando-se, assim, a acomodação profissional (Cunha & Magajewski, 2012).

Por último, foi possível perceber que ações como essa possibilitam a criação de espaços de reconhecimentos para esses profissionais e do seu sentimento de pertencimento, o que permite que eles percebam que a assistência prestada aos usuários faz, sim, a diferença. Dessa forma, pôde ser ressaltado o papel desses

trabalhadores no serviço de saúde e, mais que isso, o papel deles no cuidado prestado à população.

## Conclusão

Ações de valorização do trabalhador são de extrema importância não só para melhorar a autoestima do profissional, mas, também, para se efetivar um serviço de qualidade. Por isso, é preciso dizer que a experiência de intervenção aqui relatada foi bastante promissora para o hospital, principalmente por se aproveitar do planejamento estratégico situacional como ferramenta de trabalho.

Dessa forma, a instituição necessita de um olhar ampliado em relação à saúde e que responda às necessidades concretas, como a falta de recursos físicos, financeiros e de apoio do superior hierárquico para a educação permanente em saúde. Tais necessidades repercutem no trabalho e na qualidade do cuidado. Muito embora a covid-19 tenha trazido consigo diversos desafios e anseios, trabalhar o reconhecimento do profissional e seu incentivo no autocuidado potencializa, enfim, todo o processo de ressignificação da pandemia.

## Referências

- Amaro, M. O. F., Mendonça, É. T., Carvalho, C. A., Nakada, K. N., Siman, A. G., & Santos Ferreira, N. C. (2018). Concepções e práticas dos enfermeiros sobre educação permanente no ambiente hospitalar. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 22(2), 81-94.
- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 74, 1-87.
- Battistel, O. L., Holz, S. M., & Sauerwein, I. (2022). Motivação e eficiência em estratégias de ensino de física no nível médio. *Revista Brasileira de Ensino de Física*, 44, e20210278.
- Brasil. (2006). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Ministério da Saúde.
- Camargo, F. C., Machado, G. G., Felipe, L. R. R., Faria, G. S., Nogueira, A. L., Reis, S. C. R. M., & Walsh, I. A. P. (2020). Planejamento estratégico situacional em saúde: Abordagem da saúde

- do trabalhador na Estratégia Saúde da Família. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 8(2), 249-260.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação permanente em saúde: Descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986.
- Cecílio, L. C. O. (2009). A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1), 545-555.
- Cunha, P. F., & Magajewski, F. (2012). Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: Avanços no âmbito do SUS. *Saúde e Sociedade*, 21, 71-79.
- Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) (@espe\_ses\_pe). (2020, 5 de setembro). Pensando que os profissionais de saúde... *Instagram*.  
<https://www.instagram.com/p/CEwfCUXAGLs/?igshid=ZDhmZGixNmQ%3D>
- Gigante, R. L., & Campos, G. W. S. (2016). Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: Bases legais e referências teóricas. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(3), 747-763.
- Giovanella, L. (1989). *Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde: Uma discussão da abordagem de Maria Testa*. [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública "Sergio Arouca" da Fundação Oswaldo Cruz].
- Grabois, V. (2011). Gestão do cuidado. In Gondim, R., Grabois, V., & Mendes Junior, W. V. (org.). *Qualificação dos Gestores do SUS* (2. ed., pp. 153-190). Fiocruz/ENSP/EAD.
- Hankivsky, O., & Kapilashrami, A. (2020). *Beyond sex and gender analysis: An intersectional view of the covid-19 pandemic outbreak and response*. University of Melbourne.
- Jesus, M. C. P., Figueiredo, M. A. G., Santos, S. M. dos R., Amaral, A. M. M., Rocha, L. O., & Thiollent, M. J. M. (2011). Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1229-1236.
- Leite, J. C. C., Luz, M. F. D., Walz, J. C., Filippin, L. I., Saldanha, R. P., & Drachler, M. L. (2023). Motivação e adesão ao tratamento psicossocial entre usuários de substâncias químicas. *Estudos de Psicologia*, 35(4), 389-398.
- Meneses, K. V. P., Tosta, M. J., & Melo, J. V. (2022). Teorias motivacionais e sua aplicabilidade no contexto da Terapia Ocupacional. *Revista do NUFEN*, 14(2), 1-10.
- Oliveira, P. S., Barbosa, A. A., Anjos, A. C. B., Silva, A. O., Cunha, A. P. S., Silva, C. H., Rolim, L. A. A., Barros, V. S., Santos, C. S., & Lemos, G. S. (2020). Percepção de universitários participantes do Pet-Saúde Interprofissionalidade sobre o planejamento estratégico situacional. *Saberes Plurais Educação na Saúde*, 4(2), 111-123.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (1946). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html/>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2023). *WHO Coronavirus (Covid-19) Dashboard*.  
<https://covid19.who.int/>
- Omell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). "Medo pandêmico" e covid-19: Carga e estratégias de saúde mental. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 42(3), 232-235.

- Pereira, M. D., Torres, E. C., Pereira, M. D., Antunes, P. F. S., & Costa, C. F. T. (2020). Sofrimento emocional dos enfermeiros no contexto hospitalar frente à pandemia de covid-19. *Research Society and Development*, 9(9), e67985121.
- Puggina, C. C., Amestoy, S. C., Fernandes, H. N., Carvalho, L. A., Bão, A. C. P., & Alves, F. (2021). Educação Permanente em Saúde: Instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. *Espaço Para a Saúde*, 16(4), 87-97.
- Santana, T. S., Santos, C. C., Hamburgo, V. P., Santana, T. S., Sousa, A. R., & Carvalho, E. S. S. (2020). Educação em serviço para a prevenção de lesão por pressão através do planejamento estratégico situacional. *Revisa*, 9(4), 773-783.
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (covid-19). *Estudos de Psicologia*, 31, 1-13.
- Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SESPE). (ca. 2020). Hospital Regional Dom Moura. *Portal Governo de Pernambuco*. <https://portal.saude.pe.gov.br/hospitais/hospital-regional-dom-moura/>
- Souza, B. M. B. (2019). Programa de residência multiprofissional: idealizando uma formação interprofissional. In Faria, A. A., Torres, O. M., Baptista, G. C., & Schweicardt, J. C. (org.), *Ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho: Das intenções à ação em equipes de saúde* (pp. 160-170). Rede Unida.
- Teixeira, C. F. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. M., Andrade, L. R., & Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465-3474.
- UNASUS, & UFSC. (20--?). Carlos Matus e o Planejamento Estratégico Situacional (PES). *Planejamento na Atenção Básica: O planejamento em saúde na América Latina*. [https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33878/mod\\_resource/content/1/un2/top3\\_1.html](https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33878/mod_resource/content/1/un2/top3_1.html)
- Zonatto, V. C. S., Silva, A., & Gonçalves, M. (2018). Influência da motivação para o trabalho no comprometimento organizacional. *Revista de Administração IMED*, 8(1), 169-190.

## CAPÍTULO 17

# "CUIDANDO DE QUEM CUIDA": VIVÊNCIAS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO CUIDADO AOS PROFISSIONAIS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, POR MEIO DAS PICS

Vitória Silva de Aragão  
Leilson Lira de Lima  
Maria Rocineide Ferreira da Silva

### Introdução

Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a situação da covid-19 como estado de pandemia. O vírus Sars-CoV-2 causa uma infecção virai com alta taxa de transmissibilidade, que ocorre principalmente por meio de gotículas e/ou aerossóis. Além disso, também pode ser transmitido por contato direto entre pessoas, superfícies ou objetos contaminados, o que possibilitou a disseminação da doença em uma escala de tempo muito curta (Anvisa, 2020; OMS, 2020). Diante disso, houve sobrecarga nos serviços de saúde e nos profissionais, resultando na falta de insumos e na necessidade de uma reorganização dos equipamentos de saúde em todos os níveis de atenção, levando os trabalhadores de saúde ao estresse, com exaustão física e mental (Santos *et al.*, 2022; Campos & Alves, 2022; Pretto *et al.*, 2022). Conforme Pretto *et al.* (2022) e Therense, Perdomo e Fernandes (2021), esse cenário provocou nos profissionais de saúde sentimentos de medo, inseguranças, lutos constantes devido às perdas dos pacientes e preocupações. Além disso, muitos não conseguiram lidar com suas emoções, resultando em crises de ansiedade, insônia, sonolência diurna e pesadelos.

Pretto *et al.* (2022) ainda afirmam que esses trabalhadores também sofreram danos físicos devido ao aumento da jornada de trabalho e ao uso prolongado dos equipamentos de proteção individual (EPI), apresentando lesões cutâneas, dores musculares e de cabeça, sem deixar mencionar que muitos, ao entrarem em isolamento familiar para não expor seus familiares a riscos biológicos, tornaram-se mais

vulneráveis a situações psicossociais adversas. Com base nos estudos anteriores citados, que evidenciam a sobrecarga dos trabalhadores, e após o processo de territorialização dos equipamentos de saúde no município de Caucaia, identificamos esgotamento, exaustão física e desequilíbrio emocional entre os trabalhadores de saúde. Diante disso, buscamos oferecer cuidados a esses profissionais por meio das práticas integrativas complementares de saúde (PICS). Compreendemos a importância das PICS nesse cenário, uma vez que se caracterizam como ações terapêuticas que favorecem a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, por meio do acolhimento, da escuta e da criação do vínculo terapêutico, "[...] na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade", em uma busca pela promoção completa do cuidado às pessoas, especialmente por meio do autocuidado (Brasil, 2006a, p. 10).

As PICS foram oficializadas como práticas do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), publicada em 2006 e atualizada em 2015. As PICS são recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para prevenção ou tratamento de algumas doenças, ou agravos à saúde, além de servirem como medida paliativa em algumas doenças crônicas (Brasil, 2006b, 2015). Diante disso, as PICS desempenham um papel importante na promoção do cuidado, contribuindo para assegurar uma melhor qualidade de vida aos usuários. Vale ressaltar que as práticas integrativas têm sido reconhecidas pelos profissionais de saúde como uma possibilidade de construção do cuidado integral. Todavia, ainda se observa que, em alguns locais, essas práticas são negligenciadas ou negadas. Sabemos da sua importância e da relevância da articulação entre os diversos saberes para a realização do cuidado integral a partir de um movimento de inclusão e de reafirmação de protagonismos, os quais são necessários àqueles em adoecimento e que, ainda, podem contribuir na construção da sua cidadania. Este estudo visou descrever as vivências de residentes com o cuidado prestado a trabalhadores da saúde durante a pandemia de covid-19, por meio de

práticas integrativas e complementares e das suas implicações à saúde física e psíquica e ao autocuidado.

### **Relato de experiência no cuidado aos trabalhadores da saúde**

Este trabalho trata-se de um relato de experiência sobre as vivências da oitava turma de residentes de Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) no cuidado aos trabalhadores da saúde durante a pandemia de covid-19, por meio das práticas integrativas e complementares. As PICS, intituladas "Cuidando de quem cuida", foram ofertadas em alguns equipamentos de saúde do município de Caucaia, Ceará, cenário de prática da referida residência. O município de Caucaia, com uma população estimada de 355.679 pessoas, em 2022 (IBGE, 2022), está situado na região metropolitana de Fortaleza, tendo o terceiro maior Produto Interno Bruto (PIB) do estado do Ceará e o segundo maior fluxo turístico (Prefeitura de Caucaia, 2022). O município é dividido em seis distritos de saúde: I, II, III, IV, V e VI. As atividades realizadas concentraram-se nos distritos I, V e VI, todos situados na zona urbana.

Assim, as ações de cuidado com os cuidadores foram efetuadas nos seguintes equipamentos de saúde: Hospital e Maternidade Santa Terezinha; Centro de Atenção Psicossocial Geral (CAPS Geral); Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad); Unidade de Pronto Atendimento Jurema (UPA Jurema); Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) Joaquim Braga; e Núcleo de Controle de Endemias e Zoonoses. Todas as unidades de saúde foram contempladas com mais de uma ação, com exceção do Hospital e Maternidade Santa Terezinha e do Núcleo de Controle de Endemias e Zoonoses, que receberam apenas uma intervenção. Ressaltamos que, antes de sua execução, as atividades foram previamente organizadas em conjunto com os gestores e coordenadores dos serviços.

As PICS realizadas foram aromaterapia e meditação - Hospital e Maternidade Santa Terezinha -, ventosaterapia, massoterapia e auriculoterapia - CAPS ad, UPA

Jurema, UAPS Joaquim Braga e Núcleo de Controle de Endemias e Zoonoses -, escalda-pés, ventosaterapia, massoterapia e jardinagem acompanhada de musicoterapia - CAPS Geral. Ao final das ações, aproximadamente 232 trabalhadores da saúde foram atendidos. A distribuição das ações incluiu o atendimento de 15 profissionais do Hospital e Maternidade Santa Terezinha, 48 profissionais do CAPS Geral, 30 profissionais do CAPS ad, 30 profissionais da UAPS Joaquim Braga, 70 profissionais da UPA Jurema e 39 profissionais do Núcleo de Controle de Endemias e Zoonoses. Sobre a ventosaterapia, a auriculoterapia e a meditação, Kurebayashi *et al.* (2014), Coelho, Sousa e Watanabe (2019) e Brasil (2015) as destacam como métodos da medicina tradicional chinesa (MTC), isto é, práticas que trabalham o corporal ou o mental, buscando a prevenção, a promoção e a recuperação de doenças.

## Descrição

Durante as ações, os trabalhadores relataram que estavam com ou que já apresentaram crises de ansiedade, medo e exaustão nos últimos dias, e que esses sentimentos surgiram principalmente após o início da pandemia, devido às várias perdas, ao medo da doença e a todo o cenário provocado pela covid-19. O estudo de Lacerda *et al.* (2022) demonstrou que 31,16% dos profissionais participantes da sua pesquisa demonstram exaustão emocional durante a pandemia. De acordo com os autores, os trabalhadores da saúde, que atuaram no cuidado nos diferentes níveis de atenção durante esse período, apresentaram sobrecarga física e mental, que, correlacionados ao medo do vírus, desencadearam elevados níveis de ansiedade, depressão, estresse e exaustão. Como podemos imaginar, esses impactos também se refletiram nos serviços de saúde de Caucaia.

Diante daquela conjuntura, as práticas integrativas e complementares de saúde emergiram como uma estratégia efetiva na produção do cuidado, uma vez que buscavam uma visão ampliada do sujeito no processo saúde-doença, sendo centradas na promoção do autocuidado. Com base nisso, Lemos *et al.* (2022) conceituam as

PICS como um conjunto de artifícios que podem ser utilizados para fins terapêuticos, por meio dos conhecimentos tradicionais, proporcionando uma conexão entre o sujeito e os elementos naturais. Utilizamos, então, a aromaterapia, uma prática milenar que se utiliza de óleos essenciais para fortalecer as defesas do corpo do indivíduo. Conforme Nascimento e Prade (2020), Pacheco e Moraes (2021) e Lemos *et al.* (2022), esses óleos ajudam no funcionamento do organismo e colaboram com o equilíbrio das emoções, proporcionando tranquilidade, a redução do estresse e da ansiedade, promovendo, assim, o bem-estar físico e mental.

Figura 1 e2- Ilustração da sessão de aromaterapia.



Fonte: Acervo pessoal (2022).

Para a aromaterapia com inalação do óleo essencial, colocamos o óleo na palma da mão. Em seguida, os trabalhadores aproximaram a mão do nariz para inalar o óleo. No escalda-pés, foi utilizado óleo de lavanda, complementado com limão-siciliano, hortelã e flores. O difusor ultrassônico circulou pelo ambiente.

Figura 3 - Ilustração da sessão de escalda-pés



Fonte: Acervo pessoal (2022).

O óleo de lavanda, como afirmado por Nascimento e Prade (2020), apresenta resultados reconhecidos no combate à ansiedade, comparáveis ao Lorazepam. Com isso, durante as ações, alguns trabalhadores desabafaram sobre suas emoções; uns

falaram enquanto outros as expressaram por meio do choro. Após as atividades, eles relataram se sentirem mais relaxados, menos estressados ou ansiosos. Além da aromaterapia, incorporamos a meditação. Nessa prática, os trabalhadores de saúde demonstraram maiores dificuldades. Isso porque, para realizá-la, é preciso se concentrar e se conectar consigo mesmo, o que é difícil de realizar quando muitos estão com aparelhos eletrônicos, gerando distrações e preocupações - como aconteceu na nossa sessão. Precisamos ressaltar, contudo, que os profissionais que conseguiram executar a meditação puderam se comunicar com o seu "eu", tendo relatado o quão necessária essa prática pode ser e reconhecendo que dedicar tempo para o autocuidado e para a reflexão sobre si próprios não era uma prática frequente entre eles. Ademais, ao explorarem suas emoções durante a atividade, alguns chegaram até mesmo a chorar, o que desencadeou conversas individuais após o momento de meditação nas quais puderam expressar seus sentimentos.

Segundo Carneiro, Caribé e Rego (2020), a meditação permite que o sujeito se desvincule das suas preocupações e do que ocorre ao seu redor, permitindo que ele se volte ao seu interior, interrompendo pensamentos, produzindo conexões entre corpo e mente e deixando de lado seu controle do inconsciente. Outra PICS utilizada foi a ventosaterapia. A maioria dos trabalhadores que optaram pela realização dessa prática queixava-se de tensão muscular devido ao estresse, principalmente na região cervical, além de insônia e dores na região lombar. Após a sessão, esses profissionais sentiram uma melhora significativa, afirmando um relaxamento físico e mental.

De acordo com Coelho, Sousa e Watanabe (2019), a ventosaterapia é uma prática realizada pela utilização de copos de vidro, acrílico ou silicone de pressão negativa. Sua aplicação resulta em relaxamento mental e físico, auxiliando no alívio de dores e tensões musculares, além de reduzir os sintomas de estresse e ansiedade. Essa abordagem visa promover uma melhoria do bem-estar geral, contribuindo, assim, para a qualidade de vida.

Figura 4 - Ilustração da sessão de ventosaterapia



Fonte: Acervo pessoal (2022).

A auriculoterapia foi outra PICS utilizada. Como Kurebayashi e Silva (2015) destacam, essa prática utiliza o pavilhão auricular, estrutura em que se concentram todos os pontos do corpo, podendo, assim, tratar doenças físicas, fisiológicas e transtornos emocionais. Esses pontos podem ser estimulados por agulhas semipermanentes ou sistêmicas, seguidas da utilização de cristais, sementes ou ímãs magnéticos. Os trabalhadores buscaram pela auriculoterapia devido à ansiedade, insônia, crises de sinusite, refluxo, dores no joelho, ombro e punhos, lombalgia, entre outros sintomas que apareceram conforme a avaliação e a palpação do pavilhão auricular. Foi orientado que a semente ou o cristal deveriam permanecer por um período de três a sete dias, e que os trabalhadores deveriam realizar massagem nos pontos três vezes ao dia para estimulá-los. Nas sessões seguintes, muitos profissionais relataram uma melhora nos sintomas, experimentando uma sensação de bem-estar que proporcionou alívio para suas ansiedades, inseguranças e dores.

Figura 5 - Ilustração da sessão de auriculoterapia



Fonte: Acervo pessoal (2022).

Todas as ações foram associadas à musicoterapia, a fim de deixar o ambiente mais acolhedor e leve. Essa abordagem permitiu que os trabalhadores se sentissem tranquilos e relaxados, uma vez que a musicoterapia, conforme destacado por Silva (2021), contribui para a redução da ansiedade e do estresse. Além das práticas integrativas e complementares de saúde, realizamos uma oficina de jardinagem. Durante essa atividade, os trabalhadores de saúde relataram sentir-se mais conectados com a natureza, afirmando, ainda, que a terra transmitia certa sensação de tranquilidade e de renovação de "energias", a qual, junto com música, permitiu que eles relaxassem e se sentissem mais conectados consigo mesmos.

Figura 6 - Ilustração da oficina de jardinagem



Fonte: Acervo pessoal (2022).

Todas as ações tiveram uma boa adesão por parte dos trabalhadores de saúde, que relataram melhorias nos sintomas de ansiedade, medo, angústia, exaustão e estresse. Eles ressaltaram a necessidade de mais atividades direcionadas ao cuidado com os cuidadores, pois reconhecem que esse tipo de cuidado contribui para a melhoria da qualidade de vida e do desempenho no trabalho. Além disso, em todas as atividades foram fornecidas orientações de autocuidado e de práticas de cuidado terapêuticas para serem realizadas no cotidiano, pois o objetivo das ações realizadas pelas residentes foi incentivar os profissionais da saúde a buscar por novas formas de cuidar de si, indo além do cuidado prestado aos outros.

## Conclusão

As ações do projeto "Cuidando de quem cuida" mostraram -se potencializadoras do cuidado com os trabalhadores de saúde que enfrentavam, então, os sofrimentos psíquicos e sintomas físicos relacionados à exaustão emocional, ansiedade e estresse agravados pelo contexto pandêmico. Após as ações, os profissionais demonstraram estar mais relaxados e aliviados, enfatizando a importância de uma maior periodicidade para tais ações. A partir das vivências aqui descritas, compreendemos que as ações de cuidado são fundamentais não apenas para os usuários do sistema de saúde, mas também para as próprias equipes de saúde, principalmente após as situações de sobrecarga advindas da pandemia de covid-19, que ocasionaram vulnerabilidades emocionais e físicas nos cuidadores.

Assim, a atuação da residência multiprofissional em saúde foi fundamental, pois permitiu a implementação de ações de cuidado e apoio aos profissionais da rede de saúde do município de Caucaia (CE), além de incentivar o autocuidado e a reflexão sobre ele. Diante dos resultados positivos observados nas ações do "Cuidando de quem cuida", a Secretaria de Saúde, em parceria com o Núcleo Permanente de Educação em Saúde, implementou um ambulatório de PCIS destinado exclusivamente aos gestores e aos profissionais de saúde.

## Referências

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). (2020). *Nota técnica GVJMS/GGTESI/ANVISA n.º 04/2020*. Orientações para os serviços de saúde: Medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2). Anvisa.
- Brasil. (2006a). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Ministério da Saúde. <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>
- Brasil (2006b). Portaria n.º 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html)
- Brasil. (2015). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitude de ampliação de acesso*. (2nd ed.). Ministério da Saúde.
- Campos, I. C. M., & Alves, M. (2022). Estresse ocupacional relacionado à pandemia de covid-19: O cotidiano de uma unidade de pronto atendimento. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 26, e-1430.

- Carneiro, J., Caribé, C., & Rego, G. (2020). Práticas integrativas e complementares em saúde mental: Oficinas de relaxamento e meditação. *Revise*, 5, 157-175.
- Coelho, N. L., Sousa, J. T., & Watanabe, L. A. R. (2019) A utilização da medicina tradicional chinesa na redução do estresse. *Scire Salutis*, 9(1), 20-29.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2022). Censo brasileiro de 2022. *ibge.gov*. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/caucaia/panorama>
- Kurebayashi, L. F. S., & Silva, M. J. P. (2015). Auriculoterapia chinesa para melhoria de qualidade de vida de equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 117-123.
- Kurebayashi, L. F. S., Gnatta, J. R., Borges, T. P., & Silva, M. J. P. (2014). Avaliação diagnóstica da medicina tradicional chinesa dos sintomas de estresse tratados pela auriculoterapia: Ensaio clínico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 68-76.
- Lacerda, J. P. R., Oliveira, L. F., Aguiar, Y. F. C., Cunha, P. H. A., Locamo, R. F., Moraes, L. A. L., Jesus, L. A. S., & Lucinda, L. M. F. (2022). Relação entre o medo da covid-19 e a sobrecarga física e mental de profissionais de saúde que realizam atendimento contínuo de pacientes durante a pandemia do novo coronavírus. *HU Revista*, 48, 1-8.
- Lemos, A. B. F., Brito, C. P., Silva, L. C. F., Felix, V. S. L., & Barboza, M. L. B. M. (2022). Uso da aromaterapia no tratamento do transtorno da ansiedade. *Open Minds International Journal*, 3(3), 28-34.
- Nascimento, A., & Prade, A. C. K. (2020). *Aromaterapia: O poder das plantas e dos óleos essenciais*. Fiocruz-PE.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020). Director-General's Opening Remarks at the Media Briefing on Covid-19. *WHO*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-----11-march-2020>
- Pacheco, V. A. P., & Moraes, F. C. (2021). Aromaterapia e saúde integral. *Revista Científica Eletrônica de Ciências Aplicadas da FAJT*, 1, 1-14.
- Prefeitura de Caucaia. (2022). Dados do Município. *Portal Prefeitura de Caucaia*. <https://www.caucaia.ce.gov.br/omunicipio.php>
- Pretto, C. R., Morais, K. C. P., Mendes, V. C., Paiva, A. L., Silva, R. M., & Beck, C. L. C. (2022). Impacto de la covid-19 en el bienestar físico de profesionales de enfermería y médicos: Revisión integradora. *Aquichan*, 22(2), e2225.
- Santos, L. R., Barbosa, G. C., Silva, J. C. M. C., & Oliveira, M. A. F. (2022). A experiência de vida dos trabalhadores da saúde mental durante a pandemia do coronavírus. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 12, e35.
- Silva, G. L. P. (2021). *A musicoterapia como ferramenta auxiliar no controle da ansiedade: Uma revisão da literatura brasileira*. [Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia, Unisul].
- Therense, M., Perdomo, S. B., & Fernandes, A. C. S. (2021). Nós da linha de frente: Diálogos sobre o ser da saúde no contexto da pandemia. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 24(2), 265-278.

## **CAPÍTULO 18**

# **"CAMPO COMUNICA": SAÚDE PARA O POVO E COM O POVO, COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19 NO AGRESTE PERNAMBUCANO**

Thaiara Domelles Lago  
Luiza Carla de Melo  
Éder dos Santos Braz  
Alexsandro de Melo Laurinda  
Mateus dos Santos Brito

### **Introdução**

Este trabalho, assim como a pedra e a terra que guiam os passos, emerge de nossa vivência como residentes e colaboradores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na População do Campo (REMSFC), da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco (FENSG-UPE). Nosso encontro com os territórios campesinos e quilombolas dos municípios de Caruaru e Garanhuns, no agreste pernambucano, entre 2020 e 2022, além do projeto de Comunicação em Saúde "Campo Comunica", delimitaram o espaço das reflexões aqui compartilhadas.

Tínhamos acabado de iniciar, em março de 2020, como a sexta turma do programa quando fomos atravessados no centro do peito pela pandemia de covid-19, que se instalou mundo afora, não sendo diferente em nosso país. O Ministério da Saúde reconheceu e declarou, por meio da Portaria n.º 454/2020, que todo o território nacional se encontrava no estado de transmissão comunitária do vírus (Brasil, 2020). Foi nesse cenário pandêmico, de medo, devastação e incertezas, mas também de convocação à luta em defesa da vida, ao nos reinventarmos enquanto equipes de saúde, que iniciamos nossa trajetória enquanto residentes do campo.

### **A educação pela pedra**

Uma educação pela pedra: por lições;  
Para aprender da pedra, frequentá-la;  
Captar sua voz inenfática, impessoal  
(pela de dicção ela começa as aulas).  
A lição de moral, sua resistência fria  
Ao que flui e a fluir, a ser maleada;  
A de poética, sua carnadura concreta;  
A de economia, seu adensar-se compacta:  
Lições da pedra (de fora pra dentro,  
cartilha muda), para quem soletrá-la.

Outra educação pela pedra: no Sertão  
(de dentro para fora, e pré-didática)  
No sertão a pedra não sabe lecionar,  
E, se lecionasse, não ensinaria nada;  
Lá não se aprende a pedra: lá a pedra,  
Uma pedra de nascença, entranha a alma.

(João Cabral de Melo Neto)

A conjuntura política daquele momento - e ainda atual -, marcada pelo avanço do projeto econômico neoliberal e pela ideologia fascista, contribuiu para que políticas voltadas às populações historicamente marginalizadas fossem negligenciadas no processo de priorização das ações, acentuando as dificuldades de acesso aos serviços básicos. Esse projeto comprometeu o fomento de ações de prevenção e promoção em saúde, fortalecendo, ao invés disso, o modelo biomédico que, como caracterizam Verdi, Da Ros e Cutolo (2010), é pautado pela lógica fragmentada, individualista, hospitalocêntrica, curativista e centrada em procedimentos.

Essa lógica acabou descaracterizando a Atenção Primária da sua forma ampla, territorial e comunitária, complexificando ainda mais o desafio de dar respostas à emergência sanitária, que, da mesma forma, exigiu a reorganização dos serviços de saúde e do seu processo de trabalho já conhecido, atitude essa que resultou no fim do repasse fixo para a manutenção das equipes multiprofissionais (Seta *et al.*, 2021). Nesse contexto, iniciativas, que atuaram pela defesa dos direitos sociais e que fortaleceram a potência da atuação sensível, politicamente implicada e humana na Atenção Primária à Saúde a partir da inserção das residências em saúde, devem ser

registradas e compartilhadas para que, assim, possamos contribuir com a memória da luta pelo direito à saúde e pelo fortalecimento do SUS e das residências. Foi nesse movimento por novos modos de fazer, buscando aproximar a saúde da comunicação ao veicular informação em saúde de forma menos tecnicista e promover Educação Popular em Saúde por meio de tecnologias de comunicação, que surgiu na REMSFC o projeto "Campo Comunica".

Buscamos, com este trabalho, partilhar a experiência da REMSFC na construção de um projeto de comunicação em saúde, voltado para a produção de cuidado no cotidiano dos serviços do SUS, junto aos territórios camponeses, quilombolas e aos movimentos sociais do campo do agreste pernambucano, durante a pandemia de covid-19. Movimentando as linhas que nos separavam dos comunicadores populares que nos habitam, fomos experimentando nas bordas dos encontros que este projeto nos proporcionou. Aqui, deixaremos pistas, fragmentos de memórias e retalhos desse cotidiano de criação e reinvenção.

### **Acompanhando famílias, histórias e projetos terapêuticos**

Considerando que a cartografia - formulada pelos filósofos franceses Gilles Deleuze e Félix Guattari - propõe-se a acompanhar processos, percebemos que acompanhar processos é basicamente o que fazemos como trabalhadores da saúde. Em nosso cotidiano de fazer saúde do campo, quando acompanhamos famílias, histórias e projetos terapêuticos, nós acompanhamos processos. Para Franco e Merhy (2009), cartografar experiências e processos de trabalho na Saúde Coletiva é investigar o que dá expressão e o que transforma os modos de produção do cuidado; é escutar seus "ruídos", seus incômodos e fazer aparecer as coisas que estão ali, mas que ainda não têm visibilidade.

Como em uma cena de filme, observamos no dia a dia dos serviços do SUS o desenrolar da vida, atravessado por múltiplos fatores e forças. Os encontros nos caminhos cotidianos constituem o saber, o fazer e os afetos (Passos *et al.*, 2009). É a

partir dessa perspectiva construtivista que nos aproximamos da cartografia, encontrando nela a postura ética e política para narrar essas experiências. A pesquisa cartográfica faz ver e falar linhas de força e de subjetivação que acompanham o território existencial pesquisado, produzindo um mundo de enunciados e visibilidades até então não exploradas (Ferigato & Carvalho, 2011).

Cartografar nos aproximou do território, não simplesmente para transitar por ele ou habitá-lo, mas também colocar em trânsito os próprios territórios com nosso olhar e fazer instituintes (Costa; Rodrigues, 2018). É esse território-residência que nos conduziu ao longo da execução do projeto "Campo Comunica" e que, no contexto de fragilidade política e sanitária que vivíamos, nos mostrou pistas de caminhos a seguir. Isso nos fez questionar algumas coisas: em meio a tantas fragilidades, o que nos fortalece? O que, dentro da nossa experiência, sustenta a resistência diante de um contexto de tanto sofrimento?

Como assinalam Costa e Rodrigues (2018), a partir dos ensinamentos de Deleuze e Guattari, a cartografia não se posta como uma narrativa descritiva. Por isso, cartografamos em prol das linhas de fuga, das forças que tencionam o instituído e que forçam/forjam novos modos de ser e habitar o espaço. Assim sendo, não nos colocamos isentos desse contexto do tempo que vivenciamos. Estávamos com os pés fincados em terra pela defesa da vida, das residências em saúde, do SUS e do povo que constrói, a cada dia, esse país que chamamos Brasil.

### **A residência em Saúde do Campo: o chão que caminhamos**

A partir da articulação da universidade junto aos movimentos sociais do campo - mais especificamente o Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra (MST) e com as lideranças das comunidades quilombolas da região de Garanhuns, vinculadas à Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) -, a REMSFC surge, em 2015, como um programa pioneiro que visava

construir um espaço de formação de trabalhadores da saúde a partir da realidade do campo, como forma de subsidiar um processo educativo e possíveis ações voltadas à especificidade da realidade dessa população, por meio da aproximação entre ensino-serviço-comunidade.

A REMSFC atua para formar sujeitos comprometidos com o confronto à desigualdade social na saúde e com a materialização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um instrumental técnico capaz de elevar a qualidade assistencial e da vigilância da saúde, e de modo a propiciar acesso às ações e serviços de saúde para as populações do campo (UPE, 2015). Nesse sentido, a REMSFC pode ser considerada um avanço, pois conseguiu se inserir nesses territórios e nas comunidades tradicionais - como as quilombolas -, a partir dos quais emergiram importantes pesquisas que, por sua vez, ajudaram na implementação de políticas públicas para contribuir na disputa pela garantia do acesso ao direito à saúde, bem como à produção de saúde e práticas ampliadas a partir da realidade desses territórios (Centro de Formação Paulo Freire, 2021).

Como política base do programa da REMSFC, temos a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), que apoiam as secretarias de saúde dos municípios Caruaru e Garanhuns atuando nas áreas rurais. Todas essas políticas apontam para a necessidade de planejamento e de uma Atenção à Saúde que considerem as especificidades dessas populações e de seus respectivos territórios. Por meio da educação popular em saúde, essas políticas devem ser construídas e efetivadas a partir de uma relação dialógica de escuta, compartilhamento, participação popular e valorização dos saberes já existentes nesses territórios.

A PNSIPCFA aponta que, para a elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, há de se ter como princípio norteador a informação e comunicação em saúde que considerem a diversidade cultural do campo e da floresta na produção de ferramentas de comunicação (Brasil, 2011, 2018). Já a PNSIPN sinaliza que é de responsabilidade de todas as esferas da gestão a "[...] elaboração de materiais de

divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra" (Brasil, 2017).

A REMSFC aconteceu no encontro de saberes a partir da instrumentalidade da educação popular em saúde, buscando a compreensão desse tempo histórico-cultural que vivenciávamos. Na prática constante de análise de conjuntura, tínhamos nossa bússola guia para construir ações em saúde que partiam das reais necessidades de nossas comunidades e do SUS. Assim, a interprofissionalidade, a intersetorialidade, a integralidade, a determinação social do processo saúde-doença e a organização e participação popular orientaram nossas práticas, sendo estruturantes em todo nosso processo de formação, como nos movimentos que sustentam as residências multiprofissionais em saúde (Meneses, 2018). Por isso, compreendemos nosso processo como um "fazer nas fronteiras do saber", que surge do encontro e da inventividade cotidianos.

Lá, na margem da margem, longe dos centros onde os serviços se articulam, costuramos de retalho em retalho um fazer coletivo. Um fazer em equipe, um fazer com a comunidade, e a instrumentalidade da Saúde da Família enquanto Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (UPE, 2015). A REMSFC produziu cuidado a partir de uma perspectiva interprofissional em que a comunidade e o território eram sujeitos ativos. A partir das necessidades de saúde, ações e projetos foram construídos, com base na educação popular em saúde, em que os saberes confluem para a criação de formas coletivas de cuidado. Projetos como o "Campo Comunica" - comunicação social e saúde - são projetos inventivos que surgiram dessa relação dialógica com os territórios.

### **O encontro com a comunicação em saúde: o campo comunica!**

Em meio às limitações e ao fazer saúde possível na pandemia, por volta de abril de 2020, as ferramentas da comunicação em saúde surgiram para nós como possibilidade. Em meio ao contexto de isolamento social, as tecnologias e linguagens

comunicacionais diversas passaram a compor mais ativamente nossa realidade cotidiana. No território-residência da REMSFC, nós experimentamos - a partir da base de entendimento do MST - a mística como momento constituinte e produtor de outros sentidos para a vivência como residentes (Peloso, 2012). Na mística, alimentamos as trajetórias, os mistérios e a postura política por meio das nossas narrativas, poemas, músicas, cordel, imagens e vídeos que falavam sobre o que nos habitava em determinado momento, preparando nosso espírito individual e coletivo para a luta - luta essa que é construir a saúde do campo cotidianamente. Por meio da mística, nos encontramos com outras linguagens para comunicar o cotidiano de ser residentes do campo.

Já no início da residência, a pandemia e o desgoverno a nível federal fizeram parecer impossível fugir do fatalismo e da tirania dos nossos tempos. Mas, justamente por isso, insistimos em fugir. Diante do ataque às residências, a partir do atraso de pagamento de salário, por exemplo, enxergamos no audiovisual e nas redes sociais ferramentas para a articulação da turma seis - Núcleo de Base Flores de Dandara/Garanhuns e Núcleo de Base Faca Amolada/Caruaru - e do movimento de residentes em âmbito. Nos sentindo devastados pela situação que vivíamos, assim, a partir do nosso espaço de tempo político e do acesso aos recursos de audiovisual, decidimos por um modo de comunicar, denunciar e anunciar que mesmo quebrados, nossa mística se renovaria. Para recordar que "floresceremos até no asfalto!"<sup>1</sup>, produzimos nosso primeiro produto audiovisual, seguido de outros que estão no canal do YouTube de nossa companheira de equipe, a dentista do Núcleo de Base Flores de Dandara<sup>2</sup>, Regina Gabriela M. Dias (<https://www.youtube.com/@reggmdias>).

Considerando os fluxos e as confluências em desencadeamento pelo "Campo Comunica", Éder dos Santos Braz, comunicador social e fotógrafo-aprendiz, passou a compor o projeto de forma ativa, contribuindo com suas habilidades e competências

---

<sup>1</sup> Vídeo-poesia "Floresceremos até no asfalto". Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=\\_AA7QUP0fyI&t=22s&ab\\_channel=ReginaG.M.Dias](https://www.youtube.com/watch?v=_AA7QUP0fyI&t=22s&ab_channel=ReginaG.M.Dias)

<sup>2</sup> A terminologia Núcleo de Base é oriunda do modo de organização dos estudantes de uma formação cujo Projeto Pedagógico de Curso é o da Pedagogia da Alternância e se refere à autodeterminação das equipes de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Campo.

técnicas do campo da comunicação, além de provocar reflexões acerca do papel da comunicação na sociedade atual e na construção da imagem do SUS. Percebemos, assim, que a comunicação ocupa um espaço importante na produção do conhecimento e imaginários e que, por meio da adoção de recursos tecnológicos, ela nos permite encontrar caminhos para diminuir ou aumentar as distâncias e desigualdades de acesso à informação. Até porque uma nova sociedade da informação vem se estruturando e exigindo uma nova política de acesso e de direitos (Santos; Carvalho, 2009). Refletimos, também, sobre a produção massiva e acelerada de informação que se enlaça em uma trama de consumo, inaugurando um tempo de produção constante de conteúdos muitas vezes descontextualizados de seus territórios e da realidade histórico-política que vivenciamos.

Assim sendo, junto ao desafio de se iniciar a residência em meio à pandemia de covid-19 e ao cenário político reacionário de então, as *fakes news* se difundiram, dificultando ainda mais a nossa inserção nos territórios e espalhando mentiras, como, por exemplo, a de que os trabalhadores da saúde estariam fazendo visitas às famílias para disseminar o vírus, incentivando, com isso, as comunidades a não abrir suas portas para receber-nos. Em um contexto de avanço da extrema direita, o negacionismo em relação à ciência se alastrou na mesma proporção dos discursos de ódio, comprometendo a circulação das informações corretas. Como pontuam Stevanim e Murtinho (2021), o uso político da desinformação pode trazer impactos graves para a saúde comunitária, sobretudo em um contexto de nova pandemia, na qual as informações sobre um patógeno e suas formas de contágio demoram para serem processadas. Nesse sentido, assim como os autores, também nos questionamos: "a quem serve a desinformação?" (Stevanim & Murtinho, 2021, p. 136).

Também percebemos as barreiras comunicacionais que os informativos produzidos pelo Ministério da Saúde traziam ao não adequar suas linguagens às realidades dos distintos territórios do SUS. Nesse movimento, buscando aproximar a saúde da comunicação; queríamos encontrar caminhos para contrapor as narrativas

negacionistas e promover a educação popular em saúde por meio das tecnologias de comunicação, a partir da realidade dos nossos territórios.

Assim, surgiu, na REMSFC, o projeto "Campo Comunica", a partir do qual se produziu diversos materiais de comunicação, como vídeos, áudios - inicialmente em plataformas de áudio como Spotify<sup>3</sup> e, posteriormente, pelo WhatsApp -, lambes e panfletos informativos plastificados para evitar a propagação do vírus. Buscamos estabelecer vínculo com a comunidade por meio do bordão "Campo Comunica: saúde para o povo e com o povo", valorizando - por uma adaptação às tecnologias atuais - canais de comunicação históricos como rádios e jornais.

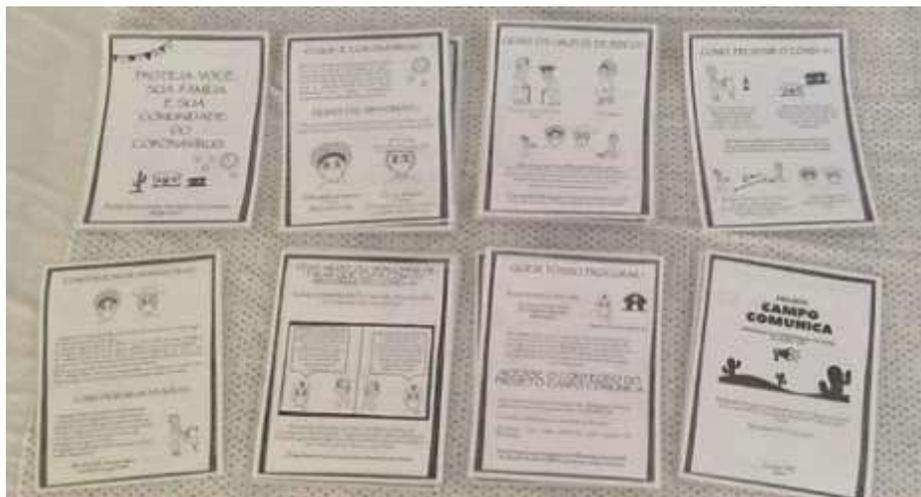
Os materiais utilizados para instrumentalizar as ações de educação em saúde foram distribuídos para os profissionais das equipes - agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos e técnicos em enfermagem, com a finalidade de que, na hora dos atendimentos e ações - como testagem móvel ou busca ativa de casos em visitas domiciliares houvesse ferramentas que instrumentalizassem e qualificassem a Atenção à Saúde. Buscamos, então, utilizar ilustrações e recursos imagéticos que dialogassem com a realidade campesina do agreste pernambucano nos materiais, considerando que esses recursos facilitam a comunicação em um contexto no qual - sobretudo entre os mais velhos, nem sempre alfabetizados.

Inicialmente, tivemos como enfoque ampliar a compreensão sobre as formas de prevenção do novo coronavírus, pautando-nos na determinação social do processo de saúde-doença. Na época, o projeto se mostrou potente e fez com que a nossa turma tivesse a necessidade de se apropriar das ferramentas de comunicação; somente assim poderíamos nos qualificar para o trabalho no cotidiano dos serviços e para a defesa do SUS, publicizando suas ações e estratégias para garantir o direito à saúde.

---

<sup>3</sup> Episódios iniciais com vinheta, que tiveram seguimento via WhatsApp devido à maior adesão das comunidades, disponíveis em: <https://open.spotify.com/show/7HJpTjyr5sp5yGSfPuN2Vi>

Figura 1 - Panfletos para instrumentalizar ações de educação em saúde.



Fonte: Acervo pessoal (2022).

Figura 2 e 3 - Colagem de lambes e ações de educação em saúde - Comunidade Quilombola de Serra Verde e Comunidade de Riachão, zona rural de Caruaru - Maio de 2020.



Fonte: Acervo pessoal (2022).

Desse modo, o projeto acompanhou a turma de forma transversal ao longo dos dois anos de residência, potencializando ações de diversos projetos, desenvolvidos junto aos territórios, ao incorporar as tecnologias da comunicação como mais um instrumento do trabalho em saúde. Vídeos e áudios de WhatsApp foram constantemente desenvolvidos para facilitar a disseminação de informações situadas sobre a pandemia e sobre o funcionamento dos serviços, ou mesmo como ferramenta de sensibilização para a campanha de vacinação em suas várias etapas. Estes materiais foram difundidos pelos próprios profissionais da equipe de Saúde da Família, principalmente pelos ACS e por lideranças comunitárias em grupos das comunidades.

Vale destacar que, na realidade da saúde em territórios rurais, caracterizados por distâncias significativas entre territórios-serviço, essas ferramentas foram fundamentais para a efetivação das ações de enfrentamento da pandemia, sobretudo da vacinação quilombola. Isso foi resultado da conquista da Conaq, junto ao Supremo Tribunal Federal (STF): "Vacina para todos os quilombos, já!"<sup>4</sup>. Comunidade, profissionais de saúde, lideranças e ACS se envolveram no projeto e passaram, então, a formular de forma conjunta os materiais, demandando temáticas e articulando com a comunidade a sua produção e circulação.

---

<sup>4</sup> Vídeo pela sensibilização da importância da vacinação quilombola, registrando a aplicação da 1ª dose nos quilombos de Garanhuns, parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a REMSFC. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=TfvbyHWEli4&t=29s>

Figura 4 - Ações do projeto "Campo Comunica", realizadas durante a Campanha de Vacinação Quilombola, como modo de sensibilização para a importância da vacina. Comunidade Quilombola de Serra Verde - maio de 2021.



Fonte: Acervo pessoal (2022).

Depois, expandimos a reflexão ao comunicar não apenas para os territórios, mas também para nós mesmos, no sentido de partilha, memória e visibilização das ações da residência. Chegamos a criar, na época, a página *@residentescampo* no Instagram, em que passávamos a compartilhar espaços abertos, atividades e a luta política que construíamos como residentes do campo. Surgiu, assim, a necessidade de termos espaços digitais que nos possibilitassem narrar e guardar nossas memórias. Junto a isso, também identificamos a importância de desenvolver uma identidade visual para o projeto, o que foi articulado com a participação voluntária de um estudante de Design da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Como resultado dessa colaboração, foi criada a marca apresentada na Figura 4.

Figura 5 - Identidade visual do projeto "Campo Comunica"



Fonte: Acervo pessoal (2022).

Com esse caminhar pela área da comunicação, fomos nos sentindo mais atravessados por outras linguagens artísticas e criativas, que, naquele momento de angústias, serviram para renovar nossa mística e nos curar das dúvidas que nos imobilizavam. Como diz o poeta Ray Lima, nós nos curamos por linguagens (Lima, 2005). Desse modo, passamos a narrar nossos percursos como residentes do campo nos apropriando dessas outras linguagens para comunicar o nosso SUS e para produzir outros significados para a nossa vivência - como podemos sentir em outro vídeo<sup>5</sup> produzido pela turma, a partir da inserção do NB Flores de Dandara na comunidade quilombola de Caluête, em Garanhuns.

