

Etiene Oliveira da Silva Fittipaldi
Vanessa de Lima Silva
Márcia Maria Dantas Cabral de Melo
Deláine Cavalcanti Santana de Melo
[ORG.]

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

10 ANOS DE FORMAÇÃO
COMPROMETIDA COM O SUS



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

10 ANOS DE FORMAÇÃO
COMPROMETIDA COM O SUS

Etiene Oliveira da Silva Fittipaldi
Vanessa de Lima Silva
Márcia Maria Dantas Gabral de Melo
Delaine Cavalcanti Santana de Melo
[ORG.]

Universidade Federal de Pernambuco

Reitor: Alfredo Macedo Gomes

Vice-Reitor: Moacyr Cunha de Araújo Filho



Editora UFPE

Diretor: Junot Cornélio Matos

Vice-Diretor: Diogo Cesar Fernandes

Editor: Artur Almeida de Ataíde

Conselho Editorial (Coned)

Alex Sandro Gomes

Carlos Newton Júnior

Eleta de Carvalho Freire

Margarida de Castro Antunes

Marília de Azambuja Machel

Editoração

Revisão de texto: Camila Barros Santos

Projeto gráfico: Lucas Gabriel Xavier de Aguiar

Imagem da capa: Camila Fittipaldi

Catálogo na fonte

Bibliotecária Kalina Lígia França da Silva, CRB4-1408

R433 Residência multiprofissional em saúde da família [recurso eletrônico] :
10 anos de formação comprometida com o SUS / organizadores :
Etiene Oliveira da Silva Fittipaldi... [et al.]. – Recife : Ed. UFPE, 2022.

Vários autores.

Inclui referências.

ISBN 978-65-5962-155-2 (online)

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde pública – Estudo e ensino (residência) – Brasil. 3. Pessoal da área de saúde pública – Formação. 4. Famílias – Aspectos da saúde – Brasil. I. Fittipaldi, Etiene Oliveira da Silva (Org.).

610.7

CDD (23.ed.)

UFPE (BC2022-088)

Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons
Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.



AGRADECIMENTOS

Este livro é resultado de uma construção coletiva que vai para além das mãos que o escreveram. Agradecemos a todos, todas e todes que participaram e participam do cotidiano do PRMSF-CCS/UFPE, em especial às equipes preceptoras e às comunidades usuárias do SUS, que tanto contribuem para a formação dos profissionais residentes e educação permanente de todo o corpo docente-assistencial do programa. Agradecemos também à Universidade Federal de Pernambuco, em nome da Pró-Reitoria de Pós-Graduação (ProPG), e da Coordenação Geral de Residências, pelo apoio no processo de editoração e publicação do presente livro.

AOS PARECERISTAS AD HOC

Um agradecimento adicional e especial é por nós estendido aos profissionais, pesquisadores e docentes que se prontificaram a avaliar diligentemente os textos reunidos neste livro, quando ainda na fase de organização dos originais:

Alessandra Ramos Castanha

Psicóloga; Doutora em Psicologia; Docente do Departamento de Psicologia da UFPE.

Daniela Karina da Silva Ferreira

Profissional de Educação Física; Doutora em Saúde Pública; Docente do Departamento de Educação Física da UFPE.

Daniel da Rocha Queiroz

Profissional de Educação Física; Doutor em Educação Física pela UPE/UFPB; Docente do Departamento de Educação Física da UFPE.

Diego de Sousa Dantas

Fisioterapeuta; Doutor em Biotecnologia em Saúde; Docente do Departamento de Fisioterapia da UFPE.

Djalma Agripino

Médico; Mestre em Saúde Pública; Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPE.

Elizabeth do Nascimento

Nutricionista; Doutora em Nutrição; Docente do Departamento de Nutrição da UFPE.

Emília Chagas Costa

Nutricionista; Doutora em Nutrição; Docente do CAV-UFPE.

Flávia da Silva Clemente

Assistente Social; Doutora em Serviço Social; Docente do Departamento de Serviço Social da UFPE.

Francisca Sueli Monte Moreira

Farmacêutica; Doutora em Saúde Coletiva; Docente do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFPE.

Ilka Veras Falcão

Terapeuta Ocupacional; Doutora em Ciências da Saúde; Docente do Departamento de Terapia Ocupacional da UFPE.

Juliana Fernandes de Souza Barbosa

Fisioterapeuta; Doutora em Fisioterapia; Docente do Departamento de Fisioterapia da UFPE.

Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima

Fonoaudióloga; Doutora em Saúde Pública; Docente do Departamento de Fonoaudiologia da UFPE.

Maria Wanderley de Lavor Coriolano-Marinus

Enfermeira; Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente; Docente do Departamento de Enfermagem da UFPE.

Mirella Bezerra Rodrigues Vilela

Fonoaudióloga; Doutora em Saúde Pública; Docente do Departamento de Fonoaudiologia da UFPE.

Paulo Sávio Angeiras de Goes

Cirurgião-dentista; Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública; Docente do Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva da UFPE.

Raquel Cavalcante Soares

Assistente Social; Doutora em Serviço Social; Docente do Departamento de Serviço Social da UFPE.

Regiane Maio

Nutricionista; Doutora em Fisiopatologia em Clínica Médica; Docente do Departamento de Nutrição da UFPE.

Silvana Cabral Maggi

Farmacêutica; Mestre em Ensino na Saúde; Docente do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFPE.

Valdilene Pereira Viana Schmaller

Assistente Social; Doutora em Serviço Social; Docente aposentada do Departamento de Serviço Social da UFPE.

SUMÁRIO

- 10 **PREFÁCIO**

- 21 **CAPÍTULO 1 – RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE
NO BRASIL E EM PERNAMBUCO: SITUAÇÃO E CONTEXTO**

- 55 **CAPÍTULO 2 – DEZ ANOS DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: TESSITURA E GESTÃO**

- 77 **CAPÍTULO 3 – DETERMINAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE:
SAÚDE E DOENÇA NA BALANÇA DA HISTÓRIA**

- 98 **CAPÍTULO 4 – TERRITÓRIO: LÓCUS DE VIDA E DE PRODUÇÃO DE SAÚDE**

- 119 **CAPÍTULO 5 – CUIDADO EM SAÚDE: INTEGRALIDADE
E CLÍNICA AMPLIADA**

- 135 **CAPÍTULO 6 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

- 152 **CAPÍTULO 7 – PANDEMIA DE COVID-19 E DESIGUALDADE SISTÊMICA –
NÓS CRÍTICOS E ENFRENTAMENTO**

- 173 CAPÍTULO 8 – IDAS E VINDAS NA (RE)ORGANIZAÇÃO
DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NO CONTEXTO DA COVID-19: A BUSCA DE NOVOS CAMINHOS
- 189 CAPÍTULO 9 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA:
A FONOAUDIOLOGIA NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
- 210 CAPÍTULO 10 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO COMBATE À COVID-19
- 223 CAPÍTULO 11 – SOBRE ITINERÁRIOS, PELEJAS E POSSIBILIDADES
- 242 POSFÁCIO
- 247 SOBRE OS AUTORES

PREFÁCIO

Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Muito orgulhosa estou com este convite para escrever o prefácio deste livro em comemoração aos dez anos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (RMSF/UFPE). Além de todo o vínculo que tenho com essa e com as residências multiprofissionais, tenho especial apreço pela UFPE, minha escola.

A UFPE, minha *alma mater*, formou-me tecnicamente médica, politicamente cidadã e sanitarista, que luta diariamente em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS).

A tarefa é difícil: escrever sobre este livro, seus(suas) autores(as), professores(as), tutoras(es), preceptoras(es), ex e atuais residentes. Juntar esse povo todo já é tão complexo, falar sobre a RMSF é proporcionalmente delicado e, ao mesmo tempo, fácil, pois coberto de muita amorosidade freiriana e de grande orgulho pelo convite...

Tempo de gestar

O período 2008-2012 é de grande importância para as residências em área profissional no Brasil, pois vai da primeira chamada pública para as universidades proporem programas de residências, no início da 1ª composição da Comissão Nacional (2007-2009), até os primeiros Encontros Nacionais de Residências em Saúde.

As memórias desses dez anos da RMSF/UFPE são também de lembranças do movimento de residências em Pernambuco e no Brasil. Sim, porque a RMSF é filha do Movimento de Residências em Saúde, que luta até hoje pela causa. Os pais e mães são e foram professoras(es) universitárias(os) abertas(os) ao novo, dispostas(os) a dar seu tempo e suas ideias pelo Projeto. São gêmeos os embriões da RMSF UFPE e da RMISF UPE¹, fecundados com um texto comum, a proposta do 1º *Curso de Especialização em Saúde da Família* da Autarquia Escola de Saúde Pública de Pernambuco², texto esse que articula clínica com saúde coletiva dialeticamente, com vistas à implementação da Atenção Básica. O Projeto desse 1º curso foi uma proposta bonita, atual, baseada na atenção, no diagnóstico ou na clínica do coletivo e do indivíduo, vendo a Saúde da Família nessa interface interprofissional entre o indivíduo e o coletivo.

A concepção da RMSF ocorreu numa articulação do Coletivo de Residências em Saúde (CORES) com a direção do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFPE), para escrever o projeto para o seu financiamento, via convênio, que estava sendo proposto pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), do Ministério da Saúde (MS). Era o início de uma política nacional de residências, também em gestação, a partir do financiamento intensivo de novos programas. Era 2007, e já havia começado a acontecer uma reviravolta nas Residências em Área Profissional no nosso país.

1 Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família da Universidade de Pernambuco.

2 Essa Escola de Saúde Pública de Pernambuco foi criada por lei em 1997, fez a 1ª especialização em Saúde da Família em 1998 e foi extinta em 02 de janeiro de 1999 pelo então governador Jarbas Vasconcelos e secretário de saúde Dr. Guilherme Robalinho.

Essa concepção foi complexa, pois foi necessário conversar com o secretário de saúde do Recife, apresentar a proposta no Conselho Municipal de Saúde, além de articular professores de dez cursos de três centros diferentes. As propostas (RMSF e RMISF) seguiram juntas, via Sedex, para Brasília. Uma curiosidade foi que, ao final, só a UFPE ficou aprovada, ficando a UPE para a repescagem.

Esses eram tempos de muita esperança, de muitas coisas acontecendo, novos cursos, novas residências. Até alguns anos antes, os programas de residência em área profissional da saúde existentes antes de 2005 eram impedidos de utilizar este nome – *residências* – que, pela lei, só poderia ser utilizado pelos programas voltados aos médicos.

O Estado de Pernambuco foi o primeiro a regulamentar as residências multiprofissionais e uniprofissionais, por meio de portarias da Secretaria de Estado da Saúde (SES-PE), para as Residências Multiprofissionais em Saúde Coletiva (1995), Enfermagem (1995-1996), Nutrição (1996), Farmácia, Psicologia (1997), e para a Multiprofissional em Saúde Mental (1997).

Voltando ao período de 2008-2012 e trazendo até hoje, vemos que a vivência no/do surgimento da RMSF foi de construção coletiva, muito diálogo entre as profissões, entre professores(as), de troca de experiências entre programas de Pernambuco e de todo o Brasil, era a Educação Permanente viva, democrática e participativa, em que movimentos sociais escreviam o texto das propostas e depois vinham ver e discutir a implantação do programa. Uma nova modalidade de formação, dialogada, visto que em/entre residentes.

Foi também nesse período que foram gestados os Fóruns Nacional de Coordenadores de Residências Multiprofissionais em Saúde³, de Preceptores e Tutores de Residências Multiprofissionais em Saúde⁴, e o Fórum Nacional de Residentes em Saúde⁵. São feitos os III, IV e V

3 Conheça o FNCRS em: <https://web.facebook.com/groups/1396300920612806> ou @fnrcs.res, no Instagram.

4 Conheça o FNPTRS em: <https://web.facebook.com/groups/1396300920612806>

5 Conheça o FNRS em: @forumresidentesnacional ou <https://www.instagram.com/fnrs2021/>

Seminários Regionais e Nacional de Residências em Saúde, com um deles sendo realizado na UFPE, com grande protagonismo da RMSF.

Hoje, devemos ter algo próximo a 3 mil programas no país, mais de 100 em Pernambuco, cerca de 15 mil residentes e muitos tutores, preceptores, coordenadores, professores e apoiadores... E, principalmente, muitos lutadores pela causa das residências, defendendo sua sobrevivência durante esses anos de Golpe, defendendo e construindo o SUS.

Tempo de nascer

Em 2010, é concluída a *gestação* da RMSF UFPE, nasce o Programa com sua primeira turma. Foi o momento de culminância de uma longa preparação, e veio com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) do Recife, que possibilitaram a participação de preceptores para cada uma das dez profissões.

Ter momentos teóricos e vivências nas unidades de Saúde da Família dos Distritos Sanitários do Recife trazia para a Rede de Saberes as reflexões do nosso SUS. As equipes de Saúde da Família e Nasf trouxeram preceptores para a roda e para a Rede.

A construção e consolidação de um programa *Multiprofissional* não é simples. Por vezes, são levantadas comparações com os programas uniprofissionais mais antigos e consolidados, especialmente nos grandes hospitais. O diálogo entre os professores e preceptores da RMSF foi muito potente para a busca da multi e interprofissionalidade.

Com nascimento consolidado, é *Tempo de crescer*

São 12 turmas até o lançamento deste livro, dez já concluídas, algo em torno de duas centenas de TCRS – os Trabalhos de Conclusão de Residência. A participação de residentes da RMSF no Coletivo Pernambucano de

Residentes em Saúde tem sido sempre presente, bem como em projetos especiais, dentre eles o Projeto de Extensão em Educação Popular, em parceria com os assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), que deu origem à Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na Saúde da População do Campo. Muitas ex-residentes da RMSF se tornaram tutoras desse e de outros programas. A causa da residência ainda acompanha a todos.

Os *capítulos 1 e 2* falam sobre esse período. O *capítulo 1*, intitulado “Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil e em Pernambuco: situação e contexto”, vai detalhar melhor essa história, resgatando desde o início das residências, desde os anos 70. No *capítulo 2*, que aborda os “Dez anos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: tessitura e gestão”, as autoras detalham esse momento, desde os primeiros dois anos em que a Residência se gestava, ainda sem ter residentes. As autoras também destacam as parcerias que viabilizaram o início real, em 2010, as quais eu destaco aqui: Distritos Sanitários IV e V do Recife, pactuados como campos de prática do Programa.

O *capítulo 2* também faz a reflexão da complexidade que significou o Projeto da RMSF UFPE, envolvendo dez departamentos que representam as dez profissões envolvidas, esses pertencentes a três centros diferentes e ainda precisando gerar um consenso com tantas outras parcerias, como descrito.

A proposta era e é ousada. Vingou porque apostou no trabalho vivo em ato, nas espirais construtivistas intuitivas, na aposta no território vivo, na entrega às vivências da realidade local. É a criatividade diária, a análise diária e a reconstrução (Educação) permanente.

Tempo de amadurecer

Nos Distritos sanitários IV e V, novos sujeitos políticos entram na cena da RMSF e geram novas pautas e desafios. O *capítulo 3* demonstra o

amadurecimento teórico do Programa quando aborda as determinações sociais da saúde e o contexto atual e da pandemia, com ênfase na Atenção Básica, trazendo à tona que vivemos uma necropolítica, a negação de direitos, dentre esses, o direito à Saúde.

No *capítulo 4*, os autores fazem a análise da trajetória histórica da criação e organização do SUS, trazendo os conceitos formados ao longo do tempo sobre o processo de saúde e doença, as antigas e novas lógicas acerca desse tema, observando-se a superação da dicotomia das práticas individuais (assistencial, ambulatorial e hospitalar) e coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária). Trazem também uma explanação sobre a importância da territorialização dentro da APS, seus marcos históricos, processos, desafios e potencialidades.

O cuidado em saúde e a clínica ampliada vão ser discutidos no *capítulo 5*, na perspectiva da integralidade e da transdisciplinaridade. O texto traz registros e reflexões sobre os impactos da pandemia de Covid-19 na dinâmica do SUS, em especial no que se refere à APS. Discorre também sobre os conceitos de transdisciplinaridade, intersetorialidade, integração ensino-serviço, abordagem familiar na gestão do cuidado, criação do Programa Saúde da Família (PSF) e a Política Nacional de Humanização (PNH).

O *capítulo 6* traz a importância da educação em saúde e da educação permanente em saúde para a Atenção Primária. Relata os desafios e conquistas dos residentes, narra o processo de criação das residências multiprofissionais e como elas influenciaram no desenvolvimento e melhoria da dinâmica e processo de trabalho dentro e fora das USF. Debate sobre a ampliação do conceito de cuidado e atendimento, que inclui o processo sistemático e permanente de promoção da saúde e da prevenção de doenças.

O *capítulo 7* vem abordar as perplexidades e potências, diante da pandemia de Covid-19, discutindo a Atenção Básica, refletindo sobre a estrutura da sociedade e o processo de determinação social da Saúde. Parte do pressuposto de que o território, a ocupação do espaço geográfico, expressa desigualdades históricas, sociais e econômicas, e teoriza criticamente sobre a posição do Brasil no contexto mundial.

O *capítulo 8* descreve a (re)organização do processo de trabalho na Atenção Primária e reflete sobre o modo de agir dos profissionais de saúde, traçando assim uma linha de pensamentos retrospectivos e atuais. A pandemia modificou o sistema de trabalho das Unidades de Saúde da Família (USF), as quais são a linha de frente no combate ao novo coronavírus, salientando-se que a APS já estava passando por um processo de desmonte e subfinanciamentos e, com isso, o impacto sentido foi devastador em vários aspectos.

Os *capítulos 9 e 10* trazem abordagens focadas em processo de ensino-serviço, a partir do olhar de uma profissão; no caso, a Fonoaudiologia no 9; e a assistência farmacêutica no 10.

O *capítulo 9* trata sobre a educação em saúde da comunicação humana, entendendo-se esse conteúdo como uma condição primordial para a consolidação das relações humanas. Discorre sobre a importância do fonoaudiólogo dentro da equipe Nasf, as ações individuais e coletivas desse com outros profissionais, no processo de enfrentamento da Covid-19, na Atenção Primária; além disso, relata as dificuldades encontradas no decorrer da pandemia e também fala sobre a reinvenção de suas práticas.

O *capítulo 10* discorre sobre a importância da assistência farmacêutica na Atenção Primária à Saúde (APS), abordando desde o combate à Covid-19 e à divulgação de *fake news*, campanhas de vacinação, até o papel do farmacêutico. Esse é também facilitador do cuidado, fazendo a diferença no acompanhamento dos usuários diabéticos e hipertensos, para promover o uso racional dos medicamentos, no apoio ao Programa Nacional de Imunizações e demais políticas de saúde.

Por fim, o *capítulo 11* mostra como as vivências interdisciplinares e multiprofissionais podem agregar positivamente no processo ensino-serviço, com a intersecção das temáticas: educação na saúde, autonomia, participação e empoderamento dos indivíduos. Trazendo também uma reflexão sobre a gestão participativa a partir de marcos históricos da saúde pública, lutas e resistências enfrentadas pelos residentes durante o atual cenário político.

Assim, espero que você goste deste livro porque ele é também sobre a amorosidade, compartilhada entre profissionais de saúde residentes, que atravessam nossa história como professoras, tutoras e preceptoras. Histórias, produções, análises e avaliações vindas do processo de trabalho-ensino-trabalho, sempre tão complexo quanto rico.

APRESENTAÇÃO

O livro “Residência Multiprofissional em Saúde da Família: 10 anos de formação comprometida com o SUS” nasceu do desejo coletivo de registrar aspectos do processo sócio-histórico de construção do PRMSF-CCS/UFPE durante a sua primeira década de existência. Ancorou-se em análises de contexto e de conjuntura para apresentar criticamente questões relacionadas à implementação dessa formação, que busca estar inserida organicamente na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos territórios da Atenção Primária à Saúde (APS), para produzir saúde e defender a vida.

Escrito a muitas mãos, o livro evidencia um processo reflexivo-operativo de um coletivo vinculado ao PRMSF-CCS/UFPE, com a intencionalidade de contribuir na formação de quadros para o SUS e na qualificação da rede locorregional de Saúde. A formação e crescimento dos Programas de Residência marcaram e marcam indelevelmente as Redes de Atenção

à Saúde e a formação continuada das equipes, nessa formação que se processa na articulação ensino-serviço-comunidade.

Esse alcance foi viabilizado por uma confluência de possibilidades, entre as quais destacamos como fundantes: (i) uma Universidade que cumpre com sua função social de excelência em produção científica e na formação profissional; (ii) docentes implicados(as) e posicionados(as) ética e politicamente com a defesa da Saúde pública, “direito de todos e dever do Estado”; (iii) profissionais preceptores(as) que operam a Política de Saúde com a população de modo a garantir cuidado, assistência integral e acesso a direitos; (iv) profissionais residentes comprometidos com o Sistema Único de Saúde, que ocupam o desafiador lugar de profissional e aprendiz e que revigoram os processos de trabalho com práxis reflexivas e inovadoras.

O livro inicia com um panorama histórico das residências multiprofissionais em saúde no Brasil e em Pernambuco, desde as suas origens até a conjuntura atual, destacando os avanços e desafios das residências. Em seguida, é relatado o processo de nascimento e condução do PRMSF-CCS/UFPE, com destaque para os desafios e conquistas no processo de gestão do programa ao longo de dez anos de atuação.

Em seguida, é apresentado um bloco de capítulos referente ao cotidiano da Atenção Primária à Saúde, iniciando-se com a discussão sobre o processo sócio-histórico de determinação social da saúde, que tanto influencia nas condições de vida e saúde das comunidades atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Na sequência, são apresentados e discutidos três pilares para o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (EqSF) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB): o processo de territorialização e a importância dos arranjos territoriais para a atuação das equipes de saúde; o cuidado integral em saúde, com foco na clínica ampliada; e a educação em saúde, com foco na educação permanente em saúde voltada ao contexto da APS.

A presente obra nasceu no contexto da pandemia de Covid-19, que representou importante desafio para a APS brasileira. Nesse sentido, são

apresentados quatro capítulos referentes às vivências e ações realizadas pelo Programa de Residência. Um capítulo referente aos nós críticos e enfrentamentos decorrentes das desigualdades sociais e de saúde intensificadas pela pandemia, e um capítulo referente às necessidades de reorganização dos processos de trabalho da ESF com os caminhos trilhados pelas equipes.

Também são apresentados dois capítulos referentes às ações específicas, como ações de educação em saúde da comunicação humana voltadas às necessidades impostas pelo novo modo de vida desencadeado pela pandemia e ações de assistência farmacêutica no combate à Covid-19.

Ao final, apresentamos um capítulo referente aos desafios sociais, políticos e de gestão relativos aos processos formativos da residência em saúde na APS e ESF, diante da conjuntura atual de crises vivenciadas no Brasil, e destacando o papel de resistência ocupado pelas residências em saúde.

Esperamos que esta produção chegue ao conhecimento do público no momento em que precisamos reforçar a luta e a resistência diante do desmonte que ameaça as conquistas civilizatórias, no que se refere ao direito à saúde e à formação profissional no SUS e para o SUS.

Recife, setembro de 2022

Etiene Oliveira da Silva Fittipaldi

Vanessa de Lima Silva

Márcia Maria Dantas Cabral de Melo

Delaine Cavalcanti Santana de Melo

CAPÍTULO 1

RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE NO BRASIL E EM PERNAMBUCO

SITUAÇÃO E CONTEXTO

*Ricardo Burg Ceccim
Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Juliana Siqueira Santos
Agleildes Arichele Leal de Queirós
Fabiana de Oliveira Silva Sousa
Melka Roberta Guedes de Lira e Pinto
Vanessa de Lima Silva*

Introdução

Toda trajetória é portadora de uma história, de memórias, de antecedentes e de perspectivas. Um contexto histórico reúne esses elementos, configurando as situações para que um fato ocorra, um conjunto de atores se reúna e um percurso amadureça. Esses elementos caracterizam o presente texto, que traz as condições de possibilidade do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Seu roteiro de registro, usado pelos autores em colaboração, buscou reunir aqueles elementos que ajudassem a compreender uma história de tempo, relações e parcerias.

Ao mesmo tempo, é relatada a construção social das residências no Brasil e em Pernambuco, com seus espaços de integração, debate e militância, sendo apresentados e discutidos marcos históricos, espaços formativos da pós-graduação *lato sensu* na área da saúde, o surgimento das

residências multiprofissionais em saúde e a criação da Residência em Saúde da Família da UFPE, em oferta multiprofissional e sob as perspectivas de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), do trabalho em equipe e da integralidade do cuidado.

Origens das residências médicas e em Área Profissional da Saúde

São marcos na história das residências em saúde no país a proposição da Residência em Medicina (BRASIL, 1977) e a proposição da Residência em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2005), assim como a organização de duas instâncias de regulação. Respectivamente, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), essa última devendo ser entendida no plural e com a contração das modalidades multi e uniprofissional sob uma única palavra, isto é, o mundo real de tal colegiado é a “Comissão Nacional de Residências Multi/Uniprofissionais em Saúde”. A Lei n.º 6.932/1981 altera a denominação “residência em medicina” para “residência médica”, identificando o nome da modalidade de formação com o nome da comissão reguladora desse ensino. A perspectiva de uma sinonímia nas nomenclaturas da residência em medicina e residência em área profissional da saúde, única para todas as categorias profissionais, exceto a médica, funcionou de modo apressado, levando a um paralelo também apressado: residência médica *versus* residência multiprofissional em saúde. A possibilidade “multiprofissional” das residências em área profissional da saúde foi usada como contraparte à modalidade “médica” desse tipo de formação (ou é Residência Médica, uma profissão; ou é Residência Multiprofissional, multiprofissões), o que se vê no senso comum, em documentos ministeriais ou dos Conselhos Nacionais de Educação ou de Saúde. Contudo, exceto a Residência Médica, qualquer profissão pode inserir-se em uma residência multiprofissional em saúde ou integrar uma residência por profissão (uniprofissional), desde que sob regulação e

regulamentação da CNRMS: residência multiprofissional ou residência por profissão *em saúde*.

A nomenclatura “área profissional da saúde”, em lugar de simplesmente “área da saúde”, levou à confusão na designação *multiprofissional*, gerando oposição à designação área profissional, como se essa última designação fosse a nomenclatura para as residências uniprofissionais. Todavia, no caso da medicina, enquanto a Comissão Nacional sempre se chamou de “Residência Médica”, a modalidade de formação se alterou de “residência em medicina” para “residência médica”. Já no caso das demais categorias profissionais da saúde, enquanto a Comissão Nacional se chamou de “Residência Multiprofissional em Saúde”, as modalidades de formação uni ou multiprofissional sempre se chamaram oficialmente de “Residência em Área Profissional da Saúde”.

A legislação da *Residência Médica* (ou *Residência em Medicina*, quando da primeira legislação) a define como modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. 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 de saúde (exceto medicina), realizada sob 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 de instituições de saúde, universitárias ou não. Não obstante, a residência médica, conforme a lei, constitui modalidade de certificação das especialidades médicas, estando as certificações de especialidades médicas submetidas às necessidades do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013). Já a residência em área profissional da saúde foi regulamentada como regime de dedicação exclusiva, sem que isso fosse modificado posteriormente, e não

representa certificação de especialidade às categorias profissionais, mas a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, funcionando como um programa de cooperação intersetorial de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde.

Para a criação da Residência Médica, foi importante a configuração prévia da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), em 1967, e que em meados dos anos 1970 esteve em aliança com o Movimento Renovação Médica, do meio médico sindical, atuando de forma organizada na luta contra a ditadura, em defesa dos direitos sociais, civis e políticos e sob a pauta da construção do direito universal à saúde (SCOREL, 1999). A instauração legal da residência médica, em 1977, e sua recomposição, em 1981, evidenciou o *treinamento em serviço sob supervisão* como educação formal de especialistas médicos, gerando uma instância de regulação com o setor educacional. A regulação educacional era um ganho parcial, pois era importante a luta pelos ganhos trabalhistas; acontece que não existia o Sistema Único de Saúde, tampouco prerrogativas de educação no setor da saúde e as redes formadora e assistencial no país se expandiam pelo setor privado.

Para a criação da Residência em Área Profissional da Saúde, foi importante a formulação de uma política nacional da juventude, assim como a introdução do conceito e da necessidade de práticas públicas pela primeira vez relacionadas à juventude (AMARAL; CECCIM, 2018)¹. A criação da Residência em Área Profissional da Saúde, em 2005, e sua modificação,

¹ Os anos de 2003 a 2005 foram intensos junto ao Congresso Nacional na discussão dos direitos da juventude, era a emergência de uma percepção à necessidade de construir políticas públicas específicas para o segmento da juventude: Projeto Juventude, Projeto de Emenda Constitucional sobre a proteção dos direitos econômicos, sociais e culturais da juventude, Comissão Especial de Juventude, Projeto de Lei do Plano Nacional de Juventude, Projeto de Lei sobre o Estatuto da Juventude, Grupo Interministerial constituído pela representação de 19 Ministérios encarregado de realizar um estudo sobre os programas e projetos federais existentes e de identificar as necessidades sociais, econômicas e culturais dos jovens brasileiros, com o propósito de subsidiar os debates para a construção da Política e do Plano Nacional de Juventude. Em 2005, é criada a Secretaria Nacional de Juventude, Conselho Nacional de Juventude e Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Projovem, Lei n.º 11.129, incluída a criação da Residência em Área Profissional da Saúde, destinada prioritariamente à

em 2011, quando foi substituída a destinação de suas bolsas de “profissionais diplomados em curso superior na área da saúde” para bolsas aos “trabalhadores da área da saúde”², evidenciou o treinamento em serviço sob supervisão como educação formal de trabalhadores da saúde, gerando uma instância de regulação intersetorial entre o setor educacional e o setor sanitário, já existente o Sistema Único de Saúde e suas prerrogativas de educação, como a “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (Art. 27, inciso I, da Lei Federal n.º 8.080/90) (BRASIL, 1990).

A lei maior da saúde, a Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, dispôs um artigo específico às residências em saúde:

Art. 30. As especializações na forma de *treinamento em serviço sob supervisão* serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes (BRASIL, 1990, grifo nosso).

Diz o citado art. 12, da Lei Orgânica da Saúde:

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

população até os 29 anos de idade, considerando-se que a faixa etária esperada dos recém-egressos do ensino superior oscila entre 21 e 29 anos de idade).

- 2 A Lei Federal n.º 11.129/2005 foi alterada pela Lei Federal n.º 12.513/2011, substituindo-se a destinação de bolsas para “profissionais diplomados em curso superior na área da saúde” para bolsas aos “trabalhadores da área da saúde”. Sobre esse ponto em particular, para evitar dúvida, é bom referir a Portaria Interministerial MEC/MS n.º 506/2008, em que a CNRMS trocou “categorias profissionais que integram a área da saúde” para “profissões que se relacionam com a saúde” (BRASIL, 2008).

A Resolução n.º 11, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 31 de outubro de 1991, em atenção ao citado art. 12, “instalou” a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, hoje Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT/CNS), pouco se ocupando das Residências, uma vez que a única modalidade existente era a Residência Médica e essa atendia à legislação anterior ao SUS, em nada revogada. Já a Resolução CNS n.º 225, em 08 de maio de 1997, deliberou por sua “reinstalação”, devido ao “estado [...] de desativação do funcionamento da Comissão”. Conforme a Ata:

[...] a Comissão Intersetorial terá a missão inicial de definir nos aspectos conceitual e de articulações intersetoriais, as obrigações legais de ordenação da formação de recursos humanos de saúde (Lei n.º 8.080/90, art. 6º), de criação de comissões permanentes de integração serviço-ensino (Lei n.º 8.080/90, art. 14), participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (Lei n.º 8.080/90, art. 15), e aplicação dos objetivos da formalização e execução da política de recursos humanos, incluindo critérios de preenchimento dos cargos objetivos da formalização e execução da política de regulamentação das especializações na forma de treinamento em serviço [Lei n.º 8.080/90, art. 30].