---

<sup>5</sup> Vídeo-poesia "NB Flores de Dandara - Quilombo de Caluete". Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=NUPP\\_2YSJ9M](https://www.youtube.com/watch?v=NUPP_2YSJ9M)

Com esses primeiros passos dados, percebemos que nossos territórios eram fontes preciosas de narrativas. Pisar no campo e nos quilombos nos inspirava a fazer registros fotográficos, audiovisuais, poemas e narrativas cheios de afeto por essa saúde pautada na educação popular, na postura ética, estética e política, em defesa do SUS e da vida. Entretanto, muito do que era produzido se acumulou em acervos individuais e acabaram não sendo compartilhados.

A residência do campo estava atravessando movimentos de tensionamento na comunicação social, surgiram questionamentos importantes para a reflexão, como se era de fato importante comunicar para além dos territórios da REMSFC e se isso nos traria um fortalecimento enquanto luta pela saúde da população do campo ou seria mais um conteúdo produzido na lógica produtivista neoliberal.

Além disso, tensões no sentido do entendimento do trabalho interprofissional que rompe as barreiras de categoria - núcleo específico foram elaboradas junto a colegas, professores, tutores e coordenação para que as potencialidades de uma equipe de saúde-comunicadora pudessem ser usadas a favor do fortalecimento da residência, a exemplo dos movimentos sociais que vêm se apropriando das ferramentas, tecnologias sociais e outras linguagens para narrar as suas realidades e lutas cotidianas. Assim, o fazer-comunicador, potencializador das experiências produzidas a partir da REMSFC estava em movimento.

### **Pistas para fechar o ciclo**

Partilhamos nos núcleos de base, e também em grupos menores, a reflexão sobre como nós, profissionais de saúde, podemos nos apropriar de ferramentas da comunicação para nos narrar e nos articular. Como podemos habitar outro lugar do SUS, para ver como se produz saúde no cotidiano? Qual é a real dimensão do SUS? Como ele chega a esses territórios? Como podemos, junto das nossas comunidades, criar caminhos de comunicação popular e de visibilidade para esse "fazer saúde do

campo"? Para que as pessoas vejam esse SUS real, que pisa no chão de terra batida do campo brasileiro?

Claro, não podemos deixar de mencionar as limitações que a equipe encontrou em relação aos equipamentos - poucos eram de qualidade - e ao nosso pouco conhecimento técnico sobre a área da comunicação e do audiovisual, as mesmas que tomaram o percurso ainda mais vagaroso e desafiador. São nesses momentos que sentimos na pele quem tem direito de comunicar suas narrativas em nosso país, fazendo com que a equipe refletisse sobre a prevalência das narrativas da mídia hegemônica em detrimento da pluralidade dos territórios do SUS, reforçando a urgência de novos investimentos na qualificação dos profissionais de saúde que considerem a formação por meio de cursos e vivências em comunicação.

No que diz respeito aos debates teóricos na área da saúde, tivemos acesso a poucos diálogos sobre audiovisual, comunicação e saúde. Isso apontou a necessidade de uma melhor articulação da rede SUS comunicadora, para que, junto ao conhecimento acumulado pelos movimentos sociais e pelas universidades, possamos criar espaços para o aprofundamento das questões que constituem esse campo de conhecimento.

Enfim, a construção desse projeto permitiu aos envolvidos refletir sobre a necessidade de seguir debatendo sobre o fomento de espaços criativos que permitam o contato com outras linguagens para narrar e socializar o cotidiano dos serviços do SUS e das residências. Isso sempre junto das comunidades, servindo para a reformulação dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde. Com isso, prezamos pelo "fazer-comunicador" de um SUS que visibilize e dispute suas narrativas próprias, em defesa do direito à saúde, da vida e das residências multiprofissionais em saúde.

## Referências

Brasil. (2011). *Portaria n.º 2.866, de 2 de dezembro de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866\\_02\\_12\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html)

- Brasil. (2017). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política para o SUS* (3rd ed.). Ministério da Saúde.
- Brasil. (2018). *Saúde dos povos e populações do campo, da floresta e das águas: A Fiocruz e sua atuação estratégica na temática de saúde e ambiente relacionada aos povos e populações do campo, da floresta e das águas*. Fiocruz.
- Brasil. (2020). *Portaria n.º 454, de 20 de março de 2020*. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/prt454-20.ms.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt454-20.ms.htm)
- Centro de Formação Paulo Freire. (2021, 14 de abril). *JURA -Jornada Universitária em Defesa da Reforma Agrária Estadual -PE* [vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=pqLchXbQ76Q&t=20s>
- Costa, L. B., & Rodrigues, E. (2018). Cartografia. In Ceccim, R. B., Dallegrave, D., Amorim, A. S. L., Portes, V. M., & Amaral, B. P. (org.), *EnSiQlopédia das residências em saúde* (pp. 42-44). Rede Unida.
- Ferigato, S. H., & Carvalho, S. R. (2011). Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: Conexões. *Interface, 15(38)*, 663-676.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2009). Mapas analíticos: Una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud Colectiva, 5(2)*, 181-194.
- Lima, R. (2005). *Tudo é poesia!*. Queima Bucha.
- Meneses, J. do R., Ceccim, R. B., Martins, G. C., Meira, I. F. de F., & Silva, V. M. da. (2018). Residências em saúde: Os movimentos que a sustentam. In Ceccim, R. B., Meneses, L., Soares, V., Pereira, A., Meneses, J., Rocha, R., & Alvarenga, J. (org.), *Formação de formadores para residências em saúde: Corpo docente-assistencial em experiência viva* (pp. 33-48). Rede UNIDA.
- Passos, E., Kastrup, V., & Escossia, L. (org.). (2009). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Sulina.
- Peloso, R. (2012). *Trabalho de Base: Seleção de roteiros organizativos pelo CEPIS*. Expressão Popular.
- Santos, P. L. V. A. da C., & Carvalho, A. G. (2009). Sociedade da Informação: avanços e retrocessos no acesso e no uso da informação. *informação & Sociedade: estudos, 19(1)*, 45-55.
- Seta, M. H., Ocké-Reis, C. O., & Ramos, A. L. P. (2021). Programa Previne Brasil: O ápice das ameaças à atenção primária à saúde? *Ciência & Saúde Coletiva, 26(2)*, 3781-3785.
- Stevanim, L. F., & Murtinho, R. (2021). *Direito à comunicação e saúde*. Fiocruz.
- Universidade de Pernambuco (UPE). (2015). *Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na Saúde da População do Campo*. Universidade de Pernambuco: Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa.
- Verdi, M. I. M., Da Ros, M. A., & Cutolo, L. R. A. (2010). *Modelos conceituais em saúde: Unidade 1: Saúde e sociedade*. UNASUS.

# **CAPÍTULO 19**

## **A IMPORTÂNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO DESENVOLVIMENTO DE WEBSITE DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DE UM HOSPITAL REGIONAL PERNAMBUCANO**

Kaili da Silva Medeiros  
Luís Henrique Dantas Mendes  
José Wellington de Oliveira

### **Introdução**

Desde a Constituição Federal (CF) de 1988 e, principalmente, a partir da Lei n.º 8.080/1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser um dos ordenadores da formação profissional em saúde. Tal ferramenta deve ter como objetivo a aproximação entre a realidade prática dos profissionais e o aperfeiçoamento técnico- científico contínuo, não se esgotando no processo de graduação ou de especializações, mas tornando-se elemento presente durante toda a prática profissional (Brasil, 2014). Entretanto, mesmo que estas normativas tenham surgido com o nascimento do SUS, há muitos entraves na sua execução, seja pela ausência de incentivo financeiro ou pela perpetuação de metodologias distantes da realidade das instituições de saúde.

Em primeira análise, é preciso observar que, mesmo com a orientação da legislação desde 1988, apenas em 2003 a EPS se tornou concretizada no SUS, sendo aprovada enquanto política pública a partir da reivindicação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Essa discussão a nível nacional pode ser considerada a inauguração de um novo modelo de educação em saúde que rompe com a ideia da capacitação de recursos humanos, distante de um compromisso ético e efetivo (Ceccim, 2004-2005).

Entretanto, mesmo com a implementação de uma política de educação permanente em saúde (EPS), há muitos desafios que precisam ser ultrapassados para

que, na prática, essa metodologia seja efetivada. Nessa linha de raciocínio, alguns autores (Campos *et al.*, 2017) sinalizam que, mesmo nos estados ou nos municípios onde a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) já foi implementada, há um desconhecimento geral sobre o que de fato é a EPS. Assim, muitos profissionais entendem que a EPS é um sinônimo de educação continuada (EC). mas, na verdade, enquanto a última é definida por ações pontuais e, geralmente, por metodologias tradicionais, a proposta da primeira é ser ativa durante todo o processo de trabalho, fazendo uso de metodologias próximas à realidade dos trabalhadores.

A EPS é uma realidade dentro dos programas de residência multiprofissional em saúde (PRMS), uma vez que estes focam no ensino em serviço e na qualificação profissional, a partir de atividades teórico-práticas nos espaços de saúde (Silva *et al.*, 2021). Assim, a EPS tanto está presente nos projetos pedagógicos desses programas quanto tem sido utilizada pelos residentes nos ambientes de saúde para viabilizar a reflexão e a capacitação dos profissionais e usuários desses serviços (Silva *et al.*, 2021).

Apesar do seu destaque na área da saúde, a EPS acaba não sendo vislumbrada como preza a Lei n.º 8.080/90 (Brasil, 1990), resumindo o processo educativo a formações pontuais que, apesar de importantes, não abarcam a finalidade da política que é manter o SUS como ferramenta de formação constante em serviço. Muito disso se dá não só pelas falhas na compreensão do que verdadeiramente é a EPS, mas, também, pela ausência de mecanismos e de ferramentas adequadas às demandas de cada contexto (Campos *et al.*, 2017).

Um dos agravantes dessa situação foi o surgimento da pandemia do novo coronavírus, que, devido às formas de contágio, impossibilitou processos de aglomeração e mesmo de aproximação com outros profissionais, trazendo à tona o medo da contaminação. Ao mesmo tempo, a pandemia apresentou a necessidade da formação em serviço, uma vez que os profissionais passaram a se deparar com necessidades desconhecidas de proteção pessoal e até mesmo de terapêuticas para com

os pacientes. Nesse sentido, uma das estratégias que passou a ser considerada mais viável foi a formação por meio das ferramentas digitais, sendo essencial aplicá-las ou ampliá-las nos serviços de saúde (Feliciano *et al.*, 2020).

Assim, o objetivo deste trabalho consiste em descrever o processo de desenvolvimento de um website para o Núcleo de Educação Permanente em Saúde de um hospital regional, elaborado por residentes multiprofissionais durante a pandemia de covid-19.

### **Relato de experiência**

A nossa abordagem se caracterizou por um estudo descritivo do tipo relato de experiência. Como referencial teórico-metodológico, foi utilizado o Modelo de Trochim (2009) para a criação de websites. Esse modelo consiste em quatro etapas: conceituação; desenvolvimento; implementação e avaliação. A construção do website ocorreu no mês de maio de 2020, no contexto de pandemia de covid-19.

O local de desenvolvimento foi o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NUEPE), que, apesar da escassez de recursos, atuou em parceria com todos os setores do hospital, tendo como função o planejamento, o apoio e a execução das atividades educativas, além de possibilitar a efetivação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil, 2009, 2014). Dentro do NUEPE funcionava, ainda, o centro de estudos, setor responsável por gerenciar todas as atividades de estágios e acadêmicas voltados para o hospital. Além disso, o NUEPE comportava a biblioteca multiprofissional do hospital, com exemplares de várias áreas.

A experiência relatada neste trabalho diz respeito à inserção de um grupo de residentes - composto por uma assistente social, uma enfermeira, uma fisioterapeuta, um nutricionista e um psicólogo - no NUEPE do Hospital Regional Dom Moura (HRDM). Tal rodízio faz parte dos componentes obrigatórios da Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar com ênfase em Gestão do Cuidado, compondo parte da carga horária prática executada ao longo do programa.

O PRMS do HRDM é localizado no município de Garanhuns, no agreste pernambucano. Tem como objetivo a formação de profissionais especialistas em atenção hospitalar com ênfase na gestão do cuidado, capacitando-os para prestar uma assistência integral com um olhar ampliado sobre saúde. Esses profissionais são preparados para atuar em diversos setores de um hospital, inclusive naqueles focados na educação em saúde (Pernambuco, 2015 ).

Devido ao contexto da covid-19, foi preciso repensar as estratégias formais de educação desenvolvidas no hospital, visto que o contato presencial e as aglomerações encontravam-se proibidas por decreto estadual, além do fato dos profissionais encontrarem-se amedrontados e apreensivos com a situação (Pernambuco, 2020). Nessa perspectiva, os residentes que estavam em rodízio no NUEPE identificaram a necessidade de se manter as ações de EPS, considerando a nova realidade, por meio da tecnologia em saúde. Após reuniões entre os residentes e a preceptora/coordenadora do setor, foram enumeradas algumas tecnologias em saúde que poderiam ser utilizadas, como cartilhas, vídeos, aplicativos, websites e jogos educativos. Dentre estas, a que se destacou foi o website, pois é uma ferramenta que poderia ser construída em pouco tempo, de maneira autoinstrucional, possibilitando a divulgação do setor e das suas ações. Ademais, ela poderia disponibilizar vídeos, cursos e as certificações das atividades realizadas. Dessa forma, definiu-se que o website atenderia a essas demandas e, a partir de então, deu-se início à sua construção.

A primeira etapa de elaboração do website foi a conceituação. Para isso, foram realizadas reuniões com a preceptora/coordenadora do NUEPE e com os residentes, nas quais se discutiu a importância dessa ferramenta para o funcionamento do setor. Nessas reuniões, foram elencadas as funcionalidades que o website deveria ter, as informações pertinentes, as atividades a serem disponibilizadas e o seu público-alvo (Barros *et al.*, 2017). Essa etapa de idealização e planejamento da tecnologia é fundamental para o direcionamento das demais etapas do processo.

Na segunda etapa do desenvolvimento do website, foi realizado todo o processo de construção. Nesse momento, definiu-se qual plataforma seria utilizada

para o desenvolvimento e qual seria o seu design. Como o tempo era limitado devido à urgência em utilizá-lo como ferramenta de EPS durante a pandemia de covid-19, foi preciso escolher uma ferramenta de construção de website que fosse autoinstrucional e gratuita. Dessa forma, optou-se pela utilização da plataforma Wix, pois possibilita a criação e edição de conteúdo de forma prática (Sebrae, 2020).

A implementação do website foi a terceira etapa do processo. Para isso, iniciou-se a circulação do website e realizou-se a sua divulgação no hospital para que os profissionais de saúde o visitassem e se utilizassem das atividades de EPS disponibilizadas. Vale ressaltar que, antes de divulgá-lo no hospital, foram realizados testes pelos próprios residentes do PRMS, a fim de testar suas funcionalidades e sanar possíveis inconsistências, oferecendo uma tecnologia de melhor qualidade para os profissionais de saúde.

Por fim, a última etapa do processo consistiu na avaliação. Entretanto, devido ao contexto atípico da pandemia de covid-19, a avaliação da tecnologia em saúde não foi realizada. Além disso, durante o rodízio, a cidade de Garanhuns e o hospital já estavam imersos no processo da pandemia, visto que o primeiro caso confirmado em Garanhuns veio a óbito no referido hospital no dia 9 de março de 2020 (G1 Caruaru, 2020).

## **Resultados**

A arquitetura do website está disposta em abas, estabelecidas por meio da realização de reuniões com a coordenadora do setor, considerando a pertinência das informações a serem apresentadas. Ao final das reuniões, chegou-se ao quantitativo de nove abas: início, NUEPE e Comissão Científica (COMIC), quem somos, ações, cursos de Ensino à Distância (EAD) e certificações, videoaulas, galeria, certificados e fale conosco (Figura 1). Ao acessar a homepage do site, o usuário é apresentado às categorias descritas, a uma breve explicação sobre qual é a função do NUEPE dentro do HRDM, e à seleção de algumas fotos do hospital e da sala do NUEPE.

Figura 1 - Homepage do website. Garanhuns (PE), Brasil, 2020



Fonte: Acervo pessoal (2020).

A segunda categoria criada foi a aba de "NUEPE e COMIC". Nela, está descrita detalhadamente a função e localização do NUEPE e da COMIC no hospital, bem como o protocolo de submissão de projetos para avaliação da comissão científica. Escolheu-se criar essa aba com o objetivo de contextualizar os usuários a respeito do funcionamento do setor, pois muitos profissionais do hospital desconheciam as funções desempenhadas por eles.

A terceira categoria criada foi a "Quem somos", espaço em que estão registradas informações acerca do HRDM, do centro de estudos, da biblioteca multiprofissional - situada no NUEPE - e do programa de residência multiprofissional em saúde. São informações gerais, a fim de contextualizar os usuários sobre o que são cada um desses setores e quais atividades eles desenvolvem.

A quarta categoria criada foi "Ações", que conta com uma retrospectiva de todas as ações realizadas, até o momento da criação do site, pelo NUEPE na instituição. Considerou-se importante acrescentar essa categoria, pois ela serve como um registro da contribuição do setor para o serviço. Nessa aba, foram compiladas as ações desenvolvidas no setor desde o ano de 2017, sendo 44 ações em 2017, 38 ações em 2018, 42 ações em 2019 e três ações em 2020, totalizando 127 ações em quatro anos. Vale ressaltar, ainda, que o número pequeno em 2020 se deu em virtude ao primeiro trimestre do ano e, aliado a isso, ao contexto da pandemia - com o decorrer do ano, foram desenvolvidas mais atividades.

A quinta categoria elaborada foi "Cursos EAD e gratificações", que objetiva fomentar, junto aos profissionais do serviço, cursos on-line por meio das plataformas da Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (E SPPE) e da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS). Nessa aba, foi ressaltado o quão importante é os profissionais realizarem cursos e especializações nessas plataformas para fortalecer a EPS, ao mesmo tempo em que eles são beneficiados com gratificações por desempenho. Assim, contribui-se indiretamente para a qualificação da assistência prestada.

A sexta categoria, "Videoaulas", foi desenvolvida para a divulgação de vídeos construídos pelos residentes do programa multiprofissional, com a finalidade de informar e capacitar os profissionais do serviço, buscando abordar assuntos envolvendo os cuidados durante a pandemia. Os temas das videoaulas foram sobre o manuseio correto de prontuários em tempos de covid-19, a correta paramentação e desparamentação, a higienização correta das mãos e o manuseio correto da bomba de infusão utilizada no hospital (Figura 2).

Essa categoria é considerada uma das mais importantes, isso porque os residentes trabalharam fortemente na elaboração de materiais educativos, principalmente, por meio de vídeos com informações relevantes para os profissionais lidarem com a nova realidade do covid-19. Vale ressaltar que os profissionais podiam assistir aos vídeos e responder um questionário elaborado no Google Forms, voltado

para cada vídeo específico. Caso atingissem uma pontuação estabelecida, receberiam um certificado correspondente às atividades realizadas, possibilitando uma capacitação à distância, sem mediação e totalmente autoinstrucional.

Figura 2 - Categoria "Videoaulas" do website do NUEPE. Garanhuns (PE), Brasil, 2020



Fonte: Acervo pessoal (2020).

A categoria "More" foi, por sua vez, um compilado de três outras categorias: "Galeria", "Certificados" e "Fale conosco". O primeiro reflete um espaço de memórias fotográficas das ações realizadas ao longo dos anos, o segundo versa sobre como fazer a entrega de certificados no setor, e o terceiro, e último, consiste em um espaço que apresenta o responsável do NUEPE, seu endereço, contato telefônico e e-mail, além da área destinada ao esclarecimento de dúvidas relacionadas aos serviços prestados pelo setor.

O website optou por utilizar um layout limpo, sem poluição visual. A paleta de cores utilizada foi inspirada na logo do NUEPE, priorizando o azul como predominante. Além disso, optou-se por usar uma linguagem acessível, que fosse compreendida pelo público que acessasse o website, e objetiva, para que prendesse a atenção do leitor e não gerasse cansaço na hora da leitura. Por fim, priorizou-se o uso de imagens reais para contemplar as ações desenvolvidas pelo setor e os protagonismos dos envolvidos nelas.

## **Discussão**

O website pode ser visto como um ambiente atrativo e um espaço ao qual usuários, profissionais de saúde e gestores podem recorrer quando tiverem dúvidas relacionadas a algum processo ligado ao setor. Mesmo quando não estiverem presentes no hospital, ainda terão um canal aberto e direto de diálogo, aproximando os profissionais do hospital ao NUEPE e possibilitando um maior alcance das atividades em saúde desenvolvidas por ele.

A ferramenta desenvolvida pode ser classificada como um objeto de aprendizagem (OA) de instrução, utilizado para dar suporte e respaldo à aprendizagem, na dimensão pedagógica e documental, e para amparar o ensino, estando acessível aos diversos usuários - inseridos ou não no serviço - e mantendo em um único local todo o conteúdo desenvolvido (Gama, 2007). Além disso, ela tem

se destacado como uma tecnologia em saúde desenvolvida no serviço, a partir de uma necessidade encontrada na prática.

O processo de EPS precisa que seu escopo de atuação se amplie, considerando que a inserção das tecnologias de informação tem tomado cada vez mais espaço no ambiente globalizado e, por isso, as instituições de saúde não podem mais se manter aquém dessa realidade (Farias *et al.*, 2017). As ferramentas tecnológicas fazem parte da rotina da população em diversos âmbitos - pessoal, profissional e social. Aliás, em um contexto de pandemia, no qual o distanciamento físico foi essencial, o aumento de atividades na modalidade remota cresceu exponencialmente (Prata *et al.*, 2020).

Quando os residentes ingressaram no NUEPE do hospital, perceberam que o setor ainda não apresentava familiaridade com as tecnologias, embora os profissionais estivessem dispostos a ampliar seu escopo de atuação e se adequar às demandas oriundas do contexto em que estavam inseridos. A inserção dessas tecnologias possibilitou a ampliação da autonomia dos profissionais de saúde, inclusive pelo fato de permitir maior flexibilidade de horários - além do horário de funcionamento do setor -, ampliar a criação de conteúdos e a participação de especialistas que, na modalidade presencial, talvez, não pudessem contribuir com o núcleo (Farias *et al.*, 2017).

Ademais, a democratização, a equidade e a integralidade do SUS se relacionam diretamente com os processos de educação em saúde. Portanto, quando há fragilidades nessa relação - seja por motivos pessoais, como a desmotivação; estruturais, como a desvalorização profissional; ou atípicos, como a pandemia de coronavírus -, o atendimento e a execução das atividades assistenciais e gerenciais acabam prejudicados, gerando um descontínuo que enfraquece as relações e impede a execução dos princípios do SUS (Farias *et al.*, 2017).

Além dos fatos já mencionados, é preciso refletir que a EPS é uma estratégia de reflexão e mudanças na prática profissional, devendo fazer parte da rotina dos serviços e, portanto, não estando centralizada e hierarquizada nem tomando o viés de

uma educação bancária distante da realidade vivenciada pelos profissionais de saúde (Freire, 2005). Nesse sentido, a implementação do website pôde permitir uma maior flexibilidade de acesso a conteúdos de interesse dos profissionais, além de permitir-lhes autonomia para participar das atividades propostas no ambiente virtual. Segundo Neves *et al.* (2020), a utilização de tecnologias tem sido uma ferramenta cada vez mais frequente no processo de educação, uma vez que a velocidade de informações tem se intensificado. Nesse sentido, há uma inserção de estratégias, como dinamismo, velocidade e propagação do conhecimento de forma interligada, transcendendo os limites geográficos outrora impostos como barreiras para o desenvolvimento de processos formativos. Nessa mesma linha de raciocínio, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define que a Saúde Digital é um campo que expande os conhecimentos da área da saúde, incluindo modernidade e avanços no contexto de desenvolvimento de práticas efetivas e contextualizadas com a atualidade (WHO, 2020).

Nesse contexto da Saúde Digital, têm-se as Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC), que são ferramentas tecnológicas facilitadoras no processo de aprendizagem, pois favorecem o intercâmbio entre o conhecimento já existente e a construção de um novo. Além disso, são fundamentais na disseminação do conhecimento, diminuindo as distâncias entre os envolvidos e focando em uma aprendizagem significativa (Gonçalves *et al.*, 2020). À vista disso, observa-se que, quanto mais inseridos em processos educativos com educação permanente em saúde, mais capazes são os profissionais de saúde de oferecer melhores terapêuticas e possibilitar maiores transformações em sua realidade. Ainda mais se considerarmos que as ciências não são estanques e encontram-se em constante processo evolutivo. Aliás, tal fato se amplia quando falamos de um contexto pandêmico, permeado por mudanças constantes nas pesquisas, nas hipóteses, nas linhas de tratamento e nas informações repassadas pelas entidades de saúde e pelos cientistas, necessitando, portanto, que houvesse agilidade e continuidade das formações sempre que necessário. Logo, oferecer ferramentas remotas fez com que se evitasse a propagação de práticas

sem comprovação científica e com que se oferecesse aos profissionais uma maior segurança em meio às incertezas da pandemia (Neves *et al.*, 2020).

Entretanto, vale ressaltar que, apesar de compreender a importância das TDIC no processo de trabalho de um NUEPE, é preciso considerar que muitos profissionais podem não ter acesso a tecnologias que permitam a aproximação com o ambiente virtual, ou, ainda, aqueles que podem apresentar quaisquer limitações quanto ao uso desses meios (Spinardi *et al.*, 2009). Nesse sentido, a criação do website não deve ser pensada com o intuito de substituir outras metodologias de educação, mas para ser utilizada concomitante às técnicas que se adequam ao contexto do hospital. Além disso, é necessário reavaliar o processo de implementação dessas tecnologias assim que possível, visando obter disso um retomo dos profissionais beneficiados pela modalidade e a chance de realizar os devidos ajustes para o oferecimento de um ambiente de formação horizontalizado e democrático (Freire, 2005). Ademais, ressalta-se como outras limitações deste estudo, a carência do NUEPE de uma melhor estrutura física e de capacitação de seus colaboradores para que, assim, o website possa ser atualizado com frequência. Por fim, é fundamental que o endereço eletrônico seja divulgado para toda a comunidade do hospital, para que a maior parcela dos funcionários possa ter acesso a ele.

### **Considerações finais**

A construção do website atingiu o seu objetivo de criar um ambiente virtual interativo e dinâmico para facilitar o acesso e a visualização dos conteúdos e ações realizadas pelo NUEPE, sendo uma ferramenta fundamental no enfrentamento da pandemia de coronavírus. Sendo assim, a ferramenta pôde contribuir com uma EPS mais acessível e de melhor qualidade, ampliando a atuação do NUEPE e permitindo que, mesmo atravessado pelas limitações oriundas da pandemia, o setor atuasse de maneira contínua. Dessa forma, o projeto demonstrou a relevância do olhar multiprofissional e da atuação dos residentes nos espaços que ocupam nos serviços,

melhorando os processos de trabalho por meio do uso da tecnologia em saúde. Além disso, destacou a potência desses programas de residência para a mudança da realidade dos setores e para a formação dos profissionais da área.

## Referências

- Barros, F. R. B., Amâncio, C. V., & Ferreira, M. D. S. (2017). Desenvolvimento de um website educacional para o ensino do processo de enfermagem em cardiologia. *Enfermagem em Foco*, 8(2), 67-71.
- Brasil. (2009). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014). *Educação permanente em saúde: Um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014* (v. 1). Ministério da Saúde.
- Campos, K. F. C., Sena, R. R., & Silva, K. L. (2017). Educação permanente nos serviços de saúde. *Escola Anna Nery*, 21(4), e20160317.
- Ceccim, R. B. (2004-2005). Educação Permanente em Saúde: Desafio ambicioso e necessário. *interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 161-167.
- Farias, Q. L. T., Rocha, S. P., Cavalcante, A. S. P., Diniz, J. L., Ponte Neto, O. A., & Vasconcelos, M. I. O. (2017). Implicações das tecnologias de informação e comunicação no processo de educação permanente em saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, informação e inovação em Saúde*, 11(4), 1-11.
- Feliciano, A. B., Fortuna, C. M., Silva, M. V., Santos, K. S., Araujo, P. N., & Franceschini, A. B. C. (2020). A pandemia de covid-19 e a educação permanente em saúde. *Cadernos de Pedagogia*, 4(29), 120-135.
- Freire, P. (2005). *Pedagogia do oprimido*. Paz e Terra.
- Gl Caruaru. (2020, 9 de abril). Garanhuns e Capoeiras confirmam primeiros casos de coronavírus. *Gl*. <https://g1.globo.com/pe/caruaru-regiao/noticia/2020/04/09/garanhuns-e-capoeiras-confirmam-lo-caso-de-coronavirus.ghtml>
- Gama, C. L. G. (2007). *Método de construção de objetos de aprendizagem com aplicação em métodos numéricos*. [Tese de Doutorado em Métodos Numéricos, Universidade Federal do Paraná].
- Gonçalves, L. B. B., Pinto, A. G. A., Duavy, S. M. P., Alencar, A. P. A., Faustino, R. S., & Palácio, M. A. V. (2020). O uso das tecnologias digitais de informação e comunicação como recurso educacional no ensino de Enfermagem. *EAD Em Foco*, 10(1), e939.
- Neves, B., Silva, R., Prudêncio, R., Silva, C., Ferreira, M., & Silva, N. (2020). A importância do uso do ensino a distância e das tecnologias para a capacitação dos profissionais da saúde na atuação à covid-19. In *Anais do Congresso Internacional de Educação e Tecnologias, Encontro de Pesquisadores em Educação a Distância, São Carlos*.

- Pernambuco. (2015). *Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar com ênfase em Gestão do Cuidado, Hospital Regional Dom Moura*. ESPPE.
- Pernambuco. (2020). Lei n.º 16.918, de 18 de junho de 2020. *DOE-PE*.  
<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=6&numero=49252&complemento=0&ano=2020&tipo=&url=>
- Prata, E. G., Sousa, R. F., Araújo, J. F., Correia, L. M., & Deus, S. C. S. R. (2020). Plataformas digitais e o ensino a distância em tempos de pandemia pelo olhar da docência. In Martins, E. R., *Tecnologias educacionais: Ensino e aprendizagem em diferentes contextos* (pp. 203-214). Científica Digital.
- Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae). (2020). Como criar um site para minha empresa? *Sebrae*. <https://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/faq/como-criar-um-site-para-a-minha-empresa,ldf6f2474155d410Vgn VCM1000003b74010aRCRD>
- Silva, M. R. X., Lima, A. C. P., Lira, A. L. S., Souza, C. A. B., Santos, I. B. N., & Silva, N. R. (2021). Espaço Estamira: Experiência inovadora em educação permanente com residentes de saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 45(4), 284-296.
- Spinardi, A. C. P., Blasca, W. Q., Wen, C. L., & Maximino, L. P. (2009). Telefoniaaudiologia: Ciência e tecnologia em saúde. *Pró-fano: Revista de Atualização Científica*, 21(3), 249-254.
- Trochim, W. M. K. (2009). Evaluation policy and evaluation practice. In Trochim, W. M. K., Mark, M. M., & Coohsy, L. J. (Eds.). *New Directions for Evaluation* (v. 123, pp. 13-32).
- World Health Organization (WHO). (2020). *Global strategy on digital health 2020-2025*. WHO.

# **CAPÍTULO 20**

## **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E MOVIMENTOS SOCIAIS POPULARES: DIÁLOGO NECESSÁRIO À FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

Maria da Guia da Silva Monteiro  
Paulette Cavalcanti de Albuquerque  
Livia Milena de Deus Mélo

### **Introdução**

O presente relato de experiência faz parte do processo de formação profissional na residência multiprofissional em Saúde Mental da Universidade de Pernambuco (UPE), tendo como campo de prática a Atenção Básica de Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial do município de Camaragibe (PE). Além disso, envolveu a participação em ações de solidariedade e nas atividades da campanha "Mãos solidárias", em parceria com o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra de Pernambuco (MST-PE), na luta pela reafirmação, fortalecimento e manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS), em um contexto de crise sanitária causada pela pandemia de covid-19 e sob um governo fascista e negacionista. Diante desse contexto de crise sanitária instalada pela pandemia de covid-19 e pela nefasta desatenção do Estado sobre essa realidade, diversos movimentos sociais populares e organizações da sociedade civil se mobilizaram para construir estratégias de combate ao vírus e cuidar do povo. Foi nesse cenário que a campanha "Mãos solidárias" nasceu em meados de março de 2020, resultando do trabalho de convergência de diversos voluntários, movimentos populares e organizações, todos unidos contra a crise sanitária da covid-19 e contra seus desdobramentos para as populações mais vulneráveis (Barros, 2022).

Com isso em mente, este relato de experiência tem como cenário o contexto de pandemia de covid-19, na cidade do Recife e sua região metropolitana, e o

desenvolvimento das ações de solidariedade da campanha conduzidas pelo MST-PE, atuando no combate ao vírus, defendendo a vida e organizando o povo em seus territórios na defesa do SUS e para o cuidado coletivo. Tem no materialismo histórico-dialético seu direcionamento teórico-metodológico, permitindo uma melhor apreensão e compreensão das dimensões sociais, políticas, econômicas e culturais que permeiam o cotidiano da vida das pessoas, desvelando as reais relações sociais que se configuram no interior do modo de produção capitalista.

Segundo Netto (2011), Marx não apresenta um conjunto de regras a serem seguidas, uma receita pronta, mas dá elementos teórico-metodológicos para se desenvolver um estudo partindo de aspectos históricos e da realidade concreta dos indivíduos. Dialogando-se, inclusive, com a educação popular. Assim, atentou-se, aqui, para sua contribuição na prática profissional com as pessoas nas comunidades, considerando a realidade e o saber dessas pessoas para construir as possíveis intervenções profissionais.

Nesse processo, a campanha "Mãos solidárias" possibilitou, por meio das ações de solidariedade, a criação de espaços de vivência e aprendizagem fundamentais para a formação de um perfil profissional alinhado com a realidade concreta da vida das pessoas, a maioria delas usuárias do SUS. Para a reflexão proposta, foram feitas as seguintes indagações: (1) como a participação em movimentos sociais populares, que lutam pela justiça social e pela construção de outra sociabilidade diferente da capitalista, contribui para a formação profissional em saúde? (2) Como a campanha "Mãos solidárias" dialoga com as residências multiprofissionais em saúde?

Desse modo, o objetivo geral foi analisar como as ações de solidariedade da campanha "Mãos solidárias", junto ao MST-PE, impactaram na formação profissional na residência multiprofissional em Saúde Mental durante a pandemia de covid-19. Os objetivos específicos foram descrever a inserção da campanha "Mãos solidárias" no processo de formação da residência multiprofissional em Saúde Mental e entender como a relação entre a campanha e a residência pôde contribuir para o processo de formação profissional e para o SUS.

## Desenvolvimento

Segundo o material disponível sobre a organização e estruturação do programa da residência multiprofissional em Saúde Mental, uma das atividades que compunham a carga horária complementar eram os plantões de oito horas, que podiam ser realizados aos finais de semana ou no período noturno em cenários de prática relacionados ao programa de residência. Porém, no período da pandemia de covid-19 (2021-2023), os espaços da saúde na região metropolitana de Recife (RMR) priorizaram a lógica do cuidado em saúde nos centros especializados de tratamento da covid-19, em hospitais e em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), especialmente nas UTIs e serviços de maior complexidade, assim como em pontos de vacinação, fazendo com que os espaços de promoção e prevenção fossem reduzidos. Com isso, houve, por parte da coordenação do curso, a flexibilização para atuação junto aos movimentos sociais.

Assim, em novembro de 2021, a partir de um estágio interdisciplinar de vivência entre campo e cidade e os movimentos sociais (EIV), organizado pelo movimento estudantil "Levante Popular da Juventude" (LPJ) - durando todo o mês - era levado um grupo de pessoas para conhecer as iniciativas solidárias nas periferias da RMR, isso aos finais de semana. Iniciou-se, então, o cumprimento da carga horária dos plantões. As atividades do EIV ampliaram a visão sobre a realidade sociopolítica do país e da realidade das pessoas na RMR, especificamente com os acirramentos sociais, políticos e econômicos que emergiram durante a pandemia. Foi em uma dessas vivências do EIV, no assentamento "Che Guevara", na RMR, na zona rural da cidade de Moreno (PE), que foram apresentadas as iniciativas de solidariedade da campanha "Mãos solidárias" no Recife com o MST-PE.

Quadro 1 - Ações solidárias na campanha "Mãos solidárias", no Recife e região metropolitana.

<b>Campanha "Mãos solidárias" no Recife e região metropolitana</b>		
<b>Ações de solidariedade</b>	<b>Como se deu o trabalho de solidariedade</b>	<b>Público de destinação</b>
Marmitas solidárias	As marmitas eram produzidas nas cozinhas populares solidárias, localizadas nos territórios da periferia do Recife e da região metropolitana.	No período mais crítico da pandemia, as marmitas eram distribuídas às pessoas em situação de rua.
Bancos populares de alimentos	O objetivo era coletar e armazenar as doações, além das hortas populares agroecológicas, onde era plantada e colhida comida fresca e sem agrotóxicos.	As comunidades localizadas nos territórios periféricos do Recife e região metropolitana.
Confeção de máscaras; distribuição de kits de higiene; pontos com chuveiros	Dar suporte à população em situação de rua e evitar o contágio pelo coronavírus.	As pessoas em situação de rua e as comunidades dos territórios do Recife e região metropolitana.
Assessoria jurídica	Realizada pelos profissionais advogados populares e do setor de direitos humanos do MST.	Pessoas que não tinham acesso à Internet, celulares ou documentos e enfrentavam dificuldades para se cadastrar e acessar políticas públicas, como, por exemplo, o auxílio emergencial.
Formação de agentes populares de saúde	Trabalho de base. Organização das pessoas nos seus territórios, no sentido de contribuir para o controle da transmissão do vírus a partir de tecnologias do saber popular e científico.	As pessoas em situação de rua e das comunidades da periferia do Recife e da região metropolitana.
Formação de agentes de comunicação popular	Organização do trabalho de base nas comunidades e dos voluntários das áreas da comunicação. Estes formavam as pessoas das comunidades para elas se tomassem multiplicadoras das informações sobre as formas de controle, transmissão e combate do coronavírus.	As pessoas em situação de rua e das comunidades da periferia do Recife e da região metropolitana.
Cozinhas solidárias populares	As cozinhas populares solidárias eram instaladas em locais estratégicos dentro dos territórios onde as comunidades mais necessitavam, considerando a realidade dos habitantes. Por exemplo, uma cozinha foi instalada em uma palafita, em uma área de alto risco e vulnerabilidade social.	Comunidades que mais necessitavam, áreas de alto risco e de vulnerabilidade social.

Fonte: Elaboração própria (2022).

Essas ações de solidariedade viabilizaram diversos momentos reflexivos, no que se refere à produção de saúde mental no território, a promoção de saúde de maneira geral, considerando os determinantes sociais de saúde e doença das pessoas nos espaços que habitam. É importante evidenciar que, diante do cenário da pandemia de covid-19 e do descaso do governo federal, essa iniciativa, construída de forma coletiva e popular, teve um forte impacto na realidade das pessoas mais vulneráveis ao coronavírus e aos desdobramentos dessa crise. Foi nesse sentido, que a campanha "Periferia viva" e a campanha "Mãos solidárias" tiveram como "[...] objetivo estratégico desenvolver territórios mais saudáveis em meio ao contexto de enfrentamento da crise sanitária provocada" (Silva *et al.*, 2020, p. 2). A campanha "Mãos solidárias" teve como metodologia de ação a solidariedade ativa, que significa que "o povo é sujeito coletivo, capaz de lutar e conquistar direitos!" (Méllo *et al.* 2020, p. 8), diferentemente da perspectiva de caridade piedosa. As ações da campanha se materializaram, de acordo com Silva, Méllo e Albuquerque (2020), nas áreas de saúde, alimentação, trabalho e renda, direitos e comunicação, para enfrentar as demandas que surgiram com o agravamento da crise sanitária. Todo o processo de participação ativa, junto às ações de solidariedade da campanha "Mãos solidárias" e ao trabalho do MST - PE, possibilitou, além de uma formação profissional para o trabalho no SUS, um salto de consciência política que foi além do trabalho voluntário ou de um espaço apenas para adquirir carga horária complementar.

Ainda refletindo sobre os impactos das ações da campanha "Mãos solidárias", outro momento muito emblemático nessa relação profissional com o território, a partir das ações de solidariedade, ocorreu durante o período das fortes chuvas em Pernambuco, em 2022. Essas chuvas afetaram drasticamente as comunidades mais vulneráveis do Recife e da região metropolitana, com destaque para o município de Camaragibe, onde o trabalho da residência transcorria. Nesse local, houve um agravamento das péssimas condições de habitação, saneamento básico, fome e acesso à saúde, ainda em plena pandemia, além da ausência do Estado para enfrentar esses desafios. Nessa ocasião, de maneira emergencial, mobilizamos, na comunidade

Bondade de Deus II, a cozinha popular solidária "Irmã Dorothy", a qual passou a produzir marmitas solidárias, tanto para a comunidade quanto para outros territórios mais impactados na cidade.

Logo, a presença dos agentes populares de saúde nos territórios foi muito importante, pois essas pessoas "[...] são voluntários que se importam com a vida dos vizinhos e com sua comunidade estando dispostos a costurar uma rede popular de solidariedade" (Albuquerque & Mélo, 2020, p. 7). Foi com isso que as comunidades puderam se erguer e, no coletivo, construir uma pequena rede no território, entendendo-se, com isso, que é preciso somar forças e se organizar para a garantia de direitos.

É importante destacar que o MST, ao longo da sua trajetória e existência, construiu um sentido educativo. Como afirma Caldart (2012, p. 31), esse sentido educativo vai forjando ao longo da caminhada das pessoas no movimento um "jeito de ser" que, nas palavras da autora, "[...] encarnam e expressam em suas ações, sua postura e sua identidade, que podem, aos poucos, espalhar-se e constituir outros sujeitos, sustentar outras lutas". Assim, o profissional vai compreendendo que a luta pelo direito à saúde, incluindo a saúde mental em uma perspectiva antimanicomial, é parte de uma luta maior, inserida em um processo de correlação de forças entre classes. É nesse sentido que as ações e atividades, desenvolvidas durante o período de 2021-2023 pela campanha "Mãos solidárias" e o MST-PE, evidenciam esse compromisso com a luta político-organizativa das pessoas em torno das reais necessidades cotidianas.

As experiências vivenciadas com as ações de solidariedade da campanha "Mãos Solidárias", durante a formação na residência multiprofissional em Saúde Mental, proporcionaram um aprendizado valioso no cotidiano sobre o conceito ampliado de saúde, conforme preconizado pelo SUS. Essas experiências permitiram visualizar a realidade concreta das condições de vida das pessoas em seus territórios, ouvir suas queixas sobre necessidades, especialmente em relação a direitos fundamentais, como alimentação, saúde, educação, moradia e saneamento básico.

Além disso, elas possibilitaram observar a realidade das estruturas dos serviços de saúde nos territórios, as condições de trabalho dos profissionais e como as pessoas se organizam em seus locais para acessar esses serviços, considerando os limites que inviabilizam esse acesso para a maioria. Relatar essa experiência materializa inúmeras políticas do SUS, inclusive a de educação em saúde, a de educação popular em saúde e a de educação permanente em saúde, a qual inclui a residência multiprofissional em saúde. Essa relação permite que os profissionais em formação tenham uma melhor aproximação aos territórios em que atuam, identifiquem as reais necessidades das pessoas e desenvolvam ou potencializem seu senso crítico - a partir do entendimento de como funciona a lógica capitalista nas relações sociais e, sobretudo, no que se refere aos direitos das pessoas. Logo, os aspectos de uma política de saúde biologizante, biomédica, mercantilista passam a ter outro sentido para eles.

## Discussão

Partindo da proposta da residência multiprofissional em Saúde Mental de formar profissionais em serviço para atuação no SUS, torna-se necessário realizar um apanhado das questões discutidas em torno das políticas sociais públicas, especificamente das políticas de saúde e saúde mental. Esse debate ocorre em um contexto de ofensiva capitalista, marcado pelas investidas do projeto neoliberal e conservador, que impactam substancialmente o SUS e a perspectiva da reforma psiquiátrica.

A política de saúde baseada na proposta do SUS sempre esteve em disputa com a lógica privatista da saúde, especialmente considerando que, com a promulgação da Lei n.º 8.080/1990, o setor privado passou a integrá-lo de modo complementar. No entanto, o que ainda predomina, mesmo com toda luta dos movimentos em defesa de uma saúde coletiva universal, de qualidade, é a lógica do capital. Isso tem relação direta, segundo Costa-Correia (2022), com a apropriação do fundo público por meio de contrarreformas que sucateiam, privatizam e precarizam os serviços e os vínculos

legado é essencial, pois, conforme Bravo (2009), a saúde deixa de ser apenas uma pauta técnica e se torna uma questão política, vinculada à democracia e à construção de um projeto de sociedade.

É nessa perspectiva, ao refletir sobre o processo de luta em torno da saúde coletiva no Brasil, que a participação e a aproximação em espaços de formação política e em práticas educativas, como as promovidas pelos movimentos sociais que lutam pelas necessidades das pessoas, podem contribuir para a construção de um perfil profissional que compreenda, para além da luta por necessidades pontuais da sua categoria, o quão fundamental é entender a luta de classes. Logo, é imprescindível que os profissionais de saúde compreendam que os debates políticos, que envolvem os direitos sociais e as políticas públicas, não se restringem a poucas disciplinas durante os cursos, mas, sim, que se trata de uma realidade cotidiana que requer esforços, tanto para compreender quanto para participar dos espaços de luta - dada as condições de precarização que impactam a maioria dos profissionais. São desafios que, a depender dos elementos conjunturais, podem adensar essas lutas - ou nem tanto -, pois, no processo de correlação de forças, os trabalhadores podem ponderar esses desafios.

Segundo Costa-Correia (2022, p. 2), esse contexto exige "[...] mais lutas sociais por parte dos sujeitos coletivos que representam as classes subalternas para manter o caráter público e universal do SUS". Contudo, com a chegada do governo Bolsonaro à presidência da república, marcada por um caráter ultraconservador, negacionista e de cunho fascista, as contradições do sistema capitalista se intensificaram, especialmente em meio à crise sanitária causada pela covid-19. Essa situação agravou ainda mais as condições da classe trabalhadora, que enfrentou dificuldades crescentes para atender minimamente às suas necessidades mais urgentes.

Nesse contexto, é importante destacar como se configuram as práticas de cuidado em saúde para a população. Conforme afirmam Albuquerque, Mélo e Barros (2021), toda a atenção foi direcionada para uma perspectiva de cuidado centrada no hospital, com as gestões em saúde priorizando essa abordagem para enfrentar a

trabalhistas dos profissionais. O mesmo ocorre com a política de saúde mental, na qual, no processo da reforma psiquiátrica, diferentes perspectivas de projetos de cuidado em saúde mental passaram a disputar os espaços de práticas de cuidado, de um lado havendo o projeto

[...] progressista, composto por profissionais da saúde mental, familiares e usuários, em prol de uma direção de superação do modelo manicomial e suas bases, e [de] outro [aquele] composto por psiquiatras que defendem a retomada dos hospitais psiquiátricos e da centralização do tratamento na psiquiatria (Passos *et al.*, 2021, p. 46).

A partir do golpe de 2016, a conjuntura política resultou em políticas sociais ainda mais seletivas, restritivas e conservadoras. Esse cenário provocou um grande retrocesso nos avanços alcançados pela luta da reforma psiquiátrica e pela luta antimanicomial, com o objetivo de "modernizar" as práticas manicomiais, desmantelando a perspectiva do cuidado em liberdade e da assistência baseada na Rede de Atenção Psicossocial. De acordo com Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), a atenção psicossocial, a partir de 2016, especificamente, vem passando por um momento de forte crise, sem precedentes na história da reforma psiquiátrica. Principalmente a partir de 2016, com o golpe contra o governo da presidenta Dilma Rousseff e contra a democracia brasileira. Segundo os autores Cruz, Gonçalves e Delgado (2020, p. 3), esse golpe "[ ... ] significou uma interrupção do processo democrático no país, acarretando uma reorientação radical das políticas sociais". Isso teria dado início a uma série de medidas para a "contenção de gastos" públicos, tendo como uma dessas medidas, a Emenda Constitucional n.º 95/2016, que determinou o congelamento, por 20 anos, dos recursos financeiros para as políticas sociais.

Diante disso, uma releitura das lutas e resistências no processo de construção do SUS, da reforma psiquiátrica e de outros direitos sociais torna-se necessária para que se possa apropriar da história de luta dos trabalhadores da saúde, saúde mental e das organizações da sociedade civil. Essas forças coletivas foram fundamentais na defesa de uma política de saúde universal e de uma saúde mental antimanicomial durante a construção do SUS e a redemocratização do país. A continuidade desse

pandemia daquele momento. Isso desqualificou a potencialidade existente na Atenção Básica para o cuidado em saúde. A hegemonia dessa lógica se manifestou no investimento em equipamentos produzidos com "tecnologias ultrapassadas", favorecendo o mercado e aumentando a lucratividade das grandes empresas que atuam no SUS. Esse cenário, segundo Costa-Correia (2022), consubstancia a ofensiva do capital sobre o SUS, refletida na relação entre o setor privado e o público, aprofundada pela lógica da financeirização do capital, que trata o direito à saúde como uma mercadoria. A partir do avanço dessa perspectiva no SUS, é notório como os rebatimentos desse processo recaem sobre as organizações coletivas que defendem os serviços públicos. Esses espaços vêm sendo esvaziados e despolitizados pelo discurso neoliberal de privatização, pela sobrecarga de trabalho dos profissionais que lhes condicionam apenas a reprodução da força de trabalho, e pela criminalização dos movimentos sociais que lutam pela efetivação dos direitos sociais da classe trabalhadora.

É nesse sentido que é de suma importância o diálogo e a participação nos movimentos sociais populares e nas organizações das categorias profissionais que fazem o enfrentamento a esses contextos tão adversos no âmbito da saúde e da sociedade de modo geral, pois dentro dos espaços dos serviços de saúde e nos poucos momentos de reflexão em tempo de aula teórica, esses diálogos não são feitos com qualidade e aproveitamento, de maneira que contribuam efetivamente para fortalecer, manter e aprofundar a direção política do SUS e forjar indivíduos críticos e propositivos. É como afirma Caldart (2000) quando faz um diálogo pautando como o MST ao longo de sua história vai contribuindo para o avanço da formação dos sujeitos, em uma perspectiva de compreender os processos das lutas sociais como processos educativos de modo que se vá constituindo sujeitos que lutam por transformações na sociedade. Logo,

[...] a formação dos Sem-terra nos remete a um processo de fazer-se *humano na história* que está produzindo e sendo produzido em um movimento de luta social, que também se constitui como parte de um *movimento sociocultural* mais amplo, que mesmo sem que os Sem Terra tenham plena consciência disso, extrapola seus interesses corporativos e projeta novos contornos para a vida em sociedade. (Caldart, 2000, p. 6, grifo nosso).

É compartilhando dessa perspectiva educativa do MST e da educação popular, para redefinir a prática profissional no âmbito do trabalho na saúde, que a experiência aqui relatada teve sua relevância. É importante destacar também os momentos de formação política, promovidos pelo MST-PE, visto que a prática ou o trabalho voluntário não estão separados de uma direção política. Isso mostra como esse trabalho impactou a maneira de pensar das pessoas e pode ser ainda uma referência para o desenvolvimento de práticas para o trabalho com os usuários nos serviços de saúde da Atenção Primária e da Rede de Atenção Psicossocial - espaços de atuação durante a RMSM. Isso nos faz pensar, conforme Vasconcelos (2017), que existe um distanciamento dos serviços de saúde da vida da população, fazendo com que haja um estranhamento entre serviços, profissionais e usuários.

Com isso, fica evidente a importância dos profissionais de saúde se apropriarem das políticas que orientam o fortalecimento, a manutenção e o avanço do SUS, com um compromisso ético-político. Um exemplo disso é a política de educação popular em saúde, a qual pode ser utilizada como um

[... ] instrumento auxiliar na incorporação de novas práticas por profissionais e serviços de saúde. Sua concepção teórica, valorizando o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, tem sido utilizada pelos serviços, visando a um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas (Albuquerque & Stotz, 2004, p. 226).

Assim, para que se tenham condições objetivas de transformar as concepções normativas e impositivas tradicionais que ainda persistem nos processos formativos, é necessário entender, segundo o Movimento Popular de Saúde (MOPS), que não basta apenas alguns profissionais saberem fazer esse trabalho mais próximo dos usuários e de sua realidade concreta. É preciso ampliar essa concepção para os espaços administrativos, de formação profissional e de gestão na saúde. É nesse sentido que a perspectiva do trabalho em saúde, pautada nas diretrizes da educação popular, se

coloca como um caminho para formação profissional para o SUS, entendendo que ele não se restringe aos equipamentos de saúde, sendo também um espaço de participação coletiva, de construção de saberes, de defesa da democratização das políticas públicas e formação de consciência política.

No atual contexto sociopolítico de (re)construção do país e de retomada da valorização das políticas públicas - 2023 -, é preponderante que, no processo de formação da RMSM, sejam estimulados um maior engajamento nas atividades políticas, por parte das categorias profissionais e nas lutas mais gerais da classe trabalhadora. Esse engajamento deve ocorrer em articulação com movimentos sociais populares e organizações coletivas, inclusive para o cumprimento da carga horária complementar de estágios, plantões, entre outras atividades.

Tais proposições podem parecer fora do perfil do programa da RMSM, mas, nesse sentido, é essencial questionar: que tipo de formação profissional está sendo viabilizada para o fortalecimento do SUS e da democracia no país? É nesse sentido que Freire (2014, p. 136, grifo nosso) afirma que "não podemos *existir* sem nos interrogar sobre o amanhã, sobre o que virá, a favor de que, contra que, a favor de quem, contra quem virá sem nos interrogar em tomo de como fazer concreto o 'inédito viável' demandando de nós a luta por ele" .

### **Considerações finais**

Diante da reflexão realizada, ficou evidente como essa aproximação contribuiu com um salto de consciência e aprendizado no processo de formação profissional na RMSM para o trabalho no SUS. Isso despertou a consciência para a realidade sociopolítica dos usuários da política de saúde e saúde mental, tendo contato direto com as condições de vida deles em seus próprios territórios, marcados por vários determinantes sociais que impactam diretamente no processo de saúde/doença dessa parcela da sociedade.

Assim, a experiência foi significativa e pode ser igualmente valiosa para as próximas turmas de profissionais residentes, que a cada ano ingressam no programa de residência multiprofissional em Saúde Mental da UPE. Além disso, essa experiência reforçou e reafirmou o papel da produção de conhecimento nas universidades públicas, garantindo que este seja efetivado: contribuir para atender às necessidades da população por meio do ensino, da pesquisa e da extensão universitária. Isso inclui o diálogo com a sociedade civil organizada e com os movimentos sociais populares que lutam pela justiça social e contra a espoliação da classe trabalhadora, na qual nos inserimos.

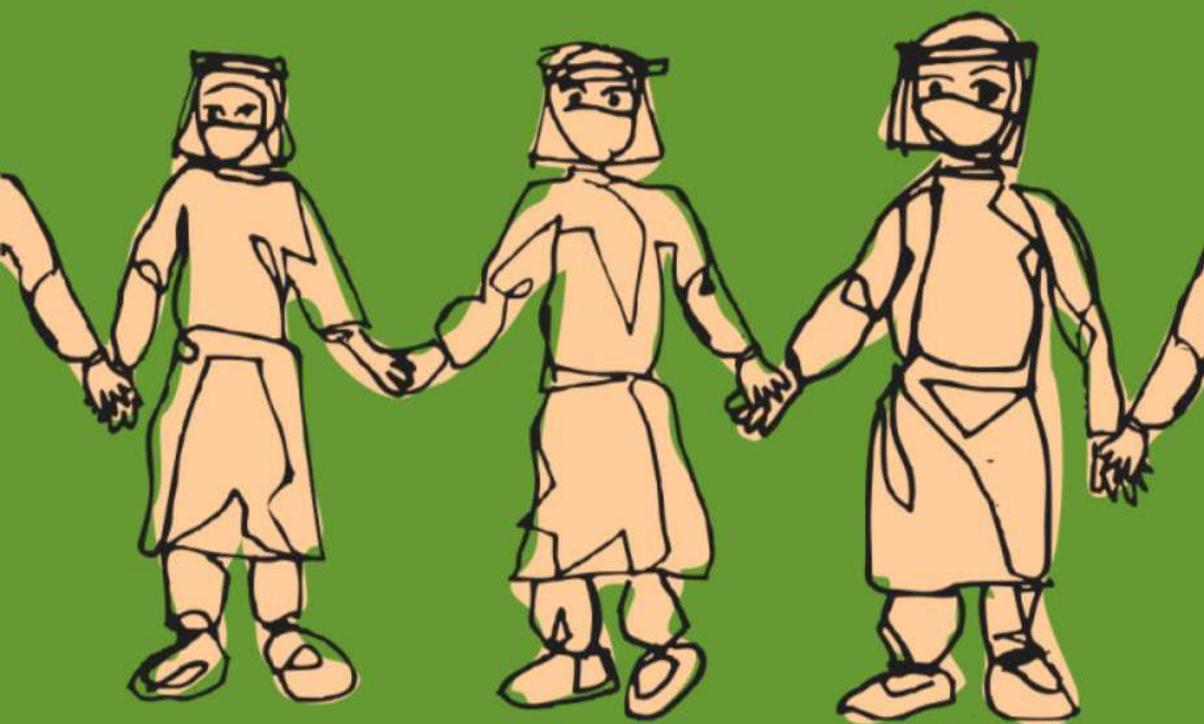
Dessa forma, a partir dos objetivos específicos deste relato de experiência, foi realizada uma análise utilizando o método de Marx - materialismo histórico- dialético - e a concepção de educação popular para uma prática profissional que valorize os saberes e as necessidades dos usuários, considerando suas realidades sociais, políticas, culturais e econômicas. Essa abordagem busca compreender as conjunturas que moldam os períodos históricos das políticas sociais. Logo, é apresentada uma crítica construtiva a essa perspectiva de formação, que em determinados momentos se mostrou resistente a mudanças, especialmente no que diz respeito à flexibilização da rotina de trabalho para permitir outras formas de aprendizagem. Embora o programa seja determinado por um colegiado superior, é sugerido que sejam exploradas outras estratégias para dinamizar e ampliar o processo de formação dos residentes em saúde e saúde mental nas futuras turmas.

Contudo, foram anos de grandes desafios para as políticas de saúde, saúde mental e educação, especialmente considerando que o país esteve sob a direção de um governo que promoveu um projeto genocida, negacionista, fascista e ultraneoliberal, fragmentando e desmantelando as políticas sociais e públicas do Estado brasileiro em plena pandemia, durante uma crise sanitária e ambiental. Portanto, este é um momento crucial para (re)construir estratégias que fortaleçam a luta de classes e a defesa dos direitos políticos e sociais da população.

## Referências

- Albuquerque, P. C., & Stotz, E. N. (2004). Educação popular na atenção básica à saúde no município: Em busca da integralidade. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 8(15), 259-274.
- Albuquerque, P. C., Mélo, M. B. D. (2020). O povo cuidando do povo em defesa do SUS. *Boletim GT EdPopSaúde/Abrasco*, 1(1), 7-8.
- Albuquerque, P. C., Mélo, M. B. D., & Barros, M. R. S. (2021). Comunicação e educação popular em saúde: Reflexões a partir da experiência da campanha mãos solidárias em Recife e região metropolitana. In Marteleto, R. M., & David, H. M. S. L. (org.), *Cultura, conhecimento e mediação de saberes em saúde: Diálogos da informação e da educação popular* (pp. 75-94). IBICT.
- Barros, M. L. (2022). Campanha Mãos Solidárias fortalece atuação em Pernambuco com nova formação de agentes populares. *Brasil de Fato*. <https://www.brasildefato.com.br/2022/03/15/campanha-maos-solidarias-fortalece-atuacao-em-pernambuco-com-nova-formacao-de-agentes-populares/>
- Bravo, M. I. S. (2009). Política de Saúde no Brasil. In Mota, A. L., Bravo, M. I. S., Uchôa, R., Nogueira, V., Marsiglia, R., Gomes, L., & Teixeira, M. (org.), *Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional* (4th ed., pp. 88-110). Cortez.
- Caldart, R. S. (2000). A pedagogia da luta pela terra: O movimento como princípio educativo. In *Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação*, 23, Caxambu. ANPED.
- Caldart, R. S. (2012). *Pedagogia do Movimento Sem Terra*. Expressão Popular.
- Costa-Correia, M. V. (2022). A ofensiva do capital e a necessária defesa da saúde pública e estatal. *Temporalis*, 22(43), 72-89.
- Cruz, N. F. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: O desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), e00285117.
- Freire, P. (2014). *Pedagogia da esperança: Um reencontro com a pedagogia do oprimido* (21th ed.). Terra & Paz.
- Mélo, L. M. B. D. M., Albuquerque, P. C., Lima, A. W. S., Gouveia, H. C., Cordeiro, E. S., Lages, I., Costa, L. T. C., & Mansan, P (Coord.). (2020). *Agentes populares de saúde: ajudando minha comunidade no enfrentamento da pandemia de covid-19*. Recife: Fiocruz.
- Netto, J. P. (2011). *Introdução ao estudo do método de Marx*. (1st ed.). Expressão Popular.
- Passos, R. G., Gomes, T. M. S., Farias, J. S., & Araújo, G. C. L. (2021). A (re)manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas: A volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 13(37), 42-64.
- Silva, C. V. P., Mélo, L. M. B. D., & Albuquerque, P. C. (2020). *Agentes populares de saúde: Educação popular em saúde no enfrentamento à pandemia de covid-19*. Mimeo.
- Vasconcelos, E. M. (2017). Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In Vasconcelos, E. M., & Prado, E. V. (org.), *Saúde nas palavras e nos gestos: Reflexões da rede de educação popular e saúde* (2nd ed., pp. 19-33). Hucitec.

**PARTE IV**  
**PROTAGONISMO**  
**E RESISTÊNCIA**



# CAPÍTULO 21

## A PERCEPÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A IMPLANTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Célia Márcia Birchler  
Cláudia Gomes Rossoni  
Julia Fabres do Carmo  
Rachel Bicalho de Lima  
Taismane Clarice Coimbra Ricci Vieira Schiavo

### Introdução

A implantação dos programas de residências multiprofissionais em Saúde da Família e em Saúde Mental do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPi) ocorreu juntamente com o maior problema da saúde coletiva da atualidade: a pandemia de covid-19. A operacionalização de um programa de residência multiprofissional, por si só, engloba vários aspectos de complexidade, seja por envolver duas grandes políticas públicas, como saúde e educação, seja por se tratar de uma formação em nível de pós-graduação que intenciona a integração ensino, serviço e comunidade. O desafio capixaba, que já não era pequeno, tomou-se ainda maior quando, naquele março de 2020, ao iniciarem as atividades letivas das primeiras turmas dessas residências, os primeiros casos de covid-19 foram confirmados no estado do Espírito Santo.

Aquele cenário impôs aos coordenadores dos programas uma necessidade de alterar aspectos do projeto pedagógico. Primeiramente, houve uma readequação da matriz curricular em função da necessidade de desenvolver nos residentes as habilidades para o trabalho em saúde na prevenção do contágio e no cuidado aos usuários acometidos pela covid-19, assim como para a reconfiguração dos processos de trabalho no enfrentamento da pandemia, nos diferentes cenários de prática dos

municípios onde os programas de residência foram implantados (Libardi *et al.*, 2022). Para isso, foi importante buscar, junto aos serviços de saúde, estratégias de acolhimento dos profissionais residentes, garantindo sua inserção nos serviços, para contribuir com os demais profissionais no processo de trabalho que ainda estava se desenhando.

O ICEPi teve aprovados, em 2020, quatro programas de residência multiprofissionais: Cuidados Paliativos, Saúde Coletiva, Saúde da Família e Saúde Mental. Neste artigo, iremos abordar apenas os programas de residência multiprofissional em Saúde da Família e em Saúde Mental, por dividirem os mesmos cenários de prática, objeto dessa pesquisa. Juntos, esses dois programas foram implantados em seis municípios do Espírito Santo: Aracruz, Cariacica, Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, Vila Velha e Vitória, abrangendo as três macrorregiões de saúde do estado e atendendo à interiorização do programa de qualificação profissional proposto pela gestão estadual. Os dois programas abrangem dez categorias profissionais: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Espírito Santo, 2023a).

O programa de residência multiprofissional em Saúde da Família tem como objetivo formar profissionais para a execução e coordenação de práticas de saúde integrais, voltadas para compreender e intervir na realidade do território de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF). O programa é descentralizado, com oferta de vagas na região metropolitana ou no interior do estado, sendo 60 vagas ofertadas anualmente, nos municípios de Aracruz, Colatina, Vila Velha, Cariacica e Vitória. Embora haja diversidade de cenários e contextos, o programa se norteia por um projeto político-pedagógico com propósitos e objetivos comuns a todos.

Já o programa de residência multiprofissional em Saúde Mental permite prover profissionais aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos municípios capixabas, também de forma descentralizada, com 25 vagas por ano ofertadas nas cidades de Cariacica, Vila Velha, Vitória e Cachoeiro de Itapemirim.

Junto às equipes dos serviços, os profissionais residentes desenvolvem competências em diferentes áreas e contribuem para a qualificação do cuidado e da gestão do trabalho, além do desenvolvimento de pesquisa no campo da Saúde Mental. O programa funciona na lógica de rodízio, em que os profissionais residentes passam por vários pontos de atenção da RAPS, dentre eles, a Atenção Primária à Saúde, especialmente em Unidades Básicas de Saúde (UBS), que atuam no modelo da ESF, sempre que possível dividindo os cenários de prática com os profissionais residentes do programa em Saúde da Família. Integra-se, ainda, com outras duas residências do ICEPi: o programa de residência médica em Psiquiatria (Cachoeiro de Itapemirim) e o programa de residência multiprofissional em Cuidados Paliativos (Vitória).

Portanto, partindo do pressuposto que a inserção dos residentes é potencial para o fortalecimento da integração ensino, serviço e comunidade, o presente artigo propõe analisar a percepção das equipes de ESF sobre a inserção de profissionais residentes dos programas de residência multiprofissional em Saúde da Família e Saúde Mental, no contexto da pandemia de covid-19.

### **Pesquisa bibliográfica e grupo focal**

Este estudo possui abordagem qualitativa, com caráter descritivo por se ocupar do nível subjetivo e relacional da realidade social e por abordar os significados, crenças, valores, atitudes e percepções dos atores sociais (Minayo, 2014). A pesquisa bibliográfica e o grupo focal (GF) integraram seu percurso metodológico, sendo esse último uma técnica bastante empregada para avaliar programas, seus possíveis benefícios ou falhas (Borges & Santos, 2005), além de possibilitar a geração de novas concepções pela análise e a problematização de ideias em profundidade.

O GF desenvolveu-se a partir de uma perspectiva dialética, na qual o grupo possui objetivos em comum e seus participantes procuram abordá-los trabalhando como uma equipe. Nessa concepção, há uma intencionalidade de sensibilizar os participantes para operar na transformação da realidade de modo crítico e criativo

(Dall'Agnol & Trench, 1999). Outro aspecto da utilização do GF é por este se configurar como um espaço de discussão e de troca de experiências, além de estimular o debate entre os participantes, permitindo que os temas abordados sejam mais problematizados do que em uma situação de entrevista individual. Os participantes, de modo geral, ouvem as opiniões dos outros antes de formar suas próprias, fazendo com que, constantemente, mudem de posição ou fundamentem melhor sua opinião inicial, quando envolvidos na discussão em grupo (Trad, 2009).

Assim, para o recorte deste trabalho, escolhemos o município de Vitória, capital do estado, onde quatro UBS que funcionam no modelo da ESF são cenários de prática de ambos os programas de residência - Saúde da Família e Saúde Mental. Eis as unidades: Geny Grijó, localizada no Centro de Vitória; Dr. Luiz Castellar da Silva, no bairro Jesus de Nazareth; Ariovaldo Favalessa, no bairro Alagoano; e Vereador Nenel Miranda, na Ilha das Caieiras. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro a novembro de 2022, por meio de grupos focais de duração média de uma hora por grupo/unidade, conduzidos e mediados pelas pesquisadoras, cujos participantes da pesquisa foram os trabalhadores de nível médio, técnico ou superior vinculados às equipes de Saúde da Família e/ou aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) dessas unidades. Foram utilizadas questões disparadoras que abordaram a compreensão dos participantes da pesquisa acerca da inserção da residência multiprofissional na rotina desses serviços de saúde e do processo de trabalho das equipes a partir de então. Ainda, reitera-se que houve boa receptividade para a coleta de dados, tanto por parte dos coordenadores das UBS quanto dos profissionais participantes da pesquisa.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), sendo aprovado em 12 de julho de 2022 sob o n.º 5.523.782. Dessa forma, foram atendidas as prerrogativas das normas éticas em pesquisa envolvendo seres humanos

e aos interesses estratégicos do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 466/2012 e n.º 510/2016 (CNS, 2012, 2016). Cumpre, ainda, ratificar que o lapso temporal abordado neste artigo vai da implantação dos programas de residência em saúde pelo ICEPi, em março de 2020 - quando surgiram os primeiros casos de covid-19 no Espírito Santo - até a flexibilização das agendas e retomada de algumas atividades da rotina a partir do início da vacinação, de 2021 a 2022 - época em que também se finalizou a coleta de dados da pesquisa.

### **Programas de residência em saúde como estratégia de fortalecimento e qualificação da Atenção Primária à Saúde no Espírito Santo**

Em 2019, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) criou o ICEPi, como um subsistema estadual de educação, ciência, tecnologia e inovação em saúde, cuja principal competência é atuar nas áreas de formação e desenvolvimentos de trabalhadores para o SUS, tendo como fundamentação a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a integração entre ensino, serviço e comunidade, além do incentivo à pesquisa científica e à inovação tecnológica (Espírito Santo, 2019).

Em uma perspectiva de operar mudanças para a qualificação das práticas, o ICEPi instituiu o programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualifica-APS), com o objetivo de qualificar e aumentar a resolutividade da APS por meio do recrutamento, da formação, da remuneração e da supervisão de profissionais (Espírito Santo, 2023b). Esse macro programa prevê a cooperação técnica, financeira e/ou gerencial entre o estado e os municípios capixabas por meio de três alargados componentes: (1) o Provimento: provimento e fixação de profissionais para atuarem diretamente na APS, especialmente nas equipes de Saúde da Família; (2) as Residências em Saúde: formação de especialistas para o SUS por meio de residências

médicas e multiprofissionais; (3) o Apoio institucional: estratégia de gestão para organizar e promover as Redes de Atenção e Vigilância em Saúde, as RAVS.

As residências em saúde devem ser compreendidas como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde (Ceccim, 2005). Dessa forma, os programas de residência multiprofissional em saúde, implantados pelo ICEPi em 2020, servem para cobrir lacunas importantes dentro do âmbito estadual da PNEPS ao criar e ampliar vagas de forma descentralizada e, principalmente, ao focar sua formação no trabalho multiprofissional, revertendo, com isso, o modelo fragmentado e médico, que ainda persiste nos serviços de saúde. Olhando para as necessidades locorregionais, esses programas carregam a responsabilidade de atender a demandas específicas de áreas estratégicas apontadas pela carência de formação no estado, a exemplo da Saúde Mental, eixo colocado sempre como prioritário, mas que, no entanto, não havia nenhuma formação de grande abrangência na área.

Outro destaque desses programas vem do seu caráter multiprofissional, que tende a incentivar a mudança das práticas em saúde, incorporando um fazer profissional integrado em áreas de conhecimento que se apoiam de forma colaborativa no cuidado de indivíduos, suas famílias e da sua coletividade, isso a partir da leitura do território de atuação, uma vez que todos os programas multiprofissionais do ICEPi perpassam pela Atenção Primária à Saúde como cenário de prática. Até então, havia um predomínio de programas de residência médica que visavam a algumas especialidades, tendo os hospitais como principais cenários de prática. Ao inserir esse novo formato de residência, a gestão estadual da saúde passou a ocupar lugar de destaque na formação e qualificação de profissionais de saúde, visto que os programas de residência em saúde eram ofertados basicamente pela Universidade Federal do Espírito Santo e por instituições de ensino privadas, em parceria com hospitais filantrópicos.

## Residência em saúde como estratégia para integração ensino, serviço e comunidade

As residências multiprofissionais em saúde (RMS) se apresentam como uma importante estratégia para viabilizar a integração ensino-serviço, a fim de repensar o processo de produção de saúde por meio da formação de sujeitos críticos a partir da experiência vivida no cotidiano dos serviços de saúde. Segundo Albuquerque *et al.* (2008), entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores com trabalhadores das equipes dos serviços de saúde, visando à qualidade da Atenção à Saúde individual e coletiva e da formação profissional. O conhecimento construído não se limita ao conteúdo que está nas teorias, mas avança em direção à relação que se estabelece entre este e a prática e à reflexão que se faz sobre cada ação, permitindo aperfeiçoar o fazer cotidiano. Quando o processo integração ensino-serviço ocorre de forma efetiva, com foco no usuário, a dicotomia entre formação e saúde e a produção do cuidado é atenuada, concretizando, assim, novas formas de fazer saúde (Garcia *et al.*, 2019; Costa & Azevedo, 2016).

Construir residências como espaços de formação, cuja centralidade é a unidade teoria-prática, não significa uma subsunção à prática ou à lógica do serviço. Isso porque as residências, ao se estabelecerem como um campo de mediação entre a academia e serviços e ao congregar diversos atores, como profissionais, estudantes, pesquisadores, possibilitam a construção de práticas e conhecimentos que podem alterar significativamente a lógica dos serviços ou, pelo menos, tencioná-la. É nessa perspectiva que o "aprender fazendo" ganha significado; é quando o residente não é visto apenas como mão de obra para o serviço (Miotto *et al.*, 2012).

É fundamental haver uma relação de diálogo não hierarquizada entre os atores que compõem o cenário da integração ensino-serviço para que os discursos problematizem a organização e os processos de trabalho, não responsabilizando apenas um ou outro ator/setor envolvido. A forma como essa inserção é realizada pode permitir uma maior ou menor aproximação com o território do trabalho em saúde e, conseqüentemente, promover mais ou menos transformação das práticas. Portanto,

diante da relevância da integração ensino-serviço e do caráter transformador das práticas em saúde atribuídas à residência multiprofissional, são necessários estudos que avaliem o impacto da inserção desses programas nos serviços de saúde.

### **Inserção dos residentes nos cenários de prática**

A inserção de residentes dos programas multiprofissional em Saúde da Família e em Saúde Mental do ICEPi começou em março de 2020. Considerando que o início das atividades da residência nos cenários de prática aconteceu concomitante ao momento crítico das mudanças exigidas pela pandemia de covid-19, os trabalhadores tiveram dificuldade para compreender o papel da residência e do residente na unidade de saúde. Apesar desse desafio, a presença do residente foi importante, principalmente para auxiliar nas ações voltadas para a própria pandemia, desenvolvendo atividades que respeitassem os protocolos e informações existentes e formulando material de divulgação sobre a doença. Assim, eles atuaram na linha de frente, com a abordagem adequada dos usuários.

Eu acho que a inserção em si não foi fácil em plena pandemia. No início do período, eu acredito que o restante da equipe não conseguiu ver essa inserção dos residentes. Quando a gente voltou a trabalhar na configuração da Estratégia Saúde da Família, com reuniões em equipe, aí, sim, eu acho que os residentes começaram a mostrar mais [...].(GF 1)

As residentes contribuíram com o monitoramento dos casos de suspeita de covid. (GF 1)

Os residentes assumiram a triagem da covid, assumiram e deram conta. (GF 4)

O residente conseguiu se inserir na equipe e contribuiu de forma positiva. (GF 2)

Eles [os residentes] agregaram uma qualidade, uma potência aqui que a gente precisava. (GF 3)

Alguém [em referência aos residentes] que veio para somar, pra contribuir com o serviço. Eles são, sim, bastante importantes. (GF 4)

Os profissionais, de maneira geral, consideraram positiva a inserção dos residentes nos cenários de prática, além de apontarem boa receptividade em agregá-los nos serviços. Uma das características dos profissionais de saúde é a predisposição para receber profissionais em formação e, no contexto da pandemia, essa inserção passou a ser ainda mais aceita, uma vez que o cenário se encontrava crítico e desafiador. Já os participantes do GF4 relataram que o processo de inserção dos residentes foi abrupto e com pouco planejamento, não tendo tido tempo suficiente para organizar as ações a serem desenvolvidas em conjunto com esses profissionais.

Percebemos que não teve um planejamento muito rebuscado [...]. Foi aí que começou de supetão mesmo. (GF 4)

Eu acho que a inserção precisa ser mais bem pensada, mais estruturada [...].Aí eu penso que essa solução precisa ser um pouco melhorada, até para humanizar o trabalho do residente, para entender o que está para além dali, da força de trabalho. (GF 4)

A partir das falas que emergiram das narrativas das equipes, identificamos que os trabalhadores não se sentiram pertencentes ao processo de inserção e planejamento da residência, que surge como mais uma novidade no processo de trabalho. Essa percepção de intempestividade evidencia dificuldades que se colocaram ao ICEPi no início da implantação desses programas de residência. Uma delas é o fato de que, apesar da elaboração dos projetos pedagógicos e submissão na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) ter decorrido no ano de 2019, a aprovação dos programas aconteceu somente ao final de janeiro de 2020, conferindo um curto prazo para que as equipes pedagógicas e de gestão do ICEPi pudessem se aproximar de maneira mais efetiva dos trabalhadores nos cenários de prática.

Esse curto espaço de tempo entre a aprovação e o início das atividades também interferiu na preparação do corpo docente. Inicialmente, tutores e preceptores foram indicados pelos gestores locais para tal função, por atenderem aos critérios de atuar no cenário de prática e ter especialização na área de concentração dos programas. Não havia um programa de qualificação e, portanto, grande parte dos preceptores não estava preparada para assumir a função e, ainda, estava sendo concomitantemente

atravessada por todas as dúvidas que permeavam os serviços na condução da pandemia. O despreparo para ambas as situações provocou o desconforto inicial, ajustado a partir dos processos de formação ofertados pelo ICEPi, das várias agendas com os coordenadores dos programas e da melhor definição de diretrizes sobre a conduta frente à pandemia de covid-19 dos servidores em geral.

Concluimos, desse modo, que, para promover a capilaridade necessária, o planejamento e o acolhimento do programa de residência pela ESF devem envolver toda a equipe, e não somente preceptores e coordenação do serviço. Para ampliar esse debate, podemos trazer à tona um dos atributos da Atenção Básica: a longitudinalidade. Se a longitudinalidade implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo entre profissionais e usuários, isso quer dizer que ela também pode ser utilizada para estabelecer um vínculo entre as equipes da ESF e a residência (Oliveira & Pereira, 2013).

### **Impacto nos processos de trabalho dos cenários de prática**

Um dos impactos do panorama pandêmico sobre os processos de trabalho das equipes de ESF foi o elevado número de afastamento dos profissionais dos serviços, seja por positivarem para a covid-19, seja por pertencerem a grupos de risco devido a condições crônicas ou gestação. Os profissionais residentes foram, então, evocados a suprir essas ausências, reparando, inclusive, a defasagem de recursos humanos na área da saúde, algo muito anterior à pandemia e que seguiu em proeminência naquele período. Ouvimos as seguintes falas:

Eles supriram no primeiro momento a falta daqueles profissionais [afastados]. (GF 4)

Existe uma falta de recursos humanos também, e isso também gera um peso pro residente. (GF 4)

Tem que ter o profissional da unidade, [...] se não tiver o profissional efetivo, ele [o profissional residente] vai virar o profissional. (GF 4)

A falta de profissionais e a necessidade de mudança nos processos de trabalho fizeram com que os profissionais residentes assumissem papéis mais amplos e responsabilidades adicionais, como auxiliar no rastreamento de casos, atuar no acolhimento, na triagem e em salas de vacinas, na educação em saúde sobre a covid-19, entre outros. Ocorreu, portanto, uma amplificação das competências gerais em detrimento das competências específicas por categoria, em virtude do panorama imposto pela pandemia.

Eles assumiram a triagem da covid; assumiram e deram conta. (GF 4)

Elas contribuíram com o monitoramento dos casos de suspeita de covid. (GF 1)

Tendo atribuições que não eram específicas da residência, como, por exemplo: elas chegaram a nos ajudar no atendimento da farmácia, porque a gente estava numa situação superdeli cada, com apenas um farmacêutico e uma demanda enorme. (GF 1)

Podemos identificar, também, as percepções dos profissionais da ESF quanto às contribuições dos programas de residência ao processo de trabalho nas unidades de saúde no período, exemplificadas no depoimento abaixo: "[ ... ] A gente fica se perguntando como seria essa unidade sem os residentes. Fica com medo de acabar. Porque eu acho que a gente cresceu muito e avançou muito. E, hoje, a gente... a gente não consegue ver o serviço mais sem ser nessa dinâmica, né?" (GF3).

Destacamos, ainda, que ações de vigilância e promoção da saúde foram desenvolvidas, integrando residentes e profissionais nos territórios, em ações que qualificavam a assistência integral aos usuários. Essa imersão na rotina das unidades é um importante aspecto da formação em serviço, capaz de promover mudanças nas práticas de saúde, a fim de consolidar o SUS e proporcionar atenção qualificada e integral para população (Silva *et al.*, 2016). Vejamos:

Eles terem fortificado o que já existia e o que deu uma pausa também na pandemia, como confecção de murais dos meses, atividades nas escolas... [...] As residentes contribuem muito no desenvolvimento das atividades educativas, [...] além de desempenharem as funções que cada uma tem na sua agenda[...]. (GF 1).

Sem falar também do levantamento e diagnóstico situacional. A gente "não tem pernas" para ficar atualizando o diagnóstico situacional sempre. (GF3).

O Censo de Saúde Bucal: mapeamento e cadastro. (GF 4).

A gente consegue abranger muito mais [com os profissionais residentes] do que se fosse só a gente[...]. (GF 4).

## Autocrítica (Discussão)

Inicialmente, é importante relembrar o conceito de processo de trabalho em saúde, que diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho, ou seja, à prática dos trabalhadores inseridos no dia a dia da produção e do consumo de serviços de saúde (Peduzzi & Schraiber, 2008). Sendo assim, utilizaremos desse conceito para analisar aspectos da realidade do trabalho vivenciados por residentes e profissionais da APS, atravessados pelo contexto da pandemia. Na emergência da crise sanitária, a reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde foi uma realidade em todo o país (Silva *et al.*, 2022). Portanto, os programas de residência avaliados estavam inseridos nesse contexto e participaram ativamente do processo de readequação, assumindo atividades centrais de mitigação da epidemia, como o acompanhamento de casos suspeitos e leve da doença.

É inegável que a pandemia de covid-19 provocou diversos desafios aos modos usuais de trabalho das equipes de ESF. Esses profissionais puderam aprender a trabalhar com os residentes multiprofissionais em uma situação adversa e atípica; eles foram ensinados a compartilhar saberes, a estruturar de maneira colaborativa um processo de trabalho e a escutar de maneira ativa a demanda dos usuários para uma resolução rápida e efetiva, promovendo uma amplificação das competências gerais em detrimento das competências específicas por categoria.

A pandemia também exigiu aos profissionais de saúde a necessidade de serem resilientes e de colocarem o usuário em primeiro lugar, se esforçando ao máximo para resolver os problemas identificados, desenvolvendo competências para a resolução

de conflitos, uma vez que os residentes puderam refletir e discutir o fluxo de informações e, então, ressignificar o trabalho em equipe em um momento de situação adversa. Além disso, os profissionais residentes se mostraram resilientes ao priorizarem a demanda de informações e orientações sobre a covid-19, favorecendo os saberes enquanto profissionais da saúde em detrimento do saber apenas de sua especialidade (Daumas *et al.*, 2020).

Ainda nesse contexto de modificações, é importante destacar que algumas atividades típicas da ESF foram suspensas para evitar a propagação do vírus, como é possível observar no estudo de Arnaldo *et al.* (2023), que verificou que atividades programáticas, como as atividades em grupo e as visitas domiciliares foram suspensas. O mesmo ocorreu nos cenários deste estudo, entretanto, ao analisarmos o discurso dos profissionais, percebemos que a presença das Residências possibilitou novo fôlego, contribuindo para a reorganização do cuidado no momento em que foi possível e minimizando, assim, os impactos. Dessa maneira, foi possível retomar as atividades programáticas em momento oportuno.

Portanto, os residentes apresentaram um papel fundamental para a mudança do processo de trabalho em saúde nas equipes de Saúde da Família, para além das exigências pandêmicas. Com as demandas de trabalho dos profissionais da equipe, a rotina de trabalho se torna naturalizada e, muitas vezes, o profissional não se percebe como um agente transformador de sua própria realidade, assumindo um papel passivo diante do movimento contrário ao fortalecimento do trabalho em equipe e condizente com os princípios e diretrizes do SUS. Em um papel questionador e com desejo de aprender no contato prático com os desafios impostos pela rotina de trabalho, os residentes surgem como provocadores, em uma tentativa de contribuir para o enfrentamento dos desafios colocados e de incentivar a equipe, os gestores e a comunidade a pensarem e refletirem sobre suas práticas (Barbosa *et al.*, 2022).

## Conclusão

A pandemia de covid-19, sem dúvida, foi um marco na história da saúde mundial deste século. Ela revolveu diversas áreas da sociedade, não somente a saúde, e impactou a vida social com as centenas de milhares de mortes que causou, perdas essas irreparáveis para diversas famílias. Uma dor que não se cura tão facilmente. A pandemia colocou em xeque a capacidade do ser humano de se colocar no lugar do outro, de se solidarizar, e demonstrou as fragilidades dessa humanidade, escancarando as diferenças entre ricos e pobres em um cenário mundial. Talvez, o setor da saúde tenha sido o mais desafiado nesse sentido, pois, desde o reconhecimento e a compreensão do problema e da sua magnitude, a busca pelo controle e tratamento da doença se deu por um árduo caminho, até o surgimento da vacina. Nesse processo, protocolos foram criados, serviços implantados, processos de trabalho alterados e mão de obra sacrificada por estar à frente do problema, levando a um grande adoecimento e inúmeras mortes de profissionais de saúde. Uma história para não se esquecer.

Sendo assim, este trabalho apresenta o desafio que foi implantar programas de residência que precisaram, ao mesmo tempo, se ajustar tanto às necessidades impostas pela pandemia quanto aos serviços que seriam seu campo de aprendizagem. Não houve tempo hábil para que se fizesse uma preparação adequada, até mesmo porque o cenário colocado pela covid-19 não permitia. Cada dia era uma informação nova que precisava ser inserida no processo de trabalho e de formação, não só dos profissionais residentes, como dos preceptores que os acompanhavam na época. Foi difícil estabelecer governabilidade nos cenários de prática sobre essa formação, pois sequer havia clareza de como se dariam os processos de trabalho para atender às necessidades postas pela pandemia. Mesmo assim, se destaca o enfrentamento às adversidades por parte dos profissionais residentes. Ao estarem nos cenários de prática prontos para contribuir com os demais profissionais do serviço, eles ajudaram a fortalecer uma visão colaborativa, dando espaço para certa flexibilidade entre o fazer

próprio da categoria profissional e o fazer coletivo, em equipe, como profissionais da saúde enfrentando de forma conjunta um mesmo problema.

Dessa forma, pode-se afirmar que a inserção dos residentes dos programas multiprofissionais em Saúde da Família e em Saúde Mental, durante a pandemia de covid-19, nos cenários de prática do município de Vitória, foi marcada por desafios significativos, mas também por uma valiosa oportunidade de aprendizado. Essa experiência contribuiu para a formação dos residentes e dos demais profissionais envolvidos nos serviços, promovendo uma qualificação em cadeia e transformando a prática por meio da inserção de novos saberes e da atuação baseada na lógica do trabalho multi e interprofissional.

Fica também, como contribuição para a gestão desses programas, não só a certeza de que precisa haver uma melhor programação para a inserção de profissionais residentes em cenários de prática, mas, principalmente, o reconhecimento dos desafios vencidos ao se conseguir inserir os residentes naquele contexto. Ainda mais considerando que isso aconteceu a partir de uma proposta formativa, que transformou tanto a permanência desses profissionais quanto a contribuição dada aos processos de trabalho e de cuidado nesses espaços, em plena pandemia de covid-19.

## Referências

- Albuquerque, V. S., Gomes, A. P., Rezende, C. H. A., Sampaio, M. X., Dias, O. V., & Lugarinho, R. M. (2008). A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 356-362.
- Arnaldo, J. G. S., Radovanovic, C. A. T., Magnabosco, G. T., Salci, M. A., Galdino, M. J. Q., Martins, M. A., & Zulin, A. (2023). Reorganização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à covid-19. *Cogitare Enfermagem*, 28, e86126.
- Barbosa, G. K., Nascimento, A. K. C., & Picicchio, R. J. (2022). Saúde mental e covid-19: Um olhar sobre residentes em saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, 14(3), 209-22.
- Borges, C. D., & Santos, M. A. (2005). Aplicações da técnica do grupo focal: Fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 6(1), 74-80.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação permanente: Desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 9(16), 161-177.

- Costa, A. C. S., & Azevedo, C. C. (2016). A integração ensino-serviço e a residência multiprofissional em saúde: Um relato de experiência numa Unidade Básica de Saúde. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 10(4), 265-282.
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2012, 12 de dezembro). *Resolução CNS n.º 466, de 12 de dezembro de 2012*. Ministério da Saúde. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2016, 7 de abril de 2016). *Resolução CNS n.º 510, de 7 de abril de 2016*. Ministério da Saúde. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Dall'agnol, C. M., & Trench, M. H. (1999). Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na Enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 20(1), 5-25.
- Daumas, R. P., Silva, G. A., Tasca, R., Leite, I. C., Brasil, P., Greco, D. B., Graboys, V., & Campos, G. W. S. (2020). O papel da atenção primária na Rede de Atenção à Saúde no Brasil: Limites e possibilidades no enfrentamento da covid-19. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(6), e00104120.
- Espírito Santo. (2019). *Lei Complementar n.º 909, de 26 de abril de 2019*. Cria o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde e institui o Subsistema Estadual de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o Programa de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no Sistema Único de Saúde. <https://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEC9092019.HTML>
- Espírito Santo. (2023a). *Programas de Residências Médicas e Multiprofissionais*. ICEPi.
- Espírito Santo. (2023b). *Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualifica-APS)*. ICEPi.
- Garcia, S. O., Sampaio, J., Costa, C. R. L., Diniz, R. S., & Araújo, T. A. (2019). Integração ensino-serviço: Experiência potencializada pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Eixo Educação Permanente. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180540.
- Libardi, M. C., Birchler, C. M., Calente, D. S., Almada, G. L., Dalla, M. D. B., & Pinheiro, A. R. (2022). Desafios de implantar programas de residência em saúde numa concepção crítico reflexiva. In Rocha, L. S., Santos, F. R., Silva, Q. T. A., & Faria, A. A. (orgs.), *Aprendizagem significativa para desenvolvimento dos sistemas locais de saúde: A experiência da inovação-formação em serviço do Espírito Santo* (pp. 45-60). Rede Unida.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (14th ed.). Hucitec.
- Mioto, R. C. T., Alves, F. L., Caetano, P. S., & Práet, K. R. (2012). As residências multiprofissionais em saúde: A experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. *Serviço Social e Saúde*, 2(11), 185-208.
- Oliveira, M. A. C., & Pereira, I. C. (2013). Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(spe), 158-164.
- Peduzzi, M., & Schraiber, L. B. (2008). Processo de trabalho em saúde. In Pereira, I. B., & Lima, J. C. F. (eds.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (2nd ed., pp. 320-328). Fiocruz.
- Silva, B. R. G., Corrêa, A. P. V., & Uehara, S. C. S. A. (2022). Organização da Atenção Primária à Saúde na pandemia de covid-19: Revisão de escopo. *Revista de Saúde Pública*, 56(94), 1-15.

Silva, C. T., Terra, M. G., Kruse, M. H. L., Campognora, S., & Xavier, M. S. (2016). Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto & Contexto: Enfermagem*, 25(1), e2760014.

Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: Conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 777-796.

# CAPÍTULO 22

## FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE: O MOVIMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Bruno Gonçalves Gavião  
Laurianna Alexandrina Neves de Souza Vieira  
Lucas da Costa Brandão  
Thayná de Oliveira Carvalho

### Introdução

O Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) é um ator coletivo, organizativo e representativo dos residentes em área profissional da saúde, uni e multiprofissional, que luta pela materialização de uma política de saúde conforme defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (FNRS, 2012). O Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) teve seus primeiros movimentos no ano de 2005, durante a realização do Fórum Social Mundial em Porto Alegre, de 26 a 31 de janeiro daquele ano. É importante lembrar que a Lei n.º 11.129/2005 (Brasil, 2005a), convertia a Medida Provisória (MP) n.º 238, já em vigor desde 1º de fevereiro de 2005 (Brasil, 2005b). A elaboração da MP foi resultado de um processo desencadeado já no ano anterior, com forte atuação do movimento estudantil da área da saúde<sup>1</sup>. A

---

<sup>1</sup> "O Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) tem seus primeiros movimentos no ano de 2005, durante a realização do Fórum Social Mundial em Porto Alegre. Nesse ano, a Residência em Área Profissional da Saúde tinha sido oficialmente reconhecida por meio da Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005, conversão da Medida Provisória nº 238, já em vigor desde 1º de fevereiro de 2005, constituindo-se no interior da Política Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem), que abrange o grupo social da juventude, isto é, a faixa etária dos 15 aos 29 anos de idade [...]. Com a concretização da institucionalização dos Programas de Residência em Saúde, os residentes sentem-se convocados a participar da efetivação dessa política pública, pois a Residência passa a ser uma das estratégias para efetivar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [...] e a própria Reforma Sanitária [...]. No ano de 2006, junto ao 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), foi organizada uma dinâmica ao Fórum Nacional de Residentes em Saúde[, que,] desde então, passou a ser um ator político, coletivo, representativo, configurado em um espaço de articulação nacional dos residentes em saúde. [...] Caracteriza-se, ainda, por ser um movimento dinâmico, plural, suprapartidário, fato que possibilita a apropriação dos sujeitos que constituem este movimento, em todos os espaços de debate, de trocas e de formação [...]" (Ferreira *et al.*, 2018, p. 96).

organização do FNRS não foi uma decorrência da instauração dos programas, mas da luta por sua instauração. Sua configuração atual surgiu no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, em agosto de 2006, tendo sua criação se concretizado em outubro do mesmo ano e na mesma cidade, na ocorrência da sua primeira reunião organizativo-institucional (Ramos *et al.*, 2006). O surgimento do FNRS ocorreu no contexto de normatização das residências multiprofissionais em saúde (RMS), tendo como marco a Lei Federal n.º 11.129/2005, a qual dá gênese à residência em área profissional da saúde, nas modalidades uni e multiprofissional, com regulamentação por meio da Portaria Interministerial n.º 2.117/2005 (Ramos *et al.*, 2006). Essa conjuntura fomentou discussões e encontros de profissionais de saúde de todo o país, possibilitando a troca de experiências, discussão e organização dos residentes.