Deveria, portanto, o CNS, a partir de 1997, ter estipulado os critérios de composição de cargos que formalizassem a execução da política de regulamentação das Residências. Contudo, era vigente – e assim permanece – o Decreto n.º 80.281, de 5 de setembro de 1977, que criou a Comissão Nacional de Residência Médica. Esse Decreto, em 15 de setembro de 2011, por meio do Decreto n.º 7.562, teve todas as suas prerrogativas revogadas, exceto a criação da Comissão, e nenhuma lei de regulamentação apontou como relacionar o Decreto n.º 80.281/77 com a Lei n.º 8.080/90. Uma

nova legislação relativa às residências em saúde, a Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005, que excetuou a categoria médica, destinava-as aos profissionais diplomados em curso superior na área da saúde, alterada pela Lei n.º 12.513, de 26 de outubro de 2011; quanto à destinação de suas bolsas, igualmente, não foi alvo de nenhuma lei de regulamentação da relação com a Lei n.º 8.080/90.

Contudo, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução n.º 593, de 09 de agosto de 2018, designando à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho estipular:

[...] a garantia da participação das entidades profissionais da área da saúde, o acompanhamento permanente do controle/participação social na formalização e execução da política pública de Residências em Saúde e o encaminhamento dos estudos necessários à elaboração de proposta de regulamentação do art. 30 da Lei n.º 8.080/1990 (BRASIL, 2018a).

Uma reunião da CIRHRT/CNS, realizada em 25 de outubro de 2018, formalizou uma comissão para a elaboração do Plano de Trabalho da CIRHRT/CNS com a Pauta das Residências em Saúde. O Plano de Trabalho apontava perspectivas estratégicas ao CNS, como, por exemplo, dentre outras:

Dar materialidade política aos Fóruns Nacionais de Coordenadores, de Residentes, de Preceptores e de Tutores de Residências em Saúde, recebendo-os à conversa e construção de agenda;

Promover articulação interministerial com o controle social com vistas à realização do V Seminário Nacional de Residências em Saúde, conforme Recomendação CNS nº 24, de 07 de junho de 2018;

Construir modos de apoio aos Encontros Nacionais de Residência e de interlocução com sua Comissão Organizadora,

estreitando laços de controle/participação social junto ao *Movimento Nacional de Residências em Saúde*;

Promover a elaboração de eixos norteadores para abertura e avaliação de Programas de Residências em Saúde na perspectiva do controle social (construção dos indicadores das políticas de saúde, indicadores da demografia de profissionais de saúde, indicadores da distribuição de capacidade educacional instalada, indicadores dos planos estaduais e municipais de educação permanente em saúde, indicadores dos planos nacional, estaduais e municipais de saúde);

Promover a elaboração de eixos qualitativos aos Projetos Pedagógicos de Residência (PPR) para a autorização de abertura de programas, sua avaliação e supervisão, assim como credenciamento de instituições de saúde universitárias ou não, para a oferta de programas de residência em saúde (CIRHRT/CNS, 2018).

Deve-se lembrar que, nas residências, “Área Profissional” é área de intervenção, o conceito foi apresentado com o sentido de especialização em área profissional, potência ao trabalho em equipe, conceito ampliado de saúde, educação multiprofissional e interdisciplinar, coerente com as áreas técnicas das políticas nacionais de saúde. Por exemplo, área de saúde da mulher (não ginecologia), área de saúde da criança (não pediatria ou puericultura), área de saúde do idoso (não geriatria ou gerontologia), área de saúde do homem (não andrologia ou urologia) e assim por diante. Uma residência em saúde bucal não é uma residência em odontologia, uma residência em saúde alimentar e nutricional não é uma residência em nutrição, uma residência em saúde mental não é uma residência em psicologia, uma residência em cuidado hospitalar não é uma residência em enfermagem.

Não obstante, nas residências em área profissional da saúde, quando falamos em área técnica, reportamo-nos às Câmaras Técnicas da inscrição de cada Programa. Além da área técnica, existem as áreas de concentração

(por exemplo, saúde da criança: concentração em puericultura na atenção básica; concentração em doenças prevalentes na infância), as áreas de ênfase (por exemplo, saúde pública com ênfase em vigilância epidemiológica) e, finalmente, também as áreas de especialidade (por exemplo, enfermagem obstétrica, cirurgia bucomaxilofacial ou assistência farmacêutica).

Há necessidade de residências uniprofissionais e por especialidade, como é o caso da cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais, da enfermagem obstétrica e da enfermagem neonatal, da farmácia industrial e da farmácia magistral, da nutrição hospitalar etc., mas essas residências precisariam ser “integradas”, isto é, compor com equipes multiprofissionais, compor com as políticas do SUS, conhecer e conviver com conselhos de saúde e gestão do setor, entender de regionalização, conhecer a Política Nacional de Humanização, o trabalho em equipes de referência e apoio matricial especializado etc. De outro lado, tenha-se claro que inúmeras especialidades não requerem e não justificam formação por meio de residências, assim como muitas políticas públicas de saúde requerem enfática e objetivamente essa formação multiprofissional integrada, como é o caso da Atenção Básica e da Atenção Psicossocial.

É importante atentar que muitas proibições às residências vieram do paralelo com a regulamentação do *lato sensu* e muitas permissões às residências ainda soam como “anormais” pelo mesmo paralelo. Entretanto, a pós-graduação *lato sensu* hoje pode ser especialização, como pode ser aperfeiçoamento e ainda pode ser “outros”, preservado o seu fim de “aprimoramento na atuação profissional no mundo do trabalho” (BRASIL, 2018b), aliado à formação para a pesquisa e para a docência (três possibilidades). A pós-graduação *lato sensu* deve alcançar as instituições relacionadas ao mundo do trabalho, cujo desempenho formativo seja de reconhecida qualidade e de grande relevância na formação de profissionais dentro de sua determinada área de conhecimento ou campo do saber, não apenas instituições de ensino. Privilegia as Escolas de Governo federais, estaduais e municipais, faz distinção entre especialidade (um problema de regulamentação do campo do exercício profissional) e especialização (um nível

de escolarização), assegura a oportunidade para credenciamento de múltiplas instituições para a sua oferta (para além de instituições credenciadas para a graduação e institutos de pesquisa), como as instituições ligadas ao mundo do trabalho, ao sistema de saúde e à educação militar.

A atual regulamentação da pós-graduação *lato sensu* (BRASIL, 2018c) diz que o índice relativo à titulação dos professores para definição do perfil do docente nessa modalidade de cursos de especialização é uma questão extremamente complexa, que passa por discussões sobre o perfil do professor de cursos ligados ao mundo do trabalho e de serviços e que passa pelo fato de esses cursos exigirem docentes com experiência profissional acima da titulação, por isso reduziu os 50% de titulados no *stricto sensu* para 30%. A Resolução da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Educação, com base na Câmara de Educação Superior, 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, em conformidade com aquilo que prevê o art. 39, § 3º, da Lei Federal n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e assim se pronuncia:

Art. 11. Os cursos de pós-graduação *lato sensu* ministrados nas instituições militares de ensino e na Escola Superior de Guerra serão considerados equivalentes a curso de especialização, desde que atendam, no que couber, aos requisitos previstos nos dispositivos desta Resolução [Redação dada pela Resolução CNE/CES n.º 4, de 16 de julho de 2021].

Art. 15. Excluem-se desta Resolução:

- I - os programas de residência médica ou congêneres, em qualquer área profissional da saúde;
- II - os cursos de pós-graduação denominados *cursos de aperfeiçoamento, extensão e outros* (BRASIL, 2021a, grifos nossos).

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

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

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

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

Diante dessas manifestações, asseveram-se duas prerrogativas inconteste: a validade do artigo 27, da Lei n.º 8.080/90, de organizar um sistema de formação, inclusive de pós-graduação, tendo em vista programas de permanente aperfeiçoamento do pessoal da saúde, e a criação das Comissões Nacionais de Residência Médica e Multiprofissional como lugar de regulação, supervisão e avaliação, além da gestão institucional do sistema nacional de gerenciamento da informação educacional. É fato inconteste que a área da saúde é precursora nos cursos de aperfeiçoamento e especialização, e a regulação da pós-graduação *lato sensu* endossou a maior parte das inovações presentes nas residências (contudo, superando aquilo que o parecer chama tecnoburocracia)³. O Conselho Nacional de Educação

3 O Parecer CNE/CES n.º 146/2018, de 08 de março de 2018, apresenta o reexame do Parecer CNE/CES n.º 245/2016, que tratava das diretrizes nacionais dos cursos de pós-graduação *lato sensu*. Algumas coisas merecem destaque: o parecer de reexame faz uma história do *lato sensu* no Brasil. Chama a atenção que o primeiro curso de pós-graduação *lato sensu* no Brasil foi na área

deixou clara a margem para o aperfeiçoamento como formação avançada pós-especialização, inclusive com bolsa, o que convencionamos, nas residências, chamar por R3 (terceiro ano adicional às residências em saúde)⁴. Assim, a construção da residência em área profissional da saúde nos deixa um legado à educação multiprofissional e interdisciplinar, como à educação e prática interprofissional (CECCIM, 2018), além de um legado à alta qualificação de recém-formados para a incorporação ao trabalho e à alta qualificação em especialidades da intervenção em saúde.

Construção social das Residências Multiprofissionais em Saúde

As residências multiprofissionais em saúde representam importante avanço na concepção de formação integral no SUS e para o SUS e foram desenvolvidas de forma coletiva, com atuação de importantes atores sociais, organizados em fóruns e articulados com as instituições de ensino e saúde. As residências em Pernambuco nascem na década de 1970 com o Projeto Vitória, financiado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Fundação W. K Kellogg. O projeto pretendia viabilizar a proposta

da saúde (de 1925) e não foi de uma instituição universitária (foi da Fundação Oswaldo Cruz), o “Curso Especial de Higiene e Saúde Pública”, do Instituto Oswaldo Cruz. O documento chama bastante atenção para os termos “cursos de aperfeiçoamento” e “cursos de especialização”. Cita as instituições não universitárias e as bolsas de aperfeiçoamento. Refere a admissibilidade de 1/3 (um terço) dos docentes não possuírem titulação de mestre ou doutor. Lembra da frequência mínima de *85% da carga horária, que foi reduzida para 75%*.

- 4 O Parecer CNE/CES n.º 146/2018 afirma que é a área de conhecimento que define a natureza mais teórica ou profissionalizante dos cursos. Mostra que o aperfeiçoamento às vezes era etapa para a obtenção da especialização, como poderia ser articulação “para cima”, isto é, vir depois da especialização. Alerta que a supervisão dos cursos de especialização ficou vinculada ao processo de credenciamento e credenciamento de instituições ofertantes, exigidos 50% de titulados em mestrado e doutorado, 75% de frequência dos estudantes nos cursos e nas atividades presenciais, havendo o credenciamento especial para instituições não educacionais para a oferta de cursos de especialização (presenciais), visando ao aprimoramento na atuação profissional no mundo do trabalho. Então, cita que a Residência Médica obteve por lei a equivalência ao título de especialista, mas nunca atendeu às exigências de regulamentação da pós-graduação *lato sensu* pelo CNE.

de um sistema local de saúde. Os programas foram extintos com o fim do Projeto Vitória, em 1985. Nos anos 1990, as residências multiprofissionais em saúde coletiva retornam, financiadas pelo Estado de Pernambuco.

Já as residências em Saúde da Família, uma estratégia de política pública visando à transformação de modelo assistencial, surgem a partir de projetos-piloto, aprovados em edital do Ministério da Saúde, que financiavam bolsas aos residentes, tutores e preceptores por meio de convênios. As iniciativas não tinham garantia de certificação se não estivessem associadas a um curso de especialização aprovado junto a uma instituição de ensino superior e não contavam com regulação, supervisão e avaliação de uma comissão nacional de residências, falava-se em *cursos de especialização na modalidade residência*. As novas residências surgem a partir dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, que tinham como objetivo formar profissionais para a atuação na Atenção Básica.

Devido à grande procura, Pernambuco investiu em cursos de especialização em Saúde da Família, tendo a recém-criada Escola de Saúde Pública de Pernambuco como principal articuladora dessa formação. Era necessário um novo marco teórico para essa especialização, visto que o processo de trabalho exigia a articulação de conteúdos teóricos da Saúde Pública e da clínica nas suas abordagens por ciclo de vida (infância, adolescência, juventude, maturidade e envelhecimento) e base territorial da promoção ao tratamento em saúde.

A multiprofissionalidade surge em uma perspectiva de Saúde Coletiva e da clínica apresentada como Saúde da Família, que se propunha a um novo espaço de formação profissional em saúde, a Residência Multiprofissional:

A proposta, construída em um seminário, era criar um modelo de Residência Multiprofissional, onde embora fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, seria criada uma área comum, especialmente vinculada ao pensamento da velha saúde pública, acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (BRASIL, 2006).

Os incentivos do governo federal geraram a oferta de programas e, a partir de 2003, o Ministério da Saúde começou a financiar outras áreas, além da Saúde da Família. Em 2005, o Ministério da Saúde financiou programas multiprofissionais em diversas áreas, por todo o país, sob a forma de convênio, colocando-se a necessidade política de regulamentação da modalidade:

Embora os trabalhadores formados nesses programas de residência recebam certificação de curso de especialização, a carga horária cumprida, bem como o custo da modalidade residência são bem maiores. Como pode o Governo justificar o alto investimento em uma modalidade de pós-graduação que ele próprio não reconhece e não certifica? (BRASIL, 2006).

A criação por lei da CNRMS representou importante passo para a regulamentação das residências multiprofissionais, no entanto, sua instalação não havia sido promovida até 2007. O I Seminário Nacional de Residências em Saúde, realizado em dezembro de 2005, consistiu em importante espaço de discussão e fortalecimento das residências na área profissional da saúde. Nesse seminário, foram apresentados e discutidos os programas de residência em Saúde da Família contratados pelo edital do Ministério da Saúde em 2001. O Seminário objetivou discutir as diretrizes para a residência multiprofissional e contou com a participação de coordenadores de programa, preceptores, residentes, gestores e conselheiros de saúde. As discussões foram travadas em quatro eixos principais: estratégias para a construção da multiprofissionalidade em interdisciplinaridade, visando atender ao preceito constitucional da integralidade do cuidado; construção de diretrizes nacionais para residências de caráter multiprofissional em saúde; criação de um sistema nacional de informação gerencial sobre a educação por meio de residências em saúde; e a composição e instalação da CNRMS (SILVA, 2018).

A luta pela continuidade da política de residências, o credenciamento de instituições, a autorização de funcionamento dos programas, a prorrogação dos convênios e a certificação dos residentes impuseram a realização do II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, que ocorreu em 2006, junto com o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), no Rio de Janeiro. Nesse Seminário, foram criados os fóruns nacionais por segmento da base dos Programas: Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS), Fórum Nacional de Coordenadores de Residências em Saúde (FNCRS) e Fórum Nacional de Tutores e Preceptores (FNTP).

O Fórum de Residentes em Saúde teve seu nascedouro em articulações e reuniões a partir do ano 2005, junto ao Fórum Social Mundial. Na época, como ainda hoje, rejeitava-se a criação de uma associação dos profissionais residentes, como era o caso da Associação Nacional de Médicos Residentes, sem que se incorresse em prejuízo de vocalização e representação. No ano de 2006, em reunião com o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, foi organizada uma dinâmica de funcionamento do Fórum. O FNRS, desde então, passou a ser um ator político de representação coletiva, configurado como espaço de articulação nacional dos residentes em saúde (FERREIRA; CORRÊA; ROCHA, 2018).

Conforme Amaral e Ceccim (2018), em 2006, foram realizados três Seminários Regionais de Residência Multiprofissional em Saúde: região Nordeste, regiões Sul e Sudeste e regiões Norte e Centro-Oeste, culminando com o II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, realizado em agosto de 2006. Durante a preparação do II SNRS, o corpo docente-assistencial (coordenadores, tutores e preceptores), assim como já articulado pelos residentes, constituiu seus dois fóruns. Anota-se que havia o fórum dos discentes e criava-se o fórum dos docentes, um de “coordenadores” e o outro de “tutores e preceptores”. Os fóruns tiveram importante papel na consolidação das residências multiprofissionais em saúde, por sua capacidade de representação – em âmbito nacional – de todos os segmentos da base: tutores e preceptores, coordenadores e

residentes. O trabalho dos fóruns ativou e manteve o debate do movimento de residências, levantando e reivindicando as necessidades sociais de regulação dos programas.

Em 2008, foi realizado o III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Entre os mais de 400 participantes, estiveram presentes os representantes dos residentes, coordenadores, tutores/preceptores, entidades de ensino, instituições de regulação da saúde e da educação, gestores estaduais e municipais de saúde, o CNS, o Fórum de Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS), o Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS), o movimento estudantil e membros da CNRM. Concomitante ao Seminário, também ocorreu a I Oficina de Avaliadores de Residências em Saúde, que iniciou a capacitação dos 100 profissionais selecionados para a avaliação dos programas, visando ao credenciamento de instituições e reconhecimento de programas em funcionamento junto ao Ministério da Educação.

O III Seminário representou um momento de profundo debate sobre as residências multiprofissionais em saúde e suscitou a identificação de divergências na compreensão da política e das práticas. Após 2008, a dificuldade de compreensão sobre as residências em área profissional da saúde, que podem ser multi ou uniprofissionais, decorreu na desarticulação entre programas e condução ministerial.

Quanto ao trabalho da CNRMS, a partir do III Seminário não houve mais reuniões. A comissão interrompeu suas atividades em 2008 e retomou em 2010. Entre os anos de 2010 e 2012, a Comissão funcionou sem representação de residentes, tutores e preceptores. Esse período de vazio de representação na regulação nacional das residências decorreu na identificação e construção de espaços de debate paralelos, em que os atores que constituíam os programas pudessem dialogar, trocar experiências e construir juntos. Nesse momento, consolidou-se o “movimento social de residências”, protagonizado pelos fóruns nacionais, que continuaram a sua atuação. Nesse período, instituiu-se outro importante espaço de

articulação, problematização e encaminhamentos, o Encontro Nacional de Residências em Saúde (ENRS).

O ENRS surgiu da necessidade crescente de que residentes, coordenadores, preceptores/tutores e todos os demais atores do Movimento Nacional das Residências em Saúde discutissem a formação de profissionais dentro dos programas de residência, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. A primeira edição foi realizada em 2012, no Rio de Janeiro. Até 2021, já são 11 Encontros Nacionais de Residências em Saúde: Rio de Janeiro (2012), Porto Alegre (2012), Ceará (2013), Recife (2014), Florianópolis (2015), Curitiba (2016), Olinda (2017), Rio de Janeiro (2018), Natal (2019), Brasília (2020) e Bahia (2021); os dois últimos, na modalidade remota devido ao distanciamento físico imposto pelo controle da pandemia de Covid-19.

Implantação da Residência em Saúde da Família da UFPE

Durante o ano de 2005, constituiu-se em Pernambuco o “Grupo CORES: Residência Integrada em Saúde” (Coletivo de Residências Integradas em Saúde) como uma proposta de formação para a transformação do modelo de atenção em saúde. O Grupo reunia egressos do movimento estudantil da saúde das Universidades Federal e Estadual de Pernambuco (UFPE e UPE), definindo-se como um grupo que discutia integralidade e saúde e se preocupava com a formação em saúde como prática de transformação social:

Baseado nas prerrogativas do Sistema Único de Saúde (SUS), foi construído um grupo de discussão (Grupo CORES) formado por estudantes, profissionais e professores da área de saúde. Nessa roda multiprofissional, busca-se problematizar o Modelo de Atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como um dos principais desafios trabalhar ações pautadas na integralidade (OLIVEIRA; AMORIM; OLIVEIRA NETO, 2006).

Dentre alguns objetivos, o coletivo identificou como desafio “Pensar e planejar uma proposta de pós-graduação no formato de uma Residência Integrada em Saúde para Pernambuco” (OLIVEIRA; AMORIM; OLIVEIRA NETO, 2006). O grupo articulava essa discussão no âmbito local com a Associação Pernambucana de Residência em Saúde Coletiva (APRESC) e, nacionalmente, com alguns coletivos estaduais que se articulavam em um grupo de comunicação digital chamado “RIS-Brasil”, criado durante o Fórum Social Mundial de 2005 e constituído, na época, por residentes, profissionais de saúde, estudantes e militantes de alguns movimentos sociais. Vários desses coletivos promoveram importantes movimentos nos seus respectivos estados e traçaram estratégias para incidirem no contexto nacional com pautas que permeavam: a defesa de Residências Integradas em Saúde, a criação e implantação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, o financiamento de programas, a articulação da implantação das residências com a mudança da graduação em saúde e, por fim, a construção de uma agenda política em torno da desprecarização do trabalho e da qualificação dos profissionais de saúde.

Uma das atividades protagonizadas e articuladas pelo Grupo CORES e APRESC ocorreu no XI Congresso Mundial de Saúde Pública/VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em 2006, no Rio de Janeiro, onde coordenaram dois momentos durante o evento e ajudaram a articular, no pré-congresso, o II Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde. No relatório dessa oficina é possível identificar a amplitude de algumas pautas que os coletivos defendiam, como mostra o trecho destacado a seguir:

O desafio é gigantesco porque passa por uma reorientação da ação conjunta do MEC, do MS e instituições correlacionadas nos estados e municípios. Ao MS caberia o estabelecimento de diretrizes para a formação e capacitação dos trabalhadores e ao MEC cumpriria reorientar sua ação junto às instituições formadoras, especialmente as de nível superior, não esquecendo do ensino

profissionalizante de nível médio. O Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, deve estimular a municipalização também na capacitação e educação permanente dos profissionais e técnicos do sistema de saúde, respeitando características locais (CORES; APRESC, 2006).

Ainda no segundo semestre de 2005, em resposta a um ofício circular, um grupo de egressos de medicina, que partilhava da defesa da Residência Integrada em Saúde, sob a liderança de Rodrigo Cariri e Oscar Coutinho, e que se articulava com as mobilizações promovidas pelo Grupo CORES, elaborou uma proposta de Programas de Residência em Medicina da Família e Comunidade a ser executada na UFPE. Em seguida, foi oferecido fomento federal para a construção das Residências Multiprofissionais sob a execução das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), e o grupo viu a oportunidade de pôr em prática a construção da Residência Integrada em Saúde, articulando Residência Médica e Residência em Área Profissional da Saúde:

Este documento apresenta o Projeto de Residência Integrada em Saúde – RIS, subprojeto Residência Multiprofissional em Saúde da Família – RMPSE, proposto pelo Centro de Ciências da Saúde – CCS, da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, em parceria com a Prefeitura da Cidade do Recife. Foi construído pelos docentes e discentes da Universidade com base nos documentos de referência do Ministério da Saúde, dos Grupos CORES e APRESC, na experiência acumulada pela gestão de diversos departamentos do CCS/UFPE (UFPE, 2005).

A ideia foi prontamente aceita pelo então diretor do CCS, prof. José Thadeu Pinheiro, que fez todos os esforços para a construção e implantação da Residência Multiprofissional em Saúde na UFPE. Entretanto, o desafio tornava-se cada vez mais complexo, desde a elaboração do

projeto à coordenação e aos arranjos que precisavam ser realizados para colocá-la em prática. A contribuição do Grupo CORES foi decisiva para a construção e a aprovação do projeto, entretanto as pactuações internas, os arranjos para a sua efetivação e as dificuldades inerentes à execução financeira do programa foram importantes barreiras para a implantação dessa Residência.

O colegiado do CCS, composto pelos departamentos dos cursos da área da saúde, além dos cursos de psicologia e de serviço social, integrantes de outros centros, foram espaço estratégico para a realização dos debates para ampliar a compreensão dos coordenadores sobre a importância da criação do programa de residência multiprofissional em saúde da UFPE e discutir estratégias para a sua viabilidade. Foi ali também onde se identificaram muitas “resistências departamentais” para a sua implantação, tensionamentos relacionados aos papéis que os cursos teriam dentro do programa, a ocupação do lugar da coordenação etc. Inclusive, um desafio estrutural importante foi o de, inicialmente, mobilizar os representantes de todos os cursos da área da saúde a trabalharem juntos pela criação do programa. A cultura de fragmentação disciplinar da universidade, da formação uniprofissional e das disputas de poder entre os departamentos representava um dos principais obstáculos à criação de um programa que se propunha a mudar a formação em saúde e que, para isso, demandava mudanças na atuação da própria Instituição Federal de Ensino Superior.

Em contraposição, “os atores externos” à UFPE atuaram de forma expressiva para viabilizar o projeto e construir alternativas que, às vezes, também enfrentavam resistências, a exemplo da proposta de recrutar tutores bolsistas que não fizessem parte do quadro da UFPE, mas que se somariam aos docentes-tutores da instituição para atuar na orientação dos residentes. A implantação do programa foi muito afetada pelos entraves institucionais, com dificuldades administrativas para manejo do recurso financeiro, e só conseguiu avançar pelo empenho dos professores José Thadeu Pinheiro e Maria Lúcia Gurgel (Malú). A demora na implantação, contudo,

talvez tenha sido importante para que a mobilização interna conseguisse sustentar o projeto. Somente em 2009 a instituição conseguiu realizar a primeira seleção.

Contexto atual das Residências em Saúde em Pernambuco

As residências multiprofissionais em saúde têm como principal característica a formação sustentada pela integração ensino-serviço, o processo formativo dessa modalidade pós-graduada reúne os desafios de conciliar preceitos teóricos, éticos e políticos. Para isso, os programas orientam-se por Projetos Pedagógicos de Residência (PPR) cujas diretrizes consistem na garantia da promoção de uma formação multiprofissional e interdisciplinar com a finalidade de construir competências que alcancem as mudanças de atenção e gestão na saúde (BRASIL, 2012).

As residências multiprofissionais em Saúde da Família envolvem a formação especializada nessa área de atuação através da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, as quais obedecem aos critérios legais de credenciamento e titulação propostos pela Comissão Nacional de Residência Médica e Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Essa condição de necessariamente duas formações, não integradas, faz emergir muitos debates e questionamentos, além de trazer à tona, segundo Rosa e Lopes (2010), a luta da corporação médica contra a formação de outras profissões de saúde pela proposta das residências.

A proposta da formação multiprofissional e interdisciplinar compreende diferentes estratégias de formação: de um lado, agregar diferentes profissões de forma conjunta sem necessariamente integrar as práticas e os saberes, mas, de outro, a interdisciplinaridade, promovendo interação, comunicação de ideias, integração de conceitos e intercâmbio de epistemologias, terminologias e procedimentos (SILVA, 2006). A formação multiprofissional e interdisciplinar é, sobretudo, um desafio.

A grande questão do ensino-serviço no contexto das residências está em como possibilitar uma formação tão diferenciada por meio da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade a partir de serviços que funcionam sob outra lógica. A lógica hospitalocêntrica, com foco na doença, que prioriza o tratamento medicamentoso e que tem vinculado profissionais de saúde que tiveram uma formação com essa mesma perspectiva é confrontada com uma lógica que tem a função de ensinar a inserção multiprofissional e interdisciplinar do trabalho em saúde. A mudança das residências nos cenários de prática causa tensões, expectativas, resistências e conflitos.

Não obstante, apesar do impacto inicial causado, esse movimento contra-hegemônico, representado pela incorporação das residências nos serviços de saúde, impulsiona microrrupturas que fazem parte do processo de enfrentamento e desconstrução do modelo de atenção à saúde predominantemente biomédico. A chegada de residentes multiprofissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF) traz novas perspectivas: as equipes revisitam suas práticas e as ações e serviços reorganizam-se para colaborar com a produção desses novos profissionais segundo, inclusive, a problematização do trabalho.

As residências multiprofissionais em saúde têm potencial para promover movimentos contra-hegemônicos na formação profissional, ainda voltada para o modelo médico-centrado e procedimento-centrado, mediante reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica e na busca pela integralidade do cuidado. Pernambuco foi pioneiro, com os estados do Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro, ainda na década de 1970, na criação das Residências em Saúde Comunitária, multiprofissionais e de base em sistemas locais de saúde, em um processo de estruturação que visava formar profissionais com uma visão integrada de saúde e com perfil humanista e crítico (ROSA; LOPES, 2010; TORRES, 2017). Nas duas décadas seguintes, em meio ao contexto de desobrigação dos Estados quanto ao seu papel na gestão dos serviços de saúde, por causa da municipalização da rede de atenção básica, muitos dos programas abertos naquele momento foram descontinuados (ROSA; LOPES, 2010).

Por muito tempo predominaram as residências uniprofissionais, à semelhança das residências médicas, tendo o hospital como local privilegiado de práticas, produzindo profissionais aptos para atuar fundamentalmente em âmbito hospitalar. O surgimento das residências multiprofissionais consiste em uma inovação, uma criação que possibilita que diversas profissões se complementem e aprendam a trabalhar juntas. O incremento na formação de profissionais da saúde por meio das residências multiprofissionais se destaca como um dos elementos promotores da busca de reorganização da Estratégia Saúde da Família como política de gestão e como política de cuidado.

O país vivenciou experiências importantes de expansão de residências em áreas prioritárias, com investimento financeiro do Ministério da Saúde, especialmente as residências multiprofissionais em saúde. Na região Nordeste, todos os estados aprovaram projetos de residência em saúde com bolsas do Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Bolsas para Residências em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2009). Pernambuco apresentou o maior número de programas aprovados no período de 2009 a 2015, período incentivado pelo Ministério da Saúde à expansão dessa oferta, seguido pelos estados do Ceará e Bahia (SARMENTO *et al.*, 2016).

Foram fundamentais os incentivos e as políticas que buscaram fomentar a formação dos profissionais de saúde, articulando estrategicamente os Ministérios da Saúde e da Educação ao longo do processo de desenvolvimento do SUS, ampliando a oferta de vagas de residência, buscando reduzir as desigualdades regionais e tendo como objetivo formar profissionais para uma atuação diferenciada, pressupondo construção interdisciplinar, trabalho em equipe, dispositivo de educação permanente em saúde e reorientação das lógicas tecnoassistenciais.

Em Pernambuco, contando também com importante aporte de recursos do tesouro estadual, as residências multiprofissionais em saúde cresceram 567% no período entre 2010 e 2020, passando de 133 para 755 vagas. Já as residências multiprofissionais em Saúde da Família somam 157 vagas

distribuídas em 9 programas no estado, abertas no período entre 2005 e 2017 (Residência Multiprofissional em Saúde, da Universidade Federal do Vale do São Francisco; Residência Multiprofissional em Saúde da Família, do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP); Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde, do Centro Acadêmico de Vitória, da Universidade Federal de Pernambuco; Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família e Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com Ênfase na População do Campo, da Universidade de Pernambuco; Residência Multiprofissional em Saúde da Família, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco; Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Associação Caruaruense de Ensino Superior e Técnico; Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes; Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Secretaria Municipal de Saúde de Recife).

No caso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco, e tendo o município do Recife como *locus* de atuação, destaca-se seu papel na cogestão dos processos de trabalho da atenção básica, na qualificação do cuidado prestado por meio da Estratégia Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Especialmente no contexto de retrocessos e mudanças nos recursos e investimentos na formação de profissionais de saúde e na atenção básica, é fundamental o fortalecimento das relações e interações ensino-serviço e sustentação de programas de residências multiprofissionais em saúde.

Se o período áureo de investimento em programas e bolsas de residência pelo governo federal foi entre 2009 e 2015, no contexto mais recente, precisamente a partir de 2016, destaca-se a redução dos investimentos federais nessa política de formação de profissionais para o SUS, no qual o Ministério da Educação, principal responsável pelo financiamento das residências nas Universidades Federais, decide por não financiar novas bolsas. O Ministério da Saúde tem sinalizado com recursos bem limitados

e exclusão do financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica. Desde então, o financiamento de novas bolsas de residência depende de recursos estaduais.

Conforme já apontado, Pernambuco figura no cenário nacional como referência no desenvolvimento das residências em saúde, especialmente quanto ao expressivo financiamento de bolsas, a interiorização de programas e inovações no âmbito da gestão da política estadual. Em todo o estado são 1.765 vagas de residências em saúde, sendo 1.009 em programas de residência médica e 765 em programas de residência em área profissional da saúde. Verifica-se um investimento com recursos estaduais na ordem de 84 milhões de reais em 2020.

Em relação às estruturas de gestão e governança da política de residências em saúde no estado, destacam-se: a realização dos Seminários Estaduais de Residências em Saúde e Seminários Estaduais de Educação Permanente em Saúde, a construção do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (2019-2022), a instituição do Fórum Estadual de Comissões de Residências Multi e Uniprofissionais (Coremu), em funcionamento desde abril de 2016 (PERNAMBUCO, 2018), e a criação da Comissão Estadual de Residências em Saúde (PERNAMBUCO, 2020).

Esses espaços colegiados foram instituídos no intuito de subsidiar a Secretaria Estadual de Saúde quanto às demandas de implantação de novos programas de residência de acordo com as necessidades do SUS em Pernambuco, bem como promover a integração entre as Coremus, visando à otimização da formação teórico-prática dos profissionais residentes de acordo com a *expertise* de cada instituição, assim como para criar espaço ampliado de escutas e deliberações políticas, de regulamentação e avaliação dos programas no estado, pauta fortalecida principalmente pela descontinuidade das atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde desde 2019.

A organização dos coletivos em fóruns e a realização dos encontros nacionais e seminários estaduais têm sido estratégias importantes. Nesse contexto, em setembro de 2019 foi realizado um Seminário Estadual de

Residências em Saúde, que se constituiu em um momento oportuno para discutir e construir coletivamente ações para superar os obstáculos impostos pela conjuntura e demarcar um posicionamento de Pernambuco em defesa do SUS. Teve como objetivos: compreender a política das residências em saúde em contexto; construir estratégias para o fortalecimento e sustentabilidade das residências em saúde nos âmbitos da gestão e da condução política e pedagógica; debater as questões a serem discutidas no Encontro Nacional de Residências em Saúde.

Naquele momento, consolidou-se a proposta de criação de uma Comissão Estadual de Residências em Saúde, para ser porta-voz de uma intencionalidade política e pautar as residências em saúde nas diversas instâncias governamentais, inicialmente de caráter provisório, até a sistematização da sua regulamentação. A criação de comissões estaduais e a necessidade da retomada imediata dos trabalhos da CNRMS foram questões debatidas no encontro nacional daquele ano.

Após um período de ausência nas pautas de educação na saúde no âmbito federal, a partir de 2020, o Ministério da Saúde propõe o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, que, segundo o órgão, consiste em um conjunto de ações estratégicas destinadas à valorização e qualificação de residentes, preceptores e gestores de programas de residência e ao apoio institucional aos programas de residência em saúde no Brasil (BRASIL, 2021b). As ações do plano citam ciclos trienais, a partir de 2021, organizadas em três eixos norteadores: Eixo de ofertas educacionais; Eixo de valorização ensino-assistencial; e Eixo de apoio institucional.

A proposta começou a ser divulgada ainda no ano de 2020, enfrentando muitos questionamentos e publicação de inúmeras cartas abertas de oposição aos termos e definições. Em que pese a contrariedade expressa em debate de instâncias coletivas, como a Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Conselho Nacional de Secretários de Saúde dos Estados, foi aprovado o plano na Comissão Intergestores Tripartite, de 24 de junho de 2021. Apontamos, sucintamente, algumas fragilidades sobre o plano: falta de escuta dos atores dos movimentos

sociais históricos das residências em saúde e de discussão nas instâncias legítimas de negociação e pactuação de políticas públicas em saúde; desrespeito às decisões do Conselho Nacional de Saúde quanto à composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde; ênfase nas modalidades médica e uniprofissional das residências em saúde, incluindo os estudos e análises que subsidiaram sua elaboração; e ausência de incentivos claros e objetivos relativos à abertura e qualificação dos programas de residência multiprofissional em saúde.

Considerações finais

A partir deste breve resgate histórico, procuramos apontar a importância da formação de profissionais de saúde por meio das residências e a necessidade de adequados processos de condução e regulação de âmbito nacional, ao mesmo tempo que as responsabilidades de âmbito estadual e municipal, assim como das instituições formadoras, universitárias ou não. A formação por meio das residências requer formas articuladas de condução com todas as esferas de governo, instituições de ensino e de saúde e instâncias do controle social no SUS. Reiteramos que ao fortalecermos as redes de apoio no desenvolvimento dos programas de residência, a rede de ensino e os serviços de saúde, atuaremos como resistência em tempos de mudanças nos diversos contextos macropolíticos e econômicos do país, visando à continuidade dos processos formativos e das transformações no Sistema Único de Saúde que se mostrem de interesse da sociedade.

Com isso, queremos destacar a importância de efetivação da integração ensino-serviço-gestão-comunidade para a implementação de processos formativos que resgatem os princípios da Reforma Sanitária Brasileira, que dialoguem com as necessidades advindas dos sistemas locais de saúde, que atuem na defesa e afirmação da vida e que visem à consolidação do Sistema Único de Saúde.

Referências

AMARAL, B. P.; CECCIM, R. B. Historicidade. *In*: CECCIM, R. B.; DALLEGRAVE, D.; AMORIM, A. S.; PORTES, V. M.; AMARAL, B. P. (org.). *EnSiQlopedia das residências em saúde* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 114-39. (Série Vivências em Educação na Saúde). Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/ensiqlopedia-das-residencias-em-saude-pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. Casa Civil. *Decreto n.º 80.281, de 5 de setembro de 1977*. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, DF, 5 set. 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d80281.htm. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Casa Civil. *Lei n.º 6.932, de 7 de julho de 1981*. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília, DF, 1981. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16932.htm. Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. Casa Civil. *Lei Federal n.º 8.080/90, 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. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução n.º 11, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 31 de outubro de 1991*. Brasília, DF, 31 out. 1991. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_91.htm. Acesso em: 15 maio 2020.

BRASIL. Casa Civil. *Lei Federal n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, 20 dez. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução CNS n.º 225, em 08 de maio de 1997*. Brasília, DF, 8 maio 1997. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/reso225_o8_o5_1997.html. Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. Casa Civil. *Lei Federal n.º 11.129/2005, 30 de junho de 2005*. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n.º s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF, 30 jun. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/11129.htm. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf. Acesso em: 28 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial MEC/MS n.º 506/2008*. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial n.º 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Brasília, DF, 24 abr. 2008. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=209075>. Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS n.º 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 7, 13 nov. 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192. Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. Casa Civil. *Lei Federal n.º 12.513/2011, de 26 de outubro de 2011*. Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); altera as Leis n.º 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), n.º 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio, n.º 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e n.º 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); e dá outras providências. Brasília, DF, 26 out. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12513.htm. Acesso em: 28 nov. 2021.

BRASIL. Casa Civil. *Decreto n.º 7.562, de 15 de setembro de 2011*. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Brasília, DF, 5 set. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7562.htm. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde n.º 2. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 24-5, 16 abr. 2012. Disponível em: <http://www.difusao.dmmdc.ufba.br/sites/difusao.dmmdc.ufba.br/files/manual-de-estilo-academico-6ed-ri.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Casa Civil. *Lei Federal n.º 12.871, 22 de outubro de 2013*. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n.º 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n.º 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF, 22 out. 2013. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria n.º 21, de 21 de dezembro de 2017. Dispõe sobre o sistema e-MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação, avaliação e supervisão

da educação superior no sistema federal de educação, e o Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior Cadastro e-MEC. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 18-19-31, 21 dez. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/1284644/do1-2017-12-22-portaria-n-21-de-21-de-dezembro-de-2017-1284640-1284640. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução n.º 593, de 09 de agosto de 2018. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 44, 9 ago. 2018a. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/48743116/. Acesso em: 15 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. *Parecer CNE/CES n.º 146/2018, de 08 de março de 2018*. Reexame do Parecer CNE/CES n.º 245/2016, que trata das Diretrizes Nacionais dos Cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu*. Brasília, DF, 8 mar 2018b. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Parecer-cne-ces-146-2018-03-08.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/SE n.º 1, de 06 de abril de 2018. Estabelece diretrizes e normas para a oferta dos cursos de pós-graduação lato sensu denominados cursos de especialização, no âmbito do Sistema Federal de Educação Superior, conforme prevê o Art. 39, § 3º, da Lei n.º 9.394/1996, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 6 abr. 2018c. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/abril-2018-pdf/85591-rces001-18/file>. Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n.º 4, de 16 de julho de 2021. Altera o artigo 11 da Resolução CNE/CES n.º 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 n.º 9394/1996, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 127, 19 jul. 2021a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=197911-rces004-21&category_slug=julho-2021-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). *Plano nacional de fortalecimento das residências em saúde*. Brasília, DF, 1º jun. 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/departamento-de-gestao-do-trabalho-em-saude/residencias-em-saude/plano-nacional-de-fortalecimento-das-residencias-em-saude>. Acesso em: 28 nov. 2021.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. Suppl. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XRJVNsrRHcqfsRXLZ7RMxCks/?lang=pt>. Acesso em: 28 nov. 2021.

COLETIVO DE RESIDÊNCIAS INTEGRADAS EM SAÚDE (CORES); ASSOCIAÇÃO PERNAMBUCANA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE COLETIVA (APRESC). *Relatório final de oficina Residência Multiprofissional em Saúde: formação dos trabalhadores para a consolidação do SUS*. In: VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE; COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO. *Pauta das Residências em Saúde da CIRHRT/CNS: Plano de Trabalho*. Brasília, DF, 25 out. 2018b.

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 28 nov. 2021.

FERREIRA, J. T.; CORRÊA, C. C. F.; ROCHA, C. M. F. Fórum Nacional de Residentes. In: CECCIM, R. B.; DALLEGRAVE, D.; AMORIM, A. S.; PORTES, V. M.; AMARAL, B. P. (org.). *EnSiQlopedia das residências em saúde* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 96-8. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/ensiqlopedia-das-residencias-em-saude-pdf>. Acesso em: 28 nov. 2021.

OLIVEIRA, J. A. S.; AMORIM, E. M.; OLIVEIRA NETO, A. V. Grupo Cores: residência integrada em saúde como uma proposta de formação para a transformação do modelo de atenção em saúde. Resumos do III Congresso IMIP de Saúde da Mulher e da Criança: Saúde da Família. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 6, Suppl. 1, p. s179-s199, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/dkrxd3XTW9gmZGP53sG4Ntm/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2020.

PERNAMBUCO. Portaria SEGTES-SES/PE n.º 206, de 29 de maio de 2018. Estado de Pernambuco. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Diário Oficial do Estado de Pernambuco: Recife, PE*, ano XCV, n. 98, p. 17, 29 maio 2018.

PERNAMBUCO. Portaria SEGTES-SES/PE n.º 660, de 13 de novembro de 2020. Estado de Pernambuco. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Diário Oficial do Estado de Pernambuco: Recife, PE*, ano XCVII, n. 212, p. 12, 13 nov. 2020.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-98, fev. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/3NPzjZyJXbWcFmn564kjjkR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2020.

SARMENTO, L. F.; FRANÇA, T.; MEDEIROS, K. R.; SANTOS, M. R.; NEY, M. S. A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. *Saúde em Debate*, v. 41, n. 113, p. 415-24, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Dmb4cQyDZRFtNYwQLW4BRMs/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2020.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, v. 21, n. 1, p. 200-9, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/BpFH8tww34qhgmg9LSW6n84d/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2020.

SILVA, M. P. G. O. Resenha do livro de SOMMERMAN, Américo. Inter ou transdisciplinaridade? Da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre os saberes. *Revista E-Curriculum*, v. 1, n. 2, p. 1-8, 2006. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/3127/2065>. Acesso em: 25 maio 2020.

TORRES, R. B. S. *Residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da saúde: uma revisão integrativa*. 2017. 170 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/26133>. Acesso em: 25 maio 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. Centro de Ciências da Saúde. *Projeto do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – RMPSF*. Recife: UFPE, 2005.

CAPÍTULO 2

DEZ ANOS DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TESSITURA E GESTÃO

*Etiene Oliveira da Silva Fittipaldi
Vanessa de Lima Silva
Delaine Cavalcanti Santana de Melo
Maria Lúcia Gurgel da Costa
Edigleide Maria Figuerôa Barretto
Raquel Costa Albuquerque
Joaquim Sérgio de Lima Neto
Valderez Ribeiro de Andrade
Carla Menêses Hardman
Márcia Maria Dantas Cabral de Melo*

O SUS é nosso, ninguém tira da gente,
direito garantido não se troca e não se vende.
(Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde)

Notas introdutórias

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, do Centro em Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal de Pernambuco (PRMSF-CCS/UFPE), foi criado em 2010, em parceria com a Secretaria de Saúde do Recife, visando ao desenvolvimento e à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sua criação ocorre em uma conjuntura de indução e fortalecimento das políticas de integração ensino-serviço para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), em que os Programas de Residência Multiprofissional assumem o propósito de implementar formação diferenciada de quadros para o SUS e no atendimento das necessidades de saúde da população (TEIXEIRA; OLIVEIRA; ARANTES, 2012).

O Programa está vinculado ao CCS e é objeto de coordenação central, por intermédio da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UFPE. É composto pelos núcleos profissionais da Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social e Terapia Ocupacional. O corpo docente-assistencial é formado por docentes tutores da UFPE e profissionais preceptores da Secretaria Municipal de Saúde do Recife.

A gestão do Programa assume a perspectiva da cogestão, conformada na coordenação do curso em parceria com o colegiado do Programa e as comissões executivas de integração ensino-serviço, pedagógica e científica, integradas por docentes, preceptores e residentes. Entre os dispositivos gestionários há a construção compartilhada de instrumentos de trabalho e a realização de oficinas de planejamento estratégico anuais e avaliações semestrais.

A carga horária das Residências Multiprofissionais em Saúde é definida pela Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) n.º 5 de 07/11/2014, com uma duração mínima de dois anos, contando com uma carga horária de 5.760 horas, distribuídas em atividades teóricas (20%) e teórico-práticas (80%) (BRASIL, 2004). O Programa tem duração de 24 meses e oferece 13 vagas anuais.

A concepção teórico-metodológica explicitada no Projeto Político Pedagógico (PPP) do Programa tem como horizonte formar profissionais em nível de pós-graduação, por meio da modalidade residência multiprofissional em saúde, com competências para atuar em equipe, de forma interprofissional, crítica e propositiva, nos âmbitos técnico, ético e político, e assumir valores como: prática colaborativa, autonomia e empoderamento dos diferentes atores, integralidade da atenção, educação permanente, controle social e outros, que traduzem as diretrizes e necessidades do SUS (UFPE, 2016).

Buscando-se a coerência entre a intencionalidade formativa e o uso de estratégias metodológicas correspondentes, o PPP apresenta direção social clara, e elege, igualmente, um direcionamento pedagógico dialógico,

inclusivo, participativo, referenciado na concepção de educação em saúde que fomente consciência crítica da população, em direção oposta à pedagogia que serve à manutenção do *status quo*.

As diretrizes pedagógicas estão embasadas pelos eixos essenciais do PPP: Educação Permanente, Interdisciplinaridade, Integração Ensino-Serviço, Promoção da Saúde, Educação Popular, Participação e Controle Social, Práticas de Planejamento e Gestão do Cuidado, almejando, portanto, o processo de ensinagens e aprendizagens que incidam no cuidado à população.

Apresenta-se, neste capítulo, o percurso trilhado nos dez anos de existência do PRMSF-CCS/UFPE para “fazer acontecer!”, na perspectiva de atores que experienciaram a função de coordenação nos biênios indicados. Intenciona-se apontar potencialidades, e desvelar os entraves e desafios desse espaço formativo e da função gestora, vividos em contextos políticos institucionais distintos, objetivando a qualificação do seu projeto pedagógico comprometido, enquanto instituição formadora, no aprimoramento da formação profissional para o SUS.

Percursos na gestão do Programa de Residência – *com a palavra: as gestoras*

A gestão do processo de implantação

A partir da articulação com o Ministério da Saúde (MS) e do apoio do Coletivo de Residências em Saúde (CORES), um grupo de atores e docentes de diferentes Departamentos da UFPE, vinculados ao CCS, Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA) e Centro de Filosofia de Ciências Humanas (CFCH), iniciou a ideiação e construção do projeto para o PRMSF-CCS/UFPE, conforme será descrito a seguir.

Na ocasião da constituição do PRMSF-CCS/UFPE, o CCS tinha como diretor o Professor José Thadeu Pinheiro, que ofereceu os espaços físicos: da

diretoria, do auditório Murilo La Greca e da sala de reuniões do CCS, para sediar os encontros que seriam realizados para a construção conjunta do projeto a ser submetido ao Edital. Esse era só o início da construção. Nesse primeiro momento, participaram os docentes Valdilene Viana (Serviço Social), José Gildo de Lima (Farmácia), Edigleide Barreto (Nutrição), Eloine Alencar (Enfermagem), Rubenilda Maria Rosinha (Psicologia), Gilmário Ricarte Batista (Educação Física), Maria do Socorro Brasileiro (Fisioterapia), Sílvia Jamelli (Odontologia), Raquel Albuquerque (Terapia Ocupacional), Maria Lúcia Gurgel da Costa (Fonoaudiologia), Vanessa Lima (substituta da Fonoaudiologia), Gladys Coelho (substituta da Fonoaudiologia) e Oscar Coutinho (Medicina Social); os representantes dos residentes de medicina de família da UFPE, em parceria com Rodrigo Cariri e o coletivo CORES, representado por Liu Leal, e os seguintes representantes da Prefeitura da Cidade do Recife: Célia Maria Borges, Patrícia Pinheiro Viana Schaller e Vilma Dornelas da Silva. Contou-se ainda com o apoio de Maria Bernadete de Cerqueira Antunes e Paulette Cavalcanti Albuquerque, da Universidade de Pernambuco, que generosamente ofereceram orientações e nortes a serem percorridos. Esse coletivo elaborou o projeto de criação do PRMSF-CCS/UFPE, que foi submetido e aprovado pelo MS.

O ano de 2006 foi marcado por grandes oportunidades para a reconstrução da Universidade Pública no Brasil; nessa época, o CCS reuniu uma equipe multiprofissional para responder a diversos editais. O que havia em comum nesse grupo era a grande consciência do papel e compromisso da Universidade Pública em torno de projetos comuns em resposta aos editais da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde: Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI); Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e o Convênio de expansão das residências em área profissional da saúde. As conquistas derivadas desses editais ajudaram a fortalecer a infraestrutura, o quadro docente e a formação nas áreas envolvidas.

Em 2007, o MS aprovou, por meio da Portaria n.º 644, a implantação do PRMSF-CCS/UFPE. A aprovação não garantia a imediata instalação do Programa, fazia-se necessária a anuência do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e pactuar com os campos de prática, uma vez que a chegada de novos atores ao serviço trazia necessidades de redesenho de ações. Assim, foram realizadas reuniões com as equipes integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF), incluindo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam na linha de frente das ações. Diversas reuniões foram realizadas até que se definissem, dentre os distritos sanitários do Recife, os que melhor atendiam às demandas da formação e do cuidado à população. Registra-se, ainda, a importante participação dos gestores distritais e representantes da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES) do município de Recife.

Períodos de gestão e desenvolvimento do Programa

Gestão 2008-2010^{*1}

Após a aprovação da Portaria de criação do PRMSF-CCS/UFPE, houve dificuldade no processo de destinação imediata de verbas no convênio com o MS. Um percurso de quase dois anos marcou esse período, com visitas ao MS e contatos frequentes para a viabilização do convênio, que tramitava em paralelo com o processo de bolsas da Residência em Medicina da Família da UFPE. Assim, em uma luta parreira, buscou-se o destrave burocrático e, finalmente, a abertura da primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em parceria entre a UFPE e a Prefeitura da Cidade do Recife (PCR).

A primeira Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Maria Lúcia Gurgel da Costa, foi eleita pelo grupo após a

1 *Ofício 097/08 – CCS, 07 de julho de 2008. Coordenadora: Maria Lúcia Gurgel da Costa. Curso de Fonoaudiologia.

aprovação do projeto, em parceria incansável com Raquel Albuquerque, vice-coordenadora. Oficialmente, não existia o cargo, no entanto ele foi adotado pelo Programa como apoio à coordenação e continuidade da memória de trabalho. Cabe destacar a construção integrada e as parcerias institucionais com o Ministério da Saúde, Prefeitura da Cidade do Recife, Secretaria de Saúde, Distritos Sanitários (DS) IV e V (pactuados como campos de prática do Programa), Pró-Reitoria de Pesquisa da UFPE (PROPESQ), Núcleo de Telessaúde da UFPE (NUTES/UFPE), Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social da UFPE (NUSP/UFPE).

Em 2010, iniciou-se a primeira turma de Residentes do PRMSF-CCS/UFPE, um Programa construído por muitos atores, que juntos lutaram e torciam pelo seu sucesso. Nesse período não havia sede para o funcionamento do curso (secretaria e sala de aula); assim, as aulas e reuniões ocorriam em espaço cedido pelo Departamento de Nutrição, em sua sede, e, durante algum tempo, o apoio desse Departamento foi pedra fundante para a existência do Programa; provisoriamente, instalou-se uma secretaria no CCS.

O Programa foi construído pautado pelos seguintes eixos: saúde como qualidade de vida; interdisciplinaridade e integralidade do cuidado na saúde; valorização da participação; diálogo e problematização da realidade vivenciada; articulação permanente entre a teoria e a prática; formação a partir das experiências da produção coletiva; e busca da autonomia do residente no processo de aprendizado.

Quanto à estrutura, o Programa dividia-se em: Atividades Teóricas; Atividades de Educação em Serviço; Atividades de Campo e Núcleo; e Atividades de Supervisão. As atividades de reflexão teórica foram organizadas em torno dos seguintes temas, formalizados em disciplinas, discussões e grupos de estudo: Políticas de Saúde (Concepção e Organização do SUS); Tópicos avançados em Atenção Básica à Saúde I e II; Bioética; Humanização em Saúde; Atenção Integral à Saúde; Saberes e práticas do cuidado; Planejamento e Gestão em Saúde; Metodologia da pesquisa e

Monografia Científica; Epidemiologia/Bioestatística; Informações em Saúde/Vigilância em Saúde; Trabalho interdisciplinar em saúde.

Inicialmente, de forma oficial, contava-se, para desenvolver e iniciar as atividades da 1ª turma, com os seguintes trabalhadores: dois residentes de cada categoria profissional, totalizando 20 residentes por entrada; dez preceptores; sete tutores e um coordenador.

Alguns nós marcaram nesse período, como a confusão na definição de funções e nomenclaturas, na classificação de tutoria e preceptoria. Conforme destacam Ceccim *et al.* (2018), em que pese a oscilação na definição dos papéis de preceptor e tutor, não há dúvida de que os dois são os principais representantes das funções do corpo docente-assistencial nos programas de residência em saúde.

Gestão 2010-2012

Nesse período, foram enfrentados muitos desafios e, por que não dizer, conquistas importantes para a continuidade do Programa, que surgiram em seguimento de lutas desde a gestão anterior, com a implantação e efetivação do Programa.

Naquela ocasião, existiam alguns desafios, entre eles, a conquista de um espaço próprio, contando com o apoio do então diretor do CCS, prof. José Thadeu Pinheiro, frente à reitoria da UFPE, que, na ocasião, tinha como reitor o prof. Anísio Brasileiro. Ainda com relação ao ambiente físico para a residência, havia a dificuldade de armazenamento das produções dos residentes – oficinas e Trabalhos de Conclusão de Curso. Por um período, o Departamento de Terapia Ocupacional disponibilizou-se para essa guarda e, posteriormente, mesmo ainda precariamente, o CCS definiu um espaço para esse fim.

Outro momento desafiador enfrentado nessa gestão foi a greve em defesa das bolsas recebidas pelos residentes. A turma que encabeçou o movimento de greve (R2) apresentou certo desentendimento e desconforto

com os recém-chegados residentes (R_1), por alguns deles não se engajarem na paralisação. O tempo que durou a greve foi de tensão, porém de aprendizagem tanto no âmbito político como em questões de mobilização dos atores integrantes do SUS. Pontua-se que o corte de bolsas foi estendido para os professores tutores e os preceptores que participavam do Programa, situação essa que se mantém até hoje. A partir do corte das bolsas para docentes e preceptores, a participação desses segmentos passou a ser totalmente voluntária. Para o segmento docente, não existia o registro do esforço docente nos Plano Anual de Atividade Docente (PAAD) e Relatório Anual de Atividade Docente (RAAD).

Em referência ao registro do esforço docente, a gestão da residência não se omitiu em nenhum momento de trabalhar em prol dessa oficialidade. Muitas foram as solicitações pelo reconhecimento do esforço dos professores, constando de ofícios, relatórios e atas de reunião de Conselhos Departamentais, entre 2010 e 2011. Porém, devido às muitas dificuldades da UFPE em resolver as solicitações apresentadas de formalização da CH e inclusão do registro com código próprio no Sig@, a permanência de alguns docentes de núcleos profissionais nas Residências foi impossibilitada, a exemplo do Departamento de Serviço Social, que decidiu não apresentar professores do seu quadro efetivo para as futuras seleções das Residências da UFPE, mantendo, porém, o compromisso de orientar os residentes até a conclusão daquele ciclo. As vagas para Serviço Social foram redistribuídas para outras categorias profissionais, após discussão com todo o corpo docente-assistencial do PRMSF-CCS/UFPE.

A inclusão da carga horária docente destinada aos programas de Residência da UFPE, como atividade de ensino e esforço docente, somente foi aprovada pelo Conselho Coordenador de Ensino, Pesquisa e Extensão (CCEPE), em dezembro de 2012.

Sobre as atividades pedagógicas, o PRMSF-CCS/UFPE apresentava pluralidade em atividades de campo e de núcleo, com a integração da APS na Rede de Atenção à Saúde. O conteúdo buscava fornecer instrumentos aos residentes para o trabalho, na perspectiva da educação em saúde,

do controle social e a qualificação das ações de saúde com vistas à transformação da realidade social. Apesar desse desenho de conteúdo programático, houve uma solicitação dos residentes pela inclusão do módulo de Educação Popular em Saúde no Programa, diante das necessidades de trabalhar o tema, com a comunidade, para a melhoria da saúde em geral. Diante da problematização quanto a esse conteúdo, a coordenação empenha-se em incorporá-lo ao processo formativo dos residentes e, posteriormente, passa a ser ofertado no currículo. Cabe ressaltar que, para além disso, essa discussão foi pautada em outros espaços coletivos da residência, como: redes de saberes, encontros de residentes, preceptores e tutores, assim como nos demais espaços colegiados.

Gestão 2012-2014²

O período de 2012 a 2014 foi marcado pelo processo de estruturação do PPP do Programa. O processo foi conduzido por uma comissão formada pelos tutores: Ilka Veras Falcão, Sílvia Jamelli, Valdilene Viana; preceptores: Cassiana Tertuliano C. de Paula, Graça Borges da Silva; residentes: Charlene de Oliveira Pereira (R₂), Fabiana Maria de Aguiar Bello (R₂), Naíade Melo Costa (R₂), Débora Louise Lima de Moraes Pires (R₁) e Janice Lemos de Araújo (R₁); e coordenação. Dentre os princípios norteadores para a estruturação do PPP, destaca-se a condução de um processo formativo que atenda às demandas do SUS, com seguimento de abordagem integral do processo saúde-doença e vivência interdisciplinar na Atenção Básica à Saúde.

O PPP do PRMSF-CCS/UFPE foi aprovado com a intencionalidade de reforçar as conquistas anteriores e ratificar o modelo pedagógico do Programa, em sintonia com o processo de avanço na integração

2 *Portaria n.º 26/2012 – CCS, de 25 de setembro de 2012. Coordenadora: Edigleide Maria Figueirôa Barreto; vice-coordenador: Paulo Roberto Cavalcanti Carvalho. Cursos de Nutrição e Educação Física, respectivamente.

ensino-serviço e do movimento de residências em saúde, em detrimento dos conflitos internos e externos da conjuntura institucional.

O marco dessa gestão foi favorecer a construção participativa de tutores e residentes na discussão das bases epistemológicas e avanços pedagógicos participativos para o processo de ensino-aprendizagem, em discussão em âmbito nacional, norteador-se prioritariamente na problematização como estratégia pedagógica, na perspectiva da tenda invertida.

Nesse período, destaca-se a estruturação da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (Coremu) da UFPE. Esse processo decorreu em alguns impactos na gestão do Programa, já que anteriormente funcionava com mais autonomia quanto às decisões tomadas pelo seu colegiado. Foram necessárias adaptações no formato de gestão com a incorporação dessa nova instância decisória.

Compreende-se que a gestão de um programa dessa monta assume complexidade, entre outros elementos, por agregar 11 Departamentos de três Centros Acadêmicos da Universidade, no *campus* Recife, em articulação com dois Distritos Sanitários da Secretaria de Saúde do Recife.

Com a estruturação da Coremu-UFPE, destacou-se a hegemonia de programas hospitalares, maioria na instituição, e foram propostas mudanças quanto à estruturação do PRMSF-CCS/UFPE, que geraram tensionamentos importantes, tais como divergências conceituais desse modelo de formação para o SUS e adoção de mecanismos de controle da carga horária exigida. O tensionamento foi intensificado no que se refere à participação dos residentes nos espaços de representação e mobilização política (fórum de residências, espaços de controle social do SUS, entre outros), com contabilização enquanto carga horária formativa. Nesse período, a ratificação das necessidades e especificidades da formação na APS foi agenda constante.

No processo de qualificação do Programa, avanços foram obtidos nos seguintes aspectos: fortalecimento dos acordos de cogestão entre as instituições formadora e executora, favorecendo o estabelecimento de fluxos e procedimentos administrativos necessários; construção do regimento

do Programa; inclusão da metodologia espiral de formação (construtivista) nos debates da rede de saberes para discussão de casos e temas; e inclusão das atividades de extensão enquanto carga horária teórico-prática dos residentes.

Gestão 2014-2016³

O período entre 2014 e 2016 foi marcado pelos impactos da fragilidade institucional quanto à vinculação de docentes da universidade ao Programa de Residência. Tendo em vista que a atividade de tutoria, apesar de reconhecida enquanto atividade docente pelo Conselho Coordenador de Ensino, Pesquisa e Extensão (CCEPE), não possuía carga horária oficial no sistema Sig@, no planejamento semestral do docente, a prática de tutoria representava uma ação voluntária, que dependia da disponibilidade e implicação de docentes. A inclusão da carga horária docente destinada aos Programas de Residência da UFPE, como atividade de ensino e esforço docente, somente foi aprovada pelo Conselho Coordenador de Ensino, Pesquisa e Extensão em dezembro de 2012.