Emerge, então, em âmbito nacional, a necessidade de ampliar o debate sobre essa modalidade de ensino em serviço, compondo o Movimento Nacional de Residências em Saúde (MNRS) os seguintes fóruns: Fórum Nacional de Coordenadores de Residências em Saúde (FNCRS), Fórum Nacional de Tutores e Preceptores (FNTP), além do próprio FNRS, e mais recentemente, o Fórum Nacional de Apoiadores de Residências em Saúde (FNARS). O MNRS tem realizado anualmente tanto o Encontro Nacional de Residências em Saúde (ENRS), espaço máximo de deliberação no âmbito das pautas e ações referentes às residências em saúde, quanto os encontros estaduais.

A organização do FNRS foi instituída e permanece de forma horizontal e auto-organizada, conforme as demandas e compreensão de articulação dos residentes, por meio de diversos grupos autogestionados, de trabalhos temáticos e comissões elencadas para realizar tarefas específicas. Dessa forma, o FNRS tem promovido discussões e encaminhado posicionamentos e/ou mobilizações publicizadas nas mídias sociais, principalmente, por meio da organização em grupos e coletivos, locais, estaduais/distrital ou nacionais, utilizando-se das ferramentas virtuais. Todavia, o

estudo priorizará as principais ações e discussões realizadas pelo FNRS no período da pandemia de covid-19.

Atualmente, o fórum é coordenado por meio de um colegiado nacional, que funciona como uma comissão executiva nacional, composto por dois articuladores eleitos de cada estado, eleitos anualmente por seus coletivos estaduais ou em assembleias nacionais. Diante disso, o presente texto consiste em uma síntese das compreensões e ações realizadas pelo FNRS durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da covid-19, entre os anos de 2020 e 2022 (FNRS, 2020a, 2020b, 2021a, 2021b, 2022a, 2022b).

### **Pesquisa memorial e documental**

Para a escrita do presente texto, utilizou-se da pesquisa documental (Gerhardt *et al.*, 2009) a partir de materiais internos produzidos pelo próprio FNRS e outros registros que apresentam as experiências de organização dos residentes em saúde na tentativa de participação democrática nos cenários de saúde e educação. Mesmo com o intuito de se construir uma relação linear no tempo com os acontecimentos, as pautas do FNRS transcendem o próprio espaço e são constituídas durante todo o processo. Portanto, não necessariamente, tenham ocorrido na ordem apresentada. Sendo assim, essa síntese foi embasada nas informações registradas e aqui sistematizadas, como textos, atas, cartas, notas e memórias, os quais são documentos públicos, portanto, não se enquadram na exigência de aprovação em Comitê de Ética.

### **Um desafio para o Fórum Nacional de Residentes em Saúde: o início da pandemia de covid-19**

Em 2020, conforme já apreendido ao longo dos anos, inclusive como consequência do processo de exploração ao qual o capitalismo vem submetendo a natureza, iniciou-se a crise sanitária da pandemia de covid-19. Nesse contexto, todas

as pautas até então do FNRS se intensificaram pela crise estrutural sanitária e econômica. Esse processo mudou o cotidiano das residências em saúde, que encontraram reformulação das atividades desenvolvidas no âmbito educacional, mobilizativo e organizativo das atividades de trabalho dos campos de atuação dos residentes.

Diante do novo cenário, a primeira reunião do ano do FNRS ocorreu no dia 10 de fevereiro de 2020, e contou com a participação de residentes de 16 estados e do Distrito Federal, o que possibilitou debater a situação das residências de todas as regiões do Brasil. Os principais apontamentos foram:

- Aumento percentual no desconto da previdência social dos residentes, de 11% para 14%, naquele ano, salientando que, desde 2016, não ocorria reajuste na bolsa-salário;
- Necessidade de redução e requalificação da carga horária de 60 horas/semanais, sem redução salarial;
- Atraso de pagamento das bolsas-salário;
- Inatividade da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), desde 2019.

A partir da reunião, foi encaminhada a realização de uma paralisação da categoria para o dia 3 de março, com apoio político do FNTP e do FNCRS, e a criação e divulgação de uma "Carta Aberta do FNRS" à sociedade brasileira (FNRS, 2020a). O objetivo da carta foi sinalizar sobre a possibilidade de greve geral dos residentes e explicitar as reivindicações da categoria.

Por meio das atas das reuniões, foi possível levantar os principais desafios sobre a pandemia na perspectiva dos residentes:

- Afastamento do campo, sem necessidade de reposição de horas ou desconto da bolsa, para residentes que se enquadravam em algum grupo de risco para a covid-19, incluindo gestantes e lactantes, e também o afastamento de saúde para aqueles que apresentassem sintomas compatíveis com a covid-19;

- Pelo direito a equipamento de proteção individual (EPI) para todos os trabalhadores da saúde - reforçando que, naquele momento, o FNRS recebia denúncias cotidianas, com relatos de assédios para que se realizassem serviços mesmo sem EPI adequado;
- Pela contratação emergencial de profissionais de saúde, para evitar a sobrecarga das equipes e a exposição de trabalhadores do grupo de risco à doença;
- Articulação com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), entidades sindicais e movimentos sociais pela revogação da Emenda Constitucional n.º 95/2016 (Brasil, 2016), que congelou os recursos para a saúde.

Diante das mobilizações, ocorreram conquistas em relação às reivindicações por EPI, pelo afastamento ou pelo trancamento da residência para os profissionais dos grupos de risco - ou mesmo a atuação destes de forma remota -, por meio de acordos locais - devido a ausência da CNRMS -, bem como a conquista da bonificação "O Brasil conta comigo - residentes na área da saúde", que serviu como auxílio para a atuação na linha de frente do combate à covid-19 (Brasil, 2020a). Contudo, as demandas mais políticas, como contratação de profissionais e revogação do congelamento de recursos para saúde, estão em pauta até hoje.

No segundo semestre de 2020, muitos coletivos locais e estaduais iniciaram um processo de organização de pré-encontros, como preparativo para o X ENRS (Encontro Nacional Residências em Saúde, 2020). Assim, em outubro de 2020, as reuniões do FNRS também contemplaram as demandas relacionadas à organização do X ENRS, que aconteceu entre os dias 18 e 20 de novembro de forma on-line. Além da organização do encontro, os assuntos discutidos nas reuniões nesse período foram:

- A reestruturação do FNRS estabelecendo a criação de um colegiado nacional com representantes regionais/estaduais;
- A elaboração de uma agenda de lutas regional e nacional dos residentes;
- A realização de encontros regionais para escolha de articuladores de cada região para compor o colegiado;
- A criação de coletivos estaduais;

- O retomo da CNRMS;
- Constatação da intensificação de retrocessos no campo formativo e nas condições de trabalho durante a crise sanitária.

Pela primeira vez o ENRS ocorreu em formato virtual, disponível na plataforma YouTube, que aglutinou os fóruns que compõem o MNRS, estabelecendo seu alinhamento. Para esse encontro - X ENRS (Encontro Nacional Residências em Saúde, 2020) -, o MNRS optou por escrever uma Carta de Princípios, que aglutinava as cartas de encontros anteriores. No entanto, a carta não foi publicada como documento, apesar de ter sido lida ao final do encontro (FNRS, 2020b). Nesse encontro, foi apresentada a proposta de Política Nacional das Residências Multiprofissionais em Saúde, construída por um grupo de trabalho constituído por integrantes do MNRS. Essa política foi transformada no Projeto de Lei n.º 504/2021 (Brasil, 2021b), o qual, atualmente, ainda está em tramitação. Outro fator importante foi a aprovação da nova constituição organizativa do FNRS, conforme proposto e encaminhado no encontro de 2019, realizado em Natal (RN), que passou a contar com três articuladores para cada uma das cinco regiões do país. Nesse sentido, a metodologia adotada para a escolha dos articuladores foi a de realizar plenárias regionais já no mês de novembro, seguidas da aprovação dos nomes em plenária nacional no mês seguinte, assumindo a gestão um grupo colegiado em janeiro de 2021.

Vale retomar que o fórum é autogestionado e que todos os residentes fazem parte dele. Contudo, mediante a necessidade de se encaminhar tarefas e repasses urgentes, surgiu a demanda de elencar pessoas que estariam na função de articuladores da região em que atuavam, surgindo, então, o colegiado do FNRS.

### **A resistência dos(das) residentes em saúde**

Em 2021, concomitante ao início dos trabalhos do colegiado do FNRS, se intensificou a precarização do trabalho no ensino em serviço das residências, seja com atrasos nas bolsas-salário e bonificações ou com o não acesso à vacina daqueles que

atuavam na linha de frente contra a covid-19. Diante desse cenário, alguns coletivos locais e estaduais de residentes iniciaram greves em âmbito local. Assim, criou-se, em âmbito nacional, um comitê de greve do fórum, que, diante de denúncias de assédio moral e perseguição a residentes grevistas, no dia 13 de março, divulgou uma nota de repúdio a essas represálias, ressaltando que defender os residentes também é defender o SUS.

O FNRS deliberou, em assembleia nacional, a organização de uma greve geral que ocorreu no mês de maio. No balanço da greve, em plenária nacional, foi possível observar os resultados desta, proporcionando que os residentes começassem a ter, enfim, acesso à vacina e aos pagamentos das bolsas-salário e bonificações atrasadas. No dia 26 de maio, ocorreu uma reunião entre o FNRS e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), sem a participação da secretária da pasta na época, Mayra Pinheiro. Não houve sucesso quanto às respostas concretas do motivo do atraso da bonificação e bolsa-salário. Porém, houve a promessa, por parte da SGTES, de que uma nova portaria para reativação da CNRMS seria publicada. Vale assinalar que essa comissão não necessitava de uma nova portaria, mas somente da nomeação de membros representativos. Pelo diálogo junto à secretaria, conforme relatado na memória da plenária do FNRS - que ocorreu no mesmo dia -, foi demonstrado abertamente o não reconhecimento dos fóruns - de residentes, de coordenadores e de preceptores e tutores - como entidades representativas das residências, como já havia sido conquistado historicamente (Gavião, 2022).

Frente à mobilização e greve, viu-se a necessidade de readequar o modelo representativo do colegiado do FNRS. Isso significou uma composição por articuladores estaduais no colegiado nacional, ampliando a força-tarefa nesse espaço. Foi assim que, em julho, ocorreu uma plenária nacional, deliberando novos articuladores dos seguintes estados: Amazonas, Bahia, Distrito Federal, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Roraima, São Paulo e Tocantins. Anteriormente, o colegiado era

composto por articuladores do Espírito Santo, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Roraima, Santa Catarina e São Paulo, que se dividiam para articular a organização dos residentes em mais de um estado. Então, esses articuladores se somaram ao colegiado nessa nova conformação, totalizando 16 estados participantes.

Em agosto, a SGTES divulgou o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde (PNFRS) (Brasil, 2021a), que foi acompanhado de notícias, por parte de entidades médicas, que divulgaram o aumento da bolsa-salário da residência. Porém, somente em outubro do mesmo ano, houve um documento oficial do governo federal respaldando tal acréscimo para o ano seguinte. Essa pauta não era debatida pelos Ministérios da Saúde e da Educação desde 2016, mesmo constituindo uma das defesas históricas do FNRS.

Estudando o PNFRS, a análise de que o plano nacional não se tratava de um fortalecimento, como dizia o título, mas de uma ampliação da oferta dos serviços de residentes, ganhou força. Na cartilha de divulgação, o conjunto de ações estratégicas compreendia cursos para residentes, incentivo financeiro a preceptores e cursos institucionais, entre outras ações (Brasil, 2021 a). Ao entrar na plataforma que redireciona aos editais para os referidos cursos ofertados, encontra-se um conjunto de cursos já disponíveis em outra plataforma gratuitamente: Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS). Já o incentivo financeiro, uma bolsa de R\$ 1.500,00 para preceptores, contemplou apenas 2.800 profissionais do território nacional, sob a contrapartida de publicação de artigos.

Importante lembrar que o acirramento no sucateamento das políticas públicas vem refletindo no desfinanciamento da saúde e da educação, ainda mais depois da Emenda Constitucional n.º 95/2016 (Brasil, 2016), que congela os recursos por 20 anos na seguridade social, prejudicando as condições de trabalho e a formação com qualidade da residência em saúde. Isso significa que, além das problemáticas relacionadas às pautas históricas das residências em saúde, a partir de 2016, intensificaram-se os atrasos na bolsa-salário, prática que se tornou recorrente em todos os anos posteriores. Isso evidencia um processo de precarização que descaracteriza a

propostas da residência, adotando-a como substituição de profissionais de saúde concursados pela mão de obra barateada na condição de residentes, mimetizando o processo de terceirização, o qual implica em precarização, superexploração e desproteção do trabalhador (Antunes, 2018).

### **A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde esvaziada de seus atores e atrizes sociais: uma "dança das cadeiras"**

Em uma reunião com a SGTES, em agosto de 2021, foi questionada a legalidade do plano sem passar pela instituição da CNRMS, que é a principal instância de fiscalização e regulamentação das residências, e estava inativa desde 2019. Ao que foi respondido que a CNRMS teria suas atividades retomadas em breve. Questionada sobre a participação dos fóruns de residentes, de coordenadores e de preceptores e tutores, como já ocorria anteriormente na CNRMS, o FNRS foi desqualificado como entidade representativa por não se enquadrar nos moldes organizacionais empresariais e hierarquizados, com presidente e registro de pessoa jurídica.

No mês de setembro de 2021, foi publicada a Portaria Interministerial n.º 7/2021 (Brasil, 2021c). Ela, por sua vez, retomou as atividades da CNRMS, extinguindo a participação democrática dos membros que compunham as residências em saúde, não prevendo cadeiras para coordenadores, preceptores, tutores nem para residentes, somente uma indicação, pela Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG). Assim, a portaria desconsiderou totalmente o MNRS e os fóruns que o compõem. Ademais, com ela, foi extinta da participação a principal entidade de controle social na saúde, o CNS. Em contrapartida, ampliou-se o espaço representativo de entidades de interesse hospitalar e empresarial, como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por exemplo. Esse processo demonstra a lógica do projeto de residência defendido pelos ministérios, lógica que é de privatização e de utilização da mão de obra de residentes como a substituição de servidores concursados. Processo esse que implica diretamente no serviço público de saúde brasileiro e na formação de profissionais para o SUS.

O fórum organizou plenárias ampliadas em relação à retomada antidemocrática da CNRMS, em sua segunda reunião dia 27 de setembro (fnrsoficial, 2021). Participaram os fóruns que compõem o MNRS, bem como o CNS, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Rede Unida, ANPG, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e o Fórum Nacional contra a Privatização na Saúde (FNCPS). No dia 30 do mesmo mês foi publicada e encaminhada uma carta de convocação (FNRS, 2021 a) para a III Assembleia Ampliada, com uma única pauta: a Portaria n.º 7/2021. Inicialmente, em reunião, se viu a necessidade da revogação da portaria e a construção de uma nova, que incluísse, democraticamente, os atores sociais da residência em saúde, como bandeira de luta.

Sobre a nomeação de representantes das residências em saúde da ANPG para a CNRMS, pelo governo Bolsonaro, cabe assinalar que foi promovido amplo debate pelo FNRS em uma segunda reunião ampliada, não sendo, naquele momento, considerado estratégico compor a comissão imposta pela nova portaria, um modelo tão problemático. Em nota, o FNRS (2021a, p. 1) mencionou que

[...] a CNRMS foi reativada em um modelo problemático que focaliza a assistência hospitalocêntrica e médico-centrada consagrando o já ultrapassado modelo biomédico de saúde. Nos preocupa os rumos desse remodelamento do perfil profissional de trabalhadores formados para o SUS, distante da multiprofissionalidade, da valorização da prevenção e promoção da saúde e dos constituintes históricos do movimento das residências que sempre compuseram a CNRS: Fórum Nacional de Tutores e Preceptores, Fórum Nacional de Coordenadores e Fórum Nacional de Residentes em Saúde.

Por isso, e também devido ao processo atropelado, no qual a ANPG foi convidada a ocupar as cadeiras do FNRS por um governo federal ultraneoliberal, e tendo sido requisitado ao FNRS a entrega de um possível nome para ocupar a suplência da ANPG dentro da CNRMS, antes da reunião ampliada que definiria o resultado do debate por meio de ampla discussão e votação em plenária, decidiu-se pela não composição da comissão nesses termos por parte do FNRS. No entanto, foram definidos os nomes do titular e do suplente da ANPG, sendo o primeiro um residente e o segundo uma mestranda.

Toda essa conjuntura acabou sendo interpretada como uma maneira de desmobilizar o FNRS, que havia puxado várias mobilizações e desgastado ainda mais a imagem do governo no período de emergência sanitária. No entanto, a ANPG acabou demonstrando uma articulação unilateral e competitiva por parte de uma entidade que representa modelos de pós-graduação distintos do ensino em serviço vivenciado; sua natureza é relativa aos cursos e programas de pós-graduação regulamentados pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

No mês de outubro de 2021, foi lançada a Portaria Interministerial n.º 9/2021, que alterou o valor das bolsas de residências médicas e em área profissional da saúde para R\$ 4.106,09 (quatro mil, cento e seis reais e nove centavos) a partir do dia 1º de janeiro de 2022 (Brasil, 2021d). Contudo, a bonificação de "O Brasil conta comigo" foi encerrada no dia 31 de dezembro de 2021. O reajuste, uma conquista do FNRS, foi utilizado como estratégia dos ministérios em uma tentativa de desmobilizar o movimento e como pré-campanha eleitoral. Apesar disso, a compreensão do modelo de saúde defendido não podia ser perdida de vista, uma vez que direcionava a formação do perfil profissional dos trabalhadores do SUS.

A EBSEH, em 2020, criou o Exame Nacional de Residência (ENARE), o que passou a fazer sentido pela reunião de inúmeros hospitais universitários sob a mesma gestão, mas, na sequência, já para 2021, os Ministérios da Educação e da Saúde divulgam a adesão ao ENARE para o conjunto das residências em saúde, não importante o vínculo aos estados e municípios ou às universidades e institutos de pesquisa. O FNRS, junto com outras entidades, como Rede Unida, ABEn, ABRASCO, Centro Brasileiro de Estados de saúde (CEBES) e Federação Nacional dos Enfwemeiros (FNE), lança, em 14 de dezembro de 2021, o manifesto "Por que somos contra o exame nacional da residência: apoio às iniciativas pela sua rejeição" (Rede Unida, 2021). Para o FNRS, os programas de residência não devem estar à imagem e semelhança dos hospitais universitários, mas, sim de projetos pedagógicos de integração ensino-serviço-gestão-comunidade.

Entre os dias 16 e 19 de novembro de 2021, ocorreu o XI ENRS, em formato virtual, com sede em Salvador (BA) (Encontro Nacional Residências em Saúde, 2021). Esse espaço foi essencial para a articulação entre os fóruns que compunham o MNRS, proporcionando o debate e a mobilização a respeito da CNRMS e de outros temas. No entanto, a carta final do encontro não está disponível no momento, não sendo possível

relatar detalhadamente seus principais pontos. Mesmo assim, o XI ENRS foi disponibilizado na plataforma YouTube, no canal do próprio evento (ENRS, 2021). Ainda no encontro, em espaço exclusivo de residentes, foi encaminhada uma assembleia para dezembro, com o objetivo de eleger os novos articuladores do colegiado do FNRS. Durante a assembleia, deliberou-se sobre os novos articuladores estaduais para compor o colegiado do FNRS em 2022.

Ressaltamos que, durante esse ano, as principais pautas foram:

- Ausência da participação democrática na CNRMS, provocando uma falta de comunicação;
- Falta de reajuste salarial adequando a bolsa-salário às correções inflacionárias potencializadas com a pandemia;
- Atraso no pagamento das bolsas-salário;
- Redução da carga-horária, abono de faltas por atestado médico, auxílio alimentação, moradia e alimentação;
- Aprovação da Política Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde.

Assim, é notória a extensa caminhada em direção a avanços reais necessários às residências multiprofissionais em saúde, do campo jurídico ao assistencial, prático ou gerencial. Isso demonstra a demanda permanente de articulação e ações práticas, uma vez que resultados significativos foram alcançados mediante pressão política, greves e paralisações.

### **Fórum Nacional de Residentes em Saúde: uma luta permanente**

Apesar da grande luta realizada pelo fórum, no ano de 2021, poucas das reivindicações foram conquistadas, e muitos enfrentamentos ainda virão. Como estabelecido no ano anterior, ocorreu a apresentação dos novos membros do colegiado e a recepção dos residentes ingressantes de 2022. Para esse acolhimento, o FNRS

realizou o seminário intitulado "Somos todos SUS: acolhimento dos residentes pelo Fórum Nacional de Residentes em Saúde", que contou com mesas de discussão sobre a política de saúde do país e da conjuntura de residências, grupos de discussões temáticas e encontros estaduais (FNRS, 2022c; fnrsocial, 2022b). O evento registrou a presença de 1.769 residentes de todas as regiões do país, de forma remota nos grupos de discussão ou pelo YouTube.

Uma demanda inédita, então, surgiu no FNRS a partir da criação das Comissões Descentralizadas Multiprofissional de Residências (CODEMU), publicada por meio da Resolução CNRMS n.º 1/2022, que dispõe sobre a sua organização, estrutura e funcionamento. Uma reunião do colegiado do FNRS, junto a ANPG, foi realizada para discutir sobre a criação das CODEMU, na qual se acordou que o FNRS deveria indicar os residentes para compor essas comissões, considerando que a associação não teria residentes filiados capazes de ocuparem essas instâncias. Assim, de imediato, foi realizado um levantamento da disponibilidade de residentes do colegiado para compor as CODEMU.

As CODEMU foram criadas para auxiliar em âmbito estadual as demandas da CNRMS, sendo compostas minoritariamente por representação dos residentes. Por exemplo, a CODEMU de um determinado estado é composta apenas por um residente, não sendo paritária a sua participação. Diante dos fatos, ocorreu novamente a desqualificação do FNRS enquanto entidade representativa do profissional residente, centralizando a participação na ANPG, apesar da história do FNRS remontar ao ano de 2005, sem jamais ter sido desarticulada. Ao contrário, a ANPG favorecia a confusão entre residentes e mesmo o entendimento da diferença entre programas de residência e cursos de pós-graduação *lato* e *stricto sensu* avaliados sob acompanhamento do CNE, o que não é o caso das residências médica ou em área profissional da saúde<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> A Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), o equivalente ao Fórum Nacional de Residentes em Saúde, no caso da residência médica, jamais teve seu papel questionado nas relações com os Ministérios da Saúde e da Educação, tampouco seu assento na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)

Como de praxe, novamente o FNRS é marcado com pautas de atraso da bolsa-salário, que ocorreu nos meses de março e abril. Com isso, em plenária nacional, o FNRS deliberou sobre a convocação de uma greve nacional e instituiu o dia 19 de abril como o dia nacional de mobilização dos residentes (fnrsocial, 2022c). O movimento, então, foi puxado por programas que já se encontravam mobilizados - devido ao atraso da bolsa em estados como Bahia, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo -, que reivindicaram:

- o pagamento imediato das bolsas atrasadas;
- a fixação do dia 1º do mês para o recebimento da bolsa-salário;
- o abono de faltas dos residentes que aderirem à greve.

O levantamento feito pelo FNRS por formulário on-line registrou que, até o dia 19 de abril, 90,5% dos residentes que o responderam confirmaram o recebimento da bolsa referente a março, porém, 9,5% continuavam com seus pagamentos atrasados. Desse total, 57,4% aderiram ao movimento de greve, apontando para um senso de solidariedade entre os residentes, engajando aqueles que receberam em dia com aqueles que não receberam suas bolsas. Como planejado, no dia 19 de abril, ocorreram manifestações em diversas capitais e cidades pelo país. A mobilização do coletivo de residentes do Distrito Federal se reuniu com a secretaria executiva do CNS e discutiu sobre a possibilidade de realização, por parte do CNS, de uma indicação de dia fixo para o pagamento das bolsas pelo governo federal, assim como sobre a possibilidade de participação do FNRS na Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT), que estava se estruturando para ter um espaço particular para as residências em saúde - o que resultou em uma manifestação pública do conselho posteriormente (CNS, 2022).

No dia 4 de maio, ocorreu a assembleia nacional que fez um balanço sobre a greve e os atrasos recorrentes das bolsas dos residentes. Também foi identificada, nessa reunião, a ocorrência de descontos indevidos e inéditos na bolsa-salário dos residentes que se ausentaram em algum dia do campo, mesmo que tivessem apresentado atestado médico. Isso ocorreu após o cadastramento dos residentes em

um novo sistema de registro denominado "SigResidências". Além disso, ocorreram discussões sobre as instituições que realizam o controle de presença dos residentes por meio do ponto eletrônico, tratando-os como funcionários do quadro de pessoal, além de discussões sobre a organização no Encontro Nacional de Residências de 2022.

As reuniões seguintes, tanto do colegiado quanto das plenárias nacionais, se debruçaram sobre as seguintes temáticas:

- a organização do XII ENRS 2022 (2022), em Ponta Grossa (PR), que estava ocorrendo de forma distante do movimento de residências, inclusive sem diálogo com o FNRS;
- a constituição das CODEMU, em que algumas ocorriam sem a representação dos residentes ou com representações que não haviam sido indicadas nem pelo FNRS;
- discussões sobre a participação do FNRS em comissões do CNS;
- problemas gerados por troca de banco pelos residentes.

Outro ataque à residência em saúde, no último ano do governo de Jair Bolsonaro, foi em relação ao corte orçamentário. Cerca de 60% dos recursos para o pagamento das bolsas foram cortados para o ano de 2023 (IEPS, 2022), demonstrando o desprezo daquele governo para com a formação em serviço. Já no segundo semestre de 2022, ocorreu de forma virtual o XII ENRS 2022, com o tema "Ressignificando as residências: lutas na defesa da saúde, da educação, da formação e do trabalho profissional no SUS", em Londrina (PR). O espaço foi importante para a atualização da composição do colegiado do FNRS, bem como para se discutir as principais pautas do MNRS. Entre estas estavam:

- a necessidade da aprovação do Projeto de Lei n.º 504/2021;
- a revogação imediata da Portaria Intenministerial n.º 7/2021, que instaurara a CNRMS sem a ampla participação dos segmentos da base dos programas de residência em saúde;
- uma nova CNRMS, que garanta a participação dos representantes dos fóruns nacionais de residentes, de preceptores e tutores, de coordenadores e de apoiadores.

Por fim, apesar de algumas conquistas do FNRS, A LUTA NÃO ACABOU! Foi a resistência do coletivo de residentes, em conjunto com o MNRS, que conquistou importantes reivindicações.

### Considerações finais

Durante a participação direta no colegiado do FNRS, no momento atípico da pandemia, foi percebida a necessidade de buscar nos documentos para se realizar um resgate e dar continuidade aos debates historicamente construídos pelos sujeitos que compõem o fórum de residentes e o movimento de residências. O processo de escrita deste trabalho enfrentou diversos desafios, pois os movimentos sociais possuem uma dificuldade em documentar suas ações. Ainda assim, buscou-se dar um panorama das construções coletivas aos futuros *residentes resistentes*.

Com a pandemia, os desafios de formar especialistas no SUS se intensificaram, ainda mais diante do cenário de sucateamento e superlotação dos serviços. A demanda da prática, portanto, colocou em disputa o compromisso com a vida. O momento também levou aos residentes o desafio de exercer a sua formação, apesar das dificuldades estruturais, fazendo com que eles enfrentassem situações de insegurança trabalhista e sanitária, de falta de recursos, de atividades teóricas de forma remota, e de problemas relativos à rígida hierarquia institucional do sistema de saúde, com recorrentes casos de assédio - pauta que, agora, se tomou permanente no FNRS. Enfim, qual é o real suporte que se tem, na sociedade capitalista, para a formação de profissionais da saúde com qualidade?

Das pautas que surgiram com a pandemia, foi destacada a falta de acesso a EPI e à vacinação nas instituições de campo de prática, além da dicotomia da residência em ser vista como trabalho e/ou estudo, conforme os interesses do campo. A insegurança no cuidado da saúde, devido à cobrança de reposição de carga horária mesmo em caso de adoecimento, a intensificação do assédio moral e o consecutivo prejuízo à saúde mental dos trabalhadores da saúde também foram questões tratadas a

partir da pandemia. Por fim, teve, ainda, a intensificação dos atrasos no pagamento das bonificações de "O Brasil conta comigo" e da bolsa-salário - entre muitos outros assuntos.

Diante das informações coletadas nos documentos, pôde-se visualizar as pautas principais do FNRS e as estratégias que, junto ao MNRS, foram levantadas. Algumas dessas demandas de luta, com avanços relativos e, em sua maioria, ainda em tramitação - como, por exemplo, o reajuste da bolsa-salário, que ocorreu nos pagamentos a partir de janeiro de 2022, tiveram um relativo avanço, como a atualização do salário. Contudo, o pagamento no dia devido ainda é um desafio, principalmente por causa dos recorrentes atrasos a partir de 2019.

A participação democrática no âmbito da CNRMS intensificou o desafio, pois privilegiou a participação de interesses privados, excluindo a de entidades como CNS e de sujeitos que compõem a residência, como residentes, preceptores, tutores e coordenadores. Um processo em luta é a aprovação do Projeto de Lei n.º 504/2021, construído pelo movimento de residências, pelo menos no tocante a pautas históricas, como, por exemplo, a redução da carga horária, auxílio alimentação e moradia, subsídio para deslocamentos e articulação residência - trabalho.

Em relação à organização do fórum, houve um avanço significativo nos últimos dois anos, com o aumento quantitativo e qualitativo em sua composição. A criação do colegiado estabeleceu uma direção às demandas a partir dos articuladores que realizam uma conexão do âmbito local e estadual para o nacional, possibilitando, assim, observar a cobertura do território brasileiro pelo FNRS. Da mesma forma, fórum proporcionou a qualificação na comunicação e na articulação com outros colegiados, como na FNCPS, e a articulação com as entidades parceiras, como o CNS, CFESS, ABEPSS, ABEn, Rede Unida e o próprio movimento de residências em saúde.

Como podemos observar, somente com estratégias coletivas, ou seJa, do fórum em conjunto com o MNRS, pôde-se estabelecer mudanças práticas que favorecessem uma formação de qualidade no e para o SUS. Isso nos permite inferir que a necessidade de escuta e reconhecimento dessas entidades pelo Estado é

imprescindível, afinal, tais atitudes apontam caminhos e alternativas para a melhora da saúde coletiva, seguindo princípios de humanização e universalização do acesso à saúde com conhecimento prático e compromisso social.

De forma não planejada, a mobilização dos residentes acontece no mesmo período: início de abril, quando os novos ingressantes devem receber sua primeira bolsa, que regularmente atrasa. No entanto, cabe considerar que o atraso não ocorre somente para os residentes ingressantes. Além disso, não podemos deixar de falar de Vanilson de Lima Santos, residente médico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe e vítima fatal da covid-19 em 2021, um símbolo do movimento dos residentes na reivindicação por vacinação e condições seguras de trabalho.

Diante de todo esse cenário apresentado, da conjuntura nacional e da formação em serviço da residência, ficam nítidos os limites e potencialidades da participação democrática no SUS, estando este inserido no modelo societário capitalista. Cabe ao FNRS, seus egressos e a todo o MNRS esperar que um futuro melhor venha com a inclusão de nossas pautas nas conferências nacionais, com a ampliação da participação junto ao controle social em saúde e com a escolha do Fórum como o único interlocutor legítimo dos residentes. Quem sabe, assim, possamos implantar um Plano Democrático de Residências em Saúde que combata a militarização do Ministério da Saúde, como visto na troca de um ministro que oferecia plantão de indicadores epidemiológicos de comportamento da pandemia por um general que deixou faltar oxigênio na rede hospitalar, que garanta programas de residência que não violem direitos formativos e trabalhistas, que proteja a saúde mental dos residentes e que defenda um SUS 100% público, gratuito e com gestão estatal.

## Referências

Antunes, R. (2018). *O privilégio da servidão: O novo proletariado de serviço na era digital*. Boitempo. 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 nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm)

- Brasil. (2020a). *Portaria n.º 580, de 27 de março de 2020*. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde", para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19).  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20580-20-ms.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20580-20-ms.htm)
- Brasil. (2020b, 3 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). Ministério da Saúde.  
[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188\\_04\\_02\\_2020.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html)
- Brasil. (2021a). *Portaria n.º 1.598/2021*. Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2021b). *Projeto de Lei n.º 504, de 19 de fevereiro de 2021*. Cria a Política Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde [Situação: Aguardando Parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Saúde (CSAUDE)].  
<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2270540#:~:text=PL%20504%2F2021%20inteiro%20teor,Projeto%20de%20Lei&text=Cria%C3%A7%C3%A3o%2C%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Resid%C3%Aancia,da%20Sa%C3%BAde%2C%20Minist%C3%A9rio%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o.>
- Brasil. (2021c). *Portaria Interministerial n.º 7, de 16 de setembro de 2021*. Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde [...]. <https://www.gov.br/mec/pt-br/areas-de-atuacao/media/sesu/pdf7arquivos/portariaintennisterialn7del6desetembrede2021portariaintennisterialn7de16desetembrede2021douimprensanacional.pdf>
- Brasil. (2021d). *Portaria Interministerial n.º 9, de 13 de outubro de 2021*. Altera o valor mínimo da bolsa assegurada aos médicos residentes e aos residentes em área profissional da saúde.  
<https://www.gov.br/pt-br/media/sesu/pdf/PORTARIAINTERMINISTERIALN9DE13DEOUTUBRODE2021PORTARIAINTERMINISTERIALN9DE13DEOUTUBRODE2021DOUImprensaNacional.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2022, 20 de abril). Nota de repúdio: CNS cobra dos ministérios da Educação e da Saúde pagamento das bolsas-auxílio de residentes em saúde. *Gov.br*.  
<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/nota-de-repudio-cns-cobra-dos-ministerios-da-educacao-e-da-saude-pagamento-das-bolsas-auxilio-de-residentes-em-saude>
- Brasil. (2016). *Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm)
- Encontro Nacional Residências em Saúde. (2020). *Reunião do Fórum Nacional de Coordenadores de Residências – PARTE 1 - X ENRS - Brasília 2020* [vídeo]. Youtube.  
<https://www.youtube.com/watch?v=PklDvWjH9nA>
- Encontro Nacional Residências em Saúde. (2021). *Plenária Final (manhã) e leitura da carta* [vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=JkGtECyZfNO>
- Ferreira, J. T., Costa, C. C. F., & Rocha, C. M. F. (2018). Fórum Nacional de Residentes em Saúde. In Ceccim, R. B., Dallegre, D., Amorim, A. L. S., Portes, V. M., & Amaral, B. P. (Org.), *EnSiQlopedia das residências em saúde* (pp.96-98). Rede Unida.
- Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS). (2012, 11 nov.) *Carta de Princípios*. BlogSpot.  
<https://forumresidentes.blogspot.com/p/encontro-nacional-de-residentes.html>

*Residentes em Saúde*. CFN. <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/02/Carta-Aberta-F%C3%B3rum-Nacional-de-Residentes-em-Sa%C3%BAde-l.pdf.pdf>

Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS). (2020b). *Carta de Princípios do X Encontro Nacional de Residências em Saúde*. Arquivo digital do FNRS.

Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS). (2021a). *Nota contra a Portaria Interministerial n.º 7/21 do Fórum Nacional de Residentes em Saúde*. Arquivo digital do FNRS.

Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS). (2021b). *Carta de convocação dos/as residentes em saúde*. <https://drive.google.com/file/d/171SDp4UqPlmZhc70kKSOVmlHk9gaKaZ/view>. Acesso em 29 maio 2023.

Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS). (2022a). *Ata da reunião da Plenária Nacional do Fórum Nacional de Residentes em Saúde*. Arquivo digital do FNRS.

Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS). (2022b). *Ata da reunião do Colegiado Nacional do Fórum Nacional de Residentes em Saúde*. Arquivo digital do FNRS.

Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS). (2022c). *Acolhimento FNRS 2022 - Mesa de abertura [vídeo]*. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=dPdXpc4koEw>

fnrsoficial (@fnrsoficial). (2021, 24 de setembro). *Plenária Nacional Ampliada acerca da Portaria 07/2021 que reativa a CNRMS* [foto]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/CUObtE3LlGfJ>

fnrsoficial (@fnrsoficial). (2022a, 13 de fevereiro). *\*Plenária Nacional Ampliada\**. Instagram. <https://www.instagram.com/p/CZ76fgoLLg/>

fnrsoficial (@fnrsoficial). (2022b, 30 de março). *ESTÁ CHEGANDO! Somos todos SUS: acolhimento dos residentes pelo Fórum Nacional de Residentes em Saúde*. Instagram. <https://www.instagram.com/p/CbwBTCnrJb7/>

fnrsoficial (@fnrsoficial). (2022c, 15 de abril). *Nota oficial do Fórum Nacional de Residentes em Saúde*. Instagram. <https://www.instagram.com/p/CcZl5KGrE5R/>

fnrsoficial (@fnrsoficial). (2022d, 11 de novembro). *Entre os dias 08a11 de novembro de 2022 realizou-se o XII Encontro Nacional ...* Instagram. [https://www.instagram.com/p/Clm5NUNL\\_uS/?igshid=MzRI0DBiNWFIZA==](https://www.instagram.com/p/Clm5NUNL_uS/?igshid=MzRI0DBiNWFIZA==)

Gavião, B. G. (2022). *Construindo resistência frente à pandemia: O Fórum Nacional de Residentes em Saúde na luta por uma formação no e para o SUS de qualidade*. [Trabalho de Conclusão de Residência em Saúde da Família, UFSC].

Gerhardt, T. E., Ramos, L. C. A., Riquinho, D. L., & Santos, D. L. (2009). *Unidade 4: Estrutura do Projeto de Pesquisa*. In Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (org.), *Métodos de pesquisa* (pp. 67-90). Editora da UFRGS.

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (TEPS). (2022). *Boletim n. 1/2022: Monitoramento do orçamento da Saúde*. <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/10/boletim-1-ieps-monitoramento-orcamento-saude-cortes.pdf>

Ramos, A. S., Búrigo, A. C., Carneiro, C., Duarte, C. C., Kreutz, J. A., & Ruela, H. C. G. (2006). *Residências em saúde: Encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais*. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: Experiências*,

*avanços e desafios* (pp. 376-390). Ministério da Saúde.

Rede Unida. (2021, 14 de outubro). Por que somos contra o Exame Nacional da Residência: Apoio às iniciativas pela sua rejeição. *Rede Unida*

## CAPÍTULO 23

# AÇÕES EDUCACIONAIS PROMOVIDAS POR RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Kaili da Silva Medeiros  
Luís Henrique Dantas Mendes  
Bruna Maria Bezerra de Souza  
Maria Gorethe Alves Lucena

### Introdução

A educação permanente em saúde (EPS) é uma política pública, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), e, como política pública, baseia-se na aprendizagem significativa e na reflexividade das práticas em ação na rede de serviços e, conseqüentemente, na problematização da realidade. Ela busca a construção e reconstrução do conhecimento (Silva *et al.*, 2016), configurando-se como um instrumento para mudanças e transformações dos serviços de saúde, integrando habilidades teóricas e práticas por meio de ações integrativas (Balbino *et al.* 2010). A EPS também assume um papel de promover e inspirar experiências para que o profissional reconheça sua singularidade e se fortaleça, superando limites e dificuldades. Assim, ela faz com que se desenvolva também o seu potencial. São utilizadas metodologias ativas, nas quais o próprio profissional é o ator envolvido no processo ensino-aprendizagem, baseado nas necessidades de cada unidade e de forma individualizada (Figueiredo *et al.*, 2017).

Para a operacionalização da PNEPS, toma-se imperativo que as práticas dos profissionais de saúde respondam às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tal fim, a residência multiprofissional em saúde objetiva formar profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, uma vez que presume uma construção interdisciplinar dos profissionais em saúde (Silva *et al.*, 2016; Tritany *et al.*, 2023). Entendendo que as residências em saúde se constituem como um dos dispositivos para

a operacionalização da Educação Interprofissional (EIP), temos a oportunidade de articular interdisciplinaridade e interprofissionalidade (Soares, 2015). Nesse sentido, há construção de aprendizado coletivo entre indivíduos de duas ou mais profissões, com a finalidade de otimizar a prática desses profissionais e a qualidade do cuidado prestado (Rosa *et al.*, 2022), incentivando o trabalho em equipe, reorganizando as lógicas assistenciais e favorecendo dispositivos de educação permanente em saúde.

Diante da pandemia de covid-19, foi necessário adotar diversas estratégias para disseminação das informações por meio de ações educacionais, que foram realizadas pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (Nuepe) do Hospital Regional Dom Moura (HRDM), em parceria com a residência multiprofissional em Atenção Hospitalar com ênfase em Gestão do Cuidado. Pode-se dizer que a EPS permeou o caminhar dos residentes nas suas rotinas de trabalho, como um instrumento potente para ressignificação das práticas, tendo como princípios a clínica ampliada e o trabalho integrado em equipe. Dessa forma, o objetivo deste trabalho consistiu em descrever a vivência de educação permanente em saúde dos residentes multiprofissionais durante a pandemia.

### **Um estudo de vivências**

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir das vivências de um grupo de residentes e da coordenação do programa de residência multiprofissional em Atenção Hospitalar com Ênfase em Gestão do Cuidado, no desenvolvimento de ações educacionais durante a pandemia do covid-19. O referido programa atua no HRDM, localizado no município de Garanhuns, Pernambuco, e está vinculado à Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). Seu principal objetivo é a especialização de profissionais que tenham a capacidade de atuar de forma multiprofissional, sob um olhar integral da Atenção à Saúde, e que sejam capazes de exercer uma prática clínica ampliada, a partir da gestão

do cuidado (Pernambuco, 2015). Esse programa teve início no ano de 2010, sendo pioneiro na interiorização de residências em saúde do estado, já tendo especializado 97 profissionais de saúde.

A equipe multiprofissional do programa estava formada pelas seguintes categorias: Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. A cada ano, dez novos residentes ingressam, sendo dois de cada categoria. Estes são divididos em dois grupos de cinco profissionais, de forma que cada grupo possua um profissional de cada área, com a finalidade de partilharem entre si conhecimentos e habilidades. As atividades dos residentes são desenvolvidas, prioritariamente, no hospital, porém, elas também podem ocorrer em outros serviços de saúde da rede regional, como nas unidades de Atenção Básica, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e na V Gerência Regional de Saúde (V GERES).

As atividades sobre a covid-19 foram desenvolvidas com mais intensidade durante o ano de 2020, no início da pandemia, quando havia muitas incertezas e inseguranças por parte dos profissionais em relação ao entendimento sobre o vírus, à melhor forma de tratá-lo e aos cuidados para a não contaminação durante os cuidados prestados ao paciente. Foi necessário, portanto, desenvolver novas práticas a partir do diálogo entre os profissionais e os gestores, potencializando processos de trabalho com base na colaboração interprofissional e com o objetivo de organizar planos de cuidados para proporcionar uma melhor assistência.

Durante a pandemia de covid-19, o programa de residência sofreu rearranjos em sua dinâmica. Apesar disso, toda atuação durante esses dois anos de residência foi perpassada por várias atividades educacionais nos diversos serviços de saúde, desde ações educacionais voltadas para o enfrentamento da pandemia até aquelas voltadas para as necessidades de saúde. Assim, esse relato foi baseado nas experiências que esses residentes tiveram ao atuarem nas atividades educacionais durante os anos de 2020 a 2022. Vale pontuar que, nesse período, a pandemia de covid-19 estava no auge.

A maioria das ações foi desenvolvida no HRDM nos setores como o Núcleo de Educação Permanente em Saúde, a Maternidade, Pediatria, Clínica Médica e a Clínica Cirúrgica. Mas, também, houve atividades desenvolvidas em outros campos de estágio na Rede de Atenção à Saúde, como Unidade de Saúde da Família (USF), CAPS, V GERES e Secretaria Municipal de Saúde (níveis de gestão, regulação e avaliação).

Como as ações foram realizadas nos mais diversos locais de prática, o público-alvo variava de funcionários a usuários de cada serviço, assim como o tipo de intervenção educativa realizada, que se utilizava de vários dispositivos: vídeos educativos, cartilhas, palestras, rodas de conversa e treinamentos. Isso sempre priorizando o uso de metodologias ativas.

## **Resultados**

Durante a pandemia de covid-19, houve uma mudança na rotina de atividades dos residentes, pois, de início, foram privados de atuarem na assistência do hospital devido à escassez de equipamentos de proteção individual (EPI). Porém, como a residência não poderia deixar de contribuir com tal cenário, os residentes foram direcionados para realizar ações de educação permanente em saúde para os funcionários do hospital, voltadas para os cuidados a serem realizados no enfrentamento do vírus. Assim que novas atualizações sobre a pandemia foram surgindo, os residentes passaram a receber os devidos EPI e, dessa forma, foram realizando suas práticas nos setores assistenciais.

As primeiras ações de educação permanente em saúde desenvolvidas pelos residentes foram voltadas para auxiliar os profissionais de saúde a lidar com a realidade da covid-19. A principal necessidade identificada, no início da pandemia, era como minimizar as contaminações pelo vírus. Assim, algumas ações foram realizadas, como:

- Treinamento sobre a covid-19: os residentes realizaram a capacitação de todos os funcionários do hospital sobre o vírus, esclarecendo dúvidas sobre do que se tratava, sua origem, meios de contaminação e prevenção. Esses treinamentos eram realizados na forma de rodízios, com um grupo pequeno de profissionais para evitar aglomerações, durando cerca de 20 minutos para não interferir na rotina dos profissionais em serviço. O local utilizado foi a sala da residência, sendo usados materiais audiovisuais nesse processo;

- Vídeo educativo sobre paramentação e desparamentação: explicava-se o passo a passo de como deveria ser realizada a paramentação e desparamentação de forma segura, bem como o descarte adequado dos materiais contaminados. O vídeo foi produzido pelos residentes e exposto na televisão do refeitório do hospital na hora do almoço, onde ocorre maior fluxo de funcionários. Também foi repassado em vários grupos de WhatsApp, nos quais os profissionais de setores diversos fazem parte (Figura 1);

- Ação de conscientização do "Dia mundial de higienização das mãos": realizada nos corredores do hospital, em parceria com a Comissão de Controle e Infecções Hospitalares (CCIH), ela teve a finalidade de sensibilizar os profissionais sobre a importância da lavagem das mãos, principalmente antes e após os procedimentos e/ou contato com o paciente. Utilizou-se vídeo educativo, demonstrando a técnica correta, sendo este repassado por WhatsApp nos diversos grupos de profissionais do hospital. Além disso, teve a dinâmica com mitos e verdades sobre o tema, realizada nos vários setores;

- Vídeo educativo sobre "Comportamento no refeitório": ele foi montado com a atuação dos residentes, mostrando cenas inadequadas durante as refeições (como uso de jalecos no refeitório, manipulação incorreta das máscaras, não higienização das mãos) e reproduzindo a mesma cena, mas, agora, apresentando as atitudes assertivas a serem seguidas. O vídeo foi veiculado na televisão do refeitório durante as refeições;

- Ação de conscientização do "Adorno zero": foi realizada no corredor central do hospital, com profissionais de saúde. A atividade serviu para sensibilizá-los sobre a importância de não se usar adornos em ambientes de saúde. Além disso, foram realizadas postagens em redes sociais mostrando fotos de profissionais do hospital, além de frases de impacto ("Adorno zero: adorno legal é fora do hospital", "Adorno não combina com ambiente de saúde"), com a finalidade de minimizar a contaminação em virtude do seu uso;

- Vídeo educativo sobre o "Manuseio correto dos prontuários em tempos de covid-19": este foi elaborado com a finalidade de orientar os profissionais a fim de minimizar as contaminações por meio da manipulação dos prontuários, sendo disponibilizado no site do Nuepe (Figura 1).

Figura 1 - Vídeos produzidos pelos residentes. Garanhuns (PE), Brasil



Fonte: Elaboração própria (2023).

Para além dessas ações, que visavam diminuir as contaminações pelo vírus, foi percebido que os profissionais estavam passando por sentimentos angustiantes, como medo de se contaminarem e contaminarem seus familiares, ou mesmo o sofrimento por lidarem com os usuários adoecidos e a recorrente sensação de impotência diante dos óbitos. Mais do que isso, havia, também, o desgaste por trabalharem em um serviço de saúde que não estava preparado para enfrentar uma pandemia como aquela. Dessa forma, foi desenvolvida uma ação que tentasse valorizar o profissional da saúde, intitulada "Heróis da saúde".

A partir desse projeto, os residentes, com o Nuepe, montaram um painel no corredor central do hospital com fotos de profissionais de todos os setores e categorias do HRDM, que ficou exposto por semanas, com o intuito de valorizar os profissionais que estavam atuando na linha de frente da pandemia. Também foram oferecidos chás calmantes e doces com mensagens motivacionais. Os profissionais iam ao mural e se reconheciam pertencentes àquele lugar, percebendo que sua contribuição fazia, sim, a diferença. Desse modo, pôde-se renovar as esperanças de que aquele período seria apenas transitório.

Ademais, outras ações educacionais foram realizadas no hospital, porém com o enfoque nas demandas específicas de cada setor, a fim de contribuir positivamente com a educação permanente em saúde em cada um deles. Dentre as principais ações, estavam:

- A criação do website do Nuepe: durante o rodízio dos residentes nesse setor, percebeu-se que ela poderia dar visibilidade às atividades de educação permanente em saúde desenvolvidas e acessibilizar os conteúdos produzidos, inclusive os vídeos gravados visando-se o enfrentamento da covid-19. Dessa forma, foi criado um website contendo informações sobre o setor, imagens das ações realizadas, materiais produzidos para as ações e videoaulas;

- O treinamento sobre a manipulação de novas tecnologias: foi realizado com as profissionais do Nuepe, instrumentalizando-as sobre ferramentas, como o Google Forms para a elaboração de questionários e o Powerpoint para a produção de vídeos, objetivando, com isso, auxiliar estas profissionais na produção de vídeos educativos e na realização de pesquisas e enquetes de forma remota;

- A criação de vídeo sobre o descarte correto dos resíduos hospitalares: durante o rodízio dos residentes na CCIH, foi elaborado um vídeo demonstrando as formas corretas de descarte, veiculado virtualmente entre os profissionais do hospital;

- Seminário sobre vacinas: surgiram muitas dúvidas acerca das primeiras vacinas contra a covid-19. Por isso, no rodízio de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, os residentes elaboraram um seminário para esclarecer quais eram essas vacinas, quais laboratórios as produziam e quais eram os grupos prioritários;

- Sensibilização sobre telas de proteção: ainda no setor de pediatria, observou-se que as telas de proteção da janela estavam furadas ou quebradas. Dessa forma, tentou-se sensibilizar os profissionais e acompanhantes das crianças acerca da questão, ressaltando que a tela protege contra quedas e mosquitos (Figura 2);

- Panfleto sobre o uso correto de termos "menor" e "especial": notou-se, também na pediatria, que os profissionais utilizavam desses termos pejorativos para se referirem às crianças. Assim, confeccionou-se um panfleto explicando o porquê de não utilizar esses termos e as formas corretas de se referir às crianças (Figura 2);

- A campanha de sensibilização contra o abuso sexual de crianças e adolescentes: foi feita uma ação educativa, individualizada, com os profissionais que realizavam a triagem no setor de pediatria, abordando informações que pudessem auxiliá-los na identificação de tais abusos, além do fluxo de atendimento nesses casos (Figura 2).



Assim, foi criado um guia com vários temas e informações sobre saúde, atualizados, para que os profissionais pudessem consultar sempre que necessário. Além disso, foram realizados alguns treinamentos com os ACS, para garantir que estes soubessem utilizá-lo bem;

- Ações de saúde mental: em dois rodízios, foram realizadas ações com o enfoque na saúde mental, na USF, com os agentes comunitários de saúde, e na Secretaria Municipal de Saúde, com os profissionais da Regulação em Saúde. Nelas, foi abordada a importância da saúde mental para o trabalhador da saúde e algumas estratégias de enfrentamento da pandemia. Essas ações abrangeram desde a entrega de ervas e sais para escalda-pés até a ginástica laboral, dinâmicas de grupos, rodas de conversa, pote com mensagens motivacionais e sessões de automassagem (Figura 3).

Figura 3 - Ginástica laboral conduzida pelos residentes. Garanhuns (PE), Brasil.



Fonte: Acervo pessoal (2023).

## Discussão

A PNEPS propõe uma nova maneira para que profissionais de saúde produzam conhecimento e repensem a educação e o trabalho. Tal política permite, de maneira descentralizada, ascendente e transdisciplinar, a formação e o desenvolvimento de profissionais mais capacitados (Silva *et al.*, 2016). Aliás, na saúde, a educação pelo trabalho é considerada um trampolim para o desenvolvimento de novos perfis profissionais que visem à integralidade da atenção, um dos princípios norteadores do SUS.

Pensando nisso, diante da necessidade de atendimento às demandas do SUS, por meio das práticas dos profissionais de saúde, foram instituídos os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (PRMS) como dispositivo transformador da prática profissional na área da saúde. Além disso, ao aprofundar-se na história das residências multiprofissionais em saúde no Brasil, foi observado que quando se instituiu a PNEPS, elas tomaram-se aposta estratégica do governo federal, obtendo ampliação, incentivo financeiro e qualificação dos programas no Brasil (Lobato, 2010). Atualmente, existem 168 instituições credenciadas à oferta de vagas em 827 PRMS pelo país, além disso, 4.330 bolsas de residentes matriculados em programas em área profissional da saúde foram financiadas no país (Brasil, 2023).

Dessa forma, pode-se inferir que os PRMS cada vez mais atuam como espaços para formação de profissionais em saúde sob a ótica dos princípios que norteiam a EPS. Amemann *et al.* (2018), a partir de um estudo realizado com preceptores de um PRMS e que avaliou práticas exitosas desenvolvidas por estes, apontaram que as melhores práticas identificadas eram a consulta multiprofissional, o acolhimento dos residentes e as ações integradas entre as diferentes ênfases da residência. Tal achado aponta que as práticas observadas no estudo promovem a aprendizagem significativa, pois se baseiam na reflexão cotidiana, ganhando sentido por estarem alinhadas à realidade dos preceptores dos PRMS. O que reforça que os PRMS são dispositivos de formação para atores engajados politicamente com a EPS.

Ademais, Silva *et al.* (2016) discutem, em um estudo com 16 profissionais que atuavam em um PRMS, que as atividades de EPS desenvolvidas pelos profissionais de saúde foram evidenciadas nos encontros com os usuários e com os profissionais envolvidos, por meio de grupos de educação em saúde e de educação em serviço. Essas atividades visavam responder às necessidades dos usuários e trabalhar objetivos com os profissionais dos PRMS, convergindo diretamente com o que foi proposto e desenvolvido neste trabalho. Além disso, a pandemia de covid-19 constituiu-se como um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde desde o surgimento dos primeiros casos na China, no ano de 2019. No Brasil, a pandemia se instalou nos primeiros meses de 2020, sendo decretada a situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), iniciando-se o planejamento das estratégias de enfrentamento à pandemia nas três esferas governamentais (Vieira *et al.*, 2023). Frente a isso, a EPS se tomou fundamental, devido a sua importância para adequação e melhoria do desempenho dos trabalhadores de saúde no enfrentamento da pandemia, pois, tais ações, fomentaram a reflexão sobre os processos de trabalho, sobre a gestão compartilhada e participativa e a detecção das mudanças necessárias às práticas, levando a transformação da realidade local em objeto de aprendizagem, seja individual, coletiva e/ou institucional (Brasil, 2018, 2021).

Tal panorama oportunizou que ações de EPS fossem discutidas e inseridas na rede de saúde brasileira, mesmo que com dificuldades nesse período. Ao analisar 54 planos de contingência à covid-19, desenvolvidos pelos estados e pelo Distrito Federal, Vieira *et al.* (2023) observaram que os documentos promoviam o fomento, mesmo que de forma, muitas vezes, superficial para o desenvolvimento de ações voltadas à capacitação dos trabalhadores com ênfase em síndrome gripal, medidas de controle de riscos de infecção e conhecimento sobre biossegurança. Além disso, os autores observaram que o Plano de Contingência Nacional fornecia apenas recomendações para que estados, municípios e serviços de saúde público e privado desenvolvessem seus respectivos planos de contingência, ficando a cargo das

secretarias de saúde sua elaboração, o que pode ter fragmentado a inserção de mais ações de EPS na rede de saúde nesse período.

É possível notar, ainda, que, no início da pandemia, devido ao desconhecimento sobre os cuidados e manejos adequados em relação à covid-19, as ações educacionais foram voltadas para a prevenção da contaminação pelo vírus. De forma similar, um programa de residência do estado do Piauí também desenvolveu ações de educação em saúde com a finalidade de orientar os profissionais de saúde quanto à paramentação e desparamentação dos EPI durante a pandemia de covid-19 (Brandão *et al.*, 2021). Isso ressalta que aquele contexto também foi uma realidade para outros residentes no país.

Outro aspecto importante, que também direcionou o foco de ações desenvolvidas pelos residentes, foram as ações de saúde mental. Em razão de uma mudança de realidade e das inseguranças geradas pelo processo pandêmico, notou-se a fragilidade da saúde mental dos profissionais, tanto nos setores do hospital quanto na RAS. Em outro estudo, um grupo de residentes de saúde da família do estado da Bahia também teve esse enfoque e desenvolveram um grupo de saúde mental para adolescentes, em meio ao contexto da covid-19, para discutir questões dessa natureza, de forma coletiva e desconstruída (Costa & Pereira, 2023). Assim, eles demonstraram a importância desse olhar holístico para as necessidades de saúde dos profissionais.

Além disso, vale pontuar que os PRMS têm como objetivo qualificar os profissionais residentes, a partir de uma perspectiva problematizadora, possibilitando, com isso, o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo diante os desafios diários da prática profissional (Costa & Silva, 2022). Essa abordagem problematizadora, que visa mudar a realidade, possibilitou que os residentes, imersos nos serviços, pudessem identificar problemas/potencialidades e direcionar ações de educação em saúde para melhorar a qualidade e os processos de trabalho. Logo, eles puderam evidenciar a potencialidade dos PRMS na formação de residentes mais críticos-reflexivos e ativos.

Aliado a esse processo, é evidente o uso de ferramentas tecnológicas e metodologias ativas para o desenvolvimento das ações como: vídeos, cartilhas, websites, panfletos, dinâmicas de grupo, ginástica laboral, rodas de conversa. O uso de metodologias ativas, por sua vez, favorece o processo de aprendizagem, gerando a reflexão e um ambiente de ensino-aprendizagem transformador (Ventura *et al.*, 2022). Já as ferramentas tecnológicas são uma realidade nas práticas educacionais dos residentes, como em estudo desenvolvido por um PRMS do estado do Amazonas, no qual se produziu uma cartilha educativa sobre os cuidados paliativos para pacientes oncológicos, seus familiares e cuidadores. Apresentando-se como uma tecnologia educativa que favorece a promoção e educação em saúde (Pacheco *et al.*, 2023). Ressaltando a importância do uso dessas ferramentas tecnológicas nas ações educacionais desenvolvidas pelos residentes.

Apesar de grandes benefícios, uma das maiores dificuldades encontradas para a efetivação de práticas que fomentem a EPS é a falta de compreensão, por partes dos profissionais saúde, de que a formação em saúde tem como objetivo central a atualização técnico-científica das práticas, principalmente pela abstração dos conceitos da EPS (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Diante disso, é necessário um maior esforço para disseminar, reconhecer e propor práticas de EPS as quais os profissionais de saúde consigam realizar em espaços de formação para o SUS, como nas residências multiprofissionais em saúde (Amemann, 2017).

### **Considerações finais**

Essas experiências proporcionaram o fortalecimento de ações integradas entre os profissionais do serviço, exigindo uma permanente articulação dos diferentes saberes e das práticas profissionais. Essa permanente interação faz com que nos aproximemos de um modelo de Atenção à Saúde mais integral, que é o objetivo no qual se busca alcançar nas práticas pedagógicas dos programas de residências. A partir da EIP, foi possível a execução de ações propostas por meio de um planejamento

participativo, considerando e discutindo os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença no qual os usuários estavam inseridos.

## Referências

- Arnemann, C. T. (2017). *Educação permanente em saúde no contexto da residência multiprofissional: Estudo apreciativo crítico*. [Tese de Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul].
- Arnemann, C. T., Kruse, M. H. L., Gastaldo, D., Jorge, A. C. R., Silva, A. L., Margarites, A. G. F., Pires, C. L., Kuplich, N. M., Santos, M. T., & Condessa, R. L. (2018). Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: Interface com a interprofissionalidade. *Interface: Comunicação. Saúde. Educação*, 22, 1635-1646.
- Balbino, A. C., Bezerra, M. M., Freitas, C. A. S. L., Albuquerque, I. M. N., Dias, M. S. de A., & Pinto, V. P. T. (2010). Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. *Trabalho, Educação e Saúde*, 8(2), 249-266.
- Brandão, S. A. S. M., Câmpelo, S. M. A., Silva, A. R. V., Jorge, H. M. F., Araújo, T. M. E., & Avelino, F. V. S. D. (2021). Potencialidades e desafios da educação em saúde na pandemia da Covid-19. *Enfermeria Global*, 20(62), 283-315.
- Brasil. (2018). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: O que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Ministério da Saúde.
- Brasil. (2021). *Plano de Contingência Nacional para infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2023). *Residência multiprofissional/ em saúde*. Ministério da Educação. <https://www.gov.br/mec/pt-br/areas-de-atuacao/es/residencia-multiprofissional>
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 41-65.
- Costa, E. R. A., & Pereira, E. B. (2023). Relato de experiência: Grupo de saúde mental para adolescentes em tempos de pandemia da covid-19. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 12, e4594.
- Costa, M. F. M., & Silva, V. C. (2022). A problematização como diagnóstico: Análise da utilização das metodologias ativas em processo de ensino-saúde na residência multiprofissional. *Revista Humanidades e Inovação*, 9(20), 156-165.
- Figueiredo, E. B. L., Gouvêa, M. V., Cortez, E. A., Santos, S. C. P., Alóchio, K. V., & Alves, L. M. S. (2017). Dez anos da educação permanente como política de formação em saúde no Brasil: Um estudo das teses e dissertações. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(1), 147-162.
- Lobato, C. P. (2010). *Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: Uma cartografia da dimensão política*. [Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina].

- Pacheco, E. R., Fortes, G. N., Lages Neto, J. C. V., Cardoso, A. M., Pinto, M. C. P., Pereira, A. M., Ferraz, A. R. F., Soares, J. S. L., & Vieira, J. F. (2023). Production of educational technology on palliative care in a multiprofessional residence program in the interior of the Amazon. *Research, Society and Development*, 12(2), pp. e6412239945. DOI: 10.33448/rsd-v12i2.39945.
- Pernambuco. (2015). *Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar com ênfase em Gestão do Cuidado, Hospital Regional Dom Moura*. ESPPE.
- Rosa, O. M., Teo, C. R. P. A., Mattia, B. J., & Ribeiro, K. P. (2022). Interprofessional education in health: Elucidating concepts. *Research, Society and Development*, 11(12), e74111234216.
- Silva, C. T., Terra, M. G., Kruse, M. H. L., Camponogara, S., & Xavier, M. S. (2016). Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto & Contexto: Enfermagem*, 25(1), e2760014.
- Soares, G. M. M. (2015). *Colaboração e educação interprofissional na pós-graduação em saúde: Estudo de caso da residência multiprofissional em saúde da família*. [Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará].
- Tritany, É. F., Tritany, R. F., & Souza Filho, B. A. B. (org.). (2023). *Residências em saúde: Formação em saúde na pandemia de covid-19*. Inovar.
- Ventura, J. M. A., Paz, A. M., & Ricarte, M. D. (2022). Uso de metodologias ativas em programa de residência em saúde no contexto da pandemia por covid-19. *Health Residencies Journal*, 3(15), 255-270.
- Vieira, S. L., Souza, S. G., Figueiredo, C. F., Santos, V. V. C., Santos, T. B. S., Duarte, J. A., & Pinto, L. C. M. (2023). Ações de educação permanente em saúde em tempos de pandemia: Prioridades nos planos estaduais e nacional de contingência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(5), 1377-1386.

# CAPÍTULO 24

## RESIDENTES EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19: VIVÊNCIAS E EXPERIÊNCIAS DE UMA FORMAÇÃO PARADOXAL

Ricardo Massuda Oyama  
Willian Fernandes Luna  
Eliana Goldfarb Cyrino

### Introdução

Os casos de contaminação entre profissionais de saúde, inclusive os residentes, foram uma preocupação durante a pandemia de covid-19, dificultando o enfrentamento pelos serviços de saúde devido ao elevado número de casos e à escassez de equipamentos de proteção individual (EPI), levando muitas vezes ao óbito (Teixeira *et al.*, 2020). Diversas pesquisas começaram a ser desenvolvidas em busca de investigar os impactos da pandemia nos residentes em saúde, uma vez que estes tiveram papel fundamental no enfrentamento da pandemia. Segundo Ceccim (2010), os residentes em saúde estão em processo de formação profissional e têm sua aprendizagem baseada no treinamento em serviços de saúde, possuindo características muito específicas que devem ser consideradas durante o planejamento de sua formação, principalmente em um contexto como o vivenciado na pandemia.

O contexto da pandemia exigiu que as residências em saúde no Brasil se organizassem junto aos serviços de saúde para redirecionar suas ações para o enfrentamento dos impactos da covid-19 na linha de frente, sendo necessário adaptar todo o planejamento dos programas de residências em saúde, como a inclusão de atividades de ensino na modalidade remota (Nogueira *et al.*, 2021). Diante disso, este estudo se propôs a compreender as experiências e as vivências de residentes em saúde no enfrentamento da pandemia, uma vez que são profissionais de saúde que atuaram na linha de frente assistencial e, portanto, tiveram impactos em sua formação devido às mudanças provocadas em seu processo de aprendizagem. Assim, é relevante o

aprofundamento acerca da temática para construir estratégias de enfrentamento em situações semelhantes, além de contribuir com o registro histórico dessas experiências. Destacamos, dessa forma, que o conteúdo aqui apresentado é resultado de uma pesquisa de mestrado.

### **As experiências e as vivências sob os impactos da pandemia de covid-19**

Este estudo teve por objetivo compreender as experiências e as vivências dos impactos da pandemia de covid-19 em residentes em saúde, dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista (UNESP). A pesquisa caracteriza-se por uma investigação qualitativa, que, segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2019), busca compreender um fenômeno dos processos que correspondem ao mais íntimo das relações humanas, ou seja, suas motivações, crenças, valores e atitudes, aquilo que não é possível quantificar ou mensurar. De acordo com Turato (2005), a metodologia qualitativa, aplicada à saúde, busca estudar o significado do fenômeno para um indivíduo ou coletivo, revelando, assim, o modo de organização de suas vidas, suas vivências e experiências de vida, inclusive os cuidados em saúde.

Para tanto, nos utilizamos da técnica de entrevista semiestruturada, com foco nas narrativas dos residentes, e um roteiro para orientar as entrevistas. As entrevistas foram realizadas via Skype e Google Meet, em encontro único, com duração média de 50 minutos, de junho de 2020 a fevereiro de 2021, e foram gravadas para registrá-las e auxiliar nas transcrições, sendo todas destruídas após transcrições na íntegra. Os nomes reais dos participantes foram substituídos por nomes fictícios para garantir o sigilo e anonimato dos entrevistados.

O critério de seleção dos participantes foi feito por meio de amostra não probabilística, definida como "bola de neve", intencionalmente, para garantir diversidade e homogeneidade. Optou-se por residências de áreas básicas da saúde,

como os programas em área médica em Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, e os programas em área multiprofissional, como Saúde da Família, Saúde Mental e Saúde do Adulto e Idoso. Utilizamos a técnica da saturação, que pode ser compreendida como um procedimento adotado para interromper a coleta de dados, ao se perceber repetição de conteúdo ou atingir o objetivo do pesquisador (Minayo, 2017). Participaram do estudo 14 residentes em saúde de programas de residência médica ou multiprofissionais, matriculados no primeiro, segundo e terceiro anos, com idade entre 23 e 32 anos. Com relação ao gênero, à raça e ao estado civil, os participantes autodeclararam-se: 9 como mulheres, 5 como homens; 12 brancos, 2 pardos; 13 solteiros, 1 em união estável. Nenhum dos participantes tinha filhos e todos eram brasileiros.

Na coleta de dados, foi dada valorização ao enfoque narrativo, especialmente em uma das questões, com objetivo de acessar os sentidos e as experiências decorrentes daquilo que é vivido no cotidiano, assim como o adoecimento (Lira *et al.*, 2003). A narrativa busca compreender com profundidade o fenômeno a ser investigado, com a imersão das histórias de vida do sujeito em questão ou do atravessamento de situações vivenciadas no cotidiano. A narrativa deve contar com a menor interferência possível do pesquisador, uma vez que o participante precisa resgatar e reconstruir um momento importante de sua vida, podendo surgir sentimentos ainda não experimentados acerca da situação relatada (Muylaert *et al.*, 2014).

A narrativa caracteriza-se por sua capacidade de desenvolver uma história mesmo muito tempo depois de seu acontecimento, diferentemente de uma informação, que perde seu valor após ser comunicada. O narrador busca compartilhar sua própria experiência, agregando às histórias relatadas por outros narradores e que serão absorvidas em sua própria narrativa (Benjamin, 2012). Sendo assim, a entrevista semiestruturada e a narrativa são técnicas que se complementam e podem ser

utilizadas em investigações qualitativas para aprofundar o conhecimento acerca de um mesmo objeto.

Larrosa (2002) auxilia-nos a aprofundar a compreensão do conteúdo a ser investigado com o conceito de experiência, definido como aquilo que nos toca, o que nos acontece, não um simples passar pelas coisas cotidianas. A experiência também não pode ser definida como o simples ato de se informar, uma vez que a informação por si só não possibilita o aprender com a experiência, ou seja, não basta passarmos o tempo todo em busca de estarmos bem-informados, pois nada garante que seremos tocados com a informação, sendo necessário separar informação de experiência. Por sua vez, o saber da experiência define-se a partir da relação entre aquilo que se tem conhecimento e o que ocorre na vida humana, ou seja, aqui lo que se aprende com a maneira que lidamos com os acontecimentos da vida e os sentidos atribuídos ao que nos acontece, singularmente e subjetivamente (Larrosa Bondía, 2002).

A partir dos conceitos mencionados de narrativa, experiência e saber da experiência, apoiamo-nos nesses autores para aprofundar a investigação que foi objeto deste estudo, isto é, as repercussões da pandemia de covid-19 em residentes em saúde. Os dados obtidos foram submetidos a uma análise qualitativa mediante a técnica de análise de conteúdo temática, que, segundo Gomes (2019), tem como foco os temas presentes em um relato, podendo ser representados por uma palavra, frase ou resumo, compreendidos como unidades de registro. Optamos por manter os registros o mais completos possível para garantir a essência dos relatos e conservar a contextualização dos conteúdos, processo de análise definido por Gomes (2019) como unidades de contexto.

O processo de análise dos dados seguiu os procedimentos metodológicos propostos por Gomes (2019) e, inicialmente, os conteúdos das entrevistas foram decompostos em partes e submetidos à categorização, inferência, descrição e interpretação, não necessariamente de modo linear ou sequencial, uma vez que a interpretação ocorre ao longo de todo o processo de análise. A análise de conteúdo

temática pressupõe o cumprimento de algumas etapas, como a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Gomes, 2019).

Posteriormente à coleta e transcrição manual dos dados, o primeiro passo da análise foi a realização de leitura exaustiva do material, em busca de obter uma compreensão geral, passando-se a se impregnar por todo o conteúdo, a fim de absorver todos os significados que os participantes pretendiam transmitir por meio das entrevistas. Nesse processo, passou-se à exploração e análise do material e, finalmente, na última etapa de análise, obtém-se um resultado por meio de uma síntese interpretativa, em que os temas são dialogados com objetivos, questões e pressupostos da pesquisa (Gomes, 2019). Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UNESP, Campus Botucatu, e aprovado conforme parecer substanciado n.º 3.994.204, visando assegurar condições éticas e responsáveis ao participante, bem como manter o sigilo e evitar quaisquer prejuízos a este, de acordo com Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (2012).

### **Medo de mim: os riscos assumidos na pandemia**

No início da pandemia, os residentes vivenciaram situações no contexto de trabalho que despertaram sentimentos como angústia, medo e ansiedade, provocando momentos de paralisia frente ao medo da morte e da contaminação, podendo transmitir para outras pessoas, assim como a angústia por estarem atuando como profissionais da saúde na linha de frente. O perigo do vírus era real e concreto. Existia a possibilidade de se infectar e evoluir ao óbito, assim como viver uma experiência traumática na pandemia e intensificar o sentimento de culpa pela possibilidade de infectar algum familiar e sentir-se responsável por seu adoecimento.

As residências em saúde, com início no mês de março no Brasil, coincidiram com a confirmação dos primeiros casos do novo coronavírus no país, em um momento

que ninguém estava preparado para lidar com a gravidade e consequências de uma pandemia, parecia difícil acreditar que esta seria tão catastrófica e traria tamanha destruição tão rapidamente. A partir do momento que os residentes em saúde foram inseridos nos serviços, passaram a estar expostos ao risco de contaminação com o vírus Sars-CoV-2, despertando diferentes formas de medos, angústias e incertezas, os quais foram vivenciados ao longo da pandemia, causados pelo medo de se contaminar e se deparar com a finitude, de ser um potencial transmissor do vírus, contaminando familiares e pessoas próximas, além da angústia, da solidão provocada pela necessidade do distanciamento social. Os residentes não puderam se preparar emocionalmente para enfrentar os riscos da pandemia e foram acionados para atuarem em meio às dificuldades que foram impostas ao sistema de saúde.

Ah, é difícil falar, porque foi muito de repente as coisas, mesmo que a gente soubesse que ia chegar. A gente nunca acha que vai acontecer de verdade. Aí, quando acontece, a gente fica um pouco assustado. E, principalmente, a gente tá inserido 60 horas semanais no serviço, a gente tá mais exposto aos riscos da pandemia. Então, não só eu, mas como meus colegas, a gente ficou um pouco assustado com relação a isso. O risco de estar contaminado, os riscos que a gente teria estando inserido na Unidade de Saúde, que é um lugar que tem muito residente, muito profissional, gerando aglomeração. Enfim, foram várias angústias. Ainda tem várias angústias que permeiam a gente. (Bianca, RI, enfermeira em Saúde da Família).

O medo pelo risco de contaminação demonstrava ser tão intenso a ponto de os residentes apresentarem sofrimentos psíquicos, como crises de pânico e ansiedade generalizada, advindos do medo de desenvolver uma condição grave com a covid-19 e ter um desfecho fatal ou do medo de infectar outras pessoas, levando-os ao adoecimento mental e, em alguns casos, necessitando de suporte medicamentoso.

Então, isso tudo foi muito frustrante, até o momento que eu adoeci. Eu tive um ataque de pânico na Unidade, porque eu tava com medo de ter covid. Isso aconteceu, porque eu comecei a ler relatos de médicos, jovens hígidos, como é o meu caso, que tinham complicado com coronavírus muito rápido, e sem a gente ter aquela explicação, aí eu tive taquicardia sustentada, que precisou de medicação pra baixar, e passei dois dias afastada da residência por isso. Às vezes, sinto que a ansiedade sobe, especialmente quando eu me coloco em situações de "risco", que é quando eu faço a triagem, quando eu tô lá na triagem. Esse medo de

pegar a doença, pra mim, tem duas partes, que é o medo de pegar a doença e eu desenvolver alguma coisa grave, mas isso eu acho que vem de um aspecto muito mais ansiogênico próprio meu, do que alguma coisa funcional. Claro que é um medo racional. Eu imagino ter coronavírus, mas o meu medo, eu acho que é o medo de muitos médicos que eu conversei, é que a gente fica ansioso. Então, a gente começa do medo normal, que é ter o coronavírus. Você começa com "ah, vou ter coronavírus e vou morrer", e coisas que não fazem sentido na lógica racional, da medicina. E no outro segundo, medo meu, o medo de todos os médicos, de passar pra algum familiar, passar pra outras pessoas. Eu atualmente moro sozinha, mas eu moro com o meu namorado em outra cidade, então eu tenho medo de passar pra ele, que ele passe pra família dele. Então esse distanciamento sobre o distanciamento acaba pesando. (Carol, RI, médica em Medicina de Família e Comunidade).

O medo da morte é justificado pelo elevado número de mortes no mundo, que até fevereiro de 2022, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), contabilizava quase seis milhões (WHO, 2022). Em setembro de 2021, a OMS divulgou dados indicando que até 180 mil profissionais de saúde morreram de covid-19 em todo o mundo; no Brasil, a estimativa era de que até 13.600 profissionais de saúde pudessem ter morrido de covid-19 (WHO, 2021).

Em um estudo no estado do Rio Grande do Norte, que buscou avaliar os fatores associados à ansiedade em residentes multiprofissionais durante a pandemia, identificou-se que a maioria dos residentes trabalhava em setores diretamente relacionados a casos confirmados ou suspeitos de covid-19 e, embora tenham recebido treinamento específico para controle da covid-19, não sentia segurança técnica e científica para continuar prestando cuidado. O estudo seguiu apontando ainda que a maioria dos residentes sofreu assédio psicológico e moral, e os mais jovens, com idade entre 21 e 25 anos, apresentaram a maior proporção de níveis de ansiedade moderada/grave, necessidade de tratamento psicológico e uso de psicofármacos após a entrada na residência, podendo indicar a presença de prejuízos psicossociais, laborais e comprometendo a assistência aos pacientes com covid-19 (Dantas *et al.*, 2021).

As residências em saúde médicas e multiprofissionais são conhecidas pelas exigências de dedicação exclusiva, com carga horária semanal de 60 horas durante o período de dois anos ou mais, dividindo-se entre atividades teóricas e teórico-práticas,

e estes são fatores suficientes para justificar exaustão física e emocional, que se intensificaram com as consequências advindas da pandemia, podendo se relacionar com a necessidade de acompanhamento psicológico durante o seu percurso (Dantas *et al.*, 2021).

### **Abandono, desinformações e infodemia**

Os residentes foram profundamente impactados com as repercussões das desinformações por meio da divulgação de notícias falsas e do fenômeno da infodemia, influenciando diretamente suas atuações como profissionais de saúde. Segundo a Organização Panamericana da Saúde, a desinformação pode ser compreendida como uma estratégia deliberada e intencional para enganar por meio da divulgação de informações falsas e imprecisas, sendo a infodemia caracterizada pelo aumento expressivo na cobertura de informações relacionadas a um único assunto, podendo se disseminar muito rapidamente em tempos pandêmicos, como uma espécie de vírus (OPAS, 2020); ela não está necessariamente vinculada à divulgação de notícias falsas, mas acaba por dificultar a verificação da qualidade da informação.

Podemos considerar que a pandemia de covid-19 provocou uma infodemia relacionada aos aspectos de sua origem, às suas causas, às formas de tratamento e aos mecanismos de propagação do vírus (OPAS, 2020). Esse fenômeno da infodemia pode provocar uma grande confusão e agravar as consequências dos impactos durante a pandemia de covid-19, podendo causar ansiedade, depressão, sobrecarga e exaustão emocional, além de dificultar que profissionais de saúde encontrem informações confiáveis ou mesmo fazer com que sejam prejudicados nas tomadas de decisão (OPAS, 2020).

O início da pandemia de covid-19 desencadeou uma enorme produção de informações pelas mídias e redes sociais acerca dos riscos, formas de prevenção e cuidado, no entanto, proporcionalmente, o consumo de informações de qualidade produzidas e divulgadas por fontes confiáveis passou a provocar emoções difíceis de

serem administradas. A fala a seguir indica a busca de uma médica por estratégias para se manter bem-informada, de modo a não se sobrecarregar tanto, evitando absorver informações que não traziam contribuições para a prática profissional.

Eu procurava nem assistir tanto noticiário, televisão. Eu gostava de assistir muitas lives do Atila, porque aí ele falava uma visão real do que estava acontecendo. Mas as notícias mais sensacionalistas me faziam mal, então, eu não assistia de jeito nenhum. Pela manhã, eu abria, tipo, Folha de São Paulo, ou algum outro meio de notícia, G1. Eu acabei me associando à Sociedade Brasileira [de Pediatria], então, eu via algumas notícias tipo "como a covid se manifesta na criança" e tal. Então, eu lia algumas informações desse tipo. Me desliguei completamente da política. Eu estava passando muita raiva. Dei uma desligada, mas era difícil, porque são muitas informações e traz muita ansiedade. (Amanda, RI, médica em Pediatria).

Para compreendermos a realidade dos impactos provocados pela pandemia, é necessário considerarmos o sofrimento emocional desencadeado por discursos negacionistas dos governantes por meio da divulgação de notícias falsas e do descaso com a vida e a saúde coletiva. O sofrimento emocional passou a provocar reações de distanciamento dos meios de comunicação, como redes sociais e telejornais, como estratégia para suportar a angústia pelas mortes e pelo negacionismo. Durante o período inicial da pandemia, todos se sobrecarregaram com a quantidade de informações sobre a covid-19, levando ao afastamento das notícias de mortes e dos riscos de contágio como forma de lidar com o insuportável imposto pela realidade e mantendo esse conteúdo recalcado e negado, embora soubéssemos que nos encontrávamos em uma catástrofe (Klajnman, 2021).

As fontes oficiais de informação, como o Ministério da Saúde, diante de todas as interferências do ex-presidente da república, com as constantes trocas de ministros de saúde e contradições nas orientações à população, também eram motivo de muita angústia e sofrimento, e o afastamento das notícias sobre a pandemia surgia, então, como uma solução para sobreviver àquele caos.

O que mais me estressava, assim, no começo, eram os pronunciamentos do Bolsonaro. Eu via que o Bolsonaro ia se pronunciar eu já ficava nervosa, e, daí, saía o pronunciamento... Só decadência ... Nenhuma proteção aos profissionais de saúde, é ministro da saúde que não parava.

Então, aquilo foi me angustiando, assim, mas eu procurava, sim, fontes oficiais, tanto da prefeitura daqui de Botucatu, que eu sempre procurava saber, quanto da minha cidade também. Mas, assim ... do contexto mundial, eu parei de ver até de fonte oficial, porque não dava, é muita gente morrendo. (Sofia, RI, enfermeira em Saúde Mental).

Em um editorial publicado em maio de 2020, na revista *The Lancet* (2020), intitulado "Covid-19 in Brazil: so what?", é abordada a situação da pandemia no Brasil e o discurso do ex-presidente, no qual ele indaga "E daí? O que você quer que eu faça?". Além disso, a revista repercutiu o as repercussões desse discurso no descontrole da pandemia no país, o que indicava o desrespeito pela vida e pelas medidas sanitárias com que a situação foi encarada. O caos no Ministério da Saúde, com as consecutivas demissões de ministros, a ausência de medidas sanitárias cabíveis... tudo isso causou um enorme alvoroço entre a população e os profissionais de saúde que tentavam combater seriamente os impactos da pandemia.

Diante dos discursos de propagação de *fake news*, reconhecemos o negacionismo como uma estratégia deliberada de mentira, uma negação dos fatos ocorridos na pandemia. O discurso negacionista defende medidas ineficazes contra a covid-19, não reconhece a gravidade da pandemia e minimiza os impactos no sistema de saúde (Caponi *et al.*, 2021). Oposto ao método científico, no qual se busca validar todo tipo de conhecimento para respaldar a eficácia de tratamentos, vacinas e medicamentos, o discurso negacionista questiona o conhecimento científico e defende o valor de qualquer opinião como verdade (Caponi *et al.*, 2021).

### **Fragmentação e frustração da experiência**

O processo de trabalho e a organização das residências durante a pandemia passaram por profundas transformações, que foram necessárias para garantir a manutenção da formação dos residentes durante esse período, modificando também as atribuições de cada profissional de saúde. Todo trabalho só pode ser investido de sentido se considerar a ação intencional do trabalhador sobre o que se busca alcançar, quais ferramentas tem ao seu alcance, como as utiliza e o modo como organiza o seu

uso, ou seja, como o trabalhador utiliza suas ferramentas-máquina, seus conhecimentos e saberes tecnológicos e as relações com todos os outros trabalhadores que participam da produção de cuidado (Merhy & Franco, 2008).

Assim, o processo de trabalho pode ser compreendido como a interação entre as diferentes tecnologias disponíveis na área da saúde, utilizadas pelos trabalhadores e que determinarão a produção do cuidado. As tecnologias do trabalho são descritas como tecnologias duras - que são centradas em máquinas e instrumentos -, tecnologias leve-duras - que são os conhecimentos técnicos - e as tecnologias leves - que se encontram na dimensão relacional (Merhy & Franco, 2008). A produção do cuidado em saúde depende necessariamente da colaboração do trabalho coletivo, incorporando as ferramentas e os recursos disponíveis pelos diferentes campos de saber em busca da construção do cuidado, que em seu processo estará permeado de conflitos e tensões presentes no cotidiano da produção de saúde (Merhy & Franco, 2008).

As residências em saúde podem ser entendidas como uma possibilidade de tensionar e provocar mudanças no processo de produção de cuidado, uma vez que incorporam diferentes saberes e conhecimentos que podem auxiliar na construção de um novo modelo de processo de trabalho. Os residentes em saúde, diante do cenário da pandemia, tiveram o cronograma de atividades alterado devido à necessidade de evitar aglomerações nos locais dos serviços de saúde, a fim de não facilitar a propagação do vírus, preservando-os de uma exposição ainda maior. Mas, mesmo assim, houve a percepção de prejuízos e a fragmentação na formação devido à dificuldade de interação com a equipe de residentes.

Essa atribuição muito regrada com as nossas escalas na covid não possibilitava que a gente tivesse contato com os outros profissionais, entendeu? Então, por exemplo, se o educador físico tava na porta, ele iria ver quem tava na porta, ele não consegue sair pra ir lá no telefone, não consegue ir lá na assistente social pra ver como ela tá, não consegue ir na farmácia pra ver quem são os funcionários da farmácia, porque a gente tem que cumprir estritamente a escala covid e só. A gente começa a criar vínculo com a equipe a partir do momento que a gente começa a participar de atividades com eles. Então, se eu tô lá na porta, como que eu vou criar vínculo com a pessoa que tá na receita, sendo que eu não consigo sair de lá, entendeu? (Bianca, RI, enfermeira em Saúde da Família).

A diversidade de categorias profissionais dos residentes implica a necessidade de configurações distintas conforme as habilidades e necessidades dos serviços de saúde. Alguns residentes tinham o entendimento de que não deveriam ser expostos e lutavam para serem mantidos em isolamento social em suas casas. Outros acreditavam que deveriam contribuir com os serviços de saúde no enfrentamento da pandemia e, de fato, contribuíram, desenvolvendo estratégias de cuidados remotos, como abertura de canal telefônico para acolhimento em situações de crise em saúde mental e consultas para acompanhamento nutricional.

Algumas categorias profissionais têm a possibilidade de fazer um atendimento não presencial. Nem todas têm, porque tem categorias profissionais que precisam do corpo, manipular o corpo, mas tem categorias profissionais que não, a minha é uma delas. Eu sou nutricionista, e a gente pode fazer atendimento não presencial. E, aí, a gente fez essa proposta lá no Centro de Saúde pra minha tutora, e, aí, foi conversado também com a coordenação. E, agora, a gente tá fazendo esse atendimento não presencial, a nutrição. A psicologia também tá com um serviço na saúde mental, um serviço telefônico, tipo um CVV, que as pessoas ligam. Não é bem um acompanhamento; é mais um serviço pra acolhimento de demandas de saúde mental. Então, essas duas áreas seguem encontrando novos caminhos, que eu sinto que a pandemia veio pra desorganizar muita coisa. Porque, é isso, no começo foi todo mundo meio que esse susto, aí, depois de um mês, um mês e meio... tá, então, a gente tem que se adaptar, porque eu não sei quando vai voltar, se vai ou quando vai voltar ao nonnal. O que a gente pode fazer com a nossa realidade atual? E, aí, foi esse movimento de propor outros caminhos, que tá sendo bem rico, tá sendo de muita aprendizagem também. (Milena, R2, nutricionista em Saúde da Família).

Em Porto Alegre (RS), foi desenvolvida uma estratégia de monitoramento remoto pelos residentes em saúde mental coletiva para acompanhar os usuários de um serviço especializado, frente às restrições de consultas presenciais desnecessárias e à impossibilidade de realização de grupos e oficinas terapêuticas. Por meio do relato de experiência, é possível observar que os residentes atuaram intensivamente no monitoramento dos usuários, contribuindo com a reorganização do serviço de saúde e buscando, dessa maneira, prevenir agravos, a médio e longo prazo, causados pelas medidas de isolamento (Perdonssini *et al.*, 2021).

Durante a residência, a prática de atuação interprofissional foi prejudicada devido às medidas de cuidado da pandemia, como as restrições de distanciamento social e modalidade de ensino remoto, impedindo a interação presencial dos residentes. Assim, percebemos pelas narrativas dos residentes o sentimento de frustração que, devido à pandemia de covid-19, a atuação prática durante sua formação na residência sofreu alterações significativas no planejamento, sendo necessário que se reinventassem enquanto profissionais de saúde para atender as demandas presentes em cada contexto de trabalho e aprendizagem.

Devido à necessidade urgente de profissionais de saúde para o enfrentamento da pandemia, os residentes foram redirecionados para atividades exclusivamente individualizadas e técnicas, voltadas diretamente para habilidades específicas de cada especialidade profissional. Essa mudança provocou sentimento de frustração e um distanciamento dos pressupostos esperados em uma formação pela residência em saúde, que busca atender as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), com troca e compartilhamento de conhecimentos e saberes por meio de práticas interprofissionais e do trabalho em equipe. Essa formação busca romper com o paradigma do modelo de Atenção à Saúde hegemônico denominado "trabalho morto", no qual há a supervalorização de tecnologias duras. Ao invés disso, se busca por um modelo de atenção integral, humanizado e flexível, que compreenda as demandas territoriais e as necessidades das equipes de saúde, valorizando as tecnologias leves, como o acolhimento, a escuta qualificada, o vínculo e a responsabilização, sendo esse chamado de "trabalho vivo".

### **Formação paradoxal de residentes em saúde no contexto da pandemia**

A residência em saúde pressupõe importante interação profissional entre os residentes e demais atores envolvidos em sua formação, estimulando a troca de experiências e o compartilhamento de conhecimentos que possam contribuir para uma atuação interprofissional e um cuidado integral, por meio da construção de uma ação

coletiva. Nesse sentido, o contexto da residência em saúde aproxima muitos profissionais de diferentes formações e com entendimentos distintos do que caracteriza o cuidado em saúde, indicando, assim, a presença de conflitos de ideias e um processo de transformação de sua identidade profissional.

Os residentes em saúde se encontravam em um processo de transição, pois estão em um limbo, no qual, na maioria dos casos, são recém -formados e estão passando por um período de transição da categoria de estudante para a profissional. Os residentes procuram meios de colocar em prática todo o conhecimento adquirido durante a graduação e, ao mesmo tempo, estão em processo de construção de um saber-fazer em equipe a partir de sua inserção nos grupos de trabalho de residentes, colocando em questão seu próprio conhecimento devido às tensões desencadeadas pelo trabalho multiprofissional em saúde.

A vivência da pandemia como residente traz uma percepção ambígua de aprendizados e prejuízos na formação profissional, consequência do conflito acerca das funções desempenhadas enquanto profissional de saúde com enfoque em práticas individuais que possibilitaram o aperfeiçoamento de técnicas necessárias para seu trabalho, porém há a sensação de prejuízo devido à ausência de práticas interprofissionais, objetivo principal que levou a participante a seguir a buscar a especialização da residência.

Então... Eu acho que toda vivência leva ao aprendizado. Eu acho que dentro do que os enfermeiros fazem PA noturno, eu acho que me agregou bastante conhecimento com relação a conhecimento clínico; sabe? Eu achei que foi muito produtivo, porque é uma vivência que eu não tinha na minha graduação, e eu achava que era uma lacuna muito grande, então, eu consegui aprender isso. Mas eu acho que eu tive muitos prejuízos na minha formação, e isso eu não posso negar. Eu acho que o maior prejuízo que eu tive na minha residência foi essa falta de ação interprofissional mesmo; é o maior prejuízo de longe. E eu acho que a minha formação vai ser diferente da formação dos outros residentes que já passaram, com certeza. (Bianca, RI, enfermeira em Saúde da Família).

Embora a vivência na pandemia enquanto residente tenha sido marcada por muitas dificuldades, luta e reivindicações para assegurar seu lugar como profissional

de saúde, o relato seguinte indica que as contribuições na formação profissional e as aprendizagens foram sendo absorvidas e ressignificadas com o passar do tempo e com o acúmulo de experiências. O participante foi se tornando capaz de avaliar com mais tranquilidade toda a aprendizagem proporcionada pela residência no contexto da pandemia.

Olha, eu acho que, talvez, na parte de aprendizado. Assim ... o momento de pandemia foi muito difícil; foi muito complicado; foi muito embate, lutando muito pra não ser contaminado e pra conseguir ser psicólogo e não ser porteiro, qualquer coisa assim. O aprendizado que esses espaços, por exemplo, a porta, a organização de vacina, o ensinamento que isso me trouxe foi muito grande. Eu acho que o ensinamento foi muito maior do que as dificuldades, então, eu consigo olhar pra trás desse semestre e pensar o quanto que eu cresci, o quanto que eu consegui me colocar dentro desse serviço enquanto profissional em situação de emergência. Enquanto me pensar profissional de saúde no meio de um caos... É eu acho que esse ensinamento e essa aprendizagem são inigualáveis. (Dante, RI, psicólogo em Saúde Mental).

As narrativas apontam para a valorização da vivência da pandemia enquanto possibilidade de aprendizagem, embora os residentes reconheçam as dificuldades enfrentadas com as mudanças. Demonstraram resiliência e capacidade de absorver aprendizados importantes para sua formação, ainda que tenham percepções distintas quanto às experiências e aos conteúdos transformados pela vivência da pandemia.

## **Conclusão**

No início da pandemia os residentes relataram diversos medos, seja por conta dos perigos pela alta exposição ao vírus, das consequências provocadas pela contaminação, como risco de óbito, solidão pelo distanciamento social e os sentimentos de impotência diante das incertezas e dos desafios no enfrentamento da pandemia. A partir disso, identificamos um paradoxo entre a necessidade dos residentes de se sentirem protegidos e o desejo de responder ao chamado e apelo social para que os profissionais de saúde cuidassem daqueles que sofriam com as sequelas da infecção pelo vírus.

O cenário da pandemia tomou-se ainda mais complexo para os residentes quando o fenômeno da infodemia, envolvendo desinformação sobre o vírus, surgiu nos discursos de figuras públicas. Isso afetou a compreensão da população sobre a veracidade e a gravidade da doença, levando alguns residentes a se distanciarem das mídias e redes sociais para evitar o próprio adoecimento. As residências em saúde precisaram se reorganizar para atuar no enfrentamento da pandemia e, para não interromper a formação dos residentes, foi preciso acompanhar as mudanças no processo de trabalho dos serviços de saúde. Embora os residentes tenham encontrado dificuldades para atuar e desenvolver seu processo de formação, podemos perceber que a possibilidade de vivenciar a residência durante a pandemia trouxe, também, experiências muito ricas de aprendizado, as quais os residentes foram capazes de assimilar, atendendo às demandas dos serviços de saúde quando solicitados. Ainda assim, a experiência dos residentes na pandemia indica percepções distintas e por vezes contraditórias, além de identificarmos grande dificuldade por parte de alguns residentes de realmente entender que vivíamos um período completamente inesperado em nossas vidas e que a residência faz parte desse nosso complexo dia a dia na área da saúde.