Segundo Soares *et al.* (2018), apesar de sua importância na sustentação dos programas de residência e na construção de vínculo das Instituições de Ensino Superior com os serviços e o controle social ou a sociedade, vivencia-se nas instituições a pouca valorização dos atores que compõem o corpo docente-assistencial. No caso dos docentes, como tutores, sem ao menos receberem remuneração ou alocação específica de carga horária para essa função ou, ainda, cômputo na ascensão no plano de cargos e carreiras.

A vinculação do organograma da residência se dava na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPESQ), que aglutinava as pós-graduações

3 *Portaria N.º 16/2014 – ccs, de 08 de outubro de 2014. Coordenadora: Vanessa de Lima Silva; vice-coordenador: Joaquim Sérgio de Lima Neto. Cursos de Fonoaudiologia e Fisioterapia, respectivamente.

lato sensu e *stricto sensu*. No contexto de incentivo à produção científica, havia importante direcionamento das ações voltadas às pós-graduações *stricto sensu*.

As residências estavam vinculadas à área de pós-graduação *lato sensu*, com os cursos de especialização, que possuem caráter sazonal. Essa vinculação consistia em importante nó crítico para o reconhecimento das residências enquanto caminhos de formação específicos e dotados de complexidade, pois são contínuos, com articulação interinstitucional entre universidade e secretarias de saúde, e com grande carga horária a ser cumprida com qualidade e distribuída entre atividades práticas, teórico-práticas e teóricas.

Houve diversos momentos de debate no colegiado do Programa, junto à Coremu-UFPE e à Propesq UFPE, com foco no reconhecimento da atividade de tutoria enquanto atividade docente da universidade, com inclusão no Sistema Sig@ e reconhecimento no PAAD e RAAD. No ano de 2016, essa conquista foi alcançada e representou um divisor de águas na condução do Programa, pois facilitou a adesão de professores ao corpo docente-assistencial, com maior procura de docentes pelas atividades de tutoria e ministração de componentes curriculares teóricos. A inclusão no sistema Sig@ se deu a partir do primeiro semestre de 2017.

Esse período também foi marcado pela realização de oficinas de planejamento estratégico, com avaliação positiva entre os integrantes do Programa, sendo consideradas como espaços de avaliação e deliberação participativos. O processo também foi considerado estratégico para a cogestão do PRMSF-CCS/UFPE, uma vez que direcionava as ações da coordenação e das comissões de integração ensino-serviço, pedagógica e científica, instâncias colegiadas de ação, com participação de tutores, preceptores e residentes.

A partir das oficinas de planejamento estratégico, identificou-se a necessidade de atualização do projeto pedagógico do Programa, no tocante ao eixo teórico e ao modelo de gestão (UFPE, 2016). Tal atualização se deu

por meio da realização de oficinas com a participação de todos os integrantes do Programa: residentes, tutores e preceptores.

Gestão 2016-2018⁴

A gestão do período de 2016 a 2018 foi marcada pela conjuntura de desmonte do Sistema Único de Saúde e necessidade de resistência dos movimentos formativos no SUS e para o SUS, e no empoderamento ao protagonismo dos residentes nesse processo, com estímulo à participação nos fóruns de residentes, tutores, preceptores e coordenadores.

Destaca-se o incentivo à qualificação do corpo docente-assistencial do Programa. Com a oficialização da tutoria enquanto atividade docente, houve melhor adesão de professores ao Programa. Nesse período, as ações de cogestão foram fortalecidas e a comissão de integração ensino-serviço atuou de forma importante em ações para a integração de tutores e preceptores, tais como incentivo às reuniões de núcleo periódicas com participação de tutores, preceptores e residentes, oferta dos componentes curriculares teóricos enquanto curso de extensão para os preceptores e reuniões periódicas nos territórios.

Foi iniciada nova frente de atuação com os preceptores. Outro nó crítico para a condução do Programa foi a adesão de preceptores, profissionais da Rede de Atenção à Saúde, que assumiam a função docente de acompanhamento formativo dos residentes.

Na ocasião, a dificuldade de adesão dos preceptores se dava por diversos motivos: pouco reconhecimento como atividade profissional, por parte das secretarias de saúde e dos profissionais; dificuldade no direcionamento de carga horária específica para a preceptoria; fragilidade na formação em docência; e pouco reconhecimento do SUS no espaço formativo.

4 *Portaria n.º 43/2016 – CCS, de 05 de dezembro de 2016. Coordenadora: Vanessa de Lima Silva; vice-coordenadora: Márcia Maria Dantas Cabral de Melo. Cursos de Fonoaudiologia e Odontologia, respectivamente.

Em resposta a essa premente demanda, gerou-se um curso de formação para os preceptores do Programa, como contrapartida da Universidade, em parceria com a Secretaria de Saúde do Recife. Para essa ação, destaca-se a importância do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) e da parceria entre a Secretaria de Saúde do Recife e o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP-HSL). Tais programas possibilitaram a formação da coordenadora, vice-coordenadora e uma docente, que conduziram o processo formativo.

O curso objetivou promover um processo de educação permanente para 31 preceptores do PRMSF-CCS/UFPE, com foco em competências educacionais. Foi adotado o perfil de competência a partir da proposta de Oliveira *et al.* (2017), focado na área de competência de Educação: formação profissional e produção de conhecimento em saúde. Tal proposta foi articulada com a metodologia ativa de ensino-aprendizagem intitulada Espiral Construtivista, desenvolvida por Lima (2017).

O curso de formação representou um ponto importante de aproximação entre a gestão do Programa e o corpo de preceptores. Essa aproximação repercutiu na incorporação efetiva dos preceptores no colegiado do Programa, importante espaço de gestão compartilhada e no fortalecimento de vínculos.

Tal movimento fortaleceu os processos de cogestão desenvolvidos pelo Programa, consolidando ainda mais a aproximação com a multiplicidade de fatos e problemas enfrentados no cotidiano, dada a complexidade da junção entre academia, residentes e profissionais de diferentes áreas, gestão municipal, territórios de saúde e controle social.

Destaca-se, nesse período, a inclusão de nova categoria profissional no Programa de residência, o profissional sanitário. Tal categoria tem papel fundamental na APS, com atuações nas áreas de Epidemiologia, Planejamento e Gestão. A sua incorporação nas ações interprofissionais trouxe grande potencial de fortalecimento nos processos formativos dos residentes.

O biênio 2018-2020, da gestão do PRMSF-CCS/UFPE, insere-se numa conjuntura política e social de ofensiva conservadora, na qual são aceleradas as medidas de austeridade fiscal com desmonte das políticas sociais conformadas no Sistema de Seguridade Social. A contrarreforma da Saúde se expressa na reformulação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, e na desidratação de uma série de outras políticas, programas e redes de atenção. Foi imediato o impacto dessas medidas no âmbito da Estratégia Saúde da Família, cujas equipes de saúde da família e do Nasf-AB viram-se restringidas na oferta do cuidado integral ou ameaçadas de continuidade, com possibilidade de perda em algumas diretrizes, como o apoio matricial (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Essa situação ocasionou rebatimentos nas atividades de campo dos(as) residentes desse Programa, que foram contraídas nesse contexto de desmonte e instabilidade profissional.

Nesse contexto político-institucional crítico e de incertezas, o trabalho da coordenação inicia-se num estágio de implementação do PPP em que os processos administrativos e de cogestão já estavam mais fortalecidos. O que propiciou direcionar as ações da coordenação e das comissões de integração ensino-serviço, pedagógica e científica – instâncias colegiadas de ação – validadas em processo participativo por todos os seus segmentos.

Buscou-se, portanto, a partir da análise situacional de contexto, dos elementos de conquistas e desafios, colocar em análise coletiva propostas para o enfrentamento de problemas já identificados em rodas avaliativas e considerados como nós críticos à expansão qualitativa do PPP, como aqueles relacionados aos processos pedagógicos desenvolvidos pelos tutores/docentes e preceptores. Cientes de que a própria realidade em movimento capturada na sua totalidade e vivida nos territórios da APS deve ser objeto formativo para sua transformação, considerou-se necessário

5 Portaria n.º 52/2018-ccs, de 10 de dezembro de 2018. Coordenadora: Márcia Maria Dantas Cabral de Melo; vice-coordenadora: Delaine Cavalcanti Santana de Melo – Cursos de Odontologia e Serviço Social, respectivamente.

investir esforços no planejamento pedagógico – que deve abarcar o antevisto e o imprevisto, o conhecido, já experimentado e o novo.

São apresentados a seguir alguns problemas que foram selecionados como prioritários, e seus enfrentamentos, entre os quais, destacam-se: o perfil disciplinar da matriz curricular, a qualificação do corpo de tutores e preceptores e, no ano de 2020, a resposta do Programa às inflexões da pandemia à formação e atuação dos(as) residentes, exigindo/exigiu esforços adicionais e adequação de uma série de atividades formativas e de gestão ao trabalho na modalidade remota, devido às medidas de distanciamento social adotadas para conter a disseminação do novo coronavírus, como também alteração nas atividades práticas com a indução de processos interventivos em parceria com as equipes de saúde (MELO *et al.*, 2021).

Tal processo iniciou-se por analisar os componentes pedagógicos do eixo teórico do PPP, o conjunto das disciplinas da matriz curricular ofertadas até aquele momento. Em 2019, esse eixo formativo foi alvo de discussão, avaliação e planejamento conduzido pela coordenação, a fim de promover atualizações e mudanças na perspectiva do currículo integrado, que é entendido como uma concepção de ensino-aprendizagem cuja finalidade é oferecer uma abordagem dos conceitos como sistema de relações de uma totalidade concreta, possibilitando, em um cenário da realidade, que todos possam ampliar a sua leitura e reflexão crítica sobre o mundo para transformá-lo (CIAVATTA, 2005), considerando-se a necessidade de revisão à luz do estágio de desenvolvimento das Políticas e Programas de Atenção Básica e da situação socioepidemiológica.

Estudo preliminar das ementas das disciplinas identificou ênfase conteudista, em parte desarticuladas das vivências nos cenários de prática, com uso mesclado de metodologias ativas e passivas de ensino-aprendizagem, e a maior parte da carga horária das disciplinas realizadas em salas de aula na UFPE (UFPE, 2016). Para além disso, não foram encontrados conteúdos que articulassem de modo interdisciplinar os diferentes paradigmas e racionalidade de cuidado em saúde.

A partir dessa identificação, organizaram-se processos de educação permanente voltados ao alcance de um novo arranjo da matriz curricular por módulos interdisciplinares, buscando-se integrar conteúdos afins, além da incorporação de novos. Foram realizadas oficinas de trabalho com o coletivo de tutores e agendados encontros entre a coordenação e os docentes de cada disciplina. A esse movimento, adicionaram-se encontros de educação permanente direcionados à tutoria, à preceptoria e às comissões permanentes do Programa; embora caiba sublinhar a baixa participação de atores da gestão na construção desses processos.

Dificuldades e impedimentos são debatidos amplamente e estão relacionados aos diferentes tempos (agendas) do ensino e da gestão que precisam que sejam superados, com base em movimentos político-institucionais referentes às instâncias formadora e executora, respectivamente as Instituições de Ensino Superior e os serviços de saúde, que visem à transformação das relações de integração ensino-serviço-comunidade, que devem estar interconectadas nos processos de cuidado, de gestão e de educação, e direcionadas ao alcance da integração plena (MENDES *et al.*, 2018).

No cenário político-sanitário crítico da pandemia de Covid-19, novos desafios foram postos à coordenação para viabilizar a permanência dos residentes nas áreas de atuação do Programa na ESF do Recife. A realidade local do setor da saúde, inicialmente, apontou retração das atividades na APS, com a suspensão das ações coletivas e redução de uma série de atividades assistenciais e preventivas que impactaram no processo de trabalho das Equipes de Saúde e dos Nasf-AB, com forte reatamento no processo de formação e trabalho dos residentes, o que foi visto também em outras localidades do país (DE OLIVEIRA, 2020).

Tal realidade exigiu da coordenação esforços adicionais de articulação interinstitucional que foram apoiados pela Coremu-UFPE e intensificados, com as Secretarias de Saúde do Recife e Estadual de Saúde de Pernambuco, por meio da Diretoria Geral de Educação na Saúde, que colaborou intensamente nas pactuações com os cenários de prática, identificação de novos serviços e atividades de tele-educação e teleorientação,

a exemplo do Programa Atende em Casa, em que os(as) residentes também foram inseridos para cumprimento da carga horária de atividades práticas no momento inicial da pandemia.

Internamente, a interpretação dessa realidade crítica foi debatida pelo coletivo do Programa, quando se reiterou o compromisso ético-político em permanecer junto às equipes de saúde dos campos de prática dos(as) residentes, de modo a superar essas fragilidades contextuais, afirmando-se a primazia e potência das medidas de APS na resposta à pandemia. Marco diferencial foi a construção do Projeto de Extensão *Enfrentamento à Covid-19: produzir saúde e defender a vida*, que, baseado nos pilares da pesquisa-ação, assumiu como objetivo geral potencializar ações promocionais, preventivas e assistenciais com reforço ao acompanhamento longitudinal familiar e comunitário da população das unidades referenciadas, agregando, no período de maio de 2020 a janeiro de 2021, todos os segmentos do Programa – 26 docentes, 26 residentes e 18 profissionais de saúde, além de 22 estudantes de sete cursos de graduação da UFPE (MELO *et al.*, 2021).

A análise das respostas do Programa à realidade do contexto pandêmico revela que os seus compromissos se mantiveram ainda mais vivos, e as estratégias definidas para as ações do Projeto foram potentes por terem mobilizado esse coletivo “a produzir saúde e defender a vida”, enfrentando com direção social clara as contradições do momento político-sanitário e institucional.

Gestão 2020-2022⁶

A atual coordenação iniciou a gestão 2020-2022 enfrentando o segundo ano da pandemia de Covid-19, marcado pelo luto, adoecimento físico e mental de residentes, tutores e preceptores, além da população, havendo

6 *Portaria N.º 16/2020-ccs, de 28 de dezembro de 2020. Coordenadora: Etiene Oliveira da Silva Fittipaldi; vice-coordenadora: Carla Meneses Hardman. Cursos de Fisioterapia e Educação Física, respectivamente.

a necessidade de substituição de tutoria, adiamento ou permuta de disciplinas, prorrogação de prazos para a qualificação de projetos e de apresentação de trabalho de conclusão de curso, assim como redução do número de preceptores e até negativas dos profissionais das ESF e dos Nasf-AB em receber a nova turma de residentes.

Em meio a tantas adversidades, no início do semestre de 2021, vislumbrou-se a possibilidade de inserção dos(as) residentes no plano de vacinação contra a Covid-19, em Pernambuco, e, de imediato, encampou-se uma mobilização para a vacinação dos(as) residentes do PRMSF-CCS/UFPE que já se encontravam na linha de frente contra a pandemia. Em fevereiro de 2021, com o apoio da Coremu-UFPE, do CCS e da Reitoria da UFPE, as turmas de 2019-2020 e 2020-2021 receberam a primeira dose da vacina.

Ao longo de três meses, foram realizadas inúmeras reuniões, pactuações e repactuações entre a coordenação da residência e os diversos atores envolvidos no processo de acolhimento e inserção dos residentes em campos de prática no DS V, pois as equipes contactadas do DS IV afirmaram sua impossibilidade de receber a nova turma de residentes considerando a complexidade do momento pandêmico. Entretanto, diante de um contexto de agravamento das condições sanitárias, adoecimento de membros das equipes e processo de desmonte na Atenção Básica, a inserção dos R1 nas equipes desse Distrito Sanitário não foi possível. Fez-se necessária a articulação entre a coordenação do Programa, a diretoria do CCS, a coordenação da Coremu-UFPE, a ProPG-UFPE e a Secretaria de Saúde do Recife, por meio da Divisão de Formação Profissional da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Foi realizado um trabalho de sensibilização e negociação com os profissionais da Atenção Básica do município de Recife, e, pela primeira vez, ao longo desses dez anos, o Distrito Sanitário II, em junho de 2021, acolheu os residentes da turma 2021-2023, não sendo esse território tradicionalmente destinado como campo de formação da UFPE.

Os desafios que a realidade presente aponta são muitos, entre eles: continuar resistindo às adversidades e permanecer fortalecendo e qualificando

a formação significativa no SUS, pelo SUS e para o SUS; garantir a inserção dos residentes nos campos de prática pactuados entre as instituições formadora e executora, em conformidade com as determinações nacionais; e, em parceria com o coletivo, viabilizar a demanda tão sonhada na realização do evento comemorativo dos dez anos do PRMSF-CCS/UFPE, incluindo a edição deste e-book, que, em trabalho vivo, relata o percurso da importante história de luta e resistência desse Programa.

Considerações finais

Em linhas gerais, as diretrizes adotadas para a gestão do PRMSF-CCS/UFPE, ao longo da sua existência, e o modo de trabalho, cogestão participativa e dialogada, têm se mostrado positivos para o desenvolvimento e amadurecimento, por propiciar a aproximação sistematizada e a análise estratégica sobre a multiplicidade de fatos e problemas que são enfrentados no cotidiano pelos atores envolvidos, na perspectiva de enfrentar o modelo biomédico e as práticas profissionais fragmentadas.

São reconhecidas a complexidade e a potencialidade da junção de profissionais de diferentes áreas, gestão municipal e territórios de saúde, o que exige capacidade de articulação entre diferentes núcleos de conhecimento e ação, da universidade e serviços de saúde, e que ocorre em contextos complexos das relações sociopolítica e institucional e da dinamicidade dos territórios cobertos pela ESF.

Neste percurso, foram identificadas fortalezas e fragilidades para o alcance do agir em cogestão plena, que só pode ser concretizado em ambiente democrático com direção participativa e popular e com garantia de cumprimento dos acordos interinstitucionais que favoreçam as condições de trabalho integrado entre os atores do serviço e da academia envolvidos nessa formação residente.

O Programa de residência assume caráter estratégico tanto no sentido de fomentar a consolidação dos princípios da APS como por representar

oportunidade de formação interprofissional no sentido de garantir intervenção implicada e interseccionada pelo real vivido entre profissionais, seus pares e a população usuária.

Referências

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. *Resolução n.º - 5 de 7 de novembro de 2014*. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?%20jornal=1&pagina=34&data=10/11/2014>. Acesso em: 20 ago. 2021.

CECCIM, R. B.; MENESES, L. B.; MENESES, J. R.; ALVARENGA, J. P. Preceptoria e tutoria: ação docente nas residências em saúde. *In: CECCIM, R. B.; MENESES, L. B.; SOARES, V. L.; PEREIRA, A. J.; MENESES, J. R.; ROCHA, R. C.; ALVARENGA, J. P. (org.). Formação de Formadores para Residências em Saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva*. Porto Alegre: Ed. Rede UNIDA, 2018.

CIAVATTA, M. A formação integrada: a escola e o trabalho como lugares de memória e de identidade. *In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. (org.). Ensino médio integrado: concepção e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005.

DE OLIVEIRA, G.; MOREIRA, A. P.; FLORIANO, L. S. M.; BORDIN, D.; BOBATO, G. R.; CABRAL, L. P. A. Impacto da pandemia da Covid-19 na formação de residentes em saúde. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 11, p. 90068-83, 2020.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface, Botucatu*, v. 21, n. 61, p. 421-34, 2017.

MELO, D. C. S.; MELO, M. M.; ANDRADE, L. A.; SANTOS, Y. B.; SILVA, V. L. Extensão Universitária como potência à formação e ao cuidado em Saúde. In: NAOUAR, O.; DE ANDRADE, A. D. *Enfrentamento à COVID-19: Ações da Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da UFPE*. Volume 3 – qualidade de vida e assistência social. Recife: Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da UFPE; Ed. UFPE, 2021.

MENDES, T. M. C.; BEZERRA, H. S.; CARVALHO, Y. M.; SILVA, L. G.; SOUZA, C. M. C. L.; ANDRADE, F. B. Interação ensino-serviço-comunidade no Brasil e o que dizem os atores dos cenários de prática: uma revisão integrativa. *Revista Ciência Plural*, v. 4, n. 1, p. 98-116, 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 11-24, 2018.

OLIVEIRA, M. S.; LIMA, V. V.; PETTA, H. L.; PEREIRA, S. M.; RIBEIRO, E. C.; PADILHA, R. Q. *Preceptorial no SUS: caderno do curso 2017*. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2017. (Projetos de Apoio ao SUS).

SOARES, V. L.; MENESES, L. B.; CECCIM, R. B.; MENESES, J. R.; ROCHA, R. C. Corpo Docente-Assistencial: particularidades e atravessamentos da coordenação. In: CECCIM, R. B.; MENESES, L. B.; SOARES, V. L.; PEREIRA, A. J.; MENESES, J. R.; ROCHA, R. C.; ALVARENGA, J. P. (org.). *Formação de Formadores para Residências em Saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva*. Porto Alegre: Ed. Rede UNIDA, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. Projeto Político-Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Recife: UFPE, 2016. p. 80.

CAPÍTULO 3

DETERMINAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE SAÚDE E DOENÇA NA BALANÇA DA HISTÓRIA

*Delaine Cavalcanti Santana de Melo
Ângela Ferreira da Silva
Milena Ratacasso Coimbra
Yasmin Batista dos Santos
Fábia Alexandra Pottes Alves*

Introdução

As condições sociais influenciam decisivamente o processo saúde-doença das populações e a maior parte da carga das doenças, assim como as iniquidades em saúde estão relacionadas às condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, condição essa chamada de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), um conjunto formado por fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde (OMS, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) associa a ocorrência de doenças a fatores que determinam e influenciam, em sua totalidade, o nível de saúde. A compreensão subjacente é de que sem justiça social os padrões de saúde se deterioram; a estratificação social, a distribuição desigual de fatores produtores de saúde – materiais, biológicos, psicossociais e comportamentais – e a desigualdade econômica interferem significativamente

nos processos saúde-doença (BUSS; PELLEGRINI, 2007; GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

A saúde e a doença são, portanto, produtos das relações sociais construídas, considerando as dimensões biológica e social, que se influenciam mutuamente e buscam trazer para o plano da consciência uma compreensão que estabeleça mediações entre a realidade fragmentada e a totalidade social (ROCHA; DAVID, 2015). De acordo com Einloft (2016), vários fatores colaboram para esse processo, tendo em vista que a percepção sobre os conceitos de saúde e doença conjuga elementos subjetivos. Nesse sentido, os DSS podem ser discutidos de forma ampla, na medida em que entendemos que os processos sociais e históricos vivenciados implicam diretamente na fronteira saúde e doença (SOUZA, 2017).

As iniquidades em saúde são condições, quase sempre injustas, que podem ser evitadas ou corrigidas e influenciam nas condições de saúde de diferentes grupos populacionais. Essas condições causam sofrimento e resultam de situações sociais adversas ou de políticas públicas insuficientes/ineficientes em atender às necessidades humanas. Frequentemente, as iniquidades relacionam-se a fatores que prejudicam o desenvolvimento, a sustentabilidade ambiental, o bem-estar das sociedades e a capacidade de oferecer condições iguais para todos (OMS, 2011). Os DSS produzem sérios impactos e refletem as disparidades de oportunidades, trabalho, renda e se acentuam ante fatores como etnia, raça, classe, gênero, nível educacional, deficiências, orientação sexual e localização geográfica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Nesse contexto, é fundamental compreender o valor que a saúde tem para a sociedade, reconhecendo a necessidade de ações tanto do setor saúde – uma vez que os problemas e as soluções são sistêmicos – quanto das demais políticas sociais e públicas, como transporte e habitação, em âmbito local; políticas fiscais, ambientais, educacionais e sociais, em âmbito nacional; políticas, financeiras, comerciais e agrícolas, em âmbito global (OMS, 2011). Fundamental também é a discussão aprofundada sobre os DSS, pois é certo que as iniquidades em saúde não podem ser

combatidas sem que as iniquidades sociais também o sejam; promover esse debate continua sendo primordial, especialmente em enfatizar os determinantes sociais como campo de luta política que significa, também, apoiar ações coerentes sobre algumas prioridades, como a proteção social (NOGUEIRA, 2010).

Do ponto de vista da Saúde, as práticas promotoras da saúde se apresentam como estratégias promissoras de enfrentamento de múltiplos problemas de saúde que afetam a humanidade e seus rebatimentos na atuação sobre os DSS, constituindo um importante apoio para a implantação das políticas transversais que buscam fortalecer a coesão e ampliar o empoderamento de comunidades vulneráveis, diminuindo as iniquidades sociais e ampliando a atuação intersetorial (FIGUEIREDO *et al.*, 2019).

Uma das estratégias promotoras da saúde, a promoção da saúde, é definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificar os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida. Para tanto, é fundamental reconhecer um agrupamento de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais, em cada sociedade e em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis (CARTA, 1986).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, assegura acesso universal e atenção integral à saúde na perspectiva ampliada, em que os cuidados assistenciais seguem a lógica da prevenção e a promoção da saúde, geradoras de qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O modelo do SUS representado pela Atenção Primária à Saúde (APS) visa à promoção da saúde e à prevenção da doença, atua nos DSS de maneira mais eficaz. A APS é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por ser a porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS. Tem por característica promover ações no âmbito individual e coletivo, atuando de modo igualitário na redução de danos, na manutenção da saúde, prevenção e tratamento, a fim de fornecer atenção integral e coletiva (DOWBOR; WESTPHAL, 2013), oferecendo uma prática

ampla, que considera a determinação social da saúde e o perfil específico dos territórios, para atender à demanda de modo integral, com equidade e universalidade (FIGUEIREDO *et al.*, 2019).

Determinações Sociais da Saúde: conceituação, incorporação ao SUS e repercussões na Atenção Primária à Saúde

Conceituação

Os Determinantes Sociais da Saúde são definidos, de acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), como aspectos socioeconômicos, culturais, étnico-raciais, ambientais, psicológicos e comportamentais que influenciam o surgimento de problemas de saúde e fatores de risco na população (CNDSS, 2006). Esse conceito também pode ser visto pela OMS, em uma síntese, como as condições sociais de vida e trabalho da população (KRIEGER, 2001).

O debate dos DSS pauta os fatores sociais, econômicos ou comportamentais que influenciam a saúde como produto da ação humana e, portanto, podem e devem ser transformados pela ação humana (PELEGRINI FILHO, 2021). O combate às iniquidades em saúde e as intervenções sobre os DSS exigem uma execução sustentável em longo prazo e devem incidir em seus vários níveis, dispostos em camadas, de acordo com a proposta de Dahlgren e Whitehead (1991).

O modelo de determinação social proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) avalia a estratificação em camadas dispostas de aspectos individuais a macrodeterminantes, a saber: a base caracteriza-se pelas características individuais como sexo, idade e fatores genéticos; a segunda camada configura os comportamentos e estilos de vida desses indivíduos, como o acesso à informações, serviços de saúde, alimentação saudável, lazer etc.; a próxima camada é constituída pelas redes sociais e comunitárias; posteriormente, encontram-se os fatores associados às condições de vida e

trabalho, a exemplo do acesso precário à moradia, água e esgoto, alimentação, educação, emprego e saúde. Estão expressas as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, também denominadas macrodeterminantes (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

Incorporação ao SUS

A década de 1970 foi marcada por vários movimentos voltados à Reforma Sanitária, sob crítica ao modelo de saúde biomédico com vistas ao remodelamento da assistência, incorporando ações de prevenção e promoção, e integrando os fatores sociais e ambientais na avaliação de saúde dos indivíduos (VIACAVA *et al.*, 2018). A Conferência de Alma-Ata, em 1978, com o lema “Saúde para todos nos anos 2000”, traduz um dos principais marcos dessa reforma ao discutir a iminência da implementação da Atenção Primária à Saúde e a garantia da saúde como um direito, destacando a inclusão dos Determinantes Sociais no delineamento das ações (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Esse período também foi decisivo para mudanças significativas no Brasil, tanto nas questões de saúde quanto no campo político e social. Tais desdobramentos culminaram em eventos como a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986; a promulgação da Constituição Federal de 1988; e a criação do Sistema Único de Saúde, em 1990 (ROCHA; DAVID, 2015).

No que diz respeito ao SUS, a saúde é expressa como um direito fundamental, e seus respectivos níveis revelam a organização social e econômica do país. Ademais, o artigo 3º expõe como os determinantes sociais estão inseridos na saúde: “[...] tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990, p. 5).

Desse modo, torna-se indissociável assistir questões de saúde em sua complexidade e compreender os Determinantes Sociais do processo de

saúde-doença. Em um país com desigualdades e iniquidades tão explícitas como o nosso, reduzir a ocorrência de doenças e agravos por meio da modificação desses fatores denota uma responsabilidade desafiadora para a agenda dos órgãos públicos (FIGUEIREDO *et al.*, 2019).

A promoção de condições favoráveis para o desenvolvimento de saúde e qualidade de vida da população demanda transformações que necessitam ser conduzidas por meio de práticas holísticas, intersetoriais, com participação social, empoderamento das comunidades e intervenções eficazes sobre os DSS (BECKER; HEIDMANN, 2020).

Repercussões na Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária representa uma proposta de reestruturação do modelo de atenção à saúde. Também conhecida por Atenção Básica, ela atua como porta de entrada aos serviços de saúde, perpassando por ações de promoção, prevenção e reabilitação nos contextos individual, familiar e coletivo (CÂMARA; BELO; PERES, 2020).

Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) agrega acessibilidade e descentralização à saúde, com a integração de uma equipe multiprofissional para ordenar a rede e coordenar o cuidado, diretrizes propostas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017). Desse modo, é intrínseco ponderar que o acolhimento aos usuários adscritos no território deve ser efetuado de acordo com a singularidade e a inserção sociocultural nos espaços em que estão inseridos (CÂMARA; BELO; PERES, 2020).

Outrossim, considerando os atributos essenciais da APS, o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação constituem elementos-chave para garantir a cobertura universal às demandas de saúde, devendo-se basear nos Determinantes Sociais desse processo e no perfil populacional de cada área onde estão inseridas as necessidades em saúde (LIMA *et al.*, 2018).

Importante destacar que a APS representa uma estratégia fundamental do setor saúde orientada pelo enfoque dos DSS, justamente pela condição de oportunizar a equidade como valor central do setor, oferecendo cobertura universal e possibilitando a participação social e a articulação intersetorial. Sua fortaleza reside em buscar responder às necessidades de indivíduos, famílias e populações, logrando um impacto na sociedade que vai além da saúde, pondo como horizonte a redução da iniquidade social (PELEGRINI FILHO, 2013).

De acordo com Pelegrini Filho, existem quatro funções a serem realizadas pelo setor saúde na ação sobre os DSS: primeiro, o setor tem papel fundamental que defende a abordagem dos DSS e explica como ela pode beneficiar a sociedade como um todo. Segundo, o setor saúde tem o conhecimento e a responsabilidade de monitorar as iniquidades em saúde e o impacto sobre elas de políticas que incidam nos determinantes sociais. Terceiro, o setor pode colaborar de maneira importante para unir os setores com o objetivo de planejar e implementar intervenções sobre os DSS. Quarto, o setor saúde tem importante papel em desenvolver suas próprias capacidades para o trabalho com os DSS (PELEGRINI FILHO, 2013, p. 97).