Os residentes em saúde se encontraram em transição no processo de formação, buscando desenvolver e aperfeiçoar habilidades teórico-técnicas exigidas pelo complexo campo de trabalho. Diante disso, é muito importante pensarmos sobre qual é o papel da residência na formação desses profissionais de saúde e quais foram os impactos provocados pela pandemia nos residentes que vivenciaram esse período. A formação profissional vai se desenvolvendo no processo teórico-prático na resolução de problemas no campo do trabalho, ou seja, por meio do treinamento em serviço. Portanto, a aprendizagem não se constrói em um processo linear e passivo, mas o residente passa a incorporar as experiências e aprendizagens conforme assimila e organiza seu conhecimento acumulado no decorrer do tempo.

Consideramos extremamente importante reforçar reflexões sobre o processo de formação dos residentes em saúde, tanto médicos quanto multiprofissionais. Esses

profissionais devem desenvolver habilidades técnicas e humanizadas para atender às necessidades e demandas do SUS. No entanto, é crucial lembrar que eles também têm expectativas e necessidades específicas para sua formação. Por isso, é importante que os programas de residência direcionem especial atenção a essas necessidades, buscando aproximar o residente da construção da própria aprendizagem. Este estudo compõe os resultados de uma pesquisa de mestrado e não pretendeu generalizar as experiências dos residentes e dos programas de residência da instituição pesquisada. Ainda que tenha incluído participantes de diferentes programas e anos de formação, limitou-se a analisar as vivências de um pequeno grupo de residentes e alguns recortes de suas experiências, conforme interesse desta pesquisa.

## Referências

- Benjamin, W. (2012). O narrador: Considerações sobre a obra de Nicolai Leskov. In Benjamin, W., *Magia e técnica, arte e política: Ensaio sobre literatura e história da cultura* (pp. 213-240). Brasiliense.
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 19, 20-28.
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2012, 12 de dezembro). *Resolução CNS n.º 466, de 12 de dezembro de 2012*. Ministério da Saúde. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Caponi, S., Brzozowski, F. S., Hellmann, F., & Bittencourt, S. C. (2021). O uso político da cloroquina: Covid-19, negacionismo e neoliberalismo. *Revista Brasileira de Sociologia*, 9(21), 78-102.
- Ceccim, R. B. (2010). Prefácio. In Fajardo, A. P., Rocha, C. M. F., & Pasini, V. L., *Residências em saúde: Fazeres e saberes na formação em saúde* (pp. 17-22). Grupo Hospitalar Conceição.
- Dantas, E. S. O., Araújo Filho, J. D., Silva, G. W. S., Silveira, M. Y. M., Dantas, M. N. P., & Meira, K. C. (2021). Factors associated with anxiety in multiprofessional health care residents during the covid-19 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74, e20200961.
- Gomes, R. (2019). Análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa. In Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (org.), *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (31 ed., pp. 79-108). Vozes.
- Klajnman, D. L. (2021). Pandemia e "negacionismos": Notas e considerações a partir da psicanálise. *Revista Psicologia e Transdisciplinaridade*, 1(2), 8-26.
- Lira, G. V., Catrib, A. M. F., & Nations, M. K. (2003). A narrativa na pesquisa social em saúde: Perspectiva e método. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 16(1/2), 59-66.

- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2008). Reestruturação produtiva em saúde. In Pereira, I. B., & Lima, J. C. F., *Dicionário da educação profissional em saúde* (pp. 348-352). EPSJV.
- Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1-12.
- Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2019). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (31th ed). Vozes.
- Muylaert, C. J., Sarubbi Jr., V., Gallo, P. R., Rolim Neto, M. L., & Reis, A. O. A. (2014). Entrevistas narrativas: Um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(esp2), 193-199.
- Nogueira, A. A., Lopes, A. S., Bemacchi, B., Robles, C. S., Moura, F. A. G., Santos, G. R., & Barbosa, P. R. N. (2021). *O processo de trabalho em uma Clínica da Família no contexto da pandemia de covid-19*. [Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Escola Nacional de Saúde Pública "Sérgio Arouca"].
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2020). *Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a covid-19*. OPAS.
- Perdonssini, B. T., Alves, M. J. M., & Menezes, J. M. S. T. (2021). Inventando uma clínica possível: Acompanhamento remoto de usuários de saúde mental na pandemia de covid-19. *Revista de Políticas Públicas*, 25(1), 167-181.
- Teixeira, C. F. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. M., Andrade, L. R., & Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465-3474.
- The Lancet. (2020). Covid-19 in Brazil: "So what?". *Lancet*, 395(10235), 1461.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- World Health Organization (WHO). (2021). *The impact of covid-19 on health and core workers: A closer look at deaths*. Working Paper 1.
- World Health Organization (WHO). (2022). Coronavirus (covid-19) Dashboard. *World Health Organization*. <https://covid19.who.int/>

# CAPÍTULO 25

## DESAFIOS NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA: RESIDENTES EM ODONTOLOGIA EM TEMPO DE PANDEMIA

Margareth Pandolfi  
Laryssa Francis Silveira de Oliveira  
Nayara Furbino Machado  
Sabrina Coppo Santos

### Introdução

Pensando no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1994 foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa Saúde da Família (PSF), cujo objetivo era mudar a assistência hospitalocêntrica e curativista, conforme o modelo de Cuba, que tinha seu foco em atendimentos multiprofissionais. Em seguida, este programa passa a ser intitulado Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo a principal porta de entrada para a Atenção à Saúde, baseado nos princípios do SUS. O principal objetivo da ESF é a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população adscrita. Somente em 2000, com o incentivo do MS para a saúde bucal, que as Equipes de Saúde Bucal (eSB) foram inseridas na ESF (Paranaíba *et al.*, 2022).

A expansão da Odontologia vinha ocorrendo gradativamente, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), impulsionada pela necessidade de concretizar a integralidade na atenção. Nesse contexto, com o objetivo de preparar os profissionais para a integralidade do cuidado por meio do trabalho multiprofissional, foram criadas as residências multi profissionais em saúde. Trata-se de uma modalidade de ensino que visa, sobretudo, formar profissionais aptos e comprometidos para trabalhar com o SUS, buscando a integralidade e considerando as realidades locais e regionais. O programa de residência multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) tem como objetivo a qualificação dos profissionais trabalhando com diversas ferramentas como a interdisciplinaridade, trabalho em grupo e reorientação da assistência à população (Carneiro *et al.*, 2021). Além disso, seu reflexo se estende à população, criando mais

autonomia e responsabilidade dos mesmos pelo seu próprio tratamento e bem-estar (Passos *et al.*, 2020).

Com o surgimento do Sars-CoV-2, agente causador da covid-19, na cidade de Wuhan, China, em 2019, desencadeou-se uma pandemia global. Em 5 de maio de 2023, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII) referente à covid-19. Durante a pandemia, no Brasil, a área da saúde adotou estratégias emergenciais para combater o contágio da doença, entre elas a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, mantendo apenas os procedimentos de urgência e emergência, com o objetivo de reduzir a probabilidade de contaminação cruzada (Brasil, 2020a, 2020b).

A covid-19 surgiu como uma doença altamente contagiosa, capaz de causar insuficiência respiratória e ameaçar a vida humana, alterando drasticamente a rotina assistencial dos profissionais de saúde e trazendo inúmeros desafios (Costa *et al.*, 2022). Esses desafios afetaram especialmente os cirurgiões-dentistas, que precisam de contato direto com a cavidade oral dos pacientes, uma das principais vias de transmissão da doença. Diante disso, objetivou-se relatar a experiência enquanto residente no PRMSF acerca da atuação de cirurgiãs-dentistas residentes de dois municípios - Cariacica e Aracruz -, Espírito Santo, em 2021-2023, suas práticas, sonhos e realidade em tempos de pandemia.

### **Relato da experiência de residentes**

O presente relato expõe a experiência de residentes integrantes da segunda turma do PRMSF, do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPi), da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), do Espírito Santo (ES), de março de 2021 a março de 2023. A atuação na residência iniciou-se com uma equipe multiprofissional composta por assistente social, cirurgião-dentista, profissional de educação física, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, profissionais que são selecionados e direcionados para o

campo de prática que necessita da sua categoria profissional e que possui preceptores para o acompanhamento do seu processo educativo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Quatro municípios capixabas participam da PRMSF: Aracruz, Colatina, Cariacica, Vitória e Vila Velha.

Descreveu-se a experiência de cirurgiãs-dentistas junto a uma equipe multiprofissional da ESF de forma a apresentar desafios, aspectos positivos diante dos sonhos e dificuldades diante das realidades enfrentadas, assim como reflexões a respeito do processo de formação. Os dados secundários de Cariacica foram obtidos por meio do diagnóstico situacional interpretado a partir de entrevistas com a população, observações, dados do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), dados do sistema e-gestor, além dos registros individuais durante as atividades realizadas - o relato dos quatro residentes de Odontologia sobre os municípios.

### **O residente, suas práticas e os cenários de prática em Cariacica**

O território de Nova Rosa da Penha em Cariacica, no estado do Espírito Santo, possui área aproximada de 3.000.076 m<sup>2</sup> (Espírito Santo, 2010). Com uma população de 13.849 habitantes, Nova Rosa da Penha II está localizada na região de número 8 a qual abrange mais cinco bairros - Padre Gabriel, Vila Progresso, Nova Esperança, Vila Cajueiro e área não identificada/rural -, totalizando 18.216 habitantes.

A UBS Sebastião Gonçalves - NRP II atende a grande demanda dos seis bairros citados, a qual possui o seguinte quadro de profissionais: uma supervisora (um), assistente administrativo (um), agente comunitário de saúde (dez), enfermeiros (dois) - sendo um do ICEPi e um do município -, médicos (três) - sendo dois do ICEPi e um do Mais Médicos-, técnicas de enfermagem (sete), nutricionista (um), cirurgião-dentista (um), cirurgiãs-dentistas residentes ICEPi (três), auxiliar de saúde bucal (ASB) (dois), e auxiliar de serviços gerais (dois).

No início da residência na UBS as cirurgiãs-dentistas realizaram coletas de

dados primários com aplicação de questionários por meio de entrevistas com "pessoas-chave" da comunidade, com o objetivo de reunir informações sobre a forma de viver no território, construído pelo cotidiano dos indivíduos que compõem o cenário de prática. Em seguida, foram realizadas buscas pelos dados secundários por meio das plataformas: PEC, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN) e o Sistema de Vigilância em Saúde (eSUSVS) para resultados sobre os dados populacionais e a situação de saúde.

A ESF tem como diretriz a territorialização para que haja a implantação de ações de planejamento, de forma a otimizar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF), considerando os determinantes e condicionantes sociais no processo saúde-doença. Tendo o mapeamento como instrumento de localizar famílias em situações de risco e vulnerabilidade, possibilitando ações sobre o problema (Santos *et al.*, 2022).

Diante disso, uma das grandes dificuldades ao iniciar o Projeto Aplicativo foi a falta de agentes comunitários de saúde (ACS) para realizar a territorialização. No início da residência, havia apenas três ACS na UBS, e, posteriormente, mais sete foram contratados, totalizando dez. No entanto, grande parte do território ainda se caracterizava como área descoberta e, conseqüentemente, não mapeada. Considerando a Portaria n.º 2.488/2011, que estabeleceu que o número de ACS que deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente, percebe-se que, diante da população de 18.216 pessoas (dados do PEC) esse quantitativo seria insuficiente. Vale destacar que se estima uma população real muito maior da região 8, algo próximo a 30 mil habitantes. Por meio do diagnóstico situacional realizado, foi possível observar os seguintes pontos de atenção:

- Os entrevistados (88%) responderam que a maioria dos logradouros não possui tratamento de esgoto (possuem fossas) e limpeza das ruas;
- Todos os entrevistados relataram preocupação sobre a segurança e o alto índice de violência relacionado ao tráfico de drogas na região, sendo as principais

reivindicações da comunidade relacionadas à violência (20%), seguida pela saúde (14%) e pavimentação e esgoto (13%);

- Alto índice de infecções sexualmente transmissíveis (IST) (31%); enquanto, em adultos, o que chama a atenção é o alto número de pacientes hipertensos e diabéticos (27%);
- Grande número de gestações e nascidos vivos nos anos de 2020/2021 no bairro, sendo 578 e 1016, respectivamente.

### **A integralidade do cuidado das questões reprodutivas**

Durante a residência, a maioria das atividades desenvolvidas consistiu em atendimentos clínicos odontológicos em consultório, apesar da pandemia de covid-19 e das limitações impostas pelas recomendações sanitárias das instituições de saúde. Além disso, o receio da população quanto à exposição ao vírus no consultório odontológico resultou em uma menor oferta de atendimentos de saúde bucal, especialmente em períodos com altos índices de contaminação. Entretanto, em 2021, com o início da vacinação de todos os profissionais de saúde e da população, foi possível organizarmos as agendas e de forma segura planejar diversas ações e atendimentos clínicos.

Realizam-se rodas de conversa com a presença da Referência Técnica (RT) do Programa de Saúde da Mulher do município, nas quais todos os profissionais da UBS são convidados. O objetivo é esclarecer o que é o planejamento sexual e reprodutivo, além de sensibilizar a equipe sobre a importância do acolhimento e da orientação das mulheres em relação a esse planejamento. Como parte ainda das ações do Projeto Aplicativo, realizamos palestras com a população em idade fértil, mulheres e casais, convidados pelos ACS, sobre planejamento sexual e reprodutivo, sanando as dúvidas dos usuários presentes no local. Inicialmente, a residente Sabrina realizou uma contextualização sobre o planejamento sexual e reprodutivo. Dando continuidade, convidamos uma médica, que explanou sobre os tipos de métodos contraceptivos

presentes no SUS. Em seguida, o residente enfermeiro Flávio Damasceno relatou sobre as IST. Por fim, a enfermeira Laís Ariane Zonta explicou sobre o fluxo de colocação de dispositivo intrauterino (DIU), a vasectomia e a laqueadura, descomplicando o assunto para os presentes.

Devido à sensibilização realizada por nós residentes com a supervisão da UBS, após a finalização da roda de conversa, houve um adiantamento para marcação de consulta de planejamento sexual/reprodutivo, entrega de pedidos de exames pré-operatórios para os interessados em vasectomia e laqueadura; encaminhamento para ginecologista/psicólogo e cadastro para inserção de DIU. Com isso, foi possível acelerar a inscrição dos interessados no processo de esterilização cirúrgica ou de inserção de DIU.

Segundo as residentes e as observações no cenário de prática, os motivos relacionados ao alto índice de gestações não planejadas, inclusive de adolescentes, se dão pela falta de informações, falta de planejamento familiar, o difícil acesso ao serviço de saúde e às medicações contraceptivas, incluindo colocação de DIU, laqueadura e vasectomia. Sendo assim, com base nos nós críticos, elaboramos planos de ação para modificar a realidade presente no cotidiano da comunidade em mudanças positivas e permanentes nas condições sociais e de saúde. Durante as consultas de pré-natal realizadas pelos enfermeiros, constatou-se que parte das gestantes relatou desconhecer alguns métodos contraceptivos, enquanto outra teve dificuldades de adquirir medicamentos anticoncepcionais. Considerando a baixa renda per capita e baixa formação profissional dessa população, o descontrole da natalidade torna-se um fator agravante para a vulnerabilidade social. Isso tendo em vista uma população carente, não somente de contracepção, mas também de saúde, trabalho, moradia e educação.

Um dos desafios nessa ação foi atrair pessoas para a palestra, já que os ACS haviam se esquecido de realizar os convites para a última roda de conversa. Esse evento, no entanto, já havia sido realizado mais de uma vez nas UBS. Entretanto, a nossa cobrança com os ACS no dia anterior ao evento fizera com que os mesmos

publicaram nas redes sociais do bairro a divulgação do evento, afirmando que teria inscrição para colocação de DIU, laqueadura e vasectomia durante a ação; o que resultou no comparecimento de 50 pessoas. Ressaltando a importância da relação equipe odontológica com os ACS, assim como o papel do agente nos dias atuais, juntamente às novas ferramentas de tecnologia das redes sociais.

Nas escolas e dando continuidade às ações do Projeto Aplicativo realizaram-se atividades educativas com vídeos e um *quiz* interativo com os alunos do terceiro ano do ensino médio matutino e vespertino, da Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Saturnino Rangel Mauro, sobre educação sexual, métodos contraceptivos, gravidez na adolescência e IST. Foi um momento bastante interativo e dinâmico, fluiu muito melhor do que imaginávamos que seria. Os adolescentes foram bastante colaborativos e participaram ativamente, buscando esclarecer suas dúvidas sobre os temas discutidos durante a atividade educativa. Aproveitaram o momento da dinâmica, com a caixinha de perguntas sem identificação - dinâmica da caixa secreta -, para esclarecer as dúvidas, curiosidades e até mesmo questionarem sobre o que não sabiam. Esse momento trouxe alguns esclarecimentos, a autorreflexão e a autonomia daqueles adolescentes, permitindo com que eles se posicionassem durante a atividade.

Trabalhar a educação em saúde sexual na escola é fundamental para que o cuidado seja resolutivo no cotidiano dos adolescentes. O conhecimento sobre esses assuntos faz com que os mesmos não busquem se informar em fontes errôneas, tornando-os mais conscientes sobre os riscos de gravidez não desejada e as possíveis IST, tendo em vista que, muitos desses jovens não têm a liberdade de se abrir com a família, pois alguns pais não tomam a iniciativa de conversar sobre isso, muitas vezes por desconhecê-lo ou até mesmo por restrições religiosas, dificultando a abordagem dessas temáticas entre pais e filhos.

Crianças e adolescentes são expostos diariamente, de forma explícita ou implícita, a mensagens relacionadas à sexualidade. No entanto, esse contato isolado não representa um aprendizado significativo sobre práticas sexuais seguras e

saudáveis, o que torna necessária uma orientação adequada para que essas mensagens sejam compreendidas de maneira consciente (Zocca *et al.*, 2015 *apud* Bantim *et al.*, 2021). Quanto às estratégias de ensino adotadas, ficou perceptível que foram satisfatórias para aquilo que tínhamos proposto, isto é, abordar o tema da pesquisa de forma lúdica e proporcionar momentos de socialização e aprendizagem interativa entre os estudantes. Como reflexão, percebemos durante a conversa com os professores que se faz necessário este tipo de trabalho com as séries do primeiro e segundo ano do ensino médio e não somente com os terceiros anos, visto a quantidade de adolescentes grávidas que houve nesta escola nas séries dos primeiros anos do ensino médio no ano de 2022.

Em paralelo à construção do Projeto Aplicativo, após identificarmos um alto índice de gestantes na UBS, desenvolvemos um protocolo de encaminhamento e atendimento - pré-natal odontológico. Inicialmente, realizamos reuniões com médicos e enfermeiros para alinhar como seria feito o encaminhamento por escrito de todas as gestantes para a Odontologia já na primeira consulta de pré-natal, considerando que um pré-natal baseado na promoção de saúde pressupõe a interdisciplinaridade entre especialidades voltadas ao bem-estar da gestante e do bebê. Como parte da atenção às gestantes, realizava-se mensalmente uma roda de conversa/palestra sobre o tema pré-natal odontológico. Nesses encontros, as futuras mães e seus esposos recebiam orientações sobre os riscos de infecções durante a gestação, além de desmistificarem-se alguns mitos relacionados ao tratamento odontológico, como o uso de anestesia e a realização de raios-x.

Outros tópicos abordados incluíam a importância da amamentação, higiene bucal do bebê, escolha da escova de dente, quantidade de creme dental, importância da dentição decídua, hábitos de sucção, relação entre antibióticos e cárie, e cárie de mamadeira. Ao final de cada roda, era realizada uma pesquisa de avaliação, na qual a maioria dos participantes afirmava que a atividade educativa foi excelente e que agregou muito conhecimento que eles não possuíam anteriormente. Vale ressaltar que os profissionais de saúde que realizam o acompanhamento pré-natal têm uma

importante função de disseminar conhecimento sobre hábitos de higiene bucal e dieta, assim como, encaminhá-las e sensibilizá-las para o agendamento com o cirurgião-dentista (Larêdo *et al.*, 2022).

O desenvolvimento desse protocolo de atendimento/encaminhamento por escrito nas primeiras consultas de pré-natal melhorou não somente a integração entre os profissionais envolvidos - cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos - mas também na qualidade da saúde bucal das gestantes (Lima *et al.*, 2020). Isso foi possível se observar no final, pois, durante o período de julho de 2021 a novembro de 2022, das 343 gestantes encaminhadas à Odontologia, 222 procuraram e participaram do pré-natal odontológico, tendo realizado o tratamento conosco na UBS, chegando a 65% de atendimentos realizados em gestantes.

A eSF planeja estrategicamente as ações em saúde conforme as demandas e necessidades da população, com a finalidade de mudar a realidade dos pacientes de acordo com seus recursos, as questões propostas são debatidas nas reuniões de equipe multiprofissionais, para que se tome decisões coerentes e personalizadas para cada caso específico, promovendo vínculo entre eSF e cidadãos (Voltolini *et al.*, 2019). Quando prevalece a visão do trabalho em equipe, é possível promover trocas de saberes e experiências que levam a transformações e à criação de novos espaços, originados pelas práticas no território. Isso ocorre por meio da corresponsabilidade pelo projeto terapêutico, sem a presença de rivalidade corporativa (Casanova *et al.*, 2018). Apesar da sua importância, no campo de prática de Nova Rosa da Penha 2, as reuniões de equipe não aconteciam de forma sistemática devido à agenda cheia dos médicos. No entanto, enquanto a equipe de saúde mental - psicóloga e assistente social - estava presente na UBS, até setembro de 2022, conseguimos realizar algumas reuniões, inclusive discutindo estudos de casos de pacientes cuja porta de entrada no serviço foi pela Odontologia.

Considerando a alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na comunidade em questão, apontando para uma necessidade de atenção a estes pacientes, realizavam-se ações conjuntas da equipe de saúde bucal (eSB) com

as demais equipes da ESF para orientação dessa população. Tendo em vista que 3 a 4% dos pacientes adultos que realizam tratamento odontológico são diabéticos, e a grande maioria deles desconhece ser portador da doença. Dentre as alterações que podem estar presentes nesses pacientes, está a doença periodontal, considerada a sexta complicação crônica do diabetes, além da xerostomia e candidíase oral (Motta & Pedrazzi, 2018; Faria *et al.*, 2021).

O desenvolvimento do Projeto Aplicativo foi um grande desafio, pois enfrentamos resistência da gestão do município tanto para obtenção de dados quanto para a realização de ações que estavam além da nossa governabilidade. De acordo com o diagnóstico da comunidade e das nossas observações, como parte das ações do Projeto Aplicativo, apesar de haver médicos vinculados à ESF, não foi possível capacitar médicos em três unidades de referência para a inserção de DIU. Além disso, também não obtivemos sucesso no aumento da compra de métodos contraceptivos, apesar da insistência junto ao setor de almoxarifado e do envio de cartas e e-mails à RT, sem retorno. Isso foi especialmente problemático diante da escassez de preservativos masculinos, do alto índice de IST e das gestações não planejadas no território. Tendo em vista que o preceptor deve oferecer capacitação prática em ambientes de serviços de saúde e possui duplo papel: atuar como profissional na assistência em saúde e, ao mesmo tempo, ensinar, orientar, supervisionar, assim como também servir de modelo para o estudante. As atividades educacionais do preceptor devem estar direcionadas para o desenvolvimento de um perfil sustentado na integralidade do cuidado e na equidade da atenção, de acordo com as diretrizes do SUS (Dias *et al.*, 2015).

Uma das nossas grandes frustrações foi a troca da preceptora durante o curso, pois a nossa que era cirurgiã-dentista foi substituída por uma preceptora enfermeira que já se encontrava na unidade, porém a mesma possuía muitas demandas de trabalho, o que não agregou auxílio no planejamento e desenvolvimento das ações, assim como na prática da clínica odontológica. Em relação ao conhecimento adquirido, podemos afirmar que a aprendizagem teórica foi satisfatória, embora ainda haja algumas lacunas

a serem preenchidas. No que diz respeito ao preparo e à segurança profissional obtidos durante a residência, apesar das dificuldades encontradas, como a ausência frequente da preceptora, a residência proporcionou um ganho significativo de experiência, desenvolvimento de habilidades e, conseqüentemente, crescimento pessoal e profissional para as duas residentes recém- formadas de nossa equipe na UBS.

No entanto, para uma das residentes, que já possuía uma longa trajetória profissional, o impacto foi menor, com poucos acréscimos nesse aspecto. Além disso, na nossa UBS, havia grande escassez de recursos humanos, administrativos, médicos, cirurgiões-dentistas, entre outros profissionais; o número de vagas era insuficiente para se realizar os exames de laboratório, a falta de consultórios para todos os profissionais obrigava-os a ter que dividir sala, as demandas da população eram enormes para um território de grande proporção... Era preciso haver mais UBS. Na Odontologia houve falta de insumos básicos por duas vezes durante o período da residência. Diante disso, os residentes tiveram que trabalhar em meio às adversidades, trilhando um caminho estreito até a formação.

### **O residente, suas práticas e os cenários de prática em Aracruz**

Localizado a 85 km da capital do Espírito Santo, Vitória, com população estimada em 104.942 mil habitantes, densidade demográfica de cerca de 57,47 hab/km<sup>2</sup> e área territorial de 1.420,285 km<sup>2</sup>, Aracruz possui 23 UBS divididas em unidades básicas e especializadas, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e um Hospital (São Camilo), que prestam assistência pelo SUS a sete distritos e em quatro aldeias indígenas.

As residentes atuavam na UBS de Coqueiral, localizada no litoral, a uma distância de 22 km do centro do município, sendo responsável pela assistência à saúde de 6.404 habitantes, e na UBS do CAIC, situada a cerca de 2 km do centro da cidade, atendendo 8.647 moradores. Cada UBS conta com duas equipes de eSF e uma eSB,

composta por uma cirurgiã-dentista residente e uma ASB. Para os residentes de Aracruz, a contribuição dos residentes no enfrentamento da covid-19 promoveu a ampliação de vagas para o início de uma nova turma do PRMSF, no ano de 2021. Em contraste com a insegurança vivenciada pelo primeiro grupo de residentes, a segunda turma iniciou a atuação nos campos de prática com uma expectativa de mudanças no combate à covid-19 por meio da vacinação.

O município recebeu no segundo ano do PRMSF profissionais de oito diferentes categorias: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social. De acordo com a necessidade de cada território e da presença de tutores, os residentes foram distribuídos nas UBS da cidade.

### **Ações desenvolvidas em Aracruz**

Para capacitar os profissionais no acolhimento e manejo clínico em relação ao Sars-CoV-2, o PRMSF solicitou aos residentes a realização de cursos sobre o tema fornecidos por plataformas on-line. Aulas e materiais, disponíveis no canal Telessaúde ES, na plataforma EAD da Fundação Oswaldo Cruz e na Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), foram algumas das fontes de informação utilizadas para contribuir com o desafio enfrentado pelo SUS.

A vacinação desempenhou um papel indispensável para a diminuição de casos e óbitos da covid-19 (Paludetto Junior *et al.*, 2023). No entanto, as difíceis negociações com os laboratórios fabricantes das vacinas; os atrasos na contratação de empresas para produção de seringas e agulhas; e a ausência de um planejamento nacional coordenado, resultaram em uma lentidão na imunização da população ao longo de 2021 (Maciel *et al.*, 2022), isso foi motivo de preocupação dos residentes.

A gestão municipal preconizou a realização da vacinação sem agendamento prévio. Consequentemente, à medida que novos imunizantes chegavam nas UBS, a população se deslocava cada vez mais cedo aos serviços de saúde e enormes filas eram

formadas. A falta de acesso equânime e de celeridade expôs, por mais tempo, a saúde individual e coletiva a riscos, dificultou o controle das infecções e a superação dos impactos da doença no território nacional (Silva *et al.*, 2023). Isso também foi fator de estresse, uma vez que os residentes atuaram na linha de frente nas campanhas de vacinação.

Além disso, os residentes apoiaram as UBS no extenso período de enfrentamento da pandemia, no acolhimento das altas demandas, e reduziram os impactos do afastamento de profissionais de saúde com comorbidades e infectados pela covid-19. A integração das cirurgiãs-dentistas residentes à equipe de saúde colaborou para a construção de iniciativas de melhorias na organização da vacinação, apoio no acolhimento das demandas espontâneas e ações de diagnóstico da doença.

Sabe-se que o conceito ampliado de saúde deve fundamentar a mudança dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença para o modelo de atenção integral à saúde (Brasil, 2004). No entanto, intervenções implementadas para reduzir a transmissão do vírus, como o distanciamento social, dificultaram o acompanhamento dos pacientes crônicos e a manutenção das linhas de cuidado e dos grupos para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde. As ações coletivas de saúde bucal foram suspensas e demorou para que fossem retomadas. As cirurgiãs - dentistas só conseguiram atuar no Programa Saúde na Escola (PSE) no ano de 2022, por exemplo.

Sendo assim, por meio das tutorias realizadas pelas unidades educacionais (UE), as cirurgiãs-dentistas puderam discutir sobre o processo de trabalho individual e das equipes de saúde da família; realizar o diagnóstico situacional do território de atuação; construir um projeto de intervenção e analisar os efeitos do projeto na mudança da realidade, além da elaboração de um projeto de pesquisa. De acordo com a UE, os encontros aconteciam com a presença de todos os residentes de diferentes categorias profissionais. Além disso, discussões específicas sobre o saber e o fazer da Odontologia também ocorreram em grupos exclusivos de cirurgiões-dentistas. Devido à pandemia, todos os encontros aconteceram de forma remota.

Nos campos de prática, apesar das grandes demandas por atendimento individual clínico curativista, desvalorização das ações educativas e dificuldade na construção dos saberes de forma multiprofissional, as tutorias foram um instrumento fundamental no estímulo da execução de ações direcionadas para prevenção de doenças, promoção de saúde e a integralidade da atenção. Sabe-se que uma equipe multiprofissional na ESF, ao integrar diferentes saberes, tem o objetivo de compreender e atuar sobre os múltiplos fatores que influenciam o processo saúde-doença. No entanto, reunir profissionais de diferentes categorias não garante, por si só, uma atuação interdisciplinar nem a integralidade do cuidado (Cintra *et al.*, 2019). Até o momento, um dos maiores desafios dos cirurgiões-dentistas na APS é conseguir articular ações em equipe, atividades de educação em saúde para os diversos grupos de atendimento e discussões de casos clínicos em equipe (Farias *et al.*, 2021). Durante o período de formação, a compreensão da importância do conhecimento e do planejamento compartilhado motivou os residentes que atuavam no mesmo território a produzir o cuidado em saúde de forma interdisciplinar.

Por tudo isso, constata-se que o enfrentamento da covid-19 produziu muitas transformações nos serviços de saúde da ESF. Os trabalhadores das UBS e os usuários tiveram que lidar com a reconfiguração tanto da oferta quanto da utilização dos serviços. O ingresso dos residentes nos campos de prática, em um momento de crise sanitária mundial, ao menos contribuiu para a melhora na qualidade do cuidado em saúde, assim como, a pandemia estimulou a busca por novos conhecimentos e habilidades dos residentes.

### **Considerações finais**

Para as residentes de Cariacica, a RMSF, de fato, ofereceu uma visão que vai além do atendimento clínico. Embora o atendimento seja contemplado, a ênfase está no acolhimento, no trabalho em grupo, na vigilância em saúde e no trabalho interdisciplinar. Como resultado desse processo, foi possível nos tomarmos

profissionais mais críticos e observadores, proporcionando um atendimento mais humanizado, que não foca apenas no estado de doença da pessoa, mas também na interação com o meio em que ela está inserida. Em relação às expectativas atingidas no decorrer desses dois anos de pós-graduação, podemos citar a autoconfiança profissional, o conhecimento prático de atendimento odontológico clínico no SUS, o conhecimento de reuniões de equipe, as visitas domiciliares, o atendimento multiprofissional e integral, a elaboração de diagnóstico situacional, a construção do Projeto Aplicativo e do pré-natal odontológico, e, o mais importante, o reconhecimento por parte do usuário.

Entretanto, apesar dos avanços do SUS, principalmente na ESF, ainda há fragilidades, especialmente por parte da gestão municipal, que não compreende bem o papel fundamental dos residentes, a exemplo da quantidade insuficiente de profissionais no serviço, sendo substituídos pelo residente. Além disso, teve a falta de interesse da gestão em fornecer dados para o diagnóstico situacional e em participar da execução das ações da gestão do Projeto Aplicativo, que fogem da governabilidade dos residentes. Um ponto primordial na residência foi a formação de preceptores, que desempenham um papel crucial no processo de formação. Portanto, é essencial que eles possam aprimorar suas competências, tanto teóricas quanto práticas, fortalecendo aspectos como humanização e ética.

A educação permanente em saúde desses profissionais contribuiu para melhorar suas atividades de preceptoria e para otimizar suas funções assistenciais. Para a residente de Aracruz, a experiência vivida e relatada demonstrou os desafios nacionais enfrentados na superação da pandemia de covid-19. O contexto epidemiológico evidenciou a necessidade de fortalecer a APS como a coordenadora do cuidado e porta de entrada do SUS, e o PRMSF como uma ferramenta de fortalecimento da própria APS. Junto a isso, a inserção dos residentes nos territórios, o vínculo com a comunidade e as reflexões sobre os processos de trabalho e da Atenção à Saúde, executada em cada UBS, pôde potencializar diversas transformações, ou seja, a colaboração e atuação desses profissionais nos campos de prática de atuação

demonstram que a Odontologia na APS foi e continua devendo ser capaz de ultrapassar as barreiras do tecnicismo e da fragmentação do cuidado.

## Referências

- Bantim, M. M. B., Sobreira, A. C. M., & Sudério, F. B. (2021). Estratégias de ensino na abordagem do tema educação sexual com estudantes do ensino médio. *Revista Insignare Scientia*, 4(6), 106-126.
- Brasil. (2004). *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnsb/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnsb/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf)
- Brasil. (2020a). *Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na atenção primária à saúde*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-lanca-orientacoes-para-padroneizacao-do-atendimento-a-covid-19.pdf>
- Brasil. (2020b). Nota Técnica n.º 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS. *Coronavírus: Covid-19: Atendimento odontológico no SUS*. [http://www.crosp.org.br/upLoads/arquivo/295c9c14409d\\_b20cb63c862\\_bb07ce0e4.pdf](http://www.crosp.org.br/upLoads/arquivo/295c9c14409d_b20cb63c862_bb07ce0e4.pdf)
- Brasil. (2011). *Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)
- Carneiro, E. M., Teixeira, L. M. S., & Pedrosa, J. I. S. (2021). A residência multiprofissional em saúde: Expectativas de ingressantes e percepções de egressos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(3), e310314.
- 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: Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supll), 1325-1337.
- Cintra, T. S., Doricci, G. C., & Guanaes-Lorenzi, C. (2019). Dinâmicas relacionais de equipes na estratégia saúde da família. *Revista SPAGESP*, 20(1), 24-38.
- Costa, E. N. F., Campos, D. M. S., Branco, F. M., Nascimento, J. B. S., & Guerra, A. P. V. (2022). Impacto da pandemia covid-19 na formação de residentes de enfermagem, relato de experiência. *Saúde Coletiva*, 11(69), 8636-8640.
- Dias, A. R. N., Paranhos, A. C. M., Teixeira, R. C., Domingues, R. J. S., Kietzer, K. S., & Freitas, J. J. S. (2015). Preceptoria em saúde: Percepções e conhecimentos dos preceptores de uma unidade de ensino e assistência. *Educação Online*, (19), 84-99.
- Espírito Santo. (2017). Secretaria de Estado de Economia e Planejamento - SEP; Instituto Jones dos Santos Neves - IJSN. *Ocupação Social Nova Rosa da Penha*: Relatório. Vitória.
- Farias, E., Bahnert, E., Rodrigues, P. H. C., Moraes, R. Z. O., & Vila Verde, L. H. C. (2021). A atuação do cirurgião-dentista dentro de um programa de residência multiprofissional em saúde da família: desafios e potencialidades. *FAG Journal of Health*, 3(1), 98-102.

- Larêdo, G. B. S., Miranda, E. B. M., Fonseca, N. L., & Monteiro, D. S. (2022). Saúde bucal e gravidez: Desafios e fragilidades no cuidado sob a perspectiva dos resultados do previne brasil. *Revista Ciência Plural*, 8(2), 1-12.
- Lima, M. M. S., Silva, R. M. C. R. A., Pereira, E. R., Carneiro, E. C. S. P., Vallois, E. C., Góes, T. R. P., & Silva, R. C. F. (2020). Saúde bucal da gestante, uma questão interdisciplinar no cuidado. *Saúde Coletiva*, 9(49), 1622-1626.
- Maciel, E., Fernandez, M., Calife, K., Garrett, 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.
- Motta, A. C. F., & Pedrazzi, V. (Revisores). (2018). Capítulo 18 - Atendimento odontológico ao paciente com hipertensão e diabetes. In Programa de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas Não transmissíveis - Protocolo e Diretrizes de Atendimento, *Linha de Cuidado Hipertensão e Diabetes*. (pp.111-118). FORP-USP.  
<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/prot-hip-diab-cap-18.pdf>
- Castilho, L. S., Miranda, G. F., Faria, S., & Vilaca, E. L. (2021). Atendimento odontológico ao paciente com diabetes mellitus: uma revisão da literatura. *Revista do CRO-MG*, 20(1), 6-11.  
<https://doi.org/10.61217/rcromg.v20i1.94>
- Paludetto Jr., M., Olak, A. S., Passarelli-Araujo, H., Susuki, A. M., Aschner, M., Pott-Jr., H., Paoiello, M. M. B., & Urbano, M. R. (2023). Covid-19 vaccination and case fatality rates: A case report in a Brazilian municipality. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(3), e00067922.
- Paranaíba, G. D., Alves, L. K., & Rocha, A. P. (2022). A importância da atuação do cirurgião-dentista na atenção básica: Uma revisão bibliográfica. *Research, Society and Development*, 11(14), e30111435962.
- Passos, P. M., Oliveira, W. L., & Silva, R. S. (2020). Residência multiprofissional e formação para o Sistema Único de Saúde: Promoção e autonomia do sujeito. *Revista SBPH*, 23(2), 3-14.
- Santos, G., Jorge, M., Vieira, M., Maia, E., Viana, M., & Bizerril, D. (2022). A Estratégia Saúde da Família e territorialização: Uma revisão de escopo. *Conjecturas*, 22(12), 706-717.
- Silva, G. M., Sousa, A. A. R., Almeida, S. M. C., Sá, I. C., Barros, F. R., Sousa Filho, J. E. S., Graça, J. M. B., Maciel, N. S., Araujo, A. S., & Nascimento, C. E. M. (2023). Desafios da imunização contra covid-19 na saúde pública: *Dasfake news* à hesitação vacinal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(3), 739-748.
- Voltolini, B. C., Andrade, S. R., Piccoli, T., Pedebôs, L. A., & Andrade, V. (2019). Estratégia Saúde da Família meetings: An indispensable tool for local planning. *Texto & Contexto: Enfermagem*, 28, e20170477.

# CAPÍTULO 26

## O CAMINHAR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM TEMPOS PANDÊMICOS: A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL

Eliane da Silva Pinto  
Lissany Braga Gonçalves  
Cilene Sebastiana Braga Lins

### Introdução

No decorrer da pandemia de covid-19, o isolamento social foi adotado como medida de redução da mortalidade e, a partir disso, expressivo segmento dos trabalhadores formais passaram a desenvolver seu trabalho em casa, no chamado trabalho remoto ou *home office*. Para aqueles que trabalhavam nos serviços essenciais - farmácias, estabelecimentos de saúde, serviços funerários etc. -, a recomendação era de continuarem o trabalho presencial. É indubitável que tal orientação era de suma importância, mas, no cenário brasileiro, ficaram ainda mais expressivos os problemas sociais históricos, como o déficit habitacional, a ausência de educação em saúde, a falta de investimento no sistema de saúde e o desemprego, que impossibilitava os trabalhadores informais de praticarem o "fique em casa". Nessa conjuntura, vimos de forma desmascarada "[...] o desmonte das políticas sociais pautadas pelo atendimento das necessidades humanas e o decorrente aprofundamento das desigualdades" (Pereira *et al.* 2021, p. 44), requerendo do Estado ações e políticas públicas que diminuíssem as disparidades sociais.

Nos últimos anos, ocorreu um aumento exponencial dos programas de residência em saúde, assim como a ampliação da inserção dos assistentes sociais nessa oferta formativa, estando também presente uma crescente privatização e mercantilização da política de educação e da política de saúde, caracterizando uma contraposição ao projeto da reforma sanitária. Esse processo tem suscitado, no Serviço

Social, a discussão acerca da formação em saúde e das especificidades do processo formativo nas residências, tendo em vista as implicações desse cenário para o trabalho e formação dos profissionais (Silva & Castro, 2020). É indubitável que o mercado de trabalho tem gerado sérias implicações para a área de Serviço Social, tais como a fragmentação do trabalho do assistente social e a precarização das condições de trabalho. Para os Hospitais Universitários, há, ainda, o agravante da adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que trouxe implicações para a manutenção do tripé ensino, pesquisa e extensão, até então conduzido pelas universidades (Iamamoto, 2015).

Então, para elaborar o presente artigo, optamos pelo método dialético (Martinelli, 2013), por compreendermos que os princípios de especificidade histórica e de totalidade lhe conferem potencialidade. A pesquisa é exploratória-descritiva, de abordagem qualitativa. Quanto aos procedimentos técnicos, utilizamos a pesquisa bibliográfica constituída, principalmente, por livros e artigos científicos, sendo a pesquisa documental - portarias, leis e resoluções -, fontes secundárias. Além disso, foram utilizados dados empíricos resultantes da vivência no cenário da residência em saúde.

### **Particularidades da formação dos assistentes sociais na residência multiprofissional em saúde**

A ideia de criar programas de residência multiprofissional em saúde advém do médico e professor Ellis Busnello, que, ao fazer mestrado nos EUA, teve a oportunidade de conhecer a proposta da Saúde Comunitária. No Brasil, a primeira residência multiprofissional em saúde comunitária surgiu em meados de 1970, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS). Mota *et al.* (2009, p. 96) mencionam que, na década de 1980, a concepção sobre o processo de saúde/doença foi ampliada, exigindo justamente a intervenção de saberes multiprofissionais para integrar a atuação em saúde. A inclusão de uma equipe multiprofissional

interdisciplinar no atendimento da população é um avanço importante na saúde, consolidado com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), emergente na década de 1990. Significativas mudanças nos processos de trabalho de diferentes profissões foram, desse modo, geradas, requisitando-se "[...] uma formação profissional especializada nas áreas do conhecimento 'e' dos serviços" (Mota *et al.*, 2009, p. 360).

Alia-se a esse cenário a discussão sobre formar trabalhadores para o SUS por meio da educação em serviço. Em 2005, com a promulgação da Lei n.º 11.129/2005, foi criada a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e definida a residência como uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* destinada às profissões da saúde, estruturada sob a forma de curso de especialização caracterizado pelo ensino em serviço (Brasil, 2005), isto é, voltada para o treinamento em serviço e direcionada às profissões da área da saúde. A residência multiprofissional em saúde é uma formação que privilegia o treinamento em serviço, do qual 20% destinam-se às atividades teóricas e 80% às atividades práticas e teórico-práticas, apresentando um ensino (pós-graduação) que engloba experiência prática, domínio teórico e vivências teórico-práticas.

A porcentagem de horas dedicada à atividade teórica e para as atividades práticas é um indicativo à reflexão, pois considerando que a residência emerge como uma possibilidade de formar trabalhadores para o SUS e prestar atendimento que respeite princípios e diretrizes do mesmo, os fóruns nacionais de discussão sobre esse processo formativo relatam a utilização da residência como força de trabalho a um baixo custo, uma vez que se exige 60 horas semanais. Silva e Castro (2020, p. 81) entendem que a exigente atuação na saúde:

[...] e a prolongada jornada de trabalho do residente inscrevem-se nos marcos da exploração do trabalho pelo capital. Ou seja, ainda que haja particularidades no "trabalho" do residente, essas particularidades não alteram sua condição de trabalhador (ainda que temporário) no modo de produção capitalista.

Em muitas instituições, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é tratada de forma que a força de trabalho do residente seja equiparada à de qualquer outro trabalhador. Isso tende a descaracterizar a atividade de sua dimensão educacional, voltando-a para os interesses das instituições que demandam o trabalho do profissional residente. Logo, percebe-se que a residência possui a particularidade de educar por meio do ensino, mas, principalmente, do trabalho. Dessa forma, a residência se afasta de sua função pedagógica e do projeto político educacional, aproximando-a cada vez mais dos interesses e conveniências dos campos de atuação e do espaço socio-ocupacional do assistente social inserido no mercado de trabalho.

Nesse contexto, segundo a pedagogia marxista, o ser humano, ao estar nesse processo formativo, estaria vivenciando a prática e dando sentido ao seu mundo, ao mundo do trabalho, indissociavelmente imbricado à sua existência e à sociedade em que vive. No entanto, esse mundo do trabalho historicamente contextualizado no âmbito do SUS é complexo, política, social e economicamente. Contrariando essa articulação entre educação e saúde, tem-se, em 2018, a vitória de Jair Bolsonaro nas eleições que, durante seu governo, promoveu a paralisação das atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). A CNRMS é responsável por emitir orientações, fiscalizar e avaliar os programas, apurar denúncias, realizar seminários nacionais, entre outras atividades, mas ficou suspensa a partir de maio de 2019. Essa paralisação gerou grande fragilidade para aqueles que executavam essa política no dia a dia dos serviços, comprometendo a supervisão e o desenvolvimento adequado dos programas.

Diante da gravidade da situação de pandemia e da necessidade de proteger a saúde do trabalhador da saúde, o que repercutia em providências individuais e coletivas com custo financeiro, o ministério da saúde alocou recursos orçamentários da condição especial da pandemia, articulando uma ação intitulada "O Brasil Conta Comigo- Residentes na Área da Saúde", normatizada pela Portaria n.º 580/2020. Essa ação instituiu o pagamento do adicional de R\$ 667,00 à bolsa dos residentes médicos e em área profissional da saúde, uni e multiprofissionais, como uma bonificação. No

entanto, essa ajuda de custo foi alvo de reflexões críticas, pois foi percebida como um aproveitamento da base de residentes como mão de obra, sem garantias trabalhistas ou de segurança no trabalho, expostos a altos riscos de contágio devido à intensa carga horária e sem a devida preocupação com o aprendizado. O valor não foi discutido com a representação de residentes, nem sua utilização ou avaliação, nem a motivação ou expectativa de impactos.

Diante de um histórico contínuo de revogações, da falta de um espaço de fala assegurado para os protagonistas dos programas de residência e da necessidade de se consolidar uma política nacional que evite retrocessos, em 18 de fevereiro de 2021 foi apresentado à Mesa Diretora da Câmara dos Deputados o Projeto de Lei n.º 504/2021, pelo deputado Alexandre Padilha (PT/SP), que propõe a criação de uma "Política Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde" (Brasil, 2021a). Esse documento dialoga com os encontros e fóruns nacionais e com as mobilizações em tomo do tema. O deputado Padilha, importante parceiro nesse processo, foi ministro da saúde, disponibilizando seu gabinete para submissão de uma proposta originária da sociedade à Câmara dos Deputados.