Ao analisar o perfil de morbimortalidade da população, é possível identificar a influência desses determinantes no adoecimento, no entanto, verifica-se a dificuldade de instrumentalização dos DSS em uma discussão crítico-reflexiva e de intervenção no processo saúde-doença por parte das equipes. Isso repercute diretamente no redirecionamento do cuidado, haja vista que a APS necessita de aprimoramento contínuo e da integração efetiva com diversos atores para garantir a redução das situações de risco e vulnerabilidade nas comunidades, incluindo os campos intrasectoriais, com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), integrantes das equipes e da comunidade; e intersetoriais, com o engajamento dos órgãos de saúde, segurança pública, educação, assistência social e trabalho (BROCH *et al.*, 2020).

Figueiredo *et al.* (2019) realizaram um estudo cujo objetivo era conhecer as práticas de promoção da saúde articuladas aos determinantes

sociais, desenvolvidas por profissionais da Atenção Primária à Saúde de dois municípios de São Paulo. Os resultados apontaram o reconhecimento dos profissionais quanto à importância de atuar sobre os determinantes sociais da saúde, demonstrando olhar ampliado perante a promoção da saúde da população; no entanto, identificaram também que, na maioria das falas, a compreensão sobre os DSS está apenas relacionada aos fatores socioeconômicos. Outro achado importante do estudo é que, na visão dos profissionais, um ponto facilitador para a realização de intervenções dentro de uma perspectiva mais ampliada de promoção da saúde era a proximidade da Unidade de Saúde com a população, pois o estabelecimento de vínculo promove a relação mais próxima entre a comunidade e a equipe de saúde e facilita a adesão da população ao serviço.

Entende-se que as condições sociais sempre influenciaram a saúde e que a saúde deve ser explorada de diferentes ângulos e perspectivas a partir de um conceito holístico e multidimensional, logo, é preciso programar ações em todos os setores para a promoção do bem-estar da sociedade, pois a sustentabilidade do trabalho com os DSS, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, passa, obrigatoriamente, pela parceria sólida com setores da comunidade (FIGUEIREDO *et al.*, 2019).

Os(as) profissionais da APS, por mais que entendam a importância de trabalhar ações na lógica dos DSS, ainda se deparam com obstáculos, sobretudo pelo desafio da articulação intersetorial entre as políticas sociais, da realização de ações em rede e da problematização, por exemplo, de que as condições de vida e trabalho se imbricam aos processos de adoecimento da população. Por vezes, a atuação profissional volta-se para a mudança de comportamentos individuais, focando em orientações relacionadas às mudanças de hábitos, quando fatores e determinantes culturais, sociais e econômicos múltiplos marcam indelevelmente as condições de saúde.

Outro ponto de destaque é a necessidade do estímulo ao envolvimento dos sujeitos nos processos de mudança, a autonomia e o protagonismo nos processos de produção em saúde, contribuindo para tornar o cuidado mais efetivo/eficaz e motivador para os trabalhadores, o

que, conseqüentemente, resultaria em uma transformação nos modos de trabalho capaz de gerar reflexão e ação, reforçar subjetividades e produzir novas formas de relação dos trabalhadores de saúde entre si e com os usuários (FIGUEIREDO, 2019).

A Organização Societária e a Precarização da Vida

Estado e Políticas de Proteção Social no contexto da Covid-19

Conforme problematizado ao longo do texto, as condições de vida e saúde encontram-se imbricadas ao modo de produção e reprodução social da sociedade. A sociabilidade capitalista inclui crises cíclicas e impõe efeitos nefastos para a população, com amplo espectro de repercussões em sua saúde.

A crise estrutural do capitalismo a partir dos anos de 1970 e o esgotamento do modelo keynesiano-fordista demarcou mudança para a manutenção das taxas de lucro; nesse sentido, a adoção de uma agenda neoliberal passa a ser implementada globalmente como propositura econômica para recuperação da crise (PACHECO; PEREIRA, 2017). Pode-se dizer que ocorre a fratura de um certo pacto civilizatório, conformado no modelo de Estado de Bem-Estar, caracterizado por forte intervenção do Estado e responsável por algumas demandas da classe trabalhadora, conquistadas e consolidadas como direitos sociais.

No Brasil, a partir da década de 1990, o receituário neoliberal é implantado, demarcando investidas contrárias à consolidação dos direitos conquistados e assegurados no texto constitucional de 1988. Sucede-se uma série de contrarreformas, ainda em curso na atualidade, caracterizadas por ajustes econômicos e políticos que atingiram diretamente as classes subalternas (DURIGUETTO; DEMIER, 2017).

A tendência neoliberal pressupõe o Estado mínimo para as demandas sociais e retração de orçamento para políticas públicas, o que agudiza as

desigualdades próprias de uma sociedade de classes. Nesse contexto, as políticas sociais estão cada vez mais focalizadas, já que o Estado representa os interesses do mercado em detrimento das necessidades sociais dos indivíduos (PACHECO; PEREIRA, 2017). Pode-se afirmar que, no Brasil, os setores mais pauperizados da classe trabalhadora vivem em meio a uma forte regressão de direitos sociais e precarização de suas condições materiais de existência. No cenário de pandemia de Covid-19, a população sentiu as duras consequências dessa retração de direitos, ante a concretude das parcas condições de renda e alimentação.

As políticas do sistema de seguridade social brasileiro, a saber, as políticas de Assistência Social, Previdência Social e Saúde, têm sido duramente afetadas no processo de contrarreformas do Estado. O SUS, desde sua origem, vem sendo atrapado por um projeto privatista em seu interior, conflitante com os princípios de universalidade, integralidade e equidade presentes nos marcos legais do Sistema e na Constituição Federal. Ao contrário, a lógica política e gestonária é de favorecimento do acesso do setor privado ao fundo público, gestão dos serviços por organizações sociais (os) e implemento do mercado de planos de saúde.

Diante da emergência sanitária da pandemia, o desmonte histórico do SUS ganha visibilidade, ao mesmo tempo que se evidencia sua importância como política pública. O país conta com um Sistema que tem excelente estruturação e capacidade assistencial, porém o sucateamento, resultado da histórica escassez de investimentos e dos itinerários privatizantes impostos, em maior ou menor escala, nesses 32 anos de sua existência, restringe a potencialidade das ações em saúde. Não há como estudar a pandemia de Covid-19 sem problematizar como fator de aprofundamento da crise as políticas de austeridade, cuja lógica determina desorçamentação e desmantelamento das políticas sociais, incluso o sistema público de saúde (NUNES, 2020).

A Emenda Constitucional n.º 95/2016, que estabelece um teto de gastos, é exemplo de medidas tomadas pelos governos liderados por essa agenda neoliberal no Brasil. Tais medidas articulam dois elementos que incidem

diretamente sobre a precarização da vida dos trabalhadores: favorecem a acumulação de capital e retiram direitos (BEHRING; BOSCHETTI, 2021). A rentabilidade econômica torna-se prioridade em detrimento da vida; a economia precede o social (SOUZA, 2020).

Em contrapartida, um fator desvelado no contexto de pandemia, foi a importância da intervenção estatal em tempos de crise, compreendendo que a premissa neoliberal de mínima intervenção estatal afronta a vida humana e ambiental. Com a Covid-19, os estados precisaram agir no sentido de mitigar os danos à população, pois a crise sanitária afetou todos os setores da sociedade, inclusive o econômico.

No âmbito da Saúde, a descoordenação nacional da pandemia, a insuficiência de leitos públicos, a falta de verba para ações de prevenção, a exemplo da aquisição de testes para uso massivo, desvelaram o discurso fetichizador do neoliberalismo, o qual afirma que o mercado é autossuficiente, pois a crise sanitária atual demonstra, entre outras coisas, a dependência do capital aos cofres públicos.

As desigualdades sociais, próprias do modo de produção capitalista e, portanto, anteriores à pandemia, agudizaram as inflexões nas comunidades periféricas; além disso, diante da insuficiência-inexistência de intervenção social do Estado, a impossibilidade de acesso a direitos sociais aparece quase como uma sentença de morte. Entende-se que a gestão da pandemia no país tem afetado diretamente o desenvolvimento das políticas públicas e, conseqüentemente, contribuído para o aprofundamento das desigualdades e da ampliação das vulnerabilidades.

A principal medida de proteção social do governo federal, direcionada para a Política Nacional de Assistência Social e do Sistema Único de Assistência Social, foi o auxílio emergencial. O fato de o benefício ter sido criado e implementado sem a *expertise* dos profissionais da Assistência Social e dos equipamentos socioassistenciais resultou em uma série de problemas, exemplificados com inúmeras pessoas que não conseguiram acessar o benefício. Críticos dessa condução apontaram o uso do benefício com possíveis fins eleitoreiros, destoante da concepção da seguridade

social brasileira em que a Assistência Social é direito e política pública (ARCOVERDE, 2020).

A discussão sobre os DSS imprescinde da compreensão da sociabilidade burguesa, do desvelamento dos tempos atuais de aprofundamento do conservadorismo, da ofensiva sobre o trabalho e do profundo processo de pauperização da classe trabalhadora, elementos que não coincidem com a defesa da saúde e da vida.

Pandemia de Covid-19: necropolítica e negação de direitos

Globalmente, os Estados-Nação adotaram medidas diante da pandemia de Covid-19, com vistas à contenção da disseminação do novo coronavírus. Alguns governos assumiram a responsabilidade de governança da emergência sanitária; outros, em posição oposta, adotaram posturas negacionistas, no que toca ao conhecimento científico, e ultraconservadoras, do ponto de vista econômico. Cabe ressaltar que, mais do que uma grave crise sanitária, a pandemia tornou visível a desigualdade estrutural e desvelou o ultraneoliberalismo como uma política de negação da vida (BEHRING; BOSCHETTI, 2021).

Entre os equívocos brasileiros no enfrentamento do cenário pandêmico, o forte negacionismo à capacidade letal do vírus e a recusa à assunção de medidas sanitárias preconizadas pela comunidade científica nacional e internacional. Esse fato foi expresso em diversos acontecimentos, como a negação do colapso funerário de Manaus (Amazonas), o movimento anti-vacina e a minimização da gravidade da doença Covid-19 (MOREL, 2021). Teóricos apontam que se trata de uma estratégia de pretender imunização coletiva a partir de comportamentos que acelerassem a contaminação (CALIL, 2020).

Essa condução não foi restrita ao governo brasileiro; países como Itália, Reino Unido, Estados Unidos, entre outros, decidiram aplicar medidas

que não afetassem a ordem econômica para não intensificar a crise do capital. No início da pandemia, esses países promoveram a ideia de que a vida não podia parar e estimularam a continuidade normal das atividades, inclusive o turismo. Com a intensificação rápida do número de contaminações e de mortes, a maioria desses países, com exceção dos Estados Unidos e do Brasil, passou a adotar medidas rigorosas de contenção (CALIL, 2020).

De acordo com Calil (2020), com o aumento do número de mortes no Brasil, o negacionismo passou a se sustentar com a defesa do uso de um medicamento (a Cloroquina) e pela contestação da veracidade dos registros de óbito. Com o passar dos meses, muitos setores da população se cansaram de “adotar medidas de proteção desgastantes e para muitos, economicamente insustentáveis, e que lhes pareciam pouco efetivas” (CALIL, 2020, p. 18). As medidas para diminuir os impactos da pandemia vêm sendo tomadas de forma tardia, o que se desdobra no aprofundamento da crise, aumento dos casos e agudização das desigualdades (BOSCHETTI; BEHRING, 2021).

Essa postura negacionista e de responsabilização dos indivíduos naturaliza o dever exclusivo da família quanto à proteção social de seus membros, incidindo sobre o núcleo familiar, a despeito de suas condições materiais, os cuidados integrais até dos membros mais vulneráveis como idosos, pessoas com deficiência, crianças e adolescentes. Nessa perspectiva conservadora, o Estado aparece como ente desresponsabilizado de sua função social e as políticas sociais como gastos, e não investimentos legítimos e indispensáveis à manutenção da vida.

É válido ressaltar que a ausência do Estado e de políticas públicas universais é algo histórico e anterior à pandemia de Covid-19; o contexto atual só evidencia a precarização da vida e a não efetivação de direitos. Aponta-se que essa condução diante dos impactos do novo coronavírus mostra uma face da denominada necropolítica, ao não prover nem mesmo mínimos sociais apontados na Política Nacional de Assistência Social, a populações

periféricas em geral – pessoas em situação de rua, por exemplo, e segmentos historicamente aviltados em sua condição humana, como as comunidades quilombolas e os povos indígenas (NAVARRO *et al.*, 2020).

O conceito de necropolítica vem sendo problematizado pelo filósofo africano Achille Mbembe, teórico que defende que, na contemporaneidade, regrada pelo Estado de exceção, faz-se presente o trabalho de morte. Em suas palavras:

Propus a noção de necropolítica e necropoder para explicar as várias maneiras pelas quais, em nosso mundo contemporâneo, armas de fogo são implantadas no interesse da destruição máxima de pessoas e da criação de ‘mundos de morte’, formas novas e únicas da existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o status de mortos-vivos (2018, p. 7).

Essa “política de morte”, inerente à lógica neoliberal, atinge grupos populacionais mais vulneráveis, como pessoas pobres, negras, idosas, indígenas, crianças e mulheres (MOREL, 2021). No contexto pandêmico, observa-se o rápido avanço em territórios periféricos, nos quais a alta letalidade ocorre devido às condições precárias de acesso à saúde e impossibilidade de interrupção de atividades laborais presenciais, dada a crescente informalidade do trabalho.

Conforme o pesquisador Jan Bitoun e equipe (BITOUN *et al.*, 2020),

os dados sugerem que CONSEGUIR SER REGISTRADO COMO SRAG PARECE SER UM PRIVILÉGIO vinculado à possibilidade de ser atendido em hospitais privados ou públicos e a ter pleno acesso e saber operar a aplicativos de celular lançados com o objetivo de adiantar diagnóstico por internet e realizar consultas remotas. Nos bairros com muitos assentamentos precários, essas possibilidades parecem ser reduzidas pela dependência

exclusiva por atendimento em hospitais públicos e, possivelmente, pelas limitações existentes no acesso a tecnologias digitais e a pacotes de dados e no manuseio de ferramentas modernas para diagnóstico e consultas remotas. A tecnologia avança, mas pressupõe infraestrutura digital e inclusão cognitiva que criam barreiras a sua utilização durante esta pandemia. Parece também que, MANTER-SE VIVO APÓS SER ACOMETIDO POR SRAG É OUTRO PRIVILÉGIO, como demonstram as gradações para piores valores do número de óbitos/10 mil habitantes e das taxas de letalidade do estrato formado pelos bairros sem assentamentos precários até o estrato dos bairros com toda ou quase toda a área ocupada por assentamentos precários. Uma escadilha trágica (BITOUN *et al.*, 2020, p. 4).

O SUS desenvolveu-se e consolidou-se como política universal; detém plena capacidade de responder às demandas sanitárias da população brasileira – tem equipes qualificadas, tem organização de redes de atenção, tem capilaridade para chegar aos territórios mais longínquos dos municípios brasileiros, tem competência científica para a produção de insumos, tem *expertise* em atenção e cuidados complexos. No entanto, a ofensiva neoliberal e privatizante, presente desde sua origem, é óbice concreto ao alcance de seus princípios e pode, incluso, inviabilizá-lo, daí que a luta por seu fortalecimento é tarefa que se impõe.

Considerações finais

As condições sociais e as iniquidades em saúde influenciam decisivamente o processo saúde-doença das populações e a maior parte da carga das doenças, portanto, torna-se indissociável assistir questões de saúde em sua complexidade e compreender os Determinantes Sociais que afetam esse processo, reduzindo a ocorrência de doenças e agravos por meio

da modificação dos fatores socioeconômicos, étnico-raciais, políticos, culturais e ambientais, que influenciam o surgimento de problemas de saúde. As práticas promotoras da saúde se apresentam como estratégias promissoras de enfrentamento de múltiplos problemas de saúde que afetam a humanidade e seus rebatimentos na atuação sobre os DSS.

Diante da emergência sanitária da pandemia de Covid-19, o desvelamento do desmonte histórico do Sistema Único de Saúde explica as restrições à sua potencialidade, ao mesmo tempo que se evidencia sua importância como política pública, e a importância das ações em saúde ganha visibilidade. Entende-se que a gestão descoordenada da pandemia no Brasil tem afetado diretamente o desenvolvimento de ações exitosas pelos entes governamentais e contribuído para o aprofundamento das desigualdades e da ampliação das vulnerabilidades.

A atual situação da crise sanitária ocasionada pela pandemia de Covid-19, na esteira do agravamento da crise econômica, associada à retração de políticas, programas, projetos e serviços sociais, potencializa seus efeitos deletérios no país, amplifica os DSS e expõe ainda mais a fratura social entre as classes. Analisar e refletir sobre o dever do Estado na implementação de políticas públicas e que a ausência delas inflexiona sobre a vida e a morte da classe historicamente marginalizada, subsidiada pelo conceito de necropolítica, desvela o Estado burguês e seus dispositivos de efetivação do poder político-social, que parece ignorar os segmentos mais pauperizados e lhes impõe condições inaceitáveis de existência.

Referências

ARCOVERDE, A. C. B. Conferência de Abertura do SEMINÁRIO CAPES-PRINT; COORDENAÇÃO PARA APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INTERNACIONALIZAÇÃO. *Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (PPGSS-UFPE) e Universidade de Coimbra (UC)*. Políticas públicas no Brasil e em Portugal para enfrentamento da pandemia da Covid-19: Reflexões sobre desigualdade e privação de direitos na Assistência Social. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2021.

BECKER, R. M.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível: revisão integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 29, e20180250, 2020.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Assistência Social na Pandemia da Covid-19: Proteção para quem? *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 140, jan./abr. 2021.

BITOUN, J.; BEZERRA, A.; DUARTE, C.; FERNANDES, A. C. Nota Técnica – Distribuição desigual dos casos, óbitos e letalidade por SRAG decorrentes da COVID-19 na Cidade do Recife 05/06/2020. “Projeto Meios informacionais digitais interativos na produção e difusão de orientações para públicos específicos sobre a Covid-19”. *Observatório UFPE Covid-19*, 2020. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/39626/0/notaCOVID.pdf/f91dab20-1ee5-4af9-87f8-b48028bo5535>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 1, 20 set. 1990.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. *Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016*. Novo Regime Fiscal. Brasília, DF, 15 dez. 2016.

BRASIL. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*: seção 1, Brasília, DF, n. 85, p. 68, 22 set. 2017.

BROCH, D.; RIQUINHO, D. L.; VIEIRA, L. B.; RAMOS, A. R.; GASPARIN, V. A. Social determinants of health and community health agent work. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 54, e03558, 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CALIL, G. G. A Negação da Pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 140, p. 30-47, jan./abr. 2021.

CÂMARA, E. A. R.; BELO, M. S. S. P.; PERES, F. Desafios e oportunidades para a formação em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica à Saúde: subsídios para estratégias de intervenção. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 45, e10, 2020.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Anexo IB. *In: As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 179-80. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/bwb4z/epub/comissao-9788575415917.epub>. Acesso em: 27 fev. 2021.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DOWBOR, T. P.; WESTPHAL, M. F. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, p. 781-90, 2013.

DURIGUETTO, M. L.; DIMIER, F. *Democracia blindada, contrarreformas e luta de classes no Brasil contemporâneo*. *Argum*, Vitória, v. 9, n. 2, p. 8-19, maio/ago. 2017.

EINLOFT, A. B. N.; SILVA, L. S.; MACHADO, J. C.; COTTA, R. M. M. Influência de intervenções educativas em perfis antropométricos, clínicos e bioquímicos e na percepção de saúde e doença de portadores de hipertensão arterial no contexto da Saúde da Família. *Revista de Nutrição*, v. 29, n. 4, p. 529-41, 2016.

FIGUEIREDO, D. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; FERNANDES, G. C. M.; ARAKAWA-BELAUNDE, A. M.; OLIVEIRA, L. S.; MAGAGNIN, A. B. Promoção da saúde articulada aos determinantes sociais: possibilidade para a equidade. *Revista de Enfermagem da UFPE on line*, p. 943-51, 2019.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, v. 41, p. 63-76, 2017.

KRIEGER, N. A Glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, n. 55, p. 693-700, 2001.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; BOUSQUAT, A.; SILVA, E. V. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 52-66, 2018.

MBEMBE, A. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. Tradução de Renata Santini. São Paulo: N-1 edições, 2018.

MOREL, A. P. M. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, jan. 2021.

NAVARRO, J.; SILVA, M.; SIQUEIRA, L.; ANDRADE, M. Necropolítica da Pandemia pela Covid-19 no Brasil: quem pode morrer? Quem está morrendo? Quem já nasceu para ser deixado morrer? *Preprint Scielo*, 2020. Disponível em: <https://>

webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:sLtwqE25FVgJ:https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/901/1262/1322+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 26 fev. 2021.

NOGUEIRA, R. P. *Determinação Social da Saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

NUNES, J. *A pandemia de Covid-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Genebra: OMS, 2011. Disponível em: https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf. Acesso em: 29 jul. 2021.

PACHECO, J. S.; PEREIRA, P. A. P. Banalização da pobreza no neoliberalismo – “dano colateral” ou dano efetivo? *Revista Sociedade em Debate*, v. 23, n. 1, p. 26-45, 2017.

PELEGRINI FILHO, A. Os Determinantes Sociais da Saúde na agenda global. Páginas In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Seminário Internacional Atenção Primária à Saúde: Acesso Universal e Proteção Social*. Brasília: CONASS, 2013. (CONASS Documenta, 27).

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. *Carta de Ottawa*. Ottawa, nov. 1986. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 27 fev. 2021.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 129-35, 2015.

SOUZA, C. D. F. Determinantes Sociais da Saúde vs Determinação Social da Saúde: Uma aproximação conceitual. *Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário*, v. 6, p. 1116-24, 2017.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D.; CARVALHO, C. C.; LAGUARDIA, J.; BELLIDO, J. G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1751-62, 2018.

CAPÍTULO 4

TERRITÓRIO

LÓCUS DE VIDA E DE PRODUÇÃO DE SAÚDE

*Mauricéa Maria de Santana
Tyara Lopes Alves
Mirelly dos Santos Abilio
Ana Carolina Fonseca Marques
Gabriella Morais Duarte Miranda
Delaine Cavalcanti Santana de Melo*

Introdução

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de uma luta contra-hegemônica na perspectiva de romper uma lógica assistencial individual centrada na doença, guiada pelo modelo biomédico (ANDERSON, 2019), resultando na adoção de uma concepção ampliada de saúde relacionada aos determinantes, condicionantes sociais e ao acesso a bens e serviços. O sistema apresenta um formato organizativo descentralizado, cujo acesso aos serviços de saúde deve ser o mais próximo possível do contexto de vida das pessoas (BRASIL, 1990).

O contexto de vida configura a dimensão particular do processo saúde e doença, que se expressa nos territórios revelando problemas, necessidades e potencialidades de uma população. A base territorial proposta pelo sistema representa um dos pressupostos do modelo de Vigilância

em Saúde, concebido pelo SUS, que considera a Atenção Primária à Saúde (APS) como principal ordenadora da rede de saúde a ser operacionalizada, com o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção de riscos e agravos em saúde.

Entre as mudanças propostas pelo modelo de Vigilância em Saúde, observa-se a superação dicotômica das práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar) e coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária). Percebe-se também em seu formato político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde em âmbito local. Nesse processo, foram incorporadas as contribuições teóricas da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

A aproximação da APS com o cotidiano das pessoas possibilita a articulação com atores locais e a realização de planejamento em conjunto com os setores implicados com a saúde da população (TEIXEIRA; SOLLA, 2006). A lógica organizada de um sistema capilarizado é reflexo de dois movimentos internacionais importantes: a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, realizada em Alma-Ata, em 1978, e a implementação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS).

Um dos marcos de Alma-Ata foi a concepção de uma Atenção Primária abrangente e integrada, que tem entre seus atributos a abordagem familiar, comunitária e competência cultural, articulados ao conceito de território (GIOVANELLA, 2009). A implantação dos SILOS no Brasil fundamentava-se na definição de espaço geográfico, populacional e administrativo, ao lado da criação de instâncias, denominadas Distritos Sanitários, para a coordenação do conjunto de estabelecimentos de saúde localizados nesse espaço (MENDES *et al.*, 1999).

A lógica territorial está contida nos princípios organizativos do SUS, a exemplo das diretrizes de descentralização e regionalização, e na Política Nacional de Atenção Básica, na qual a Estratégia Saúde da Família (ESF) está organizada pelos territórios das áreas de abrangência das equipes,

subdivididas em microáreas sob a responsabilidade sanitária dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (MENDES, 2011).

Enseja-se com o texto possibilitar reflexões sobre práticas assistenciais nos serviços de base territorial, nos quais o cotidiano vivencial da população anuncia demandas diversas, destacando-se que a compreensão das subjetividades e das condições materiais de existência da população figuram entre elementos fundantes ao reconhecimento das pessoas como sujeitos de direitos e dos serviços como uma das mediações para seu acesso.

As apreensões e aportes abordados advêm do percurso das autoras na APS do Recife como integrantes – residentes, preceptora e docentes/tutoras – do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco.

O território e a territorialização na Atenção Primária à Saúde

O território representa uma categoria integradora, pois abrange todas as esferas de ação, das paixões, dos poderes, das forças e fraquezas, em todas as dimensões de seu uso. Assim, o território usado representa um potente recurso analítico, visto que sintetiza todos os usos, interesses e políticas, demonstrando seu caráter político e humanístico (SANTOS, 1996; SANTOS, 1999). Os distintos usos criam territórios temporários, permanentes, contínuos, descontínuos e vulneráveis, resultantes de um processo com superposições e interesses geradores de conflitos de diversas ordens. Demarcando diferenças na temporalidade, nos objetivos e nas suas configurações, assumindo assim uma vertente multidimensional: político-jurídica, econômica, ambiental e culturalista (HAESBAERT, 2014).

A multidimensionalidade produz singularidades, evidenciadas a partir da inserção das pessoas no sistema produtivo, das relações de poder estabelecidas e das formas de organização social existentes no território (GONDIM; MONKEN, 2017).

Os diversos usos do território refletem o modo de produção capitalista, baseado na acumulação de riqueza e exploração do trabalho, com classes sociais antagônicas que acumulam e concentram riqueza, por um lado, e negam o acesso à riqueza produzida, por outro, demarcando contextos territoriais marcados pela desigualdade.

A ocupação do solo urbano é interseccionada pela determinação de classe e, a essa estratificação, somam-se múltiplas vulnerabilidades, revelando com dramaticidade processos históricos de manutenção das desigualdades a que têm sido relegadas grandes parcelas da população, materializando-se no insuficiente acesso a bens e serviços sociais; presença do Estado penal e retração do Estado social. Ali, a vida real, por vezes, reduz-se à sobrevivência diária, revelando níveis extremos de violência estrutural, como desemprego, subemprego, precarização e informalização do trabalho.¹

Cabe ressaltar que diferenças de classe, raça e sexo-gênero frequentemente se transformam em desigualdades e que processos saúde e doença podem mostrar sua face mais letal, conforme o Código de Endereçamento Postal (CEP), ou seja, a ocupação territorial expressa condições materiais de existência, garantia ou negação de direitos, segurança ou insegurança, no que concerne à provisão das necessidades básicas.

É sob a compreensão de território enquanto uma categoria capaz de expressar a complexidade das dinâmicas sociais que, em todas as versões da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o território é considerado um elemento balizador para a organização do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Nesse sentido, a Política aponta para a análise das condições socioeconômicas, epidemiológicas e assistenciais, culturais e identitárias para a realização de um planejamento que responda às necessidades da população e do qual ela participe (BRASIL, 2017). É uma atribuição comum a toda a equipe conhecer os riscos do território e

¹ Para aprofundar, indica-se a leitura do texto *Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás*. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xNhwkBN3fBYV9zZgmHpCX9y/?format=pdf&lang=pt>

identificar seu contexto para planejar ações estratégicas adequadas à realidade. Os aspectos que caracterizam um lugar também são determinantes e condicionantes da saúde dessa população, assim como a percepção que esses sujeitos têm sobre os riscos à sua saúde (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Do ponto de vista normativo, o território de atuação das equipes da APS sempre esteve presente na PNAB por meio das diretrizes de População Adscrita e Territorialização. Quanto à primeira, percebe-se uma grande contradição: pois, embora a política adotasse um conceito de território multidimensional até 2017 e condicionasse os parâmetros populacionais a depender das especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, respeitando critérios de equidade, a lógica da delimitação das áreas de vinculação foi sempre o quantitativo populacional. Desse modo, desconsiderava a dinâmica, complexidade e multidimensionalidade do território. A segunda diretriz é compreendida como uma etapa que instrumentaliza a equipe para o planejamento ascendente e descentralizado, possibilitando assim a programação das ações setoriais e inter-setoriais, de forma que promova impacto nas condições de vida e saúde da população adscrita (BRASIL, 2006; 2011; 2017).

Embora essas duas diretrizes estejam mantidas na versão da PNAB de 2017, tornam-se mais evidentes as mudanças e ameaças ao modelo assistencial com base na ESF e aos princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS. Esse processo se intensifica a partir de 2019, com a instituição do novo programa de financiamento denominado Previnde Brasil e a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). Cabe ressaltar que essas mudanças se dão na esteira de um processo de intenso conservadorismo burguês no Estado brasileiro e de impactos deletérios devido à contrarreforma da Saúde.

Entre as mudanças, destacam-se: a) recomendação da cobertura de 100% da população restrita às áreas de maior difusão territorial, com presença de risco e vulnerabilidade social, o que compromete o princípio da universalidade, estabelecido anteriormente quando a cobertura se baseava na totalidade do território adscrito; b) destinação de recursos financeiros

destinados à APS atrelada ao número de cadastro e não ao número de pessoas; e c) centralidade na assistência individual em detrimento das ações coletivas e da determinação social do processo saúde-doença, o que se reflete na pouca referência às atividades do eixo da proteção da saúde. Tais aspectos demarcam claramente a ruptura com os pressupostos do modelo da Vigilância em Saúde, pois abordam o território na perspectiva de âmbito local e consideram a territorialização mera técnica de levantamento de informação (MOROSINI, 2018; GIOVANELLA, 2020).

O atual contexto de retrocesso fragiliza ainda mais a APS e afasta o arcabouço normativo dos fundamentos teóricos que norteiam uma APS abrangente e integrada com base territorial e na produção social da Saúde. Numa perspectiva teórico-crítica, a territorialização na saúde configura-se a partir de três princípios.

O primeiro é a adscrição de clientela/vinculação, que possui um caráter político e administrativo, com o estabelecimento de limites das áreas de atuação com responsabilização sanitária das equipes, ressaltando sua associação com a discussão de acesso, uma vez que a Atenção Primária possui um papel de ordenação e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O segundo princípio diz respeito à apropriação e reconhecimento da situação de saúde e do contexto social, com garantia da participação popular em todas as suas etapas; desde o início, no processo de planejamento e no desenvolvimento das práticas de saúde da equipe voltados para o cotidiano e para o território. O terceiro recomenda o estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes; e verticais, pertencentes à RAS e outros setores que fazem interface com a saúde (PEREIRA; BARCELLOS, 2006; SANTANA, 2013; FARIA, 2014).

O território, enquanto categoria normativa, torna a territorialização na saúde uma política de Estado utilizada para planejar a estruturação territorial dos serviços de saúde. É por meio desse processo que são criados os territórios de atuação de unidades da APS para a definição das áreas operacionais dos serviços e adscrição da população referenciada por essas unidades (HAESBAERT, 2014; FARIA, 2013).