Entre as pautas históricas expostas pelo Fórum Nacional de Residentes em Saúde, destacam-se: a previsão de 20% da carga horária para atividade docente; a previsão de auxílio-alimentação e transporte fornecido pela instituição proponente, financiado pelo governo federal e/ou pelas secretarias municipais e estaduais; a concessão de bolsas para residentes, preceptores e tutores; a diminuição da carga horária; a inserção nos editais de concursos públicos da valorização do título de Residência nos processos seletivos, com pontuação igual ou superior à de doutorado; o direito a 15% de faltas justificadas para os componentes não só teóricos, mas também práticos e teórico-práticos do programa; e a criação de um fluxo institucional para recebimento, apuração e investigação de denúncias de assédio e/ou irregularidades.

Por força de "diálogo", foi sancionada a Portaria n.º 1.598/2021, que alterou a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5/2017, para instituir o Plano Nacional de

Fortalecimento das Residências em Saúde, no âmbito do SUS. No XI Encontro Nacional de Residências (ENRS, 2021), que ocorreu de 16 a 19 de novembro de 2021, e trouxe como tema central a "Saúde e democracia: residências em saúde como espaço de formação no e para o SUS", foi proferido que houve uma tentativa do Ministério da Saúde para retirar o projeto de lei e elaborar, em conjunto com o governo, outra proposta. Porém, o pedido não foi acatado, pois precisávamos consolidar uma política para evitar retrocessos e revogações. A elaboração do Plano de Fortalecimento não contou com a participação do Fórum Nacional de Residentes em Saúde, assim como não se encontra no texto ações que fortaleçam, valorizem e qualifiquem, na prática, os sujeitos envolvidos nessa modalidade de ensino. Essa ausência de participação dos residentes reflete uma característica marcante do governo de Jair Bolsonaro, que buscou privar a população de exercer controle social e de participar ativamente em todos os processos relacionados às políticas públicas.

O Serviço Social possui um lugar estratégico e histórico na política de saúde, pois seu objeto de intervenção são as condições de vida e de trabalho da população usuária, mas concordamos com Mendes (2013, p. 192), quando este diz que "se é verdade que a implantação da residência multiprofissional trouxe novas possibilidades, também é certo que trouxe imensos desafios para os profissionais que atuam no cotidiano de execução da política". Em 2018, a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) apresentou o relatório da pesquisa de mapeamento das residências em área profissional com inclusão de Assistentes Sociais e a produção teórica da área sobre a temática. O trabalho foi realizado em parceria com o Grupo de Estudos e Pesquisa dos Fundamentos do Serviço Social (GEPEFFS) da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (FSS/UFJF).

O mapeamento foi construído a partir da compreensão de que a inserção do Serviço Social nos programas de residência se ampliou a partir do final dos anos 2000, requerendo atenção das entidades do Serviço Social no que concerne à crítica e à lógica de expansão, atreladas à queda de investimentos no quadro de trabalhadores da saúde e de acirramento da mercantilização da política de saúde; mas, também, atento

à necessidade de acúmulo acerca dessa modalidade de educação permanente em saúde e do debate da relação entre formação e trabalho nas residências.

Os resultados do estudo demonstraram que, para o ano de 2018, o Serviço Social contou com expressivo número de vagas nas residências (496), envolvendo diversas instituições e profissionais de Serviço Social. A área tem avançado na produção teórica sobre as experiências, ressaltando a relação trabalho e formação, o trabalho multiprofissional e os desafios de efetivação das cargas horárias teórica, prática e teórico-prática das residências e modo que sejam pautadas pelas diretrizes curriculares da ABEPSS e projeto ético-político da profissão. O Serviço Social vem avançando na produção de conhecimento sobre a residência, desvelando os entraves, desafios e potencialidades desse espaço.

Na nota emitida pela ABEPSS (2022) é reconhecida a importância dos assistentes sociais residentes nos equipamentos de saúde que realizam sua qualificação profissional por meio da inserção em algum programa - uni ou multiprofissional. Contudo, destaca que o aspecto formativo da residência não pode se perder, mesmo em um contexto atípico como o de uma pandemia. Em 2021, a ABEPSS e o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) vieram a público manifestar rechaço ante a publicação da Portaria Interministerial n.º 7/2021 (Brasil 2021c), que tratava da reativação da CNRMS, instituída pela Lei n.º 11.129/2005. A retomada das atividades da CNRMS era pauta histórica dos sujeitos e entidades que compunham os fóruns em defesa das Residências e o Conselho Nacional de Saúde, dado que esta comissão é responsável pelos processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de residência em área profissional da saúde. Entretanto, a nova portaria interministerial não previa na composição da CNRMS paridade representativa, e restringia - como descrito em seu Artigo 3º, inciso X- aos Conselhos Profissionais a representação exclusiva das profissões da saúde, desconsiderando a presença e o papel das associações e sociedades científicas na construção e o debate do processo formativo no âmbito das residências. Esses dispositivos confrontaram e fragilizaram diretamente

o controle social e a construção coletiva histórica realizada no âmbito das residências em saúde.

Considerando a importância da CNRMS como espaço consultivo e deliberativo, que influencia diretamente o funcionamento e o direcionamento da residência multiprofissional em saúde, nos unimos à reivindicação pela imediata revogação da Portaria Interministerial n.º 7/2021 e pela sua reelaboração, em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde e demais entidades representativas dessa modalidade de formação. Essa é uma das portarias que revelam que vivenciamos uma conjuntura extremamente desfavorável em todos os âmbitos das lutas progressistas, por isso necessitamos de clareza sobre de qual lado da luta de classes estamos. Exigindo que sejam travadas lutas pela qualificação e defesa intransigente da formação e do trabalho profissional por meio das RMS, o que nos exige articulação com as lutas mais gerais dos trabalhadores.

Recentemente, o CFESS lançou a publicação Caminhos das residências em saúde: desafios na pandemia e imperativos de uma agenda de mobilização, resultado do 2º Seminário Nacional Residência em Saúde e Serviço Social. A obra enfatiza que não podemos pensar de forma isolada os sujeitos envolvidos nos programas de residência - coordenadores, docentes, tutores, preceptores e residentes -, pois "o funcionamento da residência se dá no cotidiano dos serviços, em interação com o trabalho em saúde em seu sentido ampliado, com suas potencialidades e desafios" (CFESS, 2023, p. 39).

### **Docência, preceptoria e tutoria de assistentes sociais na residência multiprofissional em saúde**

No tocante à residência, o assistente social pode participar como docente, tutor e/ou preceptor, nesses âmbitos podemos considerá-los como sujeitos da práxis, uma vez que eles contribuem para novas formas de produzir saúde. No exercício das dimensões ético-política, técnico-operativa e teórico-metodológica, o assistente social

desenvolve um trabalho eminentemente educativo. Essa dimensão tem estreito vínculo com a organização da cultura, visto que as relações profissionais que se estabelecem na atuação dos assistentes sociais concretizam -se não somente pela forma de ação material, mas também pelos fundamentos ideológicos.

Em 2 de abril de 2012, a CNRMS apresentara a Resolução n.º 2/2012 (Brasil, 2012), que instituía diretrizes gerais para a criação e operacionalização da RMS. Nessa resolução, era manifestado que os **docentes** são profissionais vinculados às instituições de ensino, participando do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no Projeto Pedagógico de Residência (PPR). Entretanto, o que tem ocorrido no interior das universidades é a ausência de carga horária destinada para a atividade docente em residência. A residência deve possuir cronograma de disciplinas e estas devem estar no planejamento do PPR, mas não está sendo incluída a carga horária para a correta orientação dos residentes no tocante à realização dos Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR), tampouco a clara apresentação de disciplinas teóricas nas grades curriculares.

Quanto ao **tutor**, no Artigo 11, a Resolução n.º 2 expunha que a sua função se caracterizava por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, devendo ser exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, três anos. Além das funções descritas, ao tutor competia a realização da orientação acadêmica de preceptores e residentes, a construção de estratégias que integrassem saberes e práticas, de modo a articular ensino e serviço, e a organização e avaliação de atividade de educação permanente em saúde - entre outras.

Quanto às competências do **preceptor**, destacava-se o ato de "exercer referência e supervisão para o(s) residentes(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde". Abramides (2019) coloca que o Serviço Social, como profissão, se constitui como práxis educativa, na relação dos homens com outros homens, em ruptura com o conservadorismo. Assim, o trabalho dos preceptores de serviço social nas instituições de saúde tem uma função pedagógica

e constitui um fio condutor nesse processo. Verifica-se na resolução, a indissociabilidade entre residência e supervisão de preceptor; porém, é necessário haver também indissociabilidade entre processo de supervisão de residência e as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, desenvolvendo, ainda, a dimensão investigativa, educativa e interventiva pautada na perspectiva crítica.

Temos a compreensão de que as residências multiprofissionais em saúde constituem espaço importante para a concretização do projeto ético-político profissional do Serviço Social, bem como para a defesa do SUS como direito de todos e dever do Estado, articulado a partir da seguridade social. Além do caráter pedagógico embutido nas residências - que são pós-graduações -, nós estamos falando também do caráter político que possui essa formação, na medida em que exhibe um compromisso com a formação profissional, com a reforma sanitária e com os usuários do SUS. As dimensões política e pedagógica possuem um significado indissociável, definido como um processo permanente de reflexão em busca da efetivação das intenções da formação.

É importante destacar as contribuições de Raichelis (2020), que diferencia as atribuições privativas, exclusivas do Serviço Social, das competências compartilhadas com outras profissões. Ela aponta que essa distinção amplia as possibilidades de inserção profissional, desde que estejamos devidamente qualificados para isso. Nesse processo formativo, os preceptores, tutores e docentes são agentes formadores de trabalhadores, sendo produtores e reprodutores de conhecimentos (Iamamoto, 2015), logo, é imprescindível haver qualificação para os mesmos, pois o aprimoramento profissional - previsto como direito do assistente social no Código de Ética - será favorecido pela construção de uma práxis comprometida com os interesses dos usuários, nesse sentido, comprometida com a consolidação de seu acesso aos direitos sociais (CFESS, 2012). Mota et al. (2009, p. 362) contribuem, ainda, com esse debate ao dizer que:

[...] pretendia-se que a residência conjugasse, de modo igualitário, o aprendizado e a assistência, em um mesmo profissional para que esse, ao aprender fazendo, assegurasse o desenvolvimento do processo de trabalho. Esse processo deveria ser orientado por preceptores, visando tanto a qualificação profissional quanto a especialização em saúde.

Logo, precisamos refletir sobre o tipo de formação que desejamos promover no meio da RMS. Os últimos anos têm sido marcados por sucateamento, precarização e privatização da assistência à saúde. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), instituída pela Lei n.º 11.550/2011 (Brasil, 2011) atua diretamente no SUS, com capital integral da União, criada com a previsão de ser a quarta maior estatal do país, pois merece destaque o alerta de Andreazzi (2012), quanto à lei de criação:

[Foi] promulgada dez dias após o término da XIV Conferência Nacional de Saúde, órgão máximo de deliberação das políticas de saúde do País, quando se decidiu, por ampla maioria de votos, a não concordância com todas as formas de terceirização da gestão de serviços de saúde do Estado para empresas, fundações privadas e organizações sociais, inclusive a própria EBSERH (Andreazzi, 2012, p. 214).

Para que a dimensão educativa da atuação do assistente social possa ter resultados positivos em vista de uma atuação transformadora na sociedade, há a necessidade de que o mesmo seja dotado de condições para tal propósito, exigindo-se profissionais ativos e conscientes de seus direitos civis, políticos e sociais, que zelem por sua qualificação e permanente aperfeiçoamento, incentivados à formação científica e profissional da categoria. Dessa forma, situar a educação em uma lógica emancipatória e crítica significa enfrentar desafios e limitações presentes na sociedade, na política e nos governos que apresenta variadas formas de resistência contra a efetiva implantação do SUS, segundo os princípios do projeto ético-político da Reforma Sanitária.

Iamamoto (2015) explica que, no desempenho de sua função intelectual, os assistentes sociais podem constituir-se como intelectuais orgânicos a serviço das forças populares ou, dependendo de suas opções políticas, a serviço da burguesia. Todavia, aqui, faremos a defesa do assistente social como intelectual orgânico vinculado a um projeto popular. A partir dessas problematizações sobre o contexto atual e seus impactos na RMS, toma-se necessário encontrar maneiras de garantir que essa

formação cumpra sua finalidade, evitando o que Netto (2011, p. 58) denomina de "aparência indiferenciada", onde se executam práticas profissionais similares àquelas da fase inicial do Serviço Social. A aplicação das políticas públicas sob a administração da burguesia possui um caráter contraditório e, segundo o autor, essas políticas contribuem para o sincretismo da prática profissional. Entretanto, concordamos com lamamoto (2015) de que as políticas públicas não conseguem fazer a evasão da questão social, erradicando-a. É certo que as políticas públicas direitos sociais, frutos de longo processo de lutas históricas da classe trabalhadora pelo reconhecimento de seus direitos sociais, civis e políticos. político. Nesse sentido, os assistentes sociais não apenas integrantes de um grupo de "executores terminais de políticas sociais" (Netto, 2011), é preciso que o profissional do serviço social"[... ] encontre, nesta selva indiferenciada que se tomou seu campo de intervenção, o seu espaço profissional". O autor define esse campo como "demanda profissional" e afirma que para que este campo se diferencie da demanda institucional, seja reconstruído numa outra expressão, a reconstrução do objeto de intervenção profissional, do assistencialismo à justiça social (Pontes, 2016, p. 191).

A nossa luta deve estar ancorada na defesa de uma residência que seja espaço de transformação para trabalhadores da saúde, inserida na interseção ensino-serviço, articulada como dispositivo da educação permanente em saúde, tendo como referência a integralidade do cuidado e operando em equipes multiprofissionais interdisciplinares (Ramos *et al.*, 2006, p. 380). Uma formação que não fragmente a questão social, que não seja um pronto-socorro social prestando atendimentos superficiais e imediatistas, mas que consiga apresentar uma análise da totalidade, considerando o usuário do SUS como um ser biopsicossocial e um sujeito de direitos. Garantindo, dessa forma, e nesse processo educacional, a análise do SUS a partir da redemocratização e da reforma sanitária, que propiciaram que a saúde fosse vista como um direito constitucional resultante de determinantes e condicionantes sociais.

Raichelis (2020), ao discutir a autonomia relativa, recorre à contribuição de Gramsci. Para Gramsci, a autonomia relativa da sociedade civil, como uma esfera

própria, atua como uma mediação necessária entre a estrutura econômica e o Estado - coerção. Essa autonomia é funcional na luta pela hegemonia e na criação de uma nova cultura, que difunde criticamente as verdades já descobertas, "socializando-as", por assim dizer, e transformando-as em bases para ações vitais. Mais especificamente, a cultura, para Gramsci, representa um "modo de viver, de pensar e de operar" (Gramsci, 1999, p. 258), implicando a organização e a conquista de consciência. Sendo assim, consideramos que, na construção de uma nova cultura, é essencial seguir essa reflexão de Gramsci sobre a educação, dada sua concepção dialética e seu pensamento revolucionário, especialmente diante da necessidade de se formar profissionais que irão materializar políticas sociais.

Nesse contexto, os educadores - docentes, tutores e preceptores - têm uma imensa responsabilidade: a "opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero" (Almeida, 2013), e a firme atuação para consolidar os princípios e diretrizes do SUS. Em face da pandemia, a ABEPSS publicou um documento intitulado "A formação em Serviço Social e o ensino remoto emergencial". Nele, é dito o quanto que "a defesa do nosso projeto de formação profissional também exige a luta por condições de trabalho para os/as docentes" (Barbosa, 2021, p. 7) e aqui acrescentamos os residentes, preceptores e tutores.

Rosa *et al.* (2017, p. 51), quanto aos profissionais, alerta que:

[...] Todavia, como diria Gramsci: "[...] que o pessimismo da razão não seja maior que o otimismo das nossas vontades" (Gramsci, 2006, p. 267), ou seja, mesmo com os desafios postos pela realidade, adversa ao projeto ético-político dos assistentes sociais, não podemos esquecer que a formação desse profissional, conforme determina as Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS, 1996), está fundamentada no conhecimento a partir do método do materialismo histórico dialético.

Contudo, o Serviço Social é uma profissão que compõe intelectuais com formação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que fundamenta a sua prática interventiva com vistas a contribuir com a (trans)formação dos sujeitos sociais de cidadãos passivos a cidadãos ativos, críticos, conscientes da dinâmica da

sociedade capitalista, portanto, contribuindo com a formação de uma consciência crítica que incide sobre o processo de transformação societária.

### **Os rebatimentos da pandemia de covid-19 no programa de residência multiprofissional em saúde de um hospital universitários de Belém: elementos para reflexão**

A RMS é um local privilegiado para a atuação/formação de profissionais residentes no que se refere à integração de saberes e práticas em saúde que valorize a construção de processos coletivos. Sabendo da importância da continuidade dos programas de residência na pandemia, o Conselho Nacional de Saúde emitiu o Parecer Técnico n.º 106/2020 (CNS, 2020), recomendando algumas orientações técnicas para o trabalho dos residentes na pandemia e reafirmando a necessidade da atuação de preceptores e tutores nos cenários de práticas como uma condição indispensável para o funcionamento dos programas de RMS.

Ainda em 2020, o CFESS divulgou uma orientação normativa sobre o exercício profissional da categoria, em resposta ao governo, que incluiu no protocolo "Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus" a atribuição de assistentes sociais para comunicar boletins de saúde e óbitos, o que violava o Código de Ética. A crise sanitária e social convoca os assistentes sociais à ação; no entanto, esses profissionais devem atuar dentro do campo de suas competências profissionais, observando suas atribuições privativas (CFESS, 2020). Vale ressaltar que as contradições objetivas e subjetivas de trabalho a que residentes, preceptores, tutores e docentes estão sujeitos, se intensificaram na pandemia com o fechamento de cenários de prática e com a redução ou a não oferta de atividades teóricas e teórico-práticas.

A rotina dos programas de residência foi readequada conforme a disponibilização dos serviços de saúde. Castro e Domelas (2021) destacam como é fundamental a função desenvolvida por tutores e preceptores que tiveram que reorganizar as atividades dos residentes, considerando o conjunto de competências

necessárias à formação desses trabalhadores que articulam as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa do Serviço Social com o projeto da reforma sanitária.

Situando o contexto da pandemia de covid-19 no estado do Pará, mais especificamente em Belém, onde está localizado o Hospital Universitário "João de Barros Barreto" (HUIBB), a unidade hospitalar é uma referência estadual no tratamento de doenças infectocontagiosas e do sistema pulmonar. Além disso, conforme Farias (2016), o hospital foi pioneiro no estado do Pará na criação e desenvolvimento da residência multiprofissional em saúde, instituída pela Resolução n.º 4.026/2010, com área de concentração em oncologia e saúde do idoso (UFPA, 2010).

Diante da pandemia se intensificaram as fragilidades já existentes como a ausência de tutoria há mais de um ano para conduzir e orientar os residentes e apoiar os preceptores. De abril a agosto de 2020 os atendimentos ao nível ambulatorial e de internação foram reduzidos, permanecendo as internações de pacientes oncológicos e leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) como retaguarda para os pacientes em estado clínico grave de covid-19. Silva e Castro (2020) pontuam elementos essenciais que devem nortear preceptores e tutores nas funções que desenvolvem para estarem ancorados na proposta essencial das residências, ou seja, a capacitação de trabalhadores para o SUS. Os elementos pontuados pelas autoras referem-se à supervisão sistemática, aos processos formativos horizontais com utilização de estratégias pedagógicas inovadoras, às disciplinas específicas que coadunam com as diretrizes curriculares do serviço social, e ao planejamento das ações da residência ao nível de núcleo e campo - entre outros.

Diante de um momento adverso como em uma pandemia, como garantir esses elementos elencados? Pois bem, criaram-se estratégias para que as atividades da residência não fossem totalmente paralisadas, como a reorganização das atividades teóricas. Adotou-se o formato remoto, com aulas síncronas e assíncronas, como uma estratégia para dar continuidade às disciplinas obrigatórias da residência. No entanto,

as disciplinas do eixo específico do Serviço Social não foram realizadas devido a dificuldades de articulação entre a unidade executora e a unidade acadêmica, à falta de reconhecimento da carga horária para os docentes, e à priorização das atividades assistenciais em detrimento das atividades acadêmicas, entre outros fatores (Castro *et al.*, 2019).

Entretanto, mesmo diante de tantas adversidades, foi possível realizar algumas flexibilizações, tal como a redução da carga horária dos residentes. Após publicação da recomendação aprovada em 10 de julho de 2020 pelo Conselho Nacional de Saúde. Ainda nesse período, a tutoria de Serviço Social planejou duas ações estratégicas docente-assistenciais: a (a) capacitação exclusiva para os preceptores do Serviço Social e o (b) cronograma de atividades do eixo teórico-prático para residentes, preceptores e tutores do Serviço Social.

A primeira capacitação para preceptores do Serviço Social aconteceu de julho a agosto de 2020, com carga horária de 42 horas. Ela disponibilizou 20 vagas, tendo 16 preceptores se inscrito e apenas 8 concluído todas as atividades, recebendo o certificado ao final. O curso utilizou-se do recurso de aulas assíncronas, para que melhor se adequasse ao cotidiano de trabalho dos assistentes sociais. Outro ponto relevante foi a condicionalidade da entrega final de um produto, um plano de ação pedagógica a ser realizado pelo preceptor com os residentes. A construção do plano de ação didático-pedagógica, como sistematização das ações de supervisão e avaliação dos residentes. O planejamento das ações requereu repensar de forma crítica o trabalho que vinha sendo desenvolvido pelo preceptor na sua contribuição para a formação de profissionais para o SUS, mas para isso foi necessário ter tempo protegido para realizar esta função.

A crítica a esse formato de capacitação on-line também foi necessária, uma vez que muitos se dedicavam ao curso à noite, depois de uma jornada de trabalho e em seus domicílios, ou seja, sem ter a liberação das atividades assistenciais para que pudessem de fato dedicar-se à qualificação. Contudo, foi amplamente adotada essa modalidade de ensino à distância como alternativa para substituição do corpo docente

e, no caso dos programas de residência aqui analisados, parece ter sido uma possibilidade fácil, ao invés de formar um corpo docente com carga horária.

As atividades teórico-práticas foram realizadas de outubro de 2020 a julho de 2021, como uma estratégia de capacitação permanente para residentes, preceptores, tutores e docentes. Essas atividades ocorreram quinzenalmente, totalizando dez encontros, e tinham os residentes como protagonistas, sendo eles responsáveis pela organização das temáticas e pela utilização de metodologias ativas, como apresentação de seminários, aulas dialogadas, rodas de conversa, estudos e discussão de casos. Segundo Silva e Castro (2020, p. 139), o uso dessas metodologias assegura "[...] o processo dialógico entre os sujeitos que compõem as residências". Assim, durante as atividades da residência, foi possível garantir tempo protegido e espaço para a realização dessas atividades de forma presencial, respeitando os protocolos institucionais vigentes à época para a contenção da covid-19. Esses momentos foram essenciais para refletir sobre as questões vivenciadas no cotidiano do trabalho profissional.

## Conclusão

Com a pandemia, o cenário de medo e incertezas permeava e tencionava as relações interprofissionais entre os envolvidos no processo de formação via residência, havendo um significativo aumento da sobrecarga física e emocional de todos os trabalhadores do SUS. Ainda assim, foram criadas estratégias para viabilizar a educação permanente em saúde em um cenário de contradições sociais e econômicas, que estava produzindo adoecimento em massa.

A potencialidade do Serviço Social na residência multiprofissional está sintonizada no trabalho e na formação profissional, sendo destacado o quão importante é a atuação dessa especialidade para se melhorar a assistência e atender às necessidades de saúde da população usuária, tomando o cotidiano dos serviços do SUS como *locus* de ensino e aprendizagem. Todavia, este não deve ser romantizado, pois ele é também

marcado por influências neoliberais e pela constante tentativa de desarticular o setor público em prol do fortalecimento das instituições privadas. A reforma intelectual defendida pelo movimento sanitário desde a década de 1980 ainda está em processo de consolidação e, há 23 anos, resiste para garantir a saúde como um direito básico e um dever do Estado. A experiência vivida durante a pandemia contribuiu para fortalecer os debates no âmbito do Serviço Social sobre a formação em residências multiprofissionais, além de potencializar a troca interdisciplinar para viabilizar os direitos dos usuários do SUS. Esses debates exigiram posturas críticas, éticas e capazes de acompanhar a relação dialética e contraditória entre o Estado e a população que utiliza os serviços de saúde. Nesse período, o Serviço Social desempenhou um papel crucial ao questionar práticas engessadas e biomédicas, promovendo a efetivação dos preceitos da reforma sanitária.

A formação de qualidade nas residências multiprofissionais em saúde é uma luta coletiva e a articulação com a formação exige supervisão das práticas, horários para estudos, reflexões, reuniões, vivências nas experiências de trabalhos em rede e possibilidade de encontros que ampliem o leque de reflexões (Rodrigues, 2016). A realidade é dinâmica e as legislações da residência vivem em constantes modificações, assim, consideramos que esse trabalho não esgotou todas as facetas necessárias de discussão, requerendo aprofundamentos e ampliação do debate.

## Referências

- Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). (1996). *Diretrizes curriculares para o curso de Serviço Social (com base no currículo mínimo aprovado em assembleia geral extraordinária de 08 de novembro de 1996)*. ABEPSS.
- Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) (Org.). (2022). *Formação e residências em saúde: contribuições da ABEPSS*. ABEPSS.  
<https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/formac%CC%A7a%CC%83o-e-reside%CC%82ncias-em-sau%CC%8lde-220601-202206012224227011490.pdf>
- Abramides, M. B. C. (2019). *O projeto ético-político do Serviço Social brasileiro: ruptura com o conservadorismo*. Cortez.
- Almeida, N. L. T. (2013). Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero, In Conselho

Regional de Serviço Social 7ª Região (CRESS-RJ). *Projeto ético-político e exercício profissional em Serviço Social: os princípios do Código de Ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais*. CRESS/RJ.

- Andreazzi, M. F. S. (2012). Empresa brasileira de serviços hospitalares: Inconsistências à luz da reforma do Estado. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(2), 275-284.
- Barbosa, M. (2021). Educação Superior e Universidades em tempos de pandemia: alguns apontamentos. In ABEPSS (Org.), *A Formação em Serviço Social e o Ensino Remoto Emergencial*. ABEPSS. (pp. 7-22). [https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/20210611\\_formacao-em-servico-social-e-o-ensino-remoto-emergencial-2021061141344485082480.pdf](https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/20210611_formacao-em-servico-social-e-o-ensino-remoto-emergencial-2021061141344485082480.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 nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm)
- Brasil. (2011). *Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Hospitais Universitários Federais, legislação*. Ministério da Educação. <http://ebserh.mec.gov.br/>
- Brasil. (2012, 13 de abril). *Resolução CNRMS n.º 2, de 13 de abril de 2012*. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. ABMES. <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1209/-resolucao-cnrm-n-2>
- Brasil. (2020). *Portaria n.º 580, de 27 de março de 2020*. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde", para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20580-20-ms.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20580-20-ms.htm)
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2020). *Recomendação nº018, de 26 de março de 2020*. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 106/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da Doença por Coronavírus – COVID-19. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/recomendacoes/2020/recomendacao-no-018.pdf/view>
- Brasil. (2021a). *Projeto de Lei n.º 504, de 19 de fevereiro de 2021* [Situação: Aguardando Parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Saúde (CSAUDE)]. Cria a Política Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde. <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetrami?acao=2270540#:~:text=PL%20504%2F201%20Inteiro%20teor,Projeto%20de%20Lei&text=Cria%C3%A7%C3%A3o%2C%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Resid%C3%Aancia,da%20Sa%C3%BAde%2C%20Minist%C3%A9rio%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o.>
- Brasil. (2021b). *Portaria n.º 1.598/2021*. Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2021c). *Portaria Interministerial n.º 7, de 16 de setembro de 2021*. Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde [...]. <https://www.gov.br/mec/pt-br/areas-de-atuacao/media/sesu/pdf/arquivos/portariainterministerialn7de16desetembrode2021portariainterministerialn7de16desetembrode2021douimprensanacional.pdf>

- Castro, M. M. C., Domelas, C. B. C., & Zschaber, F. F. (2019). Residência multiprofissional em saúde e serviço social: Concepções, tendências e perspectivas. *Resista Libertas, 19(2)*, 460-481.
- Castro, M. M. C., & Domelas, C. B. C. Residências, disputa de projetos formativos e Serviço Social. *Serviço Social em Revista, 24(2)*, 371-392.
- Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). (2012). Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10<sup>o</sup>. ed. rev. e atual. Conselho Federal de Serviço Social.
- Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). (2020). Atribuições privativas do/a assistente social em questão (Vol. 2). CFESS.
- Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). (2023). Caminhos das residências em saúde: Desafios na pandemia e imperativos de uma agenda de mobilização. In Seminário Nacional Residência em Saúde e Serviço Social, 2, Brasília.
- Encontro Nacional Residências em Saúde. (2021). *Plenária Final (manhã) e leitura da carta* [vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=JkGtECyziNO>
- Farias, T. C. B. (2016). *Formação interdisciplinar: Contribuições da residência multiprofissional em saúde*. [Tese de Doutorado em Educação, Arte e História da Cultura, Universidade Presbiteriana Mackenzie].
- Gramsci, A. (2006). *Cadernos do Cárcere* (v. 1). Civilização Brasileira.
- Iamamoto, M. V. (2015). *Serviço Social em tempo de capita/fetichismo: Capita/financeiro, trabalho e questão social*. Cortez.
- Martinelli, M. L. (2013). A pergunta pela identidade profissional do serviço social: uma matriz de análise. *Serviço Social & Saúde, 12(2)*, 145-155. DOI: 10.20396/sss.v12i2.8639491.
- Mendes, A. G. (2013). Residência multiprofissional em saúde e o Serviço Social. In Silva, L. B., & Ramos, A., *Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: Reflexões críticas sobre a prática profissional* (pp. 183-199). Papel Social.
- Mota, A. E., Bravo, M. I. S., Uchôa, R., Nogueira, V., Marsiglia, R., Gomes, L., & Teixeira, M. (org.). (2009). *Serviço Social e saúde: Formação e trabalho profissional*. Cortez.
- Netto, J. P. (2011). *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. Cortez.
- Pereira, C. P., & Pereira-Pereira, P. A. (2021). Cobiça capitalista, pandemia e o futuro da política social. *Argumentum, 13(1)*, 40-65.
- Pontes, R. N. (2016). *Mediação e Serviço Social: Um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social* (8 ed.). Cortez.
- Raichelis, R. (2020). Atribuições e competências profissionais revisitadas: a nova morfologia do trabalho no serviço social. In Conselho Federal de Serviço Social. Comissão de Orientação e Fiscalização Profissional (Org.). *Atribuições privativas do/a assistente social em questão* (v. 2, pp. 11-42). CFESS.
- Ramos, A. S., Búrigo, A. C., Carneiro, C., Duarte, C. C., Kreutz, J. A., & Ruela, H. C. G. (2006). Residências em saúde: Encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento

de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: Experiências, avanços e desafios* (pp. 376-390). Ministério da Saúde.

Rodrigues, T. F. (2016). Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? *Serviço Social & Saúde, 15(1)*, 71-82.

Rosa, B. O., Martins, E. B. C., Sanches, J., & Silva, T. R. (2017). Educação e emancipação em Gramsci: Reflexões para o Serviço Social. *Revista CAMINE: Caminhos da Educação, 9(1)*, 36-56.

Silva, L. B., & Castro, M. M. (2020). *Serviço Social e residência em saúde: Trabalho e formação*. Papel Social.

Universidade Federal do Pará (UFPA). (2010). Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão. *Resolução n.º 4.026, de 19 de agosto*. Aprova a criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, na Área de Concentração em Oncologia e Saúde do Idoso. [https://sege.ufpa.br/boletim\\_interno/downloads/resolucoes/consepe/2010/4026%20Cria%20Programa%20Residencia%20Medica.pdf](https://sege.ufpa.br/boletim_interno/downloads/resolucoes/consepe/2010/4026%20Cria%20Programa%20Residencia%20Medica.pdf)

## CAPÍTULO 27

# DESAFIOS E APRENDIZADOS NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DE UMA TURMA ATRAVESSADA PELA PANDEMIA DE COVID-19

Leandro Augusto Espósito Câmara  
Eliana Goldfarb Cyrino  
Carolina Siqueira Mendonça

### Introdução

A formação e capacitação dos profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) vêm sendo objeto de frequentes reflexões e discussões que visam superar um modelo tradicionalmente tecnicista e descontextualizado de ensino que vem se mostrando pouco efetivo em formar profissionais capazes de atender às reais demandas em saúde da população brasileira. Uma das razões dessa inefetividade, seria a dificuldade de se compreender, dentro desse modelo extremamente fragmentado, os diversos determinantes sociais e culturais que produzem a saúde e o adoecimento nas coletividades humanas (Feuerwerker, 1998; Nascimento & Oliveira, 2006).

No fim da década de 1990 e início dos anos 2000, surgiram diversas iniciativas governamentais que buscaram ofertar vagas em programas multiprofissionais, com o objetivo de consolidar o trabalho em equipe e a integralidade do cuidado na formação de trabalhadores para o SUS (Brasil, 2006; Torres *et al.*, 2019). Nesse panorama, destacam-se os programas de residência multiprofissional em saúde (PRMS), voltados à especialização de diversas categorias profissionais, tendo a formação em serviço e a supervisão como estratégias formativas. Essa modalidade de especialização contribui na qualificação do profissional da saúde, proporcionando mudanças no modelo técnico-assistencial e uma maior valorização do trabalho em equipe, permitindo a construção de novos saberes entre as diferentes categorias profissionais (Casanova *et al.*, 2015, 2018).

No cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), consolidam-se os programas de residência multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), com seu enorme desafio de tencionar o sistema na direção de uma assistência que seja resolutiva perante a um complexo cenário de saúde, marcado por uma transição epidemiológica que contempla tanto uma agenda não solucionada de doenças infecciosas quanto a ascensão das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). É nesse contexto, complexo e desafiador, que os PRMFS se afirmaram como uma estratégia de formação que oportuniza a integração ensino-serviço-comunidade e que coloca os residentes em contato direto com a realidade de um território, solidificando as bases para um olhar profissional centrado no paciente, e possibilitando o desenvolvimento de uma postura crítica e reflexiva perante as iniquidades da realidade brasileira (Mendes, 2010; Nascimento & Oliveira, 2006).

Essa modalidade multiprofissional de formação se pauta na articulação dos conhecimentos específicos dos estudantes - quase sempre oriundos de um ensino fragmentado e descontextualizado - com a complexidade dos determinantes sociais e das tecnologias do cuidado da Estratégia Saúde da Família (ESF), estimulando a troca de saberes entre sujeitos com diferentes formações, o trabalho em equipe e a integração ensino-serviço-comunidade. Intenciona-se, assim, não somente a capacitação dos discentes, mas também a transformação dos serviços de saúde e a promoção de um fazer reflexivo nas equipes que os integram (Nascimento & Oliveira, 2006).

Discussões, que acontecem por mais de três décadas em nível global, enfatizam a importância da educação interprofissional (EIP) como uma estratégia que permite o desenvolvimento de competências para um efetivo trabalho em equipe, com impactos positivos e evidentes na qualidade da assistência e segurança dos pacientes. Em 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reforçou o seu comprometimento com a EIP, apontando a necessidade da sua ampliação em países com mercados desenvolvidos e com mercados subdesenvolvidos, visando à superação da fragmentação dos seus sistemas de saúde e o desenvolvimento de uma força de

trabalho organizada e pronta para agir frente às complexas demandas de saúde de suas populações (Reeves, 2016).

Como apontam Casanova, Batista e Ruiz-Moreno (2018), em um estudo em que analisaram 13 PRMS no estado de São Paulo, mesmo não havendo menção do termo EIP nos documentos institucionais da maioria dos programas, estes contemplam conceitos e práticas que se aproximam dessa modalidade de ensino, como na ênfase do desenvolvimento do trabalho em equipe centrado no paciente e no estímulo do aprendizado de competências colaborativas. Sendo que neste, apesar de os residentes compreenderem que os programas suprem adequadamente o seu desenvolvimento, eles também apontam diversos desafios a serem superados para que se possa efetivar, de fato, a interprofissionalidade nas residências.

No contexto da pandemia de covid-19, o processo de trabalho se altera substancialmente no cotidiano das instituições de saúde, impactando profundamente o dia a dia dos profissionais atuantes nos serviços, inclusive os que se encontram em atividades formativas, como os residentes multiprofissionais. Na Atenção Básica (AB), as mudanças necessárias passaram pela implantação de protocolos de manejo clínico, readequação dos espaços físicos, estratégias de redução de contágio e a reorganização das ações de outras naturezas, que não as do enfrentamento da covid-19.

Sendo assim, muitos profissionais precisaram rever substancialmente suas práticas. Entre eles, estavam os pertencentes ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), que possuíam atribuições voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, muitas delas por meio de atendimentos em grupo e ações extramuros (Silveira *et al.*, 2022). Os PRMSF, por atuarem na realidade desse cenário, precisaram, também, em grande medida, se adequar ao novo contexto, com a difícil missão de reorganizar as atividades práticas dos residentes a partir das novas demandas dos serviços, preservando a segurança dos seus integrantes e seu caráter formativo. Nesse sentido, em março de 2020, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) emitiu o Parecer Técnico n.º 106/2020 (Brasil, 2020), que tratou das recomendações aos programas de

residências uni e multiprofissionais em saúde, a fim de se adequar ao ensino e à assistência durante o momento excepcional da pandemia de covid-19. Entre outras questões, foram orientadas a suspensão das atividades teóricas presenciais, a manutenção das atividades práticas, com prioridade às ações de mobilização do setor da saúde na reorganização dos serviços, das redes e das políticas locais, além do estímulo à participação popular e ao controle social naquele momento.

### **Proposta de estudo sobre as experiências de uma turma de residentes**

O objetivo deste estudo foi compreender as experiências de uma turma de residentes multiprofissionais em Saúde da Família com a interprofissionalidade e com o atravessamento da pandemia de covid-19, no percurso formativo da residência. Sobre o conceito de experiência, nos apoiamos em Larrosa Bondía (2002, p. 21), que, a partir de uma forte convicção de que palavras produzem sentidos e criam realidades, examina cuidadosamente o termo em um diálogo com o mundo contemporâneo, no qual considera que "a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca". No seu texto, o autor explora a semântica dessa palavra, tanto nas línguas germânicas, quanto latinas, encontrando significados comuns na raiz *per*, que, por sua vez, remete à travessia e perigo.

Na língua grega, essa raiz está presente em *peiratês* (pirata), palavra na qual Larrosa Bondía (2002, p. 21) se fundamenta e interpreta: "o sujeito da experiência tem algo desse ser fascinante que se expõe atravessando um espaço indeterminado e perigoso, pondo-se nele à prova e buscando nele sua oportunidade, sua ocasião". Essa exploração nos interessa ao passo que enxergamos nos residentes esse sujeito que se expõe, que atravessa as incertezas das suas experiências formativas, que se coloca em perigo, tanto no sentido figurado quanto no literal, se pondo à prova nos cenários de prática com a coragem necessária que remete a esses sujeitos de outros tempos. É com essa imagem, que esperamos que o leitor acompanhe o nosso texto.

## Caracterização do estudo

O presente texto se caracteriza como um recorte dos resultados de uma pesquisa de mestrado de caráter qualitativo, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP). A pesquisa teve como cenário um PRMSF do interior do estado de São Paulo, oferecido desde 2003 por meio da parceria da universidade com a Secretaria Municipal de Saúde do município. Inicialmente, destinado apenas para médicos e enfermeiros, hoje, o programa contempla as seguintes categorias profissionais: Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. A turma escolhida para o estudo vivenciou, no seu segundo ano de residência (R2), o início e prolongamento da pandemia de covid-19. Destacamos, com isso, a singularidade desse grupo, que, no período do programa em que deveriam ser mais autônomos e atuantes nas unidades de saúde, se depararam com um dos maiores desafios da saúde coletiva contemporânea.

## Questões éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu em julho de 2020, e encontra-se registrado na plataforma Brasil pelo CAAE 33599420.2.0000.5411. Com a finalidade de preservar as identidades dos residentes, foram adotados nomes fictícios nas transcrições das falas, e todo o material bruto, contendo as falas e arquivos de mídia, foram deletados após a finalização da etapa de análise de dados. Os participantes participaram de forma voluntária da pesquisa por meio da assinatura digital de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual continha todas as informações da pesquisa, apresentadas por meio da plataforma Google Forms.

## Coleta de dados

Para a coleta de dados, foi realizado um grupo focal on-line pela plataforma Google Meet, com sete residentes da turma selecionada para o estudo. Esse grupo focal pôde ser definido como uma técnica da pesquisa qualitativa, que se utiliza de dinâmicas interacionais a partir de um grupo selecionado de participantes, permitindo com que a compreensão de percepções, discursos, crenças e atitudes sejam relacionadas a um tema específico (Kitzinger, 2008; Trad, 2009).

## Análise de dados

Após a transcrição das falas, o material seguiu por um percurso metodológico de abordagem qualitativa, denominado "interpretação dos sentidos", definido como uma proposta de análise e interpretação dos significados dentro das correntes compreensivas das Ciências Sociais. Esta busca ampliar a compreensão dos sentidos das falas e das ações para além dos limites da descrição e da análise dos conteúdos. E, assim, após a leitura compreensiva das falas, foi possível sistematizar um agrupamento de conteúdos que transmitisse ideias semelhantes, culminando com a produção das categorias temáticas emergentes (Minayo *et al.*, 2005).

## Resultados

Antes da apresentação das categorias temáticas, entendemos ser necessária uma visão mais panorâmica do estudo, pela qual o leitor possa vislumbrar as principais particularidades da investigação e dos seus sujeitos, assim, tendo uma melhor compreensão não só dos resultados, mas também do contexto em que foram produzidos.

Participaram da pesquisa sete residentes de uma mesma turma do PRMSF, que iniciaram a formação em março de 2019, com finalização em fevereiro de 2021.

Em relação ao gênero, seis eram do sexo feminino e um do sexo masculino. Quanto às categorias profissionais, quatro residentes eram da Enfermagem, um da Nutrição, um da Psicologia e um do Serviço Social. A maioria deles (seis) fez a graduação em universidades públicas. Com o intuito de caracterizar sinteticamente esse grupo, trazemos no Quadro 1 um resumo com essas e demais informações sobre os sujeitos da pesquisa.

Quadro 1 - Participantes do estudo segundo gênero, profissão e formação na graduação, 2023.

<b>Nome (fictício)</b>	<b>Gênero</b>	<b>Profissão</b>	<b>Universidade pública</b>	<b>EIP no currículo</b>
Camila	Feminino	Enfermeira	Sim	Sim
Joana	Feminino	Enfermeira	Sim	Sim
Juliana	Feminino	Enfermeira	Sim	Sim
Karina	Feminino	Enfermeira	Sim	Sim
Amanda	Feminino	Nutricionista	Sim	Não
Bruno	Masculino	Psicólogo	Sim	Não
Mónica	Feminino	Assistente Social	Não	Não

Fonte: Elaboração própria (2023).

A escolha por essa turma específica de residentes se deu em razão desse grupo ter vivenciado em seu segundo ano de residência o início e prolongamento da pandemia, o que possibilitou a investigação dos atravessamentos desse contexto em suas formações profissionais.

### **A residência: um espaço de luta, de construção**

Nessa categoria, trazemos as percepções dos residentes sobre suas experiências na residência, revelando um percurso formativo permeado por desafios e frustrações com o programa, mas que, de uma forma ou de outra, parece ter oportunizado aprendizados significativos e a construção de competências necessárias para o trabalho em equipe no âmbito da APS.

Nas falas abaixo, os residentes revelaram um sentimento de frustração com a organização das atividades da residência, em que tinham dificuldade de localizar a

intencionalidade e os objetivos pedagógicos daquilo que era proposto no campo prático, além de perceberem certo esvaziamento de momentos e discussões interprofissionais e de um aporte teórico coerente com o programa.

Então, um lugar que pra mim seria óbvio que tudo isso aconteceria [a interprofissionalidade], e não que a gente teria que brigar tanto pra estar junto, pra poder conversar, pra poder falar com as outras áreas [profissões], pra poder se ver todo mundo. Então, já me quebrou um pouco, assim, as expectativas ... [...] Obviamente, foi possível, mas eu acho que, pra mim, ficou muito a desejar em muitos sentidos. Eu tinha muito mais expectativas em relação ao trabalho interprofissional. (Joana - enfermeira).

Então, no primeiro ano, a gente estava com muito gás, e eu sentia muita vontade de fazer as coisas. E, aí, a gente era podado e cortado de todos os lados possíveis. [...] E, aí, no segundo ano, começou um negócio que eu sentia que, pra coordenação e pra preceptoria, era assim: "Olha, vocês podem", mas somente quando era conveniente para eles [...]. Então, eu sentia que as coisas... [um suspiro] Ninguém estava falando a mesma língua, inclusive a coordenação. Foi o que mais me frustrou na residência em geral. (Camila - enfermeira).

Bom, pra mim, foi um período de muito amadurecimento, mas foi muito frustrante, desde as primeiras semanas, a residência. Por diversos motivos. Nossa! Eu não sei por onde começar falando! [risos] Primeiro, a parte teórica. Eu senti que faltou muito pra gente sair como especialista em Saúde da Família. Então, a gente foi pro campo, desde o início, numa coisa muito solta. Eu cheguei ... Eu não sabia exatamente qual era o meu papel ali. (Monica - assistente social).

Diante dessas percepções negativas dos residentes em relação ao programa, entendemos ser necessário, antes de prosseguirmos com a apresentação dos resultados, um aparte. Precisamos fazer, aqui, como nos permite a metodologia qualitativa, uma certa inferência, de que as expectativas dos estudantes que buscam um programa de residência multiprofissional possam ser um tanto elevadas, e talvez, não condizente com a realidade histórica desses dispositivos de formação e de seus cenários de prática.

Nessa direção, trazemos Silva e Dalbello-Araújo (2020), que, em uma revisão bibliográfica de 25 artigos publicados entre 2010 e 2015 sobre os PRMS no país, apontam que essas produções confirmam a hegemonia do modelo biomédico e a precarização das condições de trabalho nos serviços de saúde. Esses fatores tencionam as relações dos residentes com os demais trabalhadores e com as coordenações dos

programas, gerando diversos questionamentos sobre suas formações e atuações nos serviços de saúde. Outro ponto que podemos destacar nas falas, é a percepção dos residentes sobre a carência de atividades no programa que tenham um propósito pedagógico claro de desenvolver a colaboração interprofissional, e de que essa dimensão do aprendizado, só acontecia, quando eles, residentes, buscavam desenvolver autonomamente atividades colaborativas em seus campos de atuação. A intencionalidade, como apontam Costa, Azevedo e Vilar (2019), é aspecto propositivo fundamental em projetos educacionais que visem à aquisição de competências colaborativas, o que, pelas percepções dos residentes, parece ter sido uma fragilidade importante no PRMSF.

Abaixo, trazemos mais percepções dos residentes sobre as fragilidades do programa, as quais também parecem alcançar um entendimento mais amplo sobre os constrangimentos político-estruturais sofridos pelo PRMSF e pelos serviços de saúde, assim como da corresponsabilização deles, residentes, na produção de seus percursos formativos.