O território de abrangência, “território-área”, possui centralidade teórica nos conceitos de acessos e acessibilidade, deve ser delimitado para além de uma lógica de quantitativo de pessoas, deve garantir o fluxo e contrafluxo, percursos dos trabalhadores de saúde e da população aos serviços de saúde. As subdivisões da área de abrangência, destinadas para a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), denominadas de microáreas, devem ser definidas conforme a lógica de homogeneidade socioeconômico-sanitária, configurando arranjos espaciais homogêneos em condições objetivas de vida. Faria (2013) ressalta que os limites não servem para dividir ou separar, mas para agregar e apontar as direções dos fluxos de usuários no sistema de saúde. Para Santana (2013), a delimitação das áreas de atuação deve contemplar uma caracterização mínima da área a partir de diversos olhares, sobretudo com a participação da comunidade, de forma que contemple a multidimensionalidade do território.

A territorialização, numa perspectiva de reconhecimento e apropriação de contexto, configura-se como processo sistemático, permanente e dinâmico, baseado no reconhecimento de que a saúde tem impacto direto e indireto na organização do território (GADELHA *et al.*, 2011; SANTOS; RIGOTTO, 2011). Levam-se em consideração as particularidades e características de cada território, sendo que as equipes devem entender as relações e transformações do ambiente, que podem ser conflituosas ou não, mas que se relacionam aos múltiplos atores, com múltiplos interesses (FARIA, 2013; COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Deve emergir das necessidades da comunidade, ser instrumento a partir do qual é possível, no cotidiano, apreender os contextos de vida e saúde dos sujeitos, singulares e coletivos. Compreender os diferentes modos de ser, viver e existir e as diferentes relações, que produzem e se reproduzem a partir do território.

Reconhecimento do território e intencionalidades interventivas

Desde a implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF-CCS/UFPE), em 2010, o cenário de prática tem sido os territórios de vinculação das equipes preceptoras, sendo as Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes dos Núcleos ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (eNasf).

Antes da inserção direta nos serviços, os(as) residentes participam de disciplinas estruturantes e balizadoras para o trabalho no campo, entre elas, a de Território e Saúde, cujo objetivo é oferecer subsídios teóricos e práticos envolvendo as temáticas de território e territorialização na Atenção Básica, na perspectiva de favorecer a análise das características da realidade dos territórios para o planejamento e a organização do processo de trabalho no cotidiano das equipes preceptoras.

Os(as) residentes concluem a disciplina com um roteiro para a operacionalização do diagnóstico socioespacial nos territórios de vinculação, com previsão de três meses para a execução. Esse roteiro, adaptável ao longo do tempo, adequa-se à realidade e às necessidades do território, assim como possibilita conhecer as singularidades socioespaciais sem perder de vista a complexidade existente. No atual contexto da pandemia de Covid-19, por exemplo, foram incluídos critérios que permitem uma compreensão do impacto da pandemia. O formato de territorialização seguido considera que a análise de contexto de vida de uma determinada população tem caráter processual, sistemático e é permeado pela participação ativa da comunidade.

Nesse sentido, de acordo com Santana (2013), o processo é orientado por uma relação dialógica e problematizadora, que favorece a corresponsabilidade da população, propicia a criação de vínculos entre equipe e comunidade, gerando empoderamento e o estabelecimento de prioridades, respondidas por meio de ações intra e extrasetoriais. Considera as dimensões política, simbólica subjetiva ou culturalista, física e ambiental, técnica ou sanitária e econômica do território. Fundamenta-se nos

pressupostos normativos e teóricos que compreendem o território como espaço vivo, dinâmico, complexo e multidimensional.

A compreensão da dimensão política permite a leitura de como o poder se expressa no território, seja o poder exercido ou negligenciado pelo Estado, por outras organizações não estatais e/ou pessoas nos territórios. O território assume uma configuração de um espaço delimitado e controlado, no qual se exerce poder, em especial, de caráter estatal. A compreensão detalhada dessa dimensão permite a aferição de potencial dos atores sociais relacionada ao poder, a partir da qual podem se estabelecer parcerias importantes para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde (HAESBAERT; LIMONAD, 2007).

Relacionada às subjetividades, a dimensão cultural tem como objetivo a compreensão da identidade social da população do território analisado (HAESBAERT; LIMONAD, 2007); por isso, seus conceitos buscam detalhar a construção de vínculo entre sujeito e a comunidade e o território em que vive. Nesse contexto, investiga a noção de pertencimento, identidades, signos e normas culturais. Importantes instrumentos utilizados no processo de trabalho na Atenção Primária, como o Ecomapa, o Projeto Terapêutico Singular e o Projeto de Saúde do Território estão intrinsecamente ligados à compreensão da dimensão cultural, isso porque nela aprofundam-se as relações e práticas de cuidado tradicionais (uso de plantas medicinais e rezadeiras), solidariedades, resiliência, modalidades de expressão cultural e as práticas religiosas, entre outras. Na perspectiva de acentuar as potencialidades dessa dimensão, é preciso elencar e estabelecer parcerias com os atores sociais envolvidos com as práticas de cuidado tradicionais e com as redes de solidariedade instituídas no território, além daqueles com potencial de identificação de risco – tais como cabeleireiros(as), donos(as) de bares, líderes religiosos e professores(as). Destaca-se, nesse aspecto, o papel do(a) ACS, por ser profissional vinculado(a) à equipe e conhecedor(a) exímio(a) do território.

A dimensão econômica é percebida como resultante das relações entre capital e o trabalho, a partir das quais são identificadas as expressões da

questão social. A apropriação dessa dimensão permite o desnudar das desigualdades socioespaciais e a elaboração de estratégias para uma intervenção resolutive, com escopo ampliado da eNasf em conjunto com outros setores das políticas públicas. Para além da identificação das dificuldades decorrentes do embate de classes, é importante reconhecer as potencialidades inerentes a essa dimensão. Entre elas, a capacidade de iniciativas de geração de renda, com elementos da criatividade e sustentabilidade. Importante identificar sujeitos detentores de saberes rentáveis, além da *expertise* em expressões artísticas e de comunicação nas redes sociais.

A dimensão física e ambiental abriga os critérios e instrumentos relacionados às estruturas fixas/físicas do território, sejam elas naturais ou construídas (SANTOS, 1999). Quanto aos elementos construídos, é importante a identificação da tipologia (construção em alvenaria, taipa ou material perecível) e usos das edificações (residencial, comercial e social), estrutura e condições da malha viária, identificando aspectos de pavimentação e acessibilidade de avenidas, ruas, becos, escadarias, se são asfaltadas, calçadas ou não e se dispõem de serviços de qualificação. É importante destacar a identificação das barreiras geográficas construídas, inclusive aquelas entre as moradias e a Unidade de Saúde. Uma vez que a Atenção Primária foi pensada na perspectiva do acesso e da acessibilidade, a identificação das barreiras geográficas é importante para o desenvolvimento de estratégias que garantam a acessibilidade à Unidade de Saúde.

A compreensão das estruturas físicas construídas possibilita a identificação de áreas sujeitas a risco de desmoronamento e/ou alagamento. Além disso, é possível conhecer espaços de uso social, possíveis de serem acessados pela equipe de saúde para desenvolvimento de ações fora da sede. Faz-se ainda mais necessária essa análise, ao considerar a cidade do Recife como espaço de alta endemicidade de arboviroses e outras doenças relacionadas às estruturas naturais.

A última dimensão sugerida é denominada de técnica ou sanitária, que destaca a necessidade de incorporação de conhecimentos e tecnologias para o desenvolvimento das ações de saúde no território (MENDES, 2011),

e se baseia na concepção do território como espaço de produção da saúde e resultante da intersecção das outras dimensões anteriormente citadas (GONDIN; MONKEN, 2017). Potencializa o desenvolvimento das tecnologias leves, conhecidas como tecnologias relacionais, assim como a execução da análise situacional, em parceria com a comunidade, processo primordial para intervenções assertivas e planejadas.

O processo de territorialização geralmente é subdividido em etapas, com funções compartilhadas nas equipes. A etapa qualitativa consiste no levantamento de dados primários a partir da escuta da comunidade, por meio de entrevistas ou conversas informais individuais ou coletivas, rodas de conversa ou cartografia participativa. Ainda nessa etapa, podem ser incluídos registros fotográficos, diários de campo e gravações de vídeo. A etapa quantitativa consiste na busca de informações em bancos de dados, para a construção de indicadores que serão descritos por meio de gráficos e tabelas e interpretados.

Característica marcante da territorialização, realizada pelas equipes de residentes, nesses dez anos, é a etapa cartográfica, a qual consiste na construção de um mapa-síntese composto pela distribuição espacial dos critérios relacionados às dimensões técnica e ambiental, assim como os critérios da dimensão sanitária, principalmente no que diz respeito aos grupos prioritários da Atenção Primária. A elaboração dos mapas-síntese não prescinde da base cartográfica do território de vinculação da equipe. Posteriormente à elaboração dos croquis – desenhos das microáreas dos(-das) ACS – há transferência para a base cartográfica, atualizando-a de acordo com a realidade do território, com informações de estruturas físicas naturais ou construídas, de uso e tipologias de edificações, características da trama urbana e demais condições geomorfológicas.

Como última etapa do processo, utilizando informações coletadas nas etapas anteriores, é realizada a apresentação do produto, sendo elencadas prioridades e definidos planos de ações. Todo o processo, guiado pelo roteiro a seguir, conta com apoio de tutores(as), preceptores(as) e lideranças comunitárias.

Quadro 1. Distribuição dos critérios e instrumentos para o processo de territorialização, conforme as dimensões do território

Dimensões	Critérios	Instrumentos
Política	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar a existência do poder não estatal, incluindo as organizações do crime, dentro do território; o poder na perspectiva do Estado, como é materializado dentro do território; e as organizações e atores políticos com análise crítica para possibilidades de parcerias; • Resgatar a história da comunidade desde a ocupação do território; • Elencar demandas históricas e modos de mobilização; • Identificar os limites oficiais do bairro; • Descrever como as redes de poder influenciam os limites do território; • Avaliar expressões das relações de poder relacionadas aos conflitos de gênero. <p>POTENCIALIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidenciar formas de enfrentamento das violências (de gênero); • Mapear líderes atuais e referências históricas, enquanto potencial de parceria; • Descrever a expressão dos movimentos sociais de grande porte (Movimento Negro, de Mulheres, LGBTQIA+, dos Trabalhadores Sem Teto); • Identificar a presença de conselhos locais no controle social; • Reconhecer organizações políticas da comunidade (associações de moradores, clubes de mães, ONG, clubes de idosos, cooperativas); • Incentivar a participação da população durante a construção do diagnóstico da área. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diário de Campo; • Entrevista com alguns moradores; • Busca de arquivos na associação do bairro sobre a comunidade; • Mapeamento participativo;

<p>Cultural</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer e respeitar os conceitos associados da população; • Avaliar as relações dos sujeitos com a comunidade, o sentido do <i>habitat</i> no território, encontro das histórias de vida com o espaço; • Conhecer o aspecto histórico do território; • Considerar as expressões culturais; • Identificar as expressões religiosas e culturais (artistas urbanos, a exemplo da cultura brega-funk, cultura-hip-hop, <i>slam</i> e capoeira); hábitos e culturas alimentares; hábitos culturais (festas, músicas e costumes); a percepção de saúde; as relações e expectativas da comunidade quanto ao trabalho das equipes de saúde. <p>POTENCIALIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar potenciais cuidadores (rezadeiras, vizinhos, pessoas com habilidade de cuidar) e identificadores de risco (cabeleireiras, donos de bares, líderes religiosos e professores); potencialidades da comunidade, assim como a identidade social e cultural; o potencial criativo (incluir todas as manifestações artísticas); os limites e potencialidades de viver no território; os espaços de convívio social que sejam potenciais para desenvolvimento cultural; lideranças religiosas com potencial de articulação; meios de comunicação (rádios comunitárias); e possibilidade de parcerias; • Caracterizar as redes de apoio social e solidariedade; • Destacar contextos familiares com características de resiliência; • Inserir a comunidade (empoderamento social). 	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com a comunidade; • Entrevistas com atores do território; • Realização de um mapa para identificação; • Cartografia social; • Apresentação artística; • Rodas de conversas; • Movimentos sociais; • Tomada de imagens fotográficas;
-----------------	--	--

<p>Econômica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar renda familiar <i>per capita</i> e condições de moradia (própria, alugada, cedida); • Identificar (as) famílias beneficiárias de direitos assistenciais ou previdenciários; atividades comerciais da comunidade e recursos materiais locais; as categorias profissionais e as ocupações por família; as condições de trabalho e ocupação; o nível de escolaridade e alfabetização por família; os principais impactos da pandemia sobre a população; • Atualizar cadastro das famílias de forma sistemática; • Caracterizar os arranjos familiares em situação de insegurança alimentar (monoparental, multiparental); • Relacionar riscos dos processos de trabalho na comunidade; • Quantificar número de desempregados e trabalhadores informais; • Averiguar formas de divisão de trabalho. <p>POTENCIALIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espacializar a economia local; • Mapear empresas no território; • Identificar comerciantes locais (destaque para cabeleireiras, barbeiros, manicures e donos de bares) e cooperativas; empreendimentos familiares; potenciais de geração de renda; • Caracterizar indivíduos que têm acesso a dispositivos eletrônicos e internet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas domiciliares; • Cadastro familiar (e-sus); • Rodas de conversa; • Mapa falante; • Visitas institucionais; • Entrevista/ questionário socioeconômico; • Mapeamento da vulnerabilidade social; • Iniciativas de geração de trabalho e renda (oficinas de capacitação);
------------------	--	---

<p>Ambiental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar acidentes geográficos e presença de aterros sanitários; • Caracterizar tipos e usos das edificações; a tipologia e pavimentação da trama urbana (avenida, ruas, becos, escadarias; asfalto, calçamento, chão batido; qualidade do ar/solo e pontos de poluição; a temperatura do ambiente; • Considerar os fluxos naturais da população no território; • Verificar o abastecimento de água e esgoto; a coleta e destino do lixo; o descarte de lixo eletrônico; o tratamento de água potável; a preservação da vegetação nativa; a presença de pontos de poluição sonora; • Mapear locais de acúmulo de água; • Analisar aspectos geomorfológicos (clima, relevo e hidrografia); • Realizar levantamento de áreas de risco de alagamento, desmoronamento e depósitos de gás; de criadores animais; de animais em situação de rua; da cobertura vacinal dos animais; de terrenos baldios/ociosos; de áreas potenciais para criadouros de vetores. <p>POTENCIALIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar levantamento de áreas verdes; de espaços coletivos/comunitários; • Mapear a presença de catadores e pontos de reciclagem; de hortas em casa; a atuação de ONGs e Coletivos Sociais de defesa ambiental/animal; • Identificar a existência de pontos de descarte correto/coleta de óleo de cozinha usado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de mapas caracterizando locais com agravantes ambientais; • Cartografia tradicional; • Cartografia social; • Elaboração de mapa de síntese; • Entrevista com os atores sociais do território; • Entrevista com moradores do território; • Observação do campo de forma dinâmica; • Vivência do território para entendimento do seu funcionamento e dinâmica; • Estudo hidrogeoquímico das águas para consumo.
------------------	---	--

<p>Técnica e Sanitária</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a situação de morbidade (doenças de notificação compulsória e doenças dentárias prevalentes por sexo e faixa etária); distúrbios nutricionais (desnutrição e obesidade) e transtornos alimentares; percentual de cobertura na assistência a grupos prioritários; indivíduos em uso de psicotrópicos e benzodiazepínicos; organização da rede de assistência; perfil demográfico; acamados e domiciliados; pessoas em situação de rua; presença de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade (trabalho infantil, exploração sexual e violência doméstica); idosos e pessoas com incapacidades funcionais; os problemas prioritários da adolescência (comportamentos autolesivos); problemas de saúde mental (transtornos psíquicos maiores e menores); uso de álcool e outras drogas; os casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, mulheres, idosos, segmento LGBTQIA+; as causas de mortalidade por sexo e faixa etária; • Analisar o quantitativo de notificação por Covid-19; • Quantificar número de internação por Covid-19; a proporção de pessoas menores de cinco anos e acima de 65 anos; • Identificar e espacializar os grupos de atenção prioritária; • Avaliar presença de doenças endêmicas ou negligenciadas; • Caracterizar a violência urbana; a cobertura de visitas domiciliares realizadas por ESF, ACS, eNasf e Equipe de Saúde Ambiental; • Monitorar os casos pós-Covid e identificar as sequelas (cognitivas, neurológicas e respiratórias); • Mapear instituições privadas que prestam atenção à saúde; equipamentos que fazem interface com o setor saúde (ferros velhos, padarias, feiras, restaurantes, salões de beleza e academias). <p>POTENCIALIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mapear locais potenciais para a realização de práticas integrativas e de atividade física; • Identificar (as atividades de) possibilidades de planejamento participativo; as parcerias existentes entre equipe e comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Busca no SIS-AB e outros Sistemas de informação (SIM, SINAN, ESUS etc.); • Análise dos cadastros de famílias; • Mapeamento participativo.
----------------------------	---	---

Fonte: adaptado de Santana (2013).

Considerações finais

Tendo em conta que o território é vivo e que as condições de existência da população nele se materializam, a importância da APS nos territórios, em seu potencial de resolutividade, é indubitável. O momento presente, no entanto, de desmonte das políticas de Seguridade Social em curso no país, intensifica desafios históricos da política de Saúde para a implementação de ações intersetoriais com outros serviços e níveis de complexidade. A almejada ampliação da cobertura e melhoria do acesso requer sustentabilidade no que concerne aos investimentos em recursos humanos, materiais e financeiros e à gestão pública dos serviços. Na atualidade, ainda mais no contexto da pandemia de Covid-19, a APS deveria ser fortalecida e alvo de aporte de recursos, concomitantemente à garantia de políticas públicas estruturantes e de proteção social.

Entende-se que a localização territorial não é uma causalidade e que “casos clínicos” seguem a trilha do empobrecimento; há interfaces entre as condições socioeconômicas e sanitárias da população e essas atingem profundamente pessoas e famílias que vivem em áreas periféricas. Para além da pauperização resultante da desigualdade entre as classes, expressa nos processos de territorialização e desterritorialização, há segmentos de maior vulnerabilidade no contexto periférico, sendo eles crianças e adolescentes, pessoas com deficiência, pessoas idosas, pessoas negras, população LGBTQIA+ e mulheres.

A aproximação à realidade das comunidades periféricas demonstra que os processos de adoecimento ultrapassam a questão biológica e demanda trabalho multidisciplinar, ação em rede e intersetorialidade entre políticas públicas de proteção social, tendo em vista seu caráter social, etnográfico, econômico, geográfico e a interseção com os marcadores classe, raça e sexo-gênero. Entende-se que o trabalho em saúde, especialmente aquele realizado no chão do território, requer compromissos ético-políticos das equipes, evitando relações de tutela ou controle, e, em direção

social oposta, investindo na autonomia popular, de modo a não reiterar o “destino” da periferia à periferia.

Referências

ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2180, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2180>. Acesso em: 9 mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 9 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica à Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*: seção 1, Brasília, DF, 2006. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 9 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2.488, de 21 outubro de 2011. 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). *Diário [da] República Federativa do Brasil*: seção 1, Brasília, DF, out. 2011. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 9 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 9 mar. 2021.

COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. (org.). O processo de territorialização. In: *Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica*. Florianópolis: UFSC, 2016. p. 28-38. (Formação para Atenção Básica). Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf. Acesso em: 1º jul. 2020.

FARIA, R. M. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. *Hygeia*, v. 9, n. 16, p. 131-47, 2013.

FARIA, R. M. O território e as redes de atenção à saúde: intercambiamentos necessários para a integração das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. *Boletim de Geografia*, v. 32, n. 2, p. 173-91, dez. 2014.

GADELHA, C. A. G.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-16, 2011.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S.; SENNA, M. C. M.; FAUSTO, M. C.; DELGADO, M. M.; ANDRADE, C. L. T.; CUNHA, M. S.; MARTINS, M. I. C.; TEIXEIRA, C. P. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-94, 2009.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4,

p.1475-81, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401475. Acesso em: 3 ago. 2020.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Território e territorialização. In: GONDIM, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. (org.). *Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44.

HAESBAERT, R. Território e Multiterritorialidade em questão. In: HAESBAERT, R. *Viver no limite: território e multi/transterritorialidade em tempos de insegurança e contenção*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

HAESBAERT, R.; LIMONAD, E. O território em tempos de globalização. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicada e outras coisas*, v. 1, n. 2, p. 39-52, ago. 2007. Disponível em: http://www.uff.br/etc/UPLOADS/etc%202007_2_4.pdf. Acesso em: 11 nov. 2016.

MENDES, E. v. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999. p. 11-17.

MENDES, E. v. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MOROSINI, M. V. G.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 11-24, 2018.

PEREIRA, M. P.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

SANTANA, M. M. *Território Plataforma da Vida e do Trabalho Vivo em Saúde: análise do território trabalhado na ESF do DS V em Recife/PE*. 2013. Dissertação

(Mestrado Profissional em Gestão de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz/CPqAM, Recife, 2013.

SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, M. O dinheiro e o território. *GEOgraphia*, v. 1, n. 1, p. 7-13, 1999.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

CAPÍTULO 5

CUIDADO EM SAÚDE

INTEGRALIDADE E CLÍNICA AMPLIADA

*Luciana de Barros Correia Fontes
Maria de Fátima Ferrão Castelo Branco
Amanda Caroline Oliveira Henriques Mendes
Maísa Carvalho de Melo
Natália de Andrade Lima Almeida do Nascimento
Yanne Lira Sobel
Maria Angélica Bezerra de Oliveira
Manuela Wanderley Ferreira Lopes*

Introdução

Cuidar representa um ato que envolve prestar atenção, refletir, ponderar e agir com esmero para consigo e para com o outro. Abrange sentimentos e emoções, relacionamentos e trocas, com características e intensidades variadas. No cuidado integral da saúde, que é uma das bases do Programa de Residência Multidisciplinar na área, há uma extensão no universo da assistência, principalmente quando direcionado à Saúde da Família. Nesse contexto, compreende pessoas e comunidades mais vulneráveis, além dos processos de gestão e educação em saúde, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida. No conjunto dessa assistência, a clínica ampliada na Atenção Primária à Saúde (APS) está inserida na integralidade dos cuidados, pois analisa a complexidade das necessidades sociais dos usuários, com um “olhar diferenciado” no modo de

diagnosticar e tratar os problemas. Existe um compartilhar de experiências, dos saberes, das responsabilidades e dos vínculos entre os sujeitos, profissionais e equipes.

As experiências obtidas nos dez anos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) foram diferenciadas quanto à integralidade e à clínica ampliada no cuidado em saúde. No desenvolvimento deste capítulo, procuramos contextualizar esse tema e relatar as práticas e as vivências na perspectiva de diferentes atores do processo, aqui representados pelos membros da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e de Atenção Básica (Nasf-AB), residentes, preceptores e tutores. Os registros ou as reflexões apresentadas neste capítulo incluem ainda a avaliação sobre o impacto da pandemia de Covid-19 (doença infecciosa causada pelo novo coronavírus: SARS-CoV-2) na dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, em especial no que se refere ao papel e aos desafios da APS nesse enfrentamento. Para facilitar a compreensão dos temas abordados, este capítulo está subdividido em três tópicos.

Dimensões da integralidade na Atenção Primária à Saúde

Compreender o ser humano na sua totalidade, em uma visão holística, constitui requisito básico para uma atenção efetiva às suas necessidades. A integralidade é um princípio doutrinário da política do SUS, que permite uma identificação dos sujeitos autônomos e livres, dignos de uma atenção à saúde qualificada e resolutiva. A integralidade representa o eixo condutor dos processos de mudanças para uma ruptura dos valores tradicionais na Saúde, como a fragmentação da atenção e do cuidado às pessoas. O trabalho em equipes multidisciplinares é prioridade na APS, estrutura fundamental da Estratégia Saúde da Família (ESF) e para a formulação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf). No entanto, muito além das equipes multiprofissionais em saúde, há o desafio da

lógica da transdisciplinaridade, que abrange o pensar e o agir em conjunto, com respeito às competências e aos princípios éticos do exercício profissional e em um “espaço aberto” para as trocas de conhecimento, o diálogo e a elaboração de estratégias em conjunto, com um direcionamento único: o bem-estar e a qualidade de vida do ser humano em nível individual e coletivo.

Nesse contexto, deve-se refletir sobre como organizar e ativar estratégias de abordagem que possibilitem integrar as intervenções realizadas por profissionais variados da equipe de saúde. Ações interdependentes e, ao mesmo tempo, autônomas e que compreendam: a sensibilização para o acolhimento, a atenção às demandas da comunidade, a avaliação continuada dos critérios de risco, da vulnerabilidade, do sofrimento e a da resiliência dos assistidos e de quem assiste (SEVERO; SEMINOTTI, 2010). Analisar as dimensões da integralidade no cuidado em saúde (VIEGAS; PENNA, 2015) abrange ainda a compreensão do viver em espaços, condições e expressões singulares, que permitem reafirmar a complexa unidade humana. Os profissionais de saúde, por meio de suas atitudes, ações e práxis, devem valorizar estes princípios:

- a) Ser integral – considera a integralidade das pessoas, definindo o conceito de um todo, a pessoa, um ser completo, o respeito à pessoa acima de qualquer coisa;
- b) Atendimento integral às demandas em saúde – as pessoas devem ser atendidas em suas necessidades de saúde;
- c) Integração dos Serviços de Saúde – a integração e a organização dos serviços de saúde dependem de saberes de diferentes disciplinas e da regionalização das Unidades na formação de um sistema de saúde local;
- d) Intersetorialidade – as demandas podem ser de cunho intersetorial; a intersetorialidade como pilar fundamental da integralidade.

No Brasil, o desempenho dos serviços de APS tem sido avaliado por meio de investigações sobre a extensão e presença de atributos essenciais que qualificam esses serviços; entre os quais, destacam-se a coordenação do cuidado e a integralidade. O atributo integralidade na APS é entendido como um conjunto de ações preventivas e curativas prestadas no âmbito individual e coletivo por uma mesma unidade de saúde em articulação com serviços de outros níveis de atenção, com a finalidade de oferecer respostas satisfatórias às demandas de cuidado da população e superar a fragmentação da assistência (FREITAS *et al.*, 2020).

Mesmo sendo considerado um atributo essencial para o funcionamento de uma unidade de APS, há fragilidades constatadas na integralidade do cuidado em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Ao longo das vivências no PRMSF, observam-se a relevância e os ganhos obtidos pelo exercício da integralidade no cuidado em saúde como a melhor perspectiva de qualidade de vida e nos níveis de satisfação dos usuários. E isso se reflete tanto na assistência global e plena quanto na ampliação das especialidades da área de saúde contempladas no Programa de Residência da UFPE.

Em sentido oposto, também se verificam conflitos: falta ou dificuldades na comunicação e na articulação dos cuidados, problemas na delimitação das atribuições e competências (limites de atuação), dificuldades na logística e no acompanhamento dos encaminhamentos e excesso de demandas. Também existem deficiências na formação ou na qualificação dos profissionais quanto às mudanças nos paradigmas da atenção. O processo de avaliação continuada é uma poderosa ferramenta para a integralidade, pois o monitoramento, a reflexão e a gestão organizacional possibilitam mapear e redirecionar a dinâmica do trabalho em equipe. E isso minimiza os desgastes, o adoecimento e a insatisfação no ambiente de trabalho e de acolhimento para os cuidados.

A pandemia expôs os problemas que já estavam acumulados, ou, no seu enfrentamento, esses problemas ficaram mais evidentes, colocando a APS em xeque. Grande parte dos casos sintomáticos leves ou moderados

procuraram a rede básica como primeiro acesso na busca por cuidados, o que levou a uma discussão sobre a organização e papel da APS diante dos desafios impostos no Brasil (DUNLOP *et al.*, 2020).

Em meio a todas as dificuldades para a integralidade em saúde durante esta pandemia, o conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, o monitoramento das famílias vulneráveis e o acompanhamento dos casos sintomáticos leves representaram as estratégias fundamentais para a contenção da Covid-19. Esses, associados às abordagens de problemas oriundos do isolamento social prolongado, precarização da vida social e econômica, transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos, exigem cuidados integrados longitudinais e com consequências de difícil previsão (SARTI *et al.*, 2020).

Quando se atenta ao cuidado integral, à complexidade e diversidade de sinais e sintomas dessa doença, talvez seja o melhor momento para o avanço; do reconhecimento de especialidades em saúde muitas vezes desvalorizadas; da singularidade do trabalho em equipe. A compreensão de que todos podem somar esforços em uma mesma direção. Por outro lado, e ponderando-se sobre a participação dos residentes... um misto de sentimentos: a frustração de não se encontrarem inseridos nas ações que os enquadram enquanto profissionais da área (desvalorização, desmotivação, falta de perspectiva) *versus* a oportunidade ímpar de compreenderem a importância da integralidade no cuidado e aprenderem com novas e únicas experiências nesse contexto, que tivemos até o momento.

Nesse processo de aprendizado também estão inseridas: as reflexões acerca da integração ensino-serviço, no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde, e a revisão do cenário das práticas na UBS. Essa ação inclui como ocorre a articulação das atividades realizadas pelos residentes no cotidiano do serviço e quais os desafios e as estratégias de enfrentamento adotadas. Tudo com uma análise crítica das experiências vivenciadas e de como se pode colaborar para minimizar os problemas, construindo e ampliando o conhecimento, a partir de uma maior

aproximação entre os setores envolvidos no processo. Um caminho novo a percorrer na integralidade do cuidado, que, em meio a tantas incertezas, reforça a abordagem familiar como base para mudanças positivas.

Abordagem familiar na gestão do cuidado

A família é uma instituição envolta por processos de poder, autoritarismo e controle, elementos desencadeadores de adoecimentos, o que remete à solicitação de cuidados. Por outro lado, não apenas constitui um espaço de resistência, mas também de afetos, de atitudes positivas para o cuidado e de práticas de cuidado.

Etimologicamente, a palavra família vem do latim *famulus*, que significa escravo doméstico. Dessa forma, a família representaria o conjunto dos escravos pertencentes e dependentes de um chefe ou senhor. A família greco-romana era formada por um patriarca e seus *famulus*: esposa, filhos, servos livres e escravos. Com uma representação dinâmica e em permanente evolução, diversos modelos familiares têm sido constatados ao longo da história, cada um com suas especificidades no que diz respeito às diretrizes, aos costumes e às práticas. E isso dificulta seguir um curso único nesse cuidado (AZEREDO, 2020).

Nesse sentido, a construção da família atravessa percursos psíquicos, políticos e econômicos, que fortalecem elementos para a construção dessa instituição. Ao se analisar a família ocidental, destacam-se três importantes períodos organizacionais. No primeiro, a “família tradicional”, pautada na preocupação com a transmissão de patrimônio. Em um segundo momento, a “construção familiar” como fruto do amor romântico. E, posteriormente, a “família moderna”, contemporânea ou pós-moderna, fundamentada no amor e no prazer, de forma atemporal. Há uma tendência à redução na sua amplitude e à perda da autoridade da figura paterna (ROUDINESCO, 2003).

Aplicando-se o que foi relatado até o momento à gestão do cuidado, conceituar “família” se torna uma tarefa complexa; em especial, quando no trabalho direcionado a esse público-alvo, com referências de valores, crenças e experiências pessoais pela equipe de assistência e pelos assistidos (RIBEIRO, 1999).

Atuar em saúde tendo como objeto do cuidado a família significa compreender cada membro individualmente e dentro de sua unidade familiar, sabendo que cada membro e sua condição de saúde-doença se influenciam mutuamente. Os desafios não foram poucos e ampliados quando algumas portas da rede de cuidados permaneciam como barreiras à continuidade do processo de redes de apoio e atenção à saúde (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011).

Também no que diz respeito ao cuidado com o atributo da “centralidade na família”, as ações precisam ser construídas e sustentadas dentro de um ambiente sociocultural, com o compartilhamento de saberes por meio das interações sociais (ELSEN; MARCON; SANTOS, 2002). Para compreender a família, faz-se necessária a atenção do profissional quanto ao ambiente em que ela se encontra inserida, com a ciência de que a mesma tem discernimento para determinar padrões, assim como, para optar e reorganizar o seu próprio ambiente e funções, principalmente nos aspectos inerentes à saúde (ALTHOFF, 2001).

Em busca de aprimorar e fortalecer a formação profissional direcionada para o SUS, foram criadas parcerias entre Ministério da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e Instituições de Ensino para a implementação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). Essa segue os princípios e diretrizes do SUS para atender às necessidades e demandas locais do território, potencializando a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2009).

A RMSF contribui com a interação entre ensino e serviço, colocando em exercício os saberes teóricos e as práticas multiprofissionais, a fim de ampliar a atenção fornecida pela ESF, com maior resolutividade,

integralidade do cuidado e fortalecimento de vínculo entre profissionais e usuários (MAIA; GOYA, 2016).

Em 2021, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPE comemorou dez anos de formação. Contudo, antes de descrever as atuações cotidianas de uma das equipes de profissionais residentes na ESF, é importante ressaltar as características dos territórios e das populações delimitados no espaço, que, por sua vez, estabelecem e consolidam famílias (territórios vivos e dinâmicos, onde se desenvolvem trabalhos e estudos).

Alinhado aos princípios da regionalização do cuidado, facilitação do acesso e integralidade das ações e serviços de saúde, o Município de Recife divide-se em oito Distritos Sanitários (DS). Desses, o PRMSF teve maior inserção nos DS IV e V. O DS IV possui a maior concentração populacional, particularmente nos bairros da Iputinga e da Várzea. Os habitantes são, em sua maioria, jovens, com idades entre 20 a 39 anos, mas passam por um processo de envelhecimento. Essas informações fundamentam a reorganização, coordenação e articulação das estratégias de atenção e integralidade da rede de cuidados, em paralelo à prática profissional cotidiana das ESF (BASTOS, 2015).

Durante as vivências na RMSF foi possível observar, por meio dos registros de atendimentos aos usuários, nos últimos anos, e em especial nos anos de 2020 e 2021, atingidos pela pandemia de Covid-19, a necessidade do fortalecimento da APS com o foco na ESF e o aprimoramento das redes de atenção como meta urgente para os gestores em saúde de Recife. Tratam-se de territórios imersos em desigualdades e vulnerabilidades, que foram acentuadas pelas circunstâncias relacionadas à pandemia de Covid-19.

Populações adscritas nas áreas dos DS IV e V, apesar de um elevado quantitativo de habitantes, possuem, em seus territórios, poucos equipamentos fundamentais para a continuidade do cuidado em outros níveis de atenção à saúde; fazendo-se necessário o deslocamento das famílias para outros territórios, muitas vezes distantes, em busca da assistência adequada (BASTOS, 2015).

No ano de 2021, essa realidade quanto à fragilidade do cuidado em redes, especialmente as intersetoriais, ficou ainda mais evidente para a população e os profissionais que compõem a ESF nesses territórios, quando consideradas as restrições consequentes à pandemia pela Covid-19 e o cuidado mais limitado à casa das pessoas. Em acréscimo, reforça a urgência da reorientação dos gestores públicos para a prioridade na promoção de políticas de bem-estar social.

Nesse momento político e histórico, os profissionais de saúde e a população usuária do SUS precisam somar esforços para, de forma cooperativa, enfrentar as limitações quanto às restrições de alguns serviços a demandas prioritárias ou urgentes. Tais medidas foram necessárias para evitar a exposição ou a aglomeração de pessoas na tentativa de construir uma barreira para a velocidade de propagação do vírus da Covid-19. Assim, a ESF também precisou mudar seu processo de trabalho, descobrindo não somente novas potencialidades, como também dificuldades, em especial a adequação do cuidado à realidade dos territórios.

Devido à necessidade de saúde durante a pandemia e refletindo-se sobre a abordagem familiar, houve grandes impactos. As escolas fecharam e, assim, mantiveram-se com poucos momentos de flexibilização para o ensino presencial, ainda que com rodízio de alunos. Crianças pequenas perderam sua acolhida em creches e também o acesso a refeições por meio dessas instituições. Em acréscimo, restringiram-se as oportunidades de aprendizagens e vivências importantíssimas para o desenvolvimento dessas, durante a primeira infância.

Adolescentes precisaram adequar-se à modalidade do ensino a distância e, posteriormente, os alunos de faixas etárias menores. Nesse sentido, famílias sentiram a necessidade de ter alguém em casa, ao menos para cuidar das crianças. Alguns membros desse núcleo, devido a essas circunstâncias, também perderam oportunidades de trabalho ou precisaram desistir da vaga. Pais ou membros da família tiveram que se descobrir professores: experiência que pode até ter sido exitosa em determinadas situações, mas, na maior parte das vezes e ponderando-se sobre as características

familiares das comunidades assistidas, muitos não conseguiram lidar com essa ocupação. Alguns indivíduos, membros das comunidades, tiveram que dar conta de trabalho (uns remotos), crianças, parceiros, pessoas acamadas, tudo ao mesmo tempo. Adultos e pessoas idosas não puderam participar de grupos de cuidado, em especial os relacionados aos cuidados com adoecimentos crônicos, como a hipertensão e a diabetes. Doenças negligenciadas como a hanseníase e a tuberculose tiveram ainda menos visibilidade, em contraste com a sua prevalência nos territórios.

Outros adoecimentos crônicos relacionados às mentalidades sociais perversas como o machismo e o racismo produziram um aumento nos casos de violências interpessoais, em especial às mulheres, em nosso território. Também não foram poucas as demandas voltadas à saúde mental, tais como ansiedade, depressão, luto, ideação suicida ou suicídio e automutilação. Situações recorrentes em discussões de equipe. Somados a isso, há casos complexos de recuperação em domicílio pós-internamento pelas sequelas da Covid-19. E seguem reflexões em meio à perplexidade: como responder a essas necessidades de cuidado? Como promover saúde e prevenir agravos às famílias imersas nessas realidades? Precisa-se, mais do que nunca, de uma ferramenta poderosa: a educação em saúde e a continuidade do cuidado.

Entender cenários que chegavam por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou dos profissionais das equipes mínimas das USF, para a discussão com o Nasf, no momento pandêmico, era considerar todo o contexto anteriormente citado.

Na vivência da pandemia de Covid-19 foi preciso repensar sobre o que era atuar enquanto equipe Nasf na ESF. Não foi possível realizar atendimentos em grupo e era preciso priorizar urgências, mas as demandas continuavam a existir. Então, buscaram-se outros caminhos: alguns grupos se mantiveram na modalidade remota com teleorientação, teleconsultas e telemonitoramento. Houve a construção de muitos materiais de educação em saúde, tanto para matriciamento das equipes como para ampla divulgação via redes sociais, na comunidade, com apoio do ACS.

Realizaram-se muitas salas de espera, algumas no caminho das visitas domiciliares. Estabeleceu-se a participação e o apoio à campanha e cadastro de vacinação. Quando necessária a visita domiciliar ou o atendimento individual, ocorreu o investimento na educação parental, ou na educação do cuidador formal ou informal, para que ele multiplicasse o cuidado, enquanto não chegava o acesso a outros pontos da rede de assistência. Por muitas vezes, foi necessário repensar sobre o que é realizar reabilitação, no contexto da Saúde da Família.

A prática na RMSF, apesar das limitações impostas devido à pandemia dos anos 2020-2021, foi orientada conforme a funcionalidade na interação com o território. Procurou-se aplicar, no cotidiano profissional, a orientação para intervenções individuais ou coletivas com base em práticas terapêuticas e educativas, voltadas à corresponsabilização do cuidado. Favorecer a autonomia dos indivíduos e famílias e responder às reais necessidades em saúde que o território e as pessoas que nele vivem demandam da ESF.

Clínica ampliada e humanização da assistência

No ano de 2004, o Ministério da Saúde do Brasil criou a Política Nacional de Humanização (PNH). Com caráter transversal, essa política é compreendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se transformam em ações nos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH busca transformar as relações de trabalho por meio da comunicação e afeto e tem como uma de suas diretrizes a clínica ampliada, proposta para qualificar as práticas de cuidado e o modo de fazer saúde (BRASIL, 2009).

A clínica ampliada, enquanto proposta, fundamenta-se nos eixos seguintes: compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, ampliação do objeto de transformação dos meios ou instrumentos de trabalho e suporte para os

profissionais de saúde. Encontra-se norteadora na integralidade da assistência e na corresponsabilidade entre a equipe de saúde e o usuário, sendo reconhecida como clínica ampliada e compartilhada (BRASIL, 2009; CAMPOS; GUERREIRO, 2013).

Nessa perspectiva, considera a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença; possibilita o trabalho multiprofissional com saberes interdisciplinares, o aumento da autonomia do usuário, da família e da comunidade. Ampliar a clínica é importar-se também com as dimensões subjetivas e sociais do usuário, do trabalhador da saúde e dos gestores; o cuidado centralizado no sujeito, permitindo a criação de vínculo com ele (AZANKI *et al.*, 2021; BRASIL, 2009).

Na efetivação dessa diretriz, todo o contexto em que vive o sujeito é considerado. Além disso, implica o compartilhamento da responsabilidade do cuidado em saúde. O usuário e suas redes familiar e comunitária devem se corresponsabilizar pelo cuidado, sendo protagonistas de sua saúde. Ampliar a clínica implica reconhecer e incentivar o papel de cada pessoa (trabalhador/usuário/gestor) como atuante na produção de saúde (BRASIL, 2009; 2013).

Outra diretriz da PNH é o acolhimento. Esse é construído de forma coletiva e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. É realizado por intermédio da escuta qualificada pelos profissionais às necessidades dos sujeitos. Compreende a responsabilização dos trabalhadores pelo usuário, a garantia de assistência contínua e resolutiva, e a articulação com outros serviços para a continuidade do cuidado (BRASIL, 2009; GARUZI *et al.*, 2014).

A humanização da assistência envolve afeto, empatia, informação e autonomia dos sujeitos envolvidos, no que se refere à transformação no modelo de atenção e gestão nos serviços e instâncias de saúde. Também está na dependência direta das condições de trabalho dos profissionais, de seu adequado preparo e da gestão dos serviços de saúde. Discutir sobre humanização e sua intervenção em saúde resulta em acreditar na

transformação dos atendimentos ofertados, tornando-os eficazes e de boa qualidade, em um contexto em que as necessidades de saúde dos usuários passam a ser atribuição de todos os indivíduos que compõem o processo de trabalho (SOUZA *et al.*, 2020). A humanização é considerada essencial na formação do trabalhador da saúde, uma vez que favorece o cuidado integral na promoção de saúde e a valorização da dimensão subjetiva e social; sempre implicada no processo de saúde-doença-cuidado. No atendimento humanizado, destacam-se a comunicação, o vínculo e a integralidade como fatores que influenciam nas interações entre profissionais e usuários do serviço de saúde (BRASIL, 2013; SOUZA *et al.*, 2020).

Considerações finais

A RMSF permite aos residentes, preceptores e tutores a experiência do cuidado, do saber compartilhado e do atendimento humanizado. O modelo biomédico de atenção ainda é hegemônico, e isso ficou claro durante a pandemia de Covid-19. A vivência na Atenção Básica, no contexto pandêmico, está sendo desafiadora. A maioria dos atendimentos e formação de grupos foi suspensa; visitas domiciliares, restritas; a assistência ficou baseada, praticamente, no acolhimento pautado na relação queixa-conduta, nos atendimentos individuais, na renovação de receitas médicas, no telemonitoramento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19 na área e nas teleconsultas e atividades de educação em saúde.

Para a consolidação do SUS e de seus princípios, como a integralidade, a cada dia, torna-se mais necessário treinar nossos olhos para o cuidado integral, para visualizar o sujeito como um todo, nos seus variados aspectos e inseridos em diversos contextos; mudar nossas práticas de cuidado e não ser meramente técnicos e curativos; perceber que não estamos apenas tratando uma doença, mas cuidando de pessoas. É muito rica a experiência de compartilhar saberes e atuar em conjunto com colegas de outros núcleos profissionais. A clínica ampliada vem para romper as paredes do

consultório clínico e incorporar a humanização na assistência, tornando a relação profissional-paciente afetiva.

A atuação em equipe multiprofissional traz a percepção das necessidades dos indivíduos, que, antes, poderiam passar despercebidas. O trabalho em conjunto entre a equipe e os sujeitos é transformador, proporciona maior efetividade no cuidado em saúde. Somado a isso, confere autonomia aos usuários, colocando-os como peça principal na resolutividade de suas necessidades/sofrimentos e ainda permite aos trabalhadores compartilhar conhecimentos e criar vínculos entre si e com os usuários.

Referências

ALTHOFF, C. R. *Convivendo em família: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar*. 2001. 184 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

AZANKI, H. C. T. P.; GONÇALVES, C. E. S.; COSTA, J. V. P.; VUOLO, V. C. M. Educação permanente e clínica ampliada: um novo paradigma de cuidado. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 4624-29, 2021. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/23051>. Acesso em: 10 jul. 2021.

AZEVEDO, C. T. O conceito de família: origem e evolução. *Ibdfam*, 14 dez. 2020. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/index.php/artigos/1610/O+conceito+de+fam%C3%ADlia:+origem+e+%20evolu%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BASTOS, P. F. *Território e redes de atenção à saúde no Recife: relação entre a atenção básica e os serviços de maior complexidade assistencial do SUS*. 2015. 270 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. *Humaniza SUS*. Política Nacional de Humanização PNH. Reimp. Brasília: DF, 2013.

CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. Hucitec: São Paulo, 2013.

DUNLOP, C.; HOWE, A.; LI, D.; ALLEN, L. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *British Journal of General Practice*, London, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen.20X101041>. Acesso em: 19 jun. 2021.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem, 2002. p. 11-24.

FREITAS, J. L. G.; SOUZA, M. H. N.; CAVALCANTE, D. F. B.; ORFAO, N. H.; MENDES, V. A.; ALVES, J. C. Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde da criança na perspectiva dos cuidadores. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 28, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/52548>. Acesso em: 1º jul. 2021.

GARUZI, M.; ACHITTI, M. C. O.; SATO, C. A.; ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Revista Panamericana de Salud Publica*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 144-9, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n2/144-149>. Acesso em: 10 jul. 2021.

MAIA, I. M. Q.; GOYA, N. Percepções da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. *SANARE*, Sobral, v. 15, n. 2, p. 68-77, 2016. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1040>. Acesso em: 10 jul. 2021.

RIBEIRO, M. S. *A questão da família na atualidade*. Florianópolis: JOESC, 1999.

ROUDINESCO, E. *Família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia Serviço de Saúde*, Brasília, v. 29, n. 2, e2020166, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 11 jul. 2021.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15 (suppl 1), p. 1685-98, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3X3NgmHJhZ7RynW6dKw8TNd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2021.

SILVA, M. C. L. S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1250-55, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reesp/a/wQyqZVK6Sjxb7SwsFYrkCws/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 jul. 2021.

SOUZA, H. S.; SAMPAIO, K. M.; PEREIRA, M. C. A.; NUNES, M. K. G. Os diferentes olhares sobre humanização da assistência na Atenção Básica à Saúde: uma revisão integrativa. *Revista de Educação Popular*, Uberlândia, v. 19, n. 1, p. 45-63, 2020. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/49828>. Acesso em: 2 jul. 2021.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1089-1100, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jpYs5DgmBRPpqV8dTRk6FqC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 jul. 2021.

CAPÍTULO 6

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

*Maria Beatriz Guimarães
Jaílma Santos Monteiro
Edigleide Maria Figueiroa Barretto
Leopoldina Augusta Souza Sequeira de Andrade
Fernanda Cristina de Lima Pinto Tavares
Márcia Maria Dantas Cabral de Melo
Etiene Oliveira da Silva Fittipaldi
Joaquim Sérgio de Lima Neto
José Gildo de Lima
Rosalí Maria Ferreira da Silva
Carla Meneses Hardman
Paulo Roberto Cavalcanti Carvalho*

Introdução

A educação em saúde na Atenção Primária constitui-se como um dos principais desafios para o fortalecimento, concretização e contribuição para o avanço do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da criação das Residências Multiprofissionais, apresentando, assim, o crescimento e o enfoque multiprofissional, fortalecendo o desenvolvimento do trabalho em equipe de maneira interdisciplinar, sendo, portanto, um processo que envolve a capacitação do usuário, cuidadores e profissionais de saúde, criando um espaço para o aprimoramento de novas práticas e conhecimentos (BRASIL, 2006; FALKENBERG, 2014).

Hoje, a educação em saúde é vista como um processo político-pedagógico que necessita incorporar no sujeito o pensar crítico, reflexivo e conhecedor de suas ações na saúde, permitindo ações transformadoras

que levem esse à sua autonomia e emancipação, como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar (MORIN, 2004).

Dessa forma, o modelo de educação em saúde torna-se fundamental para a atenção à saúde, pois engloba o desenvolvimento de seus princípios, não somente tratar, mas de atuar na prevenção dos agravos às doenças encontradas, sendo visto como um processo sistemático e permanente, que tem como objetivo principal a formação e o desenvolvimento do cidadão, criando soluções coletivas para melhorar os problemas vivenciados em sua vida real, no exercício do controle social (MERHY *et al.*, 2003).

A educação em saúde tem como finalidade a transformação do indivíduo, contribuindo como forma decisiva para a consolidação dos princípios do SUS, tendo o reconhecimento de que a saúde tem um caráter multidimensional e que o usuário seja um ser ativo da educação, buscando a autonomia de suas condições essenciais, para a promoção da sua saúde. Sendo assim, as estratégias que são abordadas pelos profissionais de saúde na educação em saúde tornam-se uma importante ferramenta para melhoria da atenção em saúde (STOTZ, 1993; MERHY *et al.*, 2003).

Existem várias concepções sobre educação em saúde, nas quais suas ações sempre serão desenvolvidas mediante situações formais de ensino-aprendizagem, sendo essas associadas aos espaços das práticas de saúde (STOTZ, 1993).

Dessa forma, as ações da educação em saúde, como um conjunto de práticas pedagógicas, sociais e de ensino-aprendizagem, são caracterizadas por:

1. Práticas sociais que contribuem para a formação de uma consciência crítica das pessoas quanto aos problemas de saúde;
2. Práticas relacionadas à saúde, tanto individuais como coletivas, para atuarem na sua realidade;
3. Práticas educativas, tendo o princípio de respeitar o individual e cultural.

A formação dos trabalhadores da saúde constitui um dos principais desafios para o fortalecimento e a concretização das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Com o intuito de contribuir para o avanço nessa formação, foram criadas as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF), com a proposta de um trabalho em equipe interdisciplinar com enfoque multiprofissional. Os residentes desenvolvem sua formação de modo reflexivo e em consonância com a integralidade na atenção à saúde, ao unirem teoria e prática. Além disso, ao atuarem nos serviços de saúde, contribuem com novas ideias, propostas e tecnologias que têm o potencial de transformar as práticas dos trabalhadores desses serviços. Tais ações contribuem para alimentar e fortalecer a denominada aprendizagem significativa, que constitui a base da Educação Permanente em Saúde (EPS) (BRASIL, 2006a; 2006b). “A EP tem como elementos essenciais a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, possibilitando a transformação das práticas profissionais” (BRASIL, 2014, p. 8). Nesse sentido, a formação interdisciplinar dos residentes tem o potencial de gerar novos olhares sobre as práticas cotidianas dos serviços e ressignificar o processo de trabalho em relação ao fazer e ao cuidar da saúde.

Domingos, Nunes e Carvalho (2015) empreenderam estudo com o objetivo de identificar a percepção do trabalhador de saúde sobre as potencialidades da inserção da RMSF nas Unidades de Saúde da Família (USF). Como resultado, encontraram que, antes da entrada dos residentes nas USF, havia uma excessiva divisão do trabalho, com fragmentação das tarefas, tomadas como dadas, sem qualquer problematização. Após a entrada dos residentes, os profissionais perceberam que havia uma integração entre as diferentes disciplinas, o que possibilitava pensar em ações em conjunto, aumentando a resolutividade dos problemas de saúde. Os trabalhadores chamaram atenção também para o fato de que as experiências diárias vividas pelos residentes nas USF fazem “com que o residente modifique o processo de trabalho enquanto é modificado” (p. 1228), importante característica da educação transformadora da realidade do sujeito e

não apenas simples transmissão de conhecimentos, bem de acordo com a perspectiva freiriana.

Educação em saúde para os núcleos profissionais

Núcleo de Farmácia

Os residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) são atores imprescindíveis para o desenvolvimento da prevenção e promoção da saúde dos indivíduos e comunidades na lógica da Estratégia Saúde da Família. Dessa forma, é preciso que sejam aprimorados os meios de fornecer a informação ao usuário. Isso envolve a formação de profissionais e a participação da equipe multiprofissional, a dedicação à orientação ao usuário e a atuação dos profissionais na atenção e assistência aos indivíduos, além da organização dos serviços para que essas informações possam ser devidamente repassadas, atingindo seu objetivo principal. Também, é preciso promover ações educativas que estimulem o conhecimento sobre os agravos e doenças como forma de estimular o autocuidado, a adesão ao esquema terapêutico e, por conseguinte, melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (GUEDES, 2017).

As ações dos farmacêuticos no PRMSF podem incluir: fitoterapia como terapia medicamentosa de primeira escolha; gerenciamento da Farmácia do Centro de Saúde da Família; dispensação de medicamentos; visitas domiciliares; Educação em Saúde; mobilizações sociais; e Educação Permanente (MELO *et al.*, 2009).

Nesses dez anos do PRMSF, o núcleo de Farmácia vem desenvolvendo e colaborando em projetos de pesquisa e de extensão, de forma multiprofissional e interdisciplinar, que se enquadram nas ações de Educação em Saúde. Destaca-se um estudo descritivo de corte transversal desenvolvido na Unidade de Saúde da Família (USF) Emocry Krause, Distrito

Sanitário IV, município do Recife, Pernambuco, que avaliou o papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na Atenção Primária (COSTA *et al.*, 2014). Nesse estudo, foram desenvolvidas atividades educativas, coordenadas pelo farmacêutico-residente, que contou com a participação de outros residentes e/ou profissionais da unidade (educador físico, enfermeira, fisioterapeuta, fonoaudióloga, médica, psicóloga e terapeuta ocupacional), e com participantes dos grupos de gestantes e de idosos já existentes na USF, que aceitaram participar do estudo e atenderam aos critérios de inclusão e de exclusão.

As atividades, com duração média de 60 minutos, ocorreram sem barreiras de comunicação, permitindo às gestantes e aos idosos expressarem-se livremente. Considerando o grau de escolaridade dos participantes, principalmente entre os idosos (com alto índice de analfabetismo), os residentes e profissionais adotaram uma conversação coloquial, com palavras mais usuais, do cotidiano, de fácil compreensão para os temas, e evitando, na medida do possível, os termos técnicos e científicos de uso corrente no meio acadêmico. As dúvidas foram sempre dirimidas e os esclarecimentos devidos foram fornecidos.

Para o grupo de gestantes, foram realizadas três atividades: exibição de um vídeo, seguido de uma discussão sobre as etapas de desenvolvimento e sobre a ação dos medicamentos e de outras drogas no feto; e uma roda de conversa sobre “Plantas Medicinais e Chás na Gravidez”. Utilizou-se de uma atividade lúdica, que despertou o interesse das participantes, visto que se fez uso de um dominó que continha, em um lado, uma figura de planta e, no outro lado, o nome popular da espécie vegetal. Paralelamente, os diálogos serviram para o esclarecimento de dúvidas e a troca de experiência sobre o uso de plantas medicinais no período gestacional das participantes.

Houve uma roda de conversa sobre o uso racional de medicamentos, em que o diálogo entre os participantes se desenvolveu no sentido do esclarecimento de dúvidas e das experiências das gestantes quanto ao uso de medicamentos. Ao final, foram disponibilizados panfletos educativos com as principais informações sobre o tema.

Em relação ao grupo de idosos, cinco atividades foram realizadas. Duas rodas de conversa: a primeira, abordou uma discussão ampliada sobre envelhecimento, com informações, sobretudo, sobre a melhoria da qualidade do sono, na qual os idosos foram informados sobre o uso, e suas consequências, dos fármacos benzodiazepínicos e/ou plantas indutoras do sono; a segunda, forneceu as principais informações sobre a hipertensão arterial e diabetes, por meio de “banners” autoexplicativos. Na terceira atividade, foi feita uma dramatização sobre o uso racional de medicamentos – uma encenação de uma peça teatral interpretada pelos residentes –, ao final, foi feita uma discussão sobre o tema. Como quarta atividade, foi ministrada uma palestra sobre as doenças reumáticas, na qual abordaram-se as principais patologias e as classes terapêuticas utilizadas no tratamento. Por fim, uma oficina tratou sobre a prevenção de quedas na terceira idade.

Recentemente, dentro de um projeto de extensão desse Programa de Residência em Saúde da Família, tutores, residentes e estudantes de graduação, ligados ao núcleo de Farmácia, elaboraram materiais educativos sobre a Covid-19. Participamos na confecção de cartilhas, palavras cruzadas e vídeos explicativos direcionados ao público acadêmico e em geral, com o intuito de transmitir as precauções que a população deveria ter em relação à Covid-19. Foram abordados temas sobre os principais fatores de risco para a Covid-19, vacinas e imunidade, entre outros, como forma de informar ao público-alvo sobre essa doença e os cuidados necessários (todo material se encontra disponível em meio digital, no Instagram: “@farmacovid19ufpe”).

Núcleo de Fisioterapia

Para o residente e profissional do núcleo de conhecimento da fisioterapia, aliar os conhecimentos construídos na graduação e articulá-los com os determinantes demográficos e econômico-sociais constitui-se um

verdadeiro processo político de transformação individual e coletiva na construção de recursos qualificados para o fortalecimento do SUS, uma vez que o fisioterapeuta atua nos três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário (BRASIL, 2014a).

As atribuições do residente fisioterapeuta, na Atenção Primária à Saúde (APS), devem articular ações específicas do núcleo do saber ao processo de trabalho nas equipes, bem como incorporar ações de responsabilidade compartilhada com todos os trabalhadores da saúde, englobando os princípios da Atenção Básica em Saúde (ABS) (BRASIL, 2014b; 2017).

Seguindo essa orientação, a atenção fisioterapêutica abrange ações de promoção, prevenção e reabilitação individual, assim como ações orientadas pelos atributos da Atenção Básica em Saúde, Educação Permanente, Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Controle Social. Há também destaque sobre o perfil dos profissionais para o trabalho em equipe, aliando a comunicação, a liderança, a resiliência, a ética, a postura crítica e reflexiva (OLIVEIRA; MEDEIROS, 2018).

Em 2015, um surto do Zika vírus foi relatado no nordeste do Brasil; e, em 2017, 15,2% das notificações se concentravam em Pernambuco. Um surto inesperado confronta o Estado à necessidade de ampliar e qualificar a Rede de Atenção à Saúde, considerando: 1) que esses casos estavam disseminados por todo o estado, 2) a existência de vínculo dos familiares com a Estratégia Saúde da Família, 3) a diretriz de atenção integral, 4) a perspectiva de que as equipes de saúde da família contam com o apoio de profissionais especializados para acompanhamento e matriciamento, e 5) a responsabilidade agregada de Instituições Federais de Ensino Superior em oferecer qualificação, pesquisa e formação continuada na perspectiva da educação permanente em saúde.

Nesse contexto, foi desenvolvida, a partir de 2016, como parceria da UFPE e Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, a experiência extensionista *Atenção à saúde da criança com síndrome congênita do Zika vírus: fortalecendo o cuidado na perspectiva do agente comunitário de saúde*, com abordagem direcionada aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); teve

como objetivo contribuir com a educação permanente em saúde dos profissionais envolvidos no cuidado e atenção à criança acometida pela Síndrome Congênita do Zika vírus (SCZ) e aos seus familiares, oferecendo aos ACS do estado de Pernambuco atualização e capacitação referente à temática em foco.

A partir de estudos dirigidos sobre os aspectos relacionados à SCZ, a equipe executora planejou analisar criticamente o processo de trabalho dos ACS que atuavam na assistência à criança com SCZ, oferecer oficinas de atualização e capacitação, e sensibilizar os ACS quanto aos benefícios do trabalho interdisciplinar com vista à integralidade e intersetorialidade.

As capacitações em formato de oficinas, realizadas no Departamento de Fisioterapia, foram ministradas por docentes da UFPE e profissionais da Rede de Atenção à Saúde de Pernambuco, das áreas de Saúde Coletiva, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, e tiveram como conteúdo o manejo clínico e a importância do trabalho em equipe para a identificação e atenção dessas crianças e suas famílias, problematizando a rede de cuidados na perspectiva da construção dos itinerários terapêuticos de cada município participante. Foram divididas em dois módulos com duração de cinco horas cada, tendo como público-alvo 30 ACS em cada oficina, sendo eles provenientes de Recife, Jaboatão dos Guararapes, Vitória de Santo Antão, Caruaru e municípios circunvizinhos.

A avaliação dessas ações foi realizada em dois processos, um com o público-alvo e outro com a equipe executora. O público-alvo participou de uma avaliação qualitativa por meio de críticas e sugestões, ao final de cada capacitação. A avaliação da equipe foi feita por meio de reuniões periódicas de autoavaliação e programação de ações futuras.

A equipe executora realizou cinco reuniões e quatro capacitações, atingindo um público-alvo de 130 ACS. Quanto à elaboração e execução das oficinas, participaram docentes, residentes, profissionais da rede de atenção à saúde de Pernambuco e discentes. Vale ressaltar a integração dos estudantes da graduação com os profissionais envolvidos no projeto e na

ação, capacitando-os no processo de organização, operacionalização e avaliação continuada.

As avaliações dos ACS foram bastante positivas quanto à oportunidade de realizar a capacitação, à iniciativa da proposta, à qualidade do conteúdo e ao cuidado integral e ampliado. Grande parcela desses profissionais, no transcorrer das oficinas, referiu não ter sido qualificada para a temática, assim como afirmou que o tempo de realização dessas apresentou-se insuficiente diante da quantidade de assuntos a serem desenvolvidos nas ações. Os profissionais da Atenção Básica ainda identificaram a necessidade de ampliar as ações, o tempo e incluir outros profissionais de saúde.

A educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde é uma forma da Universidade contribuir para a melhoria da assistência, colocando a *expertise* e o conhecimento acumulado a serviço da sociedade. Essa ação permite aos docentes e discentes uma maior aproximação com a realidade dos serviços de saúde, por meio dos relatos dos trabalhadores, favorecendo a troca de experiências e a construção de um conhecimento e de uma prática que sejam viáveis para a realidade dos serviços. Assim como vem qualificando uma grande parcela dos profissionais, que recebem poucas informações sobre essa temática.