E também tem a gente, né? A nossa falta de cultura, inclusive, enquanto... acho até de ser brasileiro, assim. Uma falta de cultura da gente se organizar, de fato, conseguir reivindicar mudanças. Então, assim, são vários aspectos: um pouco a gente; um pouco a gestão; um pouco o serviço. Eu acho que é um pouco de tudo. E, aí, vai ficando todo mundo meio cansado mesmo. Chega uma hora que você, sei lá, só quer que acabe mesmo. (Amanda - nutricionista).

E eu me sentia muito largada nos espaços. Às vezes, tinha estágio que eu sabia que eu estava ali só pra cumprir horas, assim, sabe; não fazia o menor sentido. Aí, na hora que eu começava a construir um sentido para aquele espaço, eu era tirada dali sem nenhuma justificativa. Então, são coisas que são construídas assim, distantes de nós, e não são faladas com a gente. Então, deixam de ter sentido. (Monica- assistente social).

Porque eu sinto assim: é um programa que não está estruturado, de fato. A gente não tem pessoas, inclusive, sendo até remuneradas adequadamente ou que tenham uma carga horária disponível, de fato, pra atuar, trabalhar, coordenar, fazer a gestão da residência. Então, não tem alguém ali que está, de fato, implicado no processo, na nossa formação. (Amanda - nutricionista).

A despeito de todas as dificuldades percebidas, os residentes entenderam que a residência oportunizou experiências interprofissionais exitosas e aprendizados significativos, inclusive em momentos e atividades que, a princípio, consideravam destituídos de sentido. Nas falas abaixo, trazemos suas percepções sobre esses momentos e o quanto os aprendizados foram, e continuam sendo, importantes para suas caminhadas profissionais:

E, aí, eu lembro que a nutri, que era da minha turma, a psicóloga e a assistente social, que eram minha R2, elas perguntavam, né: "mas você questionou sobre tal coisa?"; "o que você acha disso?". Então, tinha muita coisa que eu ficava: "meu Deus, eu nem pensei". Então, eu acho que as coisas se complementam assim. A dificuldade era realmente você saber o que tinha que fazer. E, aí, o maior aprendizado é você ter esses novos olhares, né, porque as coisas que a assistente social me apontava eu nunca tinha pensado. Então, eu acho que vai nesse sentido. [...] Eu acho que é justamente a gente sair um pouco da nossa caixinha, né. E, aí, a gente aprende com o outro o tempo inteiro. (Camila - enfermeira).

Partindo desse conceito [de Educação Interprofissional], eu acho que na minha residência inteira eu trago experiências exitosas. [...] Então, aprendi a fazer grupo na residência, junto com outras pessoas aqui e outros profissionais; aprendi sobre SUS; aprendi sobre saúde, sobre o cuidado humanizado. [...] Os agentes comunitários me ensinaram muito, as técnicas de enfermagem também. Sempre aprendendo [...] com residentes de outros programas também, com alunos que passavam por lá também. Então, nesse sentido de aprendizado com outros profissionais e com outras áreas, na residência inteira, eu não parei de aprender. (Bruno - psicólogo).

Eu acho engraçado pensar isso; eu concordo com o Bruno, quando ele fala que foi a residência toda a gente aprendendo. Eu acho que até nos cenários que a gente não se sentia tão... que não via tanto sentido nesses cenários. Ainda assim, a gente estava aprendendo. (Camila - enfermeira).

A interprofissionalidade e os dispositivos teórico-práticos do SUS, como a integralidade e o cuidado centrado no paciente, se mostraram valores centrais para os residentes, norteando suas práticas e suas lutas durante a residência. Abaixo, trazemos as falas que demonstram o protagonismo dos residentes na construção de suas formações e na busca por uma assistência qualificada aos usuários:

Eu acho que, assim, a potência da residência, na minha visão, nessa residência especificamente, nesse programa, é o residente, sem sombra de dúvidas. Assim, o que a gente tinha de mais rico era essa troca, esse contato com os residentes. Foi onde eu mais tive oportunidade de aprender. (Amanda - nutricionista).

Eu não sei se cabe, mas uma coisa que eu sinto falta, agora, estando no mundo do trabalho, era que, na residência, a gente agilizava muita coisa. E, aí, eu falo não na questão de o profissional, mas para o paciente, para o usuário, para a família. Então, eu sentia que a gente agilizava muito. Eu não sei como funcionava em outras unidades, mas na unidade [em] que eu estava, tinha uma demanda que "nossa, eu não sei resolver", na hora, eujá chamava outros residentes, e a gente conseguia fazer alguma coisa assim mais ágil, sabe? (Camila - enfermeira).

Eu acho que uma experiência que me marcou muito no segundo ano foi o NASF II [equipe autônoma de residentes organizados como Núcleo de Apoio à Saúde da Família]. Era pra gente construir um laço independente, e, mesmo no contexto da pandemia, a gente quis encarar isso, mesmo com todas as mudanças. E foi um espaço que eu acho que, como grupo, a gente se fortaleceu muito, de capacitar-se, um auxiliando o outro, e encarar vários desafios juntos. Acho que foi a experiência que mais me marcou no segundo ano de residência. (Mônica - assistente social).

Com essas falas, finalizamos essa categoria temática que apresentou as percepções dos residentes acerca das fragilidades e potencialidades da residência, no que diz respeito à interprofissionalidade e às práticas colaborativas nos ambientes de prática. As falas demonstraram que os residentes consideraram o programa frágil em relação à sua organização, à qual eles pouco se referiram sobre o incentivo para a realização de atividades coletivas e colaborativas e aporte teórico insuficiente, mas que, paradoxalmente, consideraram como um dos períodos da residência que mais proporcionou experiências e aprendizados significativos, especialmente em se tratando de competências essenciais para a efetivação do cuidado integral nos cenários do SUS.

Diante dessas contradições nas percepções dos residentes, precisamos evitar explicações reducionistas e simplificadoras que incorram em uma visão única do fenômeno, que, no nosso caso, seria uma residência fragilizada e desorganizada, que só se efetivaria a partir do protagonismo de seus residentes. O fato é que diversos são os atravessamentos e constrangimentos que ocorrem no percurso formativo dos

PRMSF, e o que essa categoria apontou nas falas dos residentes foi justamente essa complexidade.

Na próxima categoria, nos aprofundaremos na singularidade dessa turma, que atravessou - e foi atravessada - pelo contexto da pandemia no decorrer de seu percurso formativo.

### **Atravessados pela pandemia**

Nessa categoria temática, trazemos as percepções dos residentes sobre os atravessamentos da pandemia de covid-19 em suas formações. Suas falas apontam para o enfraquecimento e descaracterização do programa diante dos enormes desafios impostos pelo novo contexto, com algumas particularidades para os diferentes núcleos profissionais.

Nas falas abaixo, podemos localizar essas percepções dos residentes, que, por sua vez, consideraram ter havido uma falta de liderança da coordenação na pandemia, principalmente em seu início, o que é, de certa maneira, compreensível, mas que, pelo menos na visão desses sujeitos, parece ter se prolongado demasiadamente e contribuído para a desarticulação do programa e das suas atividades teórico-práticas, especialmente as de caráter interprofissional.

Eu dei uma boa afastada, como se tivesse virado uma chavinha do botão da residência, desligou por um tempo, principalmente no início,[...] eu senti a coordenação ainda mais distante, obviamente estava todo mundo muito perdido com a situação, mas ficamos sem esse norte da coordenação pelo menos [...]. Acho que a gente ficou sem se ver também, menos ainda [...].Então, para mim, descaracterizou muito a residência, eu me vi num outro papel, mais como trabalhadora mesmo. (Joana - enfermeira).

A coordenação se ausentou um pouco é eufemismo, se ausentou completamente grande parte da pandemia. Eu acho que ninguém sabia lidar no começo, mas não houve retomo, não houve volta, ficou muito perdido. (Bruno - psicólogo).

Perdeu totalmente o contato com outros residentes. A gente via os residentes que eram da nossa unidade, poucas vezes [...], mas, assim como a Joana disse, descaracterizou muito a residência, perdeu o sentido de residência multi. Era realmente um trabalho, um trabalho, não era mais especialização. (Juliana - enfermeira).

As falas dos residentes, além de evidenciarem uma desarticulação do programa na pandemia, apontam para uma questão que não é exclusiva desse contexto, mas, certamente, foi acentuada pelo cenário de emergência sanitária, que é o papel do residente de aluno-trabalhador. Na percepção dos residentes, o caráter emergencial da pandemia parece ter lhes deslocado para mais próximo do segundo polo, deixando os aspectos formativos, ainda mais, em segundo plano. Em suas falas, os residentes parecem compreender a necessidade desse deslocamento diante de uma convocação ao enfrentamento da pandemia, mas entendem que, em um segundo momento, poderia ter havido uma reorganização das suas atividades, considerando o novo cenário, mas também preservando as especificidades da formação e de seus saberes profissionais.

Nesse sentido, o que deveria ser a grande potência desse modelo formativo, o encontro do "mundo do ensino" com o "mundo de trabalho", parece ter sido uma dimensão não totalmente efetivada no PRMSF, especialmente no contexto da pandemia. Esse encontro se daria pela integração ensino-serviço, que, como coloca Rodrigues (2016, p 76), "[...] é compreendido pelo trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado envolvendo residentes, docentes e trabalhadores que integram as equipes".

Aprofundando na temática da integração ensino-serviço na formação dos residentes multi profissionais, trazemos Mello *et al.* (2018), que investiga essa dimensão a partir de um estudo qualitativo com docentes ligados a um PRMS. No artigo, os autores exploram a inserção dos residentes nos serviços de saúde, e evidenciam o papel central desses sujeitos na reorganização dos serviços e na melhoria da qualidade assistencial, apresentando, também, os principais obstáculos para essa efetivação, como a escassez de recursos humanos e a provisoriade desses sujeitos nos cenários de prática, o que acabou por dificultar sua integração com os trabalhadores e a efetivação do trabalho coletivo. Dessa forma, entendemos que as dificuldades apresentadas pelos residentes no contexto da pandemia guardam relação

com contingências estruturais mais amplas, anteriores mesmo ao período de emergência, transcendendo igualmente esse cenário local.

Abaixo, seguimos explorando os atravessamentos da pandemia nas atividades dos residentes, que, em suas falas, aprofundam suas percepções sobre as dificuldades e prejuízos trazidos pelo novo cenário, nos apresentando as particularidades dessa experiência a partir dos distintos núcleos profissionais que representam:

Eu acho que me vi muito mais mesmo no lugar de profissional do que de formação. Uma situação de emergência, que realmente precisava do meu trabalho enquanto enfermeira, enquanto profissional de saúde, mas que depois não foi se resgatando, assim, a residência. Eu acho que pra mim se perdeu muito. (Joana - enfermeira).

[...] Nós [R2] perdemos também; a gente tinha conseguido um encontro toda segunda-feira, que era algo que a gente vinha lutando muito pra conseguir, então a gente perdeu isso, e cada um ficou na sua unidade, no seu "cantinho". A gente perdeu a escola [estágio no programa Escola da Família]; a gente perdeu momentos em que nos reuníamos. Embora a residência não tenha parado em nenhum momento, eu acho que foi muito esse movimento que a Joana contou, da gente ter ficado, mesmo, mais individual. (Camila - enfermeira).

Sendo psicólogo, eu senti bastante uma cisão ainda maior, uma fragmentação ainda maior dos NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família], dos enfermeiros e dentistas, porque parece que o discurso biomédico ficou muito mais fortalecido durante a pandemia. Com razão em algum sentido, devido a crise sanitária e tudo mais. Por outro lado, olhando pra parte da Psicologia, a gente perdeu muito. A gente perdeu muito contato com os pacientes, eles não vinham mais [...]. Muitas unidades não tinham sala pra atender, e nas práticas interprofissionais parece que, assim, os "bloquinhos de carta" que a gente estava construindo até então, parece que foi tudo para o chão, assim. (Bruno - psicólogo).

Nas falas acima, fica evidente que, apesar dos distintos núcleos profissionais perceberem prejuízos nas atividades coletivas e interprofissionais, os relatos das residentes enfermeiras denotam que essa categoria foi solicitada a atuar na pandemia de forma individual, e dentro do escopo de atuação previsto para esse núcleo. Entretanto, assim como o residente psicólogo - que percebe na pandemia um maior distanciamento entre as categorias profissionais, com uma desvalorização das profissões menos aderentes ao discurso biomédico-, a residente nutricionista também

se percebeu deslocada nos momentos iniciais e mais agudos da crise sanitária, tendo que atuar em atividades, a seu ver, desqualificadas e destituídas de sentido. Abaixo, trazemos suas percepções sobre esse contexto:

A gente até estava até chamando ali, de alguma forma, de "linha de frente", mas a gente não era de fato. Pelo menos eu vou falar em nome da nutrição aqui. A nutrição não era necessária na pandemia ali. Foram suspensos os atendimentos dos programáticos por um tempo, então não tinha demanda assim. Então, a gente ia pra unidade e, claro, numa perspectiva de tentar "vestir a camisa" e ajudar no que fosse preciso, mas aí era assim, "cortar mosquitinho", sabe, ou ficar na porta, e também não de uma forma qualificada, era uma coisa meio fica na porta pra cumprir ali uma necessidade que às vezes também a gente não via muito sentido. A gente ficar na porta... atender telefone, umas coisas assim, que você fala: [pausa] "bom". Enfim, só os residentes, os profissionais da unidade, não. Então, era umas coisas meio... [...] parece que [para] cobrir buracos ali [...]. E, aí, eu deixei de ser nutricionista por uns tempos. Então, eu já estava ficando angustiada, a ponto de falar: "E aí?". (Amanda - nutricionista).

Para melhor compreender as falas dos residentes acerca dessas novas contingências em suas formações, precisamos contextualizar uma questão central na experiência desses sujeitos nos cenários de prática, que é o papel da APS no contexto da pandemia. Diante de seus atributos essenciais, o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, a APS, por meio de sua lógica assistencial familiar e comunitária, é *locus* privilegiado para o enfrentamento da pandemia e de seus agravos à saúde da população (Sarti *et al.*, 2020). Diversas ações, para além da atenção aos casos suspeitos/confirmados de covid-19, são possíveis e esperadas nesse cenário, no qual a APS tem condições de atuar na elaboração de novas estratégias de promoção e prevenção em saúde (Silveira *et al.*, 2022).

Na fala abaixo, a residente enfermeira sintetiza sua leitura sobre o desempenho da residência multiprofissional na pandemia, considerando que as fragilidades anteriores ao período de emergência contribuíram para a desorganização do programa no novo contexto: "[...] Porque o programa já estava fragilizado antes da pandemia. Se ele tivesse fortalecido, talvez não tivesse perdido tantas coisas." (Joana - enfermeira).

Com o prolongamento da pandemia, algumas experiências exitosas surgem nos cenários de prática dos residentes. Na fala abaixo, a residente enfermeira percebe uma reorganização da equipe em sua unidade, com avanços na integralidade do cuidado em casos mais complexos, que talvez, antes, ficariam inviabilizados pela normalização das demandas cotidianas do serviço.

[...]Eu fui me inserindo na unidade cada vez mais. E, aí, à medida que ia passando e as rotinas iam se adaptando à pandemia, né, [...] conseguimos [equipe] ter um olhar mais integral para determinados casos que exigiam mais cuidado, em casos pontuais, eu acho. Mas a gente conseguiu ser mais Saúde da Família do que antes que era só tocar demanda, sabe? Mas, mesmo assim, perdeu totalmente o contato com outros residentes. (Juliana - enfermeira).

A fala da residente denotou a efetivação da dimensão integração en-serviço na repactuação das práticas da equipe ESF no novo cenário, e, mesmo que não explicitamente, apontou para uma atuação interprofissional e colaborativa da equipe diante de casos mais complexos, em que se localiza nos significantes "ter um olhar mais integral" e "ser mais Saúde da Família" a assunção de uma identidade coletiva da equipe fundamentada em princípios norteadores do SUS e da ESF.

Outra experiência positiva, encontrada nas falas dos residentes, foi o uso das tecnologias digitais no cenário da pandemia, que, como apontam Medina *et al.* (2020), teve papel fundamental para a manutenção do cuidado na APS, em que recursos, como o WhatsApp e outras ferramentas de comunicação on-line, possibilitaram a continuidade de diversas ações individuais e coletivas no contexto da emergência sanitária.

Nesse sentido, a residente nutricionista considerou o desenvolvimento de um grupo interprofissional on-line uma experiência positiva no decorrer da pandemia, além de considerar o retomo das atividades presenciais com os colegas um ponto de resgate do sentido da residência. Contudo, ela considerou que sua formação não se adequou às especificidades do seu núcleo profissional no contexto da pandemia.

Acho que tiveram algumas experiências que a gente depois se propôs a fazer. A gente se propôs a fazer um grupo online, por exemplo, que, aí, tinha Psicologia e Nutrição, por exemplo. E, aí, a gente foi tentando criar alguns espaços. E, depois, a experiência do "NASF Residentes", no segundo semestre, que, aí, deu aquele sabor novamente de residência. Então, eu acho que teve essa experiência. Mas, na minha visão, eu não senti que a minha formação - vamos dizer assim - se adequou para o contexto de pandemia. (Amanda - nutricionista).

A partir das falas dos residentes, podemos considerar, então, que a pandemia trouxe muitos prejuízos para a formação desses sujeitos e que, apesar destes terem relatado algumas experiências positivas no contexto emergencial, no geral, esse período foi permeado por dificuldades e por um sentimento de abandono das dimensões formativas do programa. A chegada da pandemia parece ter agravado fragilidades que já faziam parte do cotidiano da residência, tomando ainda mais difícil a reorganização das atividades nos cenários de prática.

### **Considerações finais**

O presente trabalho buscou compreender as experiências de uma turma de residentes multiprofissionais em Saúde da Família com a interprofissionalidade, nas quais, como em uma espécie de sobrevoos pelo percurso da residência e com um olhar atento às suas percepções enquanto sujeitos individuais e coletivos, foi possível destacar os atravessamentos da pandemia naquele contexto. Nesse caminho, foi possível evidenciar dificuldades de diversas ordens em seus percursos formativos e correlacioná-las com contingências político-estruturais dos sistemas de formação em saúde e da gestão do SUS, especialmente da AB.

Consideramos, dessa forma, fica evidente que, embora haja um eixo comum de formação na residência, no qual os residentes de distintas profissões partilham atividades teóricas e práticas, as experiências formativas são muito diferentes, a depender do núcleo profissional que olhamos. Essa problemática perpassa pela dificuldade de se encontrar nos serviços preceptorias qualificadas para todos os núcleos, e pelo histórico de cada profissão na saúde coletiva, que difere muito para cada categoria. Mas é comum a percepção de que ainda falta, nesses programas, mais

estímulos às práticas colaborativas e interprofissionais e uma maior coerência do currículo com as bases teóricas da Saúde da Família.

No entanto, apesar dos residentes apontarem muitas falhas na estrutura e organização do programa, estes, perceberam que a formação na residência possibilitou aprendizados interprofissionais significativos ao permitir uma troca constante de conhecimentos teóricos e práticos entre os residentes, profissionais das equipes e demais educandos que passaram pelos cenários de prática. Compreenderam, então, que são eles, residentes, a grande força motriz da residência, não localizando, na grande maioria das vezes, a intencionalidade pedagógica por trás das atividades e demandas a eles endereçadas.

Essa problemática suscita-nos duas interpretações, não necessariamente excludentes: por um lado, é parte indissociável desse tipo de formação em serviço se deparar com inúmeros constrangimentos no seu percurso, inclusive os que recaem sobre as universidades e organização do programa, sendo também, esses constrangimentos, elementos centrais para o aprendizado que se dá na realidade dos serviços públicos brasileiros. Por outro, tais questões também sinalizam fragilidades específicas desse tipo de programa, especialmente relacionadas ao seu modelo organizacional e à qualidade da comunicação entre residentes, corpo discente-assistencial e a coordenação.

Essas fragilidades, na percepção dos residentes, foram acentuadas com a chegada da pandemia, quando, apesar das experiências exitosas pontuais, no geral, perceberam um enfraquecimento das práticas interprofissionais e colaborativas e uma não adequação das suas atividades ao novo contexto. Por fim, o presente estudo permitiu uma melhor compreensão sobre suas experiências com a interprofissionalidade ao longo da residência, explorando também os atravessamentos da pandemia em seus cotidianos enquanto alunos-trabalhadores nos cenários de prática da APS. Além de responder aos objetivos propostos em sua idealização, esta pesquisa ensejou, enfim, uma dimensão singular, ao registrar memórias de jovens

que vivenciaram o enfrentamento de uma emergência sanitária da magnitude que foi a da pandemia de covid-19.

## Referências

- Brasil. (2006). *Residência multiprofissional: Experiências, avanços e desafios*. Ministério da Saúde.
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2020). *Recomendação nº018, de 26 de março de 2020*. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 106/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da Doença por Coronavírus - COVID19. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/recomendacoes/2020/recomendacao-no-O18.pdf/view>
- Casanova, I. A., Batista, N. A., & Ruiz-Moreno, L. (2018). A educação interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 22, 1325-1337.
- 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.
- Costa, M. V., Azevedo, G. D., & Vilar, M. J. P. (2019). Aspectos institucionais para a adoção da educação interprofissional na formação em enfermagem e medicina. *Saúde em Debate*, 43, 64-76.
- Feuerwerker, L. (1998). Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 2(3), 51-71.
- Kitzinger, C. (2008). Developing feminist conversation analysis: A response to Wowk. *Human Studies*, 31, 179-208.
- Larrosa Bondía, J. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, (19), 20-28.
- Medina, M. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Mendonça, M. H. M., & Aquino, R. (2020). Atenção Primária à Saúde em tempos de covid-19: O que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, 36(8), e00149720.
- Mello, A. L., Terra, M. G., Nietzsche, E. A., Siqueira, D. F., Canabarro, J. L., & Amemann, 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.
- Mendes, E. V. (2010). As Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305.
- Minayo, M. C. S., Assis, S. G., & Souza, E. R. (org.). (2005). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Fiocruz.
- Nascimento, D. D. G., & Oliveira, M. A. C. (2006). A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: Considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10(4), 435-439.

- Reeves, S. (2016). Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), 185-196.
- Rodrigues, T. F. (2016). Residências multiprofissionais em saúde: Formação ou trabalho? *Serviço Social e Saúde*, 15(1), 71-82.
- Sarti, T. D., Lazarini, W. S., Fontenelle, L. F., & Almeida, A. P. S. C. (2020). Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela covid-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(2), e2020166.
- Silva, C. A., & Dalbello-Araujo, M. (2020). Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: O que mostram as publicações. *Saúde em Debate*, 43, 1240-1258.
- Silveira, T. Z., Teixeira, M. B., & Brandão, A. L. B. (2022). O papel da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19: Potência e desafios da formação Multiprofissional. In Teixeira, M. B., Brandão, A. L., & Casanova, A. *Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia de covid-19: A experiência da residência multiprofissional em saúde da família* (pp. 33-51). Rede Unida.
- 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: Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170691.
- Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: Conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 777-796.

## LISTA DE AUTORES

**Alciero Martins da Paz** Odontóloga, mestra em saúde pública, vice-coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, da Secretaria Municipal de Saúde de Recife, Pernambuco. alcieros.paz@recife.pe.gov.br

**Alexsandro de Melo Laurindo** Bacharel em Saúde Coletiva, especialista residente em Saúde do Campo, residente em Planejamento e Gestão em Saúde, pesquisador do Observatório de Análise Política em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia. alexs.melolaurindo@gmail.com

**Amanda Bonner Peixoto Câmara** Assistente Social, especialista em Atenção Hospitalar, assistente social do Hospital de Retaguarda em Neurologia, Recife/PE. bonnerabpc@gmail.com

**Amanda Cardoso Bonna Galvani** Cirurgiã-dentista, residente multiprofissional em Saúde da Família no Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação do Espírito Santo. amy.bonna95@gmail.com

**Amanda Moraes Polati** Enfermeira, mestra em Saúde Coletiva. amandapolati07@gmail.com

**Ana Elizabete Jacob Pedrosa** Cirurgiã-dentista, especialista residente em Saúde da Família, coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco. aejpedrosa@yahoo.com.br

**Ângela Catarina Inácio Costa de Andrade** Enfermeira, especialista residente em saúde da família, mestra em educação profissional em saúde, enfermeira na Estratégia Saúde da Família em Recife/PE. angelacontato@yahoo.com.br

**Beatriz de Oliveira Fabiano** Enfermeira, especialista residente em Saúde Coletiva, chefe do Núcleo de Integração Gestão-Ensino-Serviço-Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes/PE. beatrizdeoliveirafab@gmail.com

**Bruna Maria Bezerra de Souza** Enfermeira, mestra em Gestão e Economia da Saúde, coordenadora da Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar, Hospital Regional Dom Moura. brunabsouza77@gmail.com

**Bruno Gonçalves Gavião** Assistente social, especialista em Saúde da Família, mestrando em Serviço Social, membro do colegiado do Fórum Nacional de Residentes em Saúde no período 2021-2022.  
assistentesocialbrunogaviao@gmail.com

**Carolina Outra Degli Esposti** Cirurgiã-dentista, doutora em Saúde Pública, professora adjunta e docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. carolina.esposti@ufes.br

**Carolina Siqueira Mendonça** Psicóloga, mestra e doutora em Saúde Coletiva, servidora da Prefeitura Municipal de Lençóis Paulista/SP, professora substituta da Universidade Estadual Paulista. carolina.s.mendonca@unesp.br

**Célia Márcia Birchler** Assistente social, mestra em Saúde Coletiva, servidora da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 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

**Cilene Sebastiana Braga Lins** Assistente Social, doutora em Política Social, professora adjunta da Universidade Federal do Pará. cilene@ufpa.br

**Cindy Avani Silva Ceissler** Cirurgiã-dentista, mestra em Saúde Coletiva, doutoranda em Saúde Pública, analista em Educação na Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. cindyceissler@gmail.com

**Cláudia Edlaine da Silva** Psicóloga, residente em Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes/PE. claudiaedlainny@gmail.com

**Cláudia Gomes Rossoni** Assistente social, mestra em Saúde Coletiva, professora da Escola Superior de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.  
claudia.rossoni@emescam.br

**Cláudia Maria da Silva Vieira** Profissional de Educação Física, mestra em Ciências e Saúde, doutoranda em Saúde Coletiva, professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão, Campus de Pedreiras. claudia.vieira@ifma.edu.br

**Daguiá Edna Silva de Medeiros** Profissional de Educação Física, especialista residente em Atenção Básica.ednnamedeiros93@gmail.com

**Daniela Cristina Grégio d'Arce Mota** Psicóloga, doutora em Ciências da Saúde, professora da Universidade Estadual de Maringá, coordenadora-adjunta do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência.  
dcgdmota@uem.br

**Daniele Almeida Duarte** Psicóloga, doutora em Psicologia, professora associada da Universidade Estadual de Maringá, docente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência. daduarte@uem.br

**Dara Andrade Felipe** Psicóloga, especialista residente em saúde da família, mestra e doutoranda em saúde pública.dara.andradef@gmail.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

**Éder dos Santos Braz** Bacharel em Comunicação Social - Publicidade e Propaganda, mestrando em Antropologia Social, artista visual e pesquisador na área de imagem, raça e campo. ebrazz@icloud.com

**Elaine Rocha Correa** Psicóloga, mestra em Ensino em Ciências da Saúde, servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Santos/SP, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde.  
elaine.correa@yahoo.com.br

**Eliana Goldfarb Cyrino** Médica, mestra e doutora em Pediatria, professora titular da Universidade Estadual Paulista. eliana.goldfarb@unesp.br.

**Eliane da Silva Pinto** Assistente Social, especialista residente em Saúde do Idoso, mestra em Serviço Social, servidora do Hospital Amazônia, Belém/PA.  
elianepintoss@gmail.com

**Emmanuel Matheus de Oliveira Matos** Odontólogo, mestre em Odontologia, servidor da Secretaria Municipal de Saúde, Recife/PE. emmanoelmatos@yahoo.com

**Emmanuelly Correia de Lemos** Profissional de Educação Física, especialista em Saúde Coletiva, doutora em Educação Física, servidora da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. emmanuelly.lemos@upe.br

**Fabiana Maria de Aguiar Bello Marques** Terapeuta Ocupacional, mestra e doutoranda em Saúde Pública, coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Recife/PE.  
bellobabi27@gmail.com

**Fernando de Lima** Profissional de Educação Física, especialista em Saúde do Campo, mestrando em Educação Física. fernando.lima2@ufpe.br

**Giovanna Samara Lima de Araújo** Bacharel em Saúde Coletiva, membro integrante da coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes/PE. giovannasamara.gs@gmail.com

**Jéssica Silva de Oliveira** Assistente social, especialista residente em Atenção Básica.  
jessica.silvaoliveira@outlook.com

**Joanis Silva Trindade** Enfermeira, residente em Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes/PE. jotrinndade@gmail.com

**José Edmilson Silva Gomes** Fisioterapeuta, mestre e doutorando em Saúde Coletiva, tutora nos programas de residência multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará. edmilson.gomes@aluno.uece.br

**José Wellington de Oliveira** Psicólogo, especialista em Psicologia Jurídica e Avaliação Psicológica, coordenador do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas de Garanhuns/PE. wellingtonpsi83@gmail.com

**Julia Fabres do Carmo** Fisioterapeuta, mestra em Saúde Coletiva, servidora da Prefeitura de Vitória/ES. juliafabresdocanno@gmail.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

**Kaili da Silva Medeiros** Enfermeira, especialista residente em Atenção Hospitalar. kailismedeiros@gmail.com

**Karla Adriana Oliveira da Costa** Nutricionista, especialista residente em saúde da família, mestra em saúde da criança e do adolescente, doutora em Saúde Pública. karlacostanutri@gmail.com

**Karolina de Cássia Lima da Silva Duarte** Bióloga, mestra em Saúde Pública, coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Saúde de Recife/PE. karolina@recife.pe.gov.br

**Kellyane Pereira Santos** Psicóloga, especialista residente em Urgência, Emergência e Trauma, mestra em Saúde Pública, coordenadora de Educação Profissional na Escola de Saúde Pública de Pernambuco. kellyanepereirasantos@gmail.com

**Laryssa Francis Silveira de Oliveira** Cirurgiã-dentista, residente multiprofissional em Saúde da Família, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação. oliveirabsf2010@gmail.com

**Laura Inez Santos Barros** Fisioterapeuta, residente em Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes/PE. [laura.inezsb@gmail.com](mailto:laura.inezsb@gmail.com)

**Laura Iumi Nobre Ota** Profissional de Educação Física, especialista residente em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, mestra em Ciências, coordenadora e preceptora da Residência Multiprofissional em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza, Universidade de São Paulo. [lauraiumi@gmail.com](mailto:lauraiumi@gmail.com)

**Laurianna Alexandrina Neves de Souza Vieira** Enfermeira, especialista residente em Saúde do Campo, membro do colegiado do Fórum Nacional de Residentes em Saúde 2021-2023, mestranda em Saúde Coletiva. [enfermeira.laurianna@gmail.com](mailto:enfermeira.laurianna@gmail.com)

**Leandro Augusto Espósito Câmara** Profissional de Educação Física, especialista residente em Saúde da Família, mestre em Saúde Coletiva, servidor do Hospital das Clínicas, Universidade Estadual Paulista. [leandro.camara@unesp.br](mailto:leandro.camara@unesp.br)

**Leilson Lira de Lima** Enfermeiro, doutor em Cuidados Clínicos, professor universitário e coordenador da Clínica Escola de Atenção Primária, do Centro Universitário Christus. [leilson.lima@unichristus.edu.br](mailto:leilson.lima@unichristus.edu.br)

**Lilian Bertanda Soares** Enfermeira, especialista em Saúde da Família, mestranda em Saúde Coletiva, enfermeira na Prefeitura Municipal de Vitória e docente do Centro Universitário Espírito Santense da Faculdades Integradas Espírito-Santenses (FAESA). [lilian.soares@edu.ufes.br](mailto:lilian.soares@edu.ufes.br)

**Lissany Braga Gonçalves** Assistente social, especialista em preceptoria multiprofissional na área da saúde, mestra em Serviço Social, servidora do Hospital Universitário João de Barros Barreto, Universidade Federal do Pará. [lissocial@hotmail.com](mailto:lissocial@hotmail.com)

**Lívia Milena 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, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde. [livia.me@ufpe.br](mailto: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](mailto:lorrainycsolano@yahoo.com.br)

**Lucas da Costa Brandão** Assistente Social, especialista residente em Serviço Social e Saúde, mestrando em Informação e Comunicação em Saúde, membro do colegiado do Fórum Nacional de Residentes em Saúde (2021-2023). [brandao\\_lcs@hotmail.com](mailto:brandao_lcs@hotmail.com)

**Lucélia Malaquias Cordeiro** Enfermeira, mestra em Cuidados Clínicos.  
[luceliacordeiro@gmail.com](mailto:luceliacordeiro@gmail.com)

**Lucienne Pereira Toledo Torres** Odontóloga, mestre em Odontopediatria, tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação, servidora da Prefeitura Municipal na Serra/ES.  
[luciennetoledo@gmail.com](mailto:luciennetoledo@gmail.com)

**Luís Henrique Dantas Mendes** Nutricionista, especialista em Atenção Hospitalar.  
[kchan.luis@gmail.com](mailto:kchan.luis@gmail.com)

**Luiz Miguel Gomes Barbosa** Nutricionista, mestre em Ciências da Saúde, analista técnico pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Direitos Humanos, Juventude e Política sobre Drogas de Recife/PE. [luiz.miguel@discente.univasf.edu.br](mailto:luiz.miguel@discente.univasf.edu.br)

**Luiza Carla de Melo** Terapeuta Ocupacional, especialista residente em Saúde do Campo, mestranda em Saúde Pública, pesquisadora na área de saúde, ambiente e trabalho, com atuação na área cultural, social e da comunicação. e-mail:  
[luiza.carlamelo@gmail.com](mailto:luiza.carlamelo@gmail.com)

**Margareth Pandolfi** Cirurgiã-dentista, doutora em Saúde Coletiva e tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. [margareth.pandolfi@hotmail.com](mailto:margareth.pandolfi@hotmail.com)

**Maria da Guia da Silva Monteiro** Assistente Social, especialista em Saúde Mental, mestra em Serviço Social.daguia.monteiorow17@gmail.com

**Maria Eliana Peixoto Bessa** Enfermeira, mestra e doutora em Enfermagem, professora substituta da Universidade Federal do Ceará.elianapbessa@gmail.com

**Maria Gorethe Alves Lucena** Enfermeira, mestra em Avaliação em Saúde, enfermeira assistencial no Hospital Regional Dom Moura e no Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco, graduanda de medicina.g3lucena@gmail.com

**Maria Rocineide Ferreira da Silva** Enfermeira, doutora em Saúde Coletiva, professora da Universidade Estadual do Ceará, Coordenadora-Geral de Articulação Interfederativa e Participativa, do Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa, da Secretaria Executiva, do Ministério da Saúde. rocineide.ferreira@uece.br.

**Maria Simone Gomes de Lima** Fisioterapeuta, residente em Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes/PE. mariasimonefisio@gmail.com

**Mariane Kauz Liu** Psicóloga, especialista em Urgência e Emergência, psicóloga no Centro de Atenção Psicossocial III, Secretaria Municipal de Saúde de Maringá/PR. marianekliu@gmail.com

**Marília Gabriela Dantas Felix** Artista, MC da Batalha do Gueto de Currais Novos/RN. mariliacomunicacaodigital@gmail.com

**Marina Fenício Soares Batista** Terapeuta ocupacional, especialista em Saúde da Família, mestranda em Terapia Ocupacional, analista em saúde na Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. marinafenicio@gmail.com

**Mateus dos Santos Brito** Fisioterapeuta, especialista residente em Saúde do Campo, mestrando em Saúde Coletiva, aluno do "Certificado em Estudos Afro-Latino-Americanos" (cursos na modalidade virtual, de desenvolvimento profissional, dedicados ao estudo das experiências, histórias, contribuições e desafios da população

afrodescendente na América Latina, desde a época colonial até o presente) do Instituto de Pesquisas Afro-Latino-Americanas, do Hutchins Center, da Universidade de Harvard, ativista do Coletivo Nacional de Saúde Quilombola. mateusbrito@ufba.br

**Monique Pfeifer Rodrigues da Silva** Psicóloga, especialista residente em Atenção Básica, mestra em psicologia. pfeifer.silva@ufrn.br

**Nathalia Franco Macedo** Assistente Social, especialista residente em Atenção Primária à Saúde, mestra em Serviço Social e Políticas Sociais. n.macedo@unifesp.br

**Nayara Callegari de Andrade** Enfermeira, especialista em Atenção Primária à Saúde, Enfermagem do Trabalho e Enfermagem em Centro Cirúrgico, mestra em Saúde Coletiva, enfermeira assistencial no Hospital Universitário Cassiano Antônio Morais, Vitória/ES. nayaracallegari.nn@gmail.com

**Nayara Furbino Machado** Cirurgiã-dentista, residente multiprofissional em Saúde da Família, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação. nfurbino@hotmail.com

**Nicole Caroline Nascimento da Silva Carvalho** Profissional de Educação Física, especialista em Saúde do Campo, mestra em Educação Física. nicole.caroline@upe.br

**Paulette Cavalcanti de Albuquerque** Médica, especialista residente em medicina preventiva e social, doutora em Saúde Pública, professora e pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco e da Universidade de Pernambuco. paulette.cavalcanti@gmail.com

**Pedro Carlos Silva de Aquino** Profissional de Educação Física, especialista residente em Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes/PE. pedrocarlos140698@gmail.com

**Pedro Miguel dos Santos Neto** Médico, especialista residente em Medicina Preventiva e Social, mestre e doutor em Saúde Pública, diretor do Instituto Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz/PE. pedro.neto@fiocruz.br

**Priscila Rocha Duque** Médico Veterinário, especialista residente em Saúde Coletiva, assessora técnica em saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.  
priscilard.ufrpe@gmail.com

**Rachel Bicalho de Lima** Farmacêutica, mestra em Saúde Coletiva, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. chelbicalho@gmail.com

**Raissa Herold Matias Richter** Terapeuta Ocupacional, especialista em Saúde Pública, mestra e doutoranda em Terapia Ocupacional, preceptora na formação em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, área técnica de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. raissa.hmr@gmail.com

**Raphaella Karla de Toledo Solha** Enfermeira, especialista em Designer Instrucional, mestra em Ciências, analista de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. rksolha@prefeitura.sp.gov.br

**Renata Ferreira Tiné** Enfermeira, mestra em Saúde Pública, vice-coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde, Recife/PE. renatatine@hotmail.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 Massuda Oyama** Psicólogo, mestre em Saúde Coletiva, pesquisador.  
ricardo.oyama@unesp.br

**Roselania Francisconi Borges** Psicóloga, pós-doutora em psicologia, professora da Universidade Estadual de Maringá e tutora do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência. rfborges@uem.br

**Sabrina Coppo Santos** Cirurgiã-dentista, residente multiprofissional em Saúde da Família, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde.  
sabrincoppo Santos@gmail.com

**Taismane Clarice Coimbra Ricci Vieira Schiavo** Assistente social, mestranda em Gestão da Clínica, servidora da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.  
taismaneclarice@gmail.com

**Taynara Poliana Gonçalves de Melo** Profissional de Educação Física, especialista residente em Saúde Mental e em Saúde do Campo, mestranda em Hebiatria.  
taynara.melo@upe.br

**Teima Maria Albuquerque Gonçalves de Melo** Psicóloga, sanitarista, doutora em Psicologia, coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco.  
telmaagmelo@gmail.com.

**Thaiara Dornelles Lago** Farmacêutica, especialista em Saúde do Campo, mestra em Saúde Coletiva, atua como realizadora audiovisual nas áreas da saúde, cultura e comunicação. thaiaradlago@gmail.com

**Thayná de Oliveira Carvalho** Nutricionista, especialista residente em Saúde da Família e em Gestão em Saúde, participante do colegiado do Fórum Nacional de Residentes em Saúde, período 2021-2022, servidora técnica da Universidade Federal de Uberlândia. thaynadeoliveiracarvalho@hotmail.com

**Valesca de Sousa Brito** Assistente Social, mestra em Saúde Pública, assessora de projetos educacionais na Diretoria de Educação Permanente e Profissional em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. sousavalesca7@gmail.com

**Vilma Dornelas da Silva** Psicóloga, mestra em Saúde Coletiva, analista em saúde na Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. vildornelas@gmail.com

**Vitória Silva de Aragão** Enfermeira, especialista residente em Saúde Mental Coletiva, mestranda em Saúde Coletiva. vitória.aragao@aluno.uece.br

**Willian Fernandes Luna** Médico, especialista residente em Medicina de Família e Comunidade, doutor em Saúde Coletiva, professor da Universidade Federal de São Carlos. [willianluna@ufscar.br](mailto:willianluna@ufscar.br)

**Yasmim dos Reis Natalino** Cirurgiã-dentista, residente multiprofissional em Saúde da Família, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. [yasmim.reisn@gmail.com](mailto:yasmim.reisn@gmail.com)

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acolhimento: 195, 256, 387

Acompanhamento: 422

Atenção Básica: 12, 22, 25, 48, 50, 57, 83, 96, 98, 109, 133, 134, 135, 196, 197, 198, 199, 200, 203, 206, 211, 213, 216, 218, 219, 220, 221, 224, 225, 226, 227, 293, 336, 345, 360, 391, 438, 463, 481, 483, 484, 489

Atenção Primária à Saúde: 12, 62, 63, 65, 69, 78, 80, 81, 83, 88, 95, 96, 98, 108, 109, 117, 118, 123, 125, 138, 210, 216, 217, 231, 235, 246, 247, 320, 353, 355, 356, 362, 365, 366, 423, 462, 479, 480, 484, 489

### B

Brasil Conta Comigo: 87, 94, 386, 443, 458

### C

Campanha de Vacinação: 317

Comunicação: 62, 77, 78, 125, 136, 157, 158, 177, 183, 194, 210, 270, 271, 279, 292, 306, 332, 334, 349, 365, 366, 403, 438, 479, 480, 483, 487

### E

Educação em Saúde: 266, 304, 490

Estratégia Saúde da Família: 61, 66, 80, 83, 94, 95, 97, 132, 133, 134, 135, 197, 235, 243, 247, 292, 352, 358, 366, 403, 423, 438, 439, 462, 481

Estresse: 279, 280, 304

### F

Fórum Nacional de Residentes: 19, 20, 368, 370, 377, 379, 380, 386, 387, 444, 445, 482, 486, 487, 491

### G

Gestantes: 72

Gestão: 28, 33, 41, 45, 46, 69, 176, 177, 194, 266, 279, 283, 292, 324, 335, 374, 387, 388, 390, 404, 459, 460, 481, 482, 485, 486, 488, 491

Grupos: 145, 366, 367, 480

### J

Juventude: 19, 26, 77, 125, 338, 385, 458, 487

## **M**

Mãos Solidárias: 341, 349  
Medo: 292, 409  
Multiprofissionalidade: 157

## **P**

Planejamento: 69, 78, 282, 285, 291, 293, 438, 481  
PPR: 35, 80, 81, 82, 87, 89, 91, 93, 448  
Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: 83, 196, 197, 486, 490  
Projeto Pedagógico de Residência: 80, 132, 133, 264, 267, 448  
Projeto Terapêutico: 154  
Promoção da Saúde: 78, 265, 421  
PSE: 71, 435

## **Q**

Quilombola: 315, 317, 489

## **R**

Resistência: 243, 244

## **S**

Saúde Bucal: 85, 254, 362, 423, 438  
Saúde Coletiva: 25, 28, 29, 45, 62, 109, 117, 125, 126, 128, 141, 198, 227, 228, 244, 263, 266, 267, 278, 280, 292, 293, 308, 321, 352, 366, 367, 368, 369, 403, 404, 422, 438, 439, 465, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492  
Saúde da Família: 52, 65, 66, 77, 78, 80, 81, 84, 86, 95, 97, 98, 115, 120, 128, 131, 132, 133, 134, 135, 157, 213, 214, 216, 218, 219, 220, 222, 223, 232, 233, 234, 243, 245, 248, 280, 306, 311, 316, 321, 351, 352, 353, 354, 355, 358, 363, 365, 387, 392, 407, 410, 415, 416, 418, 422, 423, 426, 462, 463, 464, 468, 471, 474, 476, 477, 478, 481, 482, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492  
Saúde Mental: 23, 25, 89, 120, 122, 128, 216, 217, 248, 296, 336, 337, 338, 341, 342, 348, 349, 351, 352, 353, 354, 356, 358, 365, 407, 414, 419, 488, 490, 491  
Saúde Pública: 13, 22, 24, 25, 28, 32, 45, 62, 81, 94, 109, 120, 125, 126, 127, 128, 140, 141, 176, 180, 194, 199, 210, 211, 212, 228, 243, 249, 260, 261, 279, 283, 292, 296, 328, 335, 366, 370, 386, 390, 400, 422, 424, 439, 441, 458, 479, 482, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491  
Serviço Social: 67, 117, 120, 145, 215, 216, 263, 352, 366, 377, 391, 434, 441, 445, 446, 447, 448, 449, 451, 452, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 465, 467, 480, 482, 484, 486, 487, 488, 489  
Sofrimento: 293

## **T**

TCR: 203, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 448

Trabalhadores: 62, 309, 336

Trabalho de Conclusão de Residência: 279, 387, 422

## **U**

Urgência e Emergência: 68, 178, 183, 483, 488, 490

## **W**

WhatsApp: 39, 53, 71, 85, 88, 89, 139, 189, 260, 314, 316, 393, 476

Wi-Fi, 53





A crise sanitária gerada pela pandemia de covid-19 impulsionou processos pedagógicos inovadores e disruptores no âmbito dos programas de residência em saúde. Este volume apresenta em palavras (registros da experiência) aquilo que foi vivido em gestos do cotidiano (respostas marcantes) por residentes, tutores, preceptores, gestores, docentes, pesquisadores e artistas. O livro foi intitulado “**Residências em saúde na pandemia: palavras a partir de nossos gestos no cotidiano**”, uma vez que os textos indicam um caráter estritamente “sentido na pele”, senão por aquele que escreve, por aqueles sobre quem se escreveu. Em um ou outro texto, talvez se encontre o transbordamento da razão, mas o livro pressupõe o revelar daquilo que alguém efetivamente sentiu, a travessia existencial de uma experiência viva, em ato, inescapável.

A pandemia afetou a todos, mas àqueles que atuavam em saúde afetou de modo muito particular. Não se transportará a uma nova configuração do *trabalhar, ensinar e aprender* a vivência que não tiver sido compartilhada e *apreendida* intensamente. Uma vivência é propriamente *pathos*, o padecimento da travessia por uma experiência. Os capítulos falam sobre a reorganização dos programas, das formas de inserção e presença nos serviços de saúde, dos medos da contaminação e do adoecimento, falam de resgatar, em meio à surpresa e ao *padecimento* da integração formação-atenção-gestão-participação, o protagonismo das residências na aprendizagem sobre o trabalho na rede assistencial do Sistema Único de Saúde, assoberbado em meio à pandemia. A leitura dos capítulos convoca ao diálogo sobre as inúmeras possibilidades de transpor os problemas gerados pelo inusitado, pelo global e pelo intensivo.

Ao longo dos capítulos, percorremos cidades pequenas e grandes, comunidades quilombolas e campesinas, as tecnologias de ensino remoto e de comunicação popular, o valor da organização política e as *melodias* pedagógicas em cordéis, poesias, práticas de cuidado do cuidador, ações nas ruas, rodoviárias e áreas externas aos prédios do SUS. As “palavras aos gestos” representam não um mero acordo de linguagem, mas um acordo de sentimentos.



e-livro

SUSTENTABILIDADE  
editora redeunida

FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE  
[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



editora



redeunida