Núcleos de Nutrição e Odontologia

Em consonância com os princípios do SUS, a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) passa a ser uma estratégia necessária à formação de práticas alimentares saudáveis. Nesse sentido, a EAN é reconhecida como um campo de conhecimento e prática essencialmente intersetorial, transdisciplinar e multiprofissional, que objetiva a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2012).

Essa forma mais ampla de conceituar a EAN está contextualizada no Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e na Segurança

Alimentar e Nutricional (SAN), para o desenvolvimento social (BURITY *et al.*, 2010). No contexto do SUS, a EAN fomenta o campo das práticas emancipatórias almeçadas pela Educação Popular em Saúde, fundamentada na visão freiriana e nas estratégias metodológicas de problematização da realidade social para uma transformação efetiva (BRASIL, 2007).

Nessa perspectiva, a EAN é pautada numa educação em saúde sob a ótica da participação social, norteada por práticas educativas dialógicas, emancipatórias, criativas, que contribuam para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição, enquanto sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença, diante da possibilidade de reinventar seus modos de cuidados mais humanizados, compartilhados e integrais (FALCÃO, 2006; BRASIL, 2007; 2012).

Pereira *et al.* (2020) relataram o resultado do desenvolvimento e da utilização de uma ferramenta lúdica e educativa, denominada “*Flor da escolha alimentar*”, elaborada por residentes em Saúde da Família, tutores e preceptores, profissionais servidores da Atenção Primária à Saúde e usuários do SUS. A ferramenta consta de um desenho de uma flor com seis pétalas para preenchimento individual, com a finalidade de autoconhecimento e para gerar os seguintes temas disparadores em conversações: acesso físico aos alimentos; interferências da indústria na escolha alimentar; influência dos padrões de beleza; impacto do tempo para se alimentar; respeito às preferências alimentares; e impacto da renda na escolha alimentar.

O trabalho aponta a importância da EAN pautada nos preceitos da promoção da alimentação adequada e saudável, nos Determinantes Sociais de Saúde e traz uma reflexão acerca do modo tradicional da EAN, que se utiliza de posturas prescritivas e normativas, com aspectos predominantemente biologicistas e hospitalocêntricos. O uso desse instrumento lúdico foi eficiente em estimular a reflexão crítica da realidade alimentar, em sensibilizar os atores à tomada de consciência para escolhas alimentares mais saudáveis e promover autoconhecimento.

A experiência extensionista: É brincando que a gente aprende a ser saudável foi vivenciada pela equipe de professores, de Odontologia e Nutrição,

da UFPE, estudantes de graduação de Nutrição, de Odontologia e residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, como parte integrante do projeto *Promoção de saúde bucal do adolescente: uma abordagem integrada na ABS do Recife*. O trabalho foi desenvolvido conjuntamente com a comunidade de uma escola pública municipal e dentistas do Distrito Sanitário IV de Recife.

O projeto foi concebido a partir do reconhecimento da necessidade de se desenvolver um trabalho pautado nos princípios da Promoção da Saúde e da Educação Popular em Saúde (EPS), contemplando a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), o Direito Humano à Alimentação Adequada e a Saúde Bucal. Nessa perspectiva, objetivou-se o desenvolvimento de estratégias pedagógicas de EPS, com escolares, utilizando-se de metodologias educativas ativas e participativas, por meio da ludicidade e da criatividade, possibilitando identificar, com os participantes, os principais problemas referentes à alimentação, nutrição e saúde bucal; desenvolver atividades para a resolução dos problemas apontados; estimular a formação para a cidadania; avaliar práticas e conhecimentos sobre alimentação saudável e saúde bucal; registrar e divulgar as atividades realizadas a fim de sistematizar e democratizar os saberes apreendidos e produzidos; elaborar materiais lúdicos e educativos. As ações foram realizadas de forma contínua, semanalmente, por duas horas, entre fevereiro e junho de 2017, com um grupo de adolescentes e professores da Escola Municipal Engenho do Meio. Inicialmente, realizou-se diagnóstico participativo, por meio de rodas de conversas e oficinas temáticas, que possibilitou aos participantes momentos de reflexão e autonomia, uma vez que eles se sentiram estimulados a identificar e manifestar problemas percebidos por eles, referentes à alimentação saudável e à saúde bucal, na escola, na família e na comunidade. Além disso, referiram o que desejavam sobre as temáticas a serem trabalhadas.

A análise reflexiva sobre o diagnóstico constituiu-se em um norteador das ações propostas, apontando as potencialidades do grupo, seus aspectos positivos e suas limitações. Decididas as ações, construiu-se uma

agenda de atividades, planejadas semanalmente, de acordo com as demandas e necessidades apontadas. Nessa perspectiva, dinâmicas e brincadeiras foram trazidas com a finalidade de sensibilizar e criar um ambiente de confiança, alegria e amorosidade entre os participantes. As temáticas trabalhadas foram: alimentação saudável; SAN e cidadania (aspectos da alimentação e da nutrição pautados nos direitos e deveres dos cidadãos); agroecologia, ecologia integral; aproveitamento integral dos alimentos; e saúde bucal (saúde, prevenção na escola e construção do autocuidado).

Com as ações desenvolvidas foi possível perceber que, na perspectiva pedagógica, o aprendizado foi eficaz. Os conhecimentos adquiridos se fizeram presentes nas falas exteriorizadas pelas crianças durante as rodas de conversas e nas oficinas temáticas. Foram construídos laços afetivos, trocas de saberes e novos significados do encontro entre o ensino-serviço e escola foram relatados pelos alunos, professores e os dentistas participantes. A avaliação do processo vivido apontou novas possibilidades multiplicadoras, como estratégias educativas voltadas aos demais escolares e criação de espaços de encontro e diálogo comunitário, protagonizados pelos atores envolvidos nessa experiência de integração ensino serviço e comunidade.

A partir desses resultados, pode-se constatar que as ações realizadas foram eficientes em incentivar, motivar e sensibilizar os participantes para a importância dos cuidados à saúde. Essa constatação fortalece a concepção da importância da EPS como estratégia de empoderamento dos participantes para que esses desenvolvam uma melhor capacidade de lidar com os desafios dos determinantes sociais que influenciam o cotidiano da comunidade em que vivem.

Em 2020, em virtude da pandemia de Covid-19, a coordenação da RMSF estruturou o projeto de extensão *Enfrentamento ao Covid-19: produzir Saúde e defender a vida*, que teve como objetivo potencializar ações promocionais, preventivas e assistenciais com reforço ao acompanhamento longitudinal familiar e comunitário e ao apoio psicossocial da população coberta pela Estratégia Saúde da Família em territórios dos Distrito

Sanitário IV e V da Atenção Básica do Recife, entre maio e setembro de 2020. A metodologia teve como orientação teórico-metodológica a pesquisa-ação, e os eixos de intervenção adotados foram: comunicação e educação em saúde; cuidado em saúde; apoio à organização comunitária e acesso a direitos; acolhimento à população usuária e às equipes/cuidado ao cuidador. A população-alvo foi aquela coberta pelas USF de atuação dos residentes. A equipe executora foi composta por docentes, residentes, estudantes de graduação e preceptores. Foram elaborados mais de 60 materiais educativos com abordagem de diversos temas, e sua divulgação nas redes sociais das comunidades da população-alvo, além de serem utilizados em atividades de grupos instrumentalizando a estratégia de educação em saúde. Houve ainda a confecção voluntária de 2.000 máscaras como barreira de proteção ao SARS-CoV-2 e distribuídas à população atendida nas Unidades de Saúde. O núcleo de nutrição participou ativamente em todas as etapas dessa experiência extensionista.

A residente de Nutrição, de maneira pioneira, integrou o Programa de Acolhimento instituído pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – *Acolhe SES*, inovando o atendimento nutricional, de maneira remota, a funcionários e familiares da SES acometidos pela Covid-19, sendo responsável pela criação de protocolos voltados ao teleatendimento nutricional, com resultados bastante positivos.

Considerações finais

Cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos em saúde por meio de novas modalidades e estratégias de formação, e as Residências Multiprofissionais em Saúde, enquanto espaço privilegiado para a aplicação dos princípios da Educação Permanente em Saúde no Brasil, constituem-se em iniciativas que, embora mantenham preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, oferecem uma área comum, que

contempla a promoção da saúde, a integralidade da atenção à saúde e o acolhimento de pessoas.

No exercício profissional, além do domínio do que lhe compete enquanto atividade privativa, o indivíduo necessita somar outros saberes coletivos com vistas a poder responder de maneira efetiva e eficaz aos fatores que envolvem a perspectiva de vida com qualidade, em um território em que há outros saberes e necessidades distintas.

A educação e a saúde são práticas sociais inseparáveis no processo de trabalho do profissional da saúde e ambas buscam caminhos para construir um sujeito em estado permanente de aprendizagem, desenvolvimento de suas potencialidades e melhoria da qualidade de vida.

É importante reconhecer que a prática interdisciplinar no planejamento e na execução de ações para o enfrentamento dos diversos problemas que acometem uma população adscrita a determinado território requer a competência de lidar com conflitos e desafios de maneira crítica e criativa, com vistas ao desenvolvimento de habilidades voltadas ao trabalho em equipe e ao respeito às diferenças culturais que existem naquela localidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Saúde na Escola*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas*. Brasília: MDS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Conteúdo: v.I – Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf. Acesso em: 28 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica n.º 3/2020-DESF/SAPS/MS. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Brasília, DF, 2020. <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. 28 nov. 2021.

BURITY, V.; FRANCESCHINI, T.; VALENTE, F.; RECINE, E.; LEÃO, M.; CARVALHO, F. M. *Direito humano à alimentação adequada no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional*. Brasília: Abrandh, 2010.

COSTA, E. M.; RABELO, A. R. M.; LIMA, J. G. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 35, n. 1, p. 81-8, 2014.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 19, n. 55, p. 1221-32, 2015.

FALCÃO, E. F. *Vivências em comunidades: outra forma de ensino*. João Pessoa: UFPB, 2006.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciências & Saúde Coletiva*, 19, n. 03, 2014.

GUEDES, C. A. C. *A compreensão da terapia medicamentosa pelos idosos na situação de polifarmácia em uma comunidade do Recife – PE*. 2017. 21 p. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

MELO, O. F.; ALMAGRO, M. B.; ALVES, P. N. N.; FALCÃO, A. M. V.; BALREIRA, K. S.; SANTOS, M. L. R. Conhecimentos e Práticas do Farmacêutico na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, SOBRAL - CE. *SANARE*, Sobral, v. 8, n. 2, p. 16-25, 2009.

MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (org). *O Trabalho em saúde: olhando a experiência do SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 2003.

MORIN, E. O diálogo supõe a igualdade. *In: CASTRO, G.; DRAVET, F. (org.). Sob o céu da cultura*. Brasília: Thesaurus/Casa das musas, 2004.

OLIVEIRA, A. M. O.; MEDEIROS, N. T. Fisioterapia na residência multiprofissional em saúde da família: relato de experiência. *SANARE, Sobral*, v. 17, n. 02, p. 91-9, jul./dez. 2018.

PEREIRA, A. S.; NEVES, J.; DIEHL, E. E.; SOAR, C. Desenvolvimento de ferramenta de Educação Alimentar e Nutricional: uma construção interdisciplinar e interprofissional. *Revista de Educação Popular, Uberlândia*, p. 176-91, 2020.

SANTOS, M. J. (org.). *Educação Nutricional e Ecologia por uma Cultura de Paz*. Recife: Editora Universitária, 2012.

SCHULER-FACCINI, L.; RIBEIRO, E. M.; FEITOSA, I. M. *et al.* Possible Association Between Zika Virus Infection and Microcephaly - Brazil, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, v. 65, n. 3, p. 59-62, 2016.

STOTZ, E. N. Enfoques em educação e saúde. *In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. Participação popular, Educação e Saúde: Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

CAPÍTULO 7

PANDEMIA DE COVID-19 E DESIGUALDADE SISTÊMICA NÓS CRÍTICOS E ENFRENTAMENTO

*Delaine Cavalcanti Santana de Melo
Márcia Maria Dantas Cabral de Melo*

Introdução

O presente ensaio discute as condições de saúde como imbricadas às condições de vida e trabalho, apontando que determinações sociais precisam ser apreendidas nos processos de adoecimento da população, inclusive no contexto da pandemia de Covid-19.

Toda a reflexão reconhece que o cenário de pauperização, adensado no contexto pandêmico, encontra causalidade na ordem social capitalista e em seu permanente antagonismo entre classes e oposição centro/periferia como dinâmica predatória, a qual imprime a desigualdade sistêmica que se expressa, entre outras formas, nas iniquidades e condições de saúde, conforme aprofundaremos ao longo do texto.

Busca-se articular elementos de análise conjuntural brasileira, na particularidade do avanço do conservadorismo e de suas inflexões na gestão da

crise sanitária no território nacional, ao lado de conceitos teóricos que favorecem a compreensão crítica da organização macrossocietária e seus rebatimentos sobre a classe trabalhadora, a exemplo das pessoas residentes em comunidades atendidas por equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), que materializam a presença do Sistema Único de Saúde (SUS) nos territórios.

Finalizamos este escrito abordando projetos implementados no campo da saúde, como contributo coletivo ao enfrentamento do quadro pandêmico que nos interpelou e mobilizou-nos à indução de ações implicadas de saúde com a população do Recife, ainda que tendo clareza dos limites de seu alcance e de seu caráter mitigador diante da dura realidade vivida pela classe trabalhadora no país.

Marginalidade, desigualdades, saúde

Parte-se do pressuposto de que a ocupação do espaço geográfico expressa desigualdades históricas, sociais e econômicas. Conceitualmente, muitas teorizações sobre a diferenciação da geopolítica global foram utilizadas à guisa de classificar países desenvolvidos, subdesenvolvidos e em desenvolvimento; países centrais e periféricos; blocos de países ricos e países emergentes. Nessas argumentações, faz-se presente a possibilidade de evolucionismo do subdesenvolvimento ao desenvolvimento, engendrado a partir da trilha dos países desenvolvidos e implementação de agenda orientada por organismos econômicos internacionais.

Há teóricos(as), entretanto, que, ao fazerem crítica ao modo de produção capitalista e à sociabilidade burguesa, sustentam que a apartação é base da exploração e apropriação da riqueza socialmente produzida. Três importantes autores latino-americanos, apoiados na vertente histórico-estrutural, o argentino José Nun (2006), o peruano Aníbal Quijano (2000) e o brasileiro Lúcio Kowarick (1975), abordam a categoria marginalidade como explicativa da acumulação do capital pela exploração do trabalho favorecida pela existência de superpopulação – mão de obra farta, sobranete.

Nun (2006) identifica diferenças nos estágios do capitalismo, mas adverte que as leis não mudam; quando as taxas de lucros caem, a exploração do trabalho se intensifica e a redução de postos de trabalho dá o tom da marginalidade, conforme a superpopulação e as flutuações de sua absorção. Atribui o conceito de “massa marginal” à população não funcional, não absorvível pelo mercado de trabalho.

Corroborando Quijano, ao afirmar que *“la cuestión de la “marginalización” se refiere a un mecanismo de las relaciones entre capital e trabajo, no algo que ocurra fuera del capital, de la sociedad o del poder en general”* (2000, p. 12). Entende-se que a relação de trabalho determina as condições de vida; a superpopulação, como concretude, materializa-se na pauperização dos(as) trabalhadores(as).

Para Kowarick (1975), na lógica capitalista do processo de acumulação, a contradição é inerente: de um lado, acumula-se capital; de outro, acumula-se população excedente. Tal contradição deflagra processos que tornam muito evidentes a marginalidade urbana na América Latina.

Há diferenças de formação sócio-histórica, de contexto e de organização e luta dos(as) trabalhadores(as) dos países de economia periférica, porém há fatores comuns. Trotsky apontou um desenvolvimento desigual e combinado: “Ligando todos os países entre si pelo seu modo de produção e seu comércio, o capitalismo fez do mundo inteiro um só organismo econômico e político” (1905 *apud* LÖWY, 1995, p. 74).

A teoria do desenvolvimento desigual e combinado de Trotsky – que não se refere ao texto de Marx – é uma tentativa de explicar essas “modificações” e, por consequência, de dar conta da lógica das contradições econômicas e sociais dos países do capitalismo periférico ou dominados pelo imperialismo (LÖWY, 1995, p. 73).

A análise pretendida é de que o propósito de exploração-apropriação, *modus operandi* do capital e sua sustentação, incide sobre a vida de populações de todos os cantos do mundo. As marcas das desigualdades aparecem no uso do espaço das cidades, bem como na intolerância com os corpos pobres que o ocupam; há insuficiente acesso a bens e serviços sociais;

presença do Estado penal e retração do Estado social. A vida transforma-se em sobrevivência diária, na qual se sobressaem níveis extremos de desemprego, subemprego, precarização e informalização do trabalho.

Da mesma forma que as desigualdades sociais caracterizam a organização societária na ordem burguesa, as desigualdades de acesso à saúde afligem imensa maioria da população mundial. No Brasil, uma enorme parcela da população vive com privações e condições de existência indignas expressas, por exemplo, em moradias precárias, insegurança alimentar e nutricional, elementos que influem nos índices de morbidade e mortalidade, ampliando-se se forem considerados os marcadores de raça, sexo-gênero e geração.

As condições de vida englobam as condições e as iniquidades em saúde e, nos limites da ordem burguesa, revelam a apropriação da riqueza produzida pelo trabalho e o pauperismo massivo de amplos setores da classe trabalhadora. Reconhece-se que as determinações sociais da Saúde¹ podem dar importantes pistas interpretativas a doenças que acometem, com alta letalidade, segmentos mais empobrecidos.

Em relação à pandemia de Covid-19², existem nexos entre letalidade e pauperismo, e isso dita desafios aos campos de conhecimento e profissões,

1 Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). Carta aberta aos candidatos à Presidência da República. *Fiocruz*, 2006. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em: 18 ago. 2021).

2 Em dezembro de 2019, a cidade de Wuhan, na China, vivenciou um surto de pneumonia de causa desconhecida. Em janeiro de 2020, pesquisadores chineses identificaram um novo coronavírus (SARS-CoV-2) como agente etiológico de uma síndrome respiratória aguda grave, denominada doença do coronavírus 2019, ou simplesmente Covid-19 (HEYMANN, D. L.; SHINDO, N. WHO Scientific and Technical Advisory Group for Infectious Hazards. COVID-19: what is next for public health? *Lancet*, v. 395, n. 10224, p. 542-5, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30374-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30374-3). Acesso em: 27 abr. 2020). No Brasil, os primeiros casos foram confirmados no mês de fevereiro, e diversas ações foram implementadas a fim de conter e de mitigar o avanço da doença. Em 3 de fevereiro de 2020, o país declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), antes mesmo da confirmação do primeiro caso (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional em decorrência da Infecção Humana pelo novo

à gestão pública, aos movimentos sociais. O fato de a maioria dos mortos serem pobres não nos permite tomar distância da imbricação entre os processos de adoecimento e as condições materiais de existência³.

A fase atual do modo de produção capitalista é marcada pela financeirização da economia e pela flexibilização do trabalho; na insaciabilidade por lucros e na desvalorização da vida que o caracterizam, impõe a agenda neoliberal/ultraneoliberal a Estados-Nação, com a exigência de um estado mínimo, restrito a atendimento de necessidades humanas. A implementação de tal agenda contrarreformista, conforme Demier e Duriguetto (2019), subjaz a perspectiva economicista que nega direitos sociais. Nesse cenário, encontra-se o Brasil do tempo presente, em que se materializa o contínuo desfinanciamento das políticas sociais e a desresponsabilização do Estado de sua função de proteção social. Dispensável dizer que a efetivação dos direitos se torna remota, e, no que se refere à Política de Saúde, imprime impactos profundos na vida da população brasileira, especialmente nos seus segmentos mais empobrecidos.

Historicamente, o financiamento do SUS e a efetivação do direito universal à Saúde no Brasil vêm sofrendo ataques frontais, sendo que o orçamento proposto na Constituição Federal de 1988, baseado no montante das arrecadações sociais, nunca foi efetivado. A conjuntura, desde a gênese, foi adversa; mesmo assim, foram lançadas bases fundamentais, bem como concebidas e aplicadas alterações conceituais e operacionais envolvendo formação e educação continuada de recursos humanos, garantia de quadros profissionais permanentes, organização da atenção em níveis de assistência e construção de redes de serviços. Cabe ressaltar que a desidratação e o desmonte paulatinamente impostos ao SUS, conforme visto anteriormente, desdobram-se em efeitos nefastos e óbices concretos ao acesso à saúde e proteção social pela população brasileira.

Coronavírus (2019-nCoV). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt188-20-ms.htm. Acesso em: 27 abr. 2020).

3 Ver estudo: *Distribuição desigual dos casos, óbitos e letalidade por SRAG decorrentes da COVID-19 na Cidade do Recife em 01/06/2020*. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/39626/0/notaCOVID.pdf/f91dab20-1ee5-4af9-87f8-b48028b05535>

A situação de emergência sanitária causada pela pandemia de Covid-19 e o imperativo “fique em casa”, para conter a disseminação do vírus SARS-CoV-2, pautou a urgência da discussão sobre condições de habitabilidade e condições de trabalho da população mais empobrecida. A casa, espaço privado, pode ser espaço de privação de direitos fundamentais para expressiva parcela da população, aquela que, sem trabalho regulamentado e sem renda, realiza atividades precárias e até insalubres, demandando frequente suporte nas redes de serviços públicos, incluindo o cuidado em Saúde e sua provisão na Atenção Básica, tema que abordaremos a seguir. Nesse contexto, o SUS ganhou visibilidade midiática e gestonária como articulador e ordenador insofismável, mas permanece tensionado na capacidade reduzida e inflexionada pelo trato histórico dispensado ao Sistema.

Atenção Primária à Saúde e pandemia de Covid-19: nós críticos

O termo Atenção Primária à Saúde é dotado de historicidade e distintas concepções sobre o seu significado foram formuladas ao longo do tempo, em consonância com os interesses políticos, econômicos e ideológicos que disputam a direcionalidade do desenvolvimento de sistemas nacionais de saúde.

Em um contexto sócio-histórico de expansão internacional das políticas neoliberais e de mudanças no perfil epidemiológico das populações, de predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, foi que a Declaração de Alma-Ata tornou-se referência para as reformas dos sistemas de saúde, ocorridas nas décadas de 1980 e 1990, em diversos países, especialmente as bases de maximização de recursos, efetividade e eficiência, coordenação do cuidado e articulação entre os níveis de atenção, na busca de consolidar a definição mais abrangente da APS com vistas à sua institucionalização em escala global.

Com a criação do SUS, tornou-se imperativa a reformulação do modelo biomédico de atenção à saúde, pauta do Projeto de Reforma Sanitária, ao

lado da substituição das práticas de APS restritas e focalizadas, presentes no país em épocas anteriores. O marco de uma nova proposta nacional de APS começou a ser gestado no início do processo de descentralização das funções gestoras do SUS, quando se desenvolveram diversas experiências municipais de APS precursoras das ações e programas nacionais instituídos ao longo da trajetória de consolidação da atenção básica brasileira. Entre eles, destacam-se, na década de 1990, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família.

Vale destacar que as políticas de APS formuladas para o SUS têm sido marcadas por conflitos e contradições quanto à consolidação da política de Saúde universal e equânime, devido aos interesses divergentes entre a esfera pública e a privada, tanto no âmbito da prestação de serviços como no do seu financiamento, que, entre outras questões, dificultam a promoção de maiores ganhos em saúde e na qualidade de vida da população brasileira. Ademais, num contexto interno e internacional em que se materializam iniciativas de focalização das políticas sociais, entre essas, a de Saúde, preconizadas pelo Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, que ameaçam a consolidação e manutenção dos sistemas de saúde universalizantes, no Brasil, avançou-se na direção de reorganizar a APS e expandir a rede de atenção para todo o território nacional e consolidar a Estratégia Saúde da Família (ESF), que adquire o status de Política em 2006, quando foi oficializada a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

O contexto brasileiro, a partir de 2003, oportunizou a indução de políticas redistributivas com o avanço das forças aglutinadas no movimento da Reforma Sanitária, a fim de assegurar o direito à saúde e à integralidade das ações, a partir da APS, com o propósito de enfrentar o modelo médico hegemônico e consolidar um modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da população e no território comunitário, na perspectiva de enfrentamento das iniquidades sociais e garantia do direito do acesso à saúde, principalmente das classes subalternas. As versões de 2006 e de 2011 da PNAB tiveram papel fundamental na implantação dos princípios e diretrizes do SUS; demarcaram inflexões importantes no modelo de atenção e

na gestão do trabalho em saúde. No período de 2006 até 2017, observou-se maior alocação de recursos financeiros para estruturar a rede básica de saúde com capilaridade nacional (PAIM, 2013).

A APS brasileira experimentou crescimento contínuo com avanços importantes na expansão da cobertura e qualificação da sua rede de atenção, e diferentes resultados foram observados na melhoria do acesso da população às ações e serviços de saúde, nos indicadores de saúde, na qualidade do cuidado, na avaliação dos atributos da APS, entre outros; contudo, a baixa resolutividade e a insuficiência de recursos financeiros constituíram-se em gargalos não resolvidos nesse período.

Contudo, em 2017, sob juízo crítico das organizações e atores sociais vinculados à defesa do SUS democrático e público, uma terceira PNAB foi publicada, propondo a relativização da cobertura universal e da prioridade da ESF, que vinha direcionando o modelo de atenção, além da segmentação do acesso e de novas configurações para o processo e a gestão do trabalho.

Em 2019, a partir da Emenda Constitucional (EC) 95, foram promovidas mudanças no modelo de financiamento da APS com clara intenção de frear sua expansão e aprofundar suas seletividade e focalização. O Programa “Brasil Previne”, instituído por meio da Portaria 2.979, de novembro de 2019, propõe introduzir o sistema de capitação e avaliação de desempenho como condição para cálculo de transferências de recursos intergovernamentais. Diferentes projeções e estudos, realizados a partir de 2017, apontam a redução no acesso aos serviços da APS e na cobertura de ESF, com piora nos indicadores de mortalidade infantil e adulta, concentrados com maior força nas localidades do país mais dependentes de repasses do governo federal (MASSUDA, 2020). É nítido, portanto, o dever proposto por essa Política de APS, como sendo a subtração de direitos, a mercantilização da vida e a desconstrução do SUS público e universal.

O significado dessas recentes mudanças expressou a correlação de forças em favor dos grupos com interesses privatizantes e de controle da direcionalidade seletiva do SUS. Tais retrocessos em relação à consolidação

de uma APS brasileira integral ocorreram numa conjuntura adversa, adensada para a classe trabalhadora e usuária do SUS, caracterizada pelo recrudescimento da ideologia neoliberal, instauração de processos decisórios antidemocráticos e de retração do Estado como sustentáculo das políticas públicas.

No cenário de crise sanitária e de guinada ideológica para a extrema direita, forças políticas alinhadas ao governo Bolsonaro apostam na desconstrução das conquistas democráticas e nos projetos de contrarreforma do SUS. Em 2020, a pandemia de Covid-19 se instala no Brasil, exigindo medidas amplas de saúde pública e de proteção social, que priorizem a vida e o controle efetivo da doença; o que só se pode alcançar plenamente com direção social inclusiva e participativa e, especialmente, onde existem sistemas de saúde universais com forte orientação da APS e, portanto, mais capacitados para responder a emergências sanitárias (BOUSQUAT *et al.*, 2021).

A estratégia de prevenção adotada, por orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das autoridades sanitárias brasileiras, foi o distanciamento social. Outras medidas gestionárias foram sendo paulatinamente adotadas, sendo que os investimentos afluíram o nível terciário da Atenção em Saúde. Houve clara decisão pelo direcionamento de recursos para a compra de equipamentos, ainda que essenciais e indispensáveis, contratação de mão de obra especializada, aquisição de equipamentos, entre esses, os de proteção individual, medicamentos e outros insumos; aumento na disponibilização de leitos de Unidade de Terapia Intensiva; e montagem de hospitais de campanha.

Essa opção, reativa e hospitalocêntrica, foi criticada por especialistas, por segmentos do controle social do SUS e pelas entidades de saúde coletiva/pública, ressaltando-se a falta de elaboração de plano nacional de enfrentamento à pandemia, no qual fosse explicitada a articulação de toda a Rede de Atenção à Saúde, com visão sistêmica. Não houve investimento ágil para a assunção do papel central da rede da APS no planejamento e na resposta à epidemia, apesar de os estudos nacionais apontarem que

cerca de 80% dos casos de Covid-19 são leves e que percentual significativo dos casos moderados tem buscado a rede básica como primeiro acesso (MEDINA *et al.*, 2020).

A APS, com suas “tecnologias leves”⁴ baseadas no cuidado de proximidade, em nossa compreensão, nível essencial de assistência e potente em seus dispositivos de acompanhamento arraigados no chão dos territórios, apareceu como tímida coadjuvante, sendo que educação, prevenção e promoção em saúde e acompanhamento de casos suspeitos ou leves poderiam representar barreira à disseminação do vírus e ao agravamento de quadros clínicos.

A APS é competente para ativar ações de vigilância à saúde e outras voltadas à educação em saúde, centradas em medidas de proteção, identificação e isolamento de casos, rastreamento dos comunicantes com adoção da quarentena, notificação, acompanhamento em cuidado domiciliar, monitoramento clínico e referenciamento dos casos mais graves que demandam ações de outros níveis de atenção. Isso posto, não cabem dissensos sobre a essencialidade da resposta sistêmica com centralidade na APS, a ser adotada para controle da pandemia, haja vista ser considerada fundamental no controle da transmissão comunitária do vírus, tendo como horizonte a defesa da vida e a garantia do acesso a direitos.

Nesse âmbito, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família assumem o propósito de implementar formação diferenciada de quadros para o SUS e para atendimento das necessidades de Saúde das populações dos territórios cobertos pela rede de APS do país. Destaca-se o papel da APS no enfrentamento da pandemia e a importância da atuação interprofissional e colaborativa entre os profissionais e os(as) residentes,

4 Merhy (2002), classifica as tecnologias do trabalho em saúde em leves, que são as tecnologias relacionais envolvidas produção do cuidado em saúde de forma integralizada (produção de vínculo e das relações, autonomização, processos de acolhimento, gestão de processos de trabalho); tecnologias leve-duras, que incluem os saberes bem estruturados (clínica médica, clínica odontológica, a epidemiologia, entre outras); tecnologias duras de densidade elevada são representadas pelos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas e aparelhos permanentes e suas normas, bem como estruturas organizacionais.

sendo que o Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (PRMSF-CCS/UFPE) foi desafiado a oferecer respostas coerentes com os compromissos ético-políticos assumidos que orientam essa formação.

Enfrentamento da pandemia de Covid-19 e produção de Saúde

No âmbito do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

No momento inicial da pandemia, observou-se considerável retração das atividades assistenciais da atenção básica, âmbito de atuação dos(as) residentes do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (PRMSF-CCS/UFPE). Nesse contexto, o coletivo gestor do Programa passou a problematizar e pensar estratégias para cumprir os propósitos pedagógico-formativo e assistencial imbricados na Residência.

Essas reflexões sempre partiram do suposto de que o cenário de pauperização, adensado no contexto pandêmico, encontra causalidade na ordem social capitalista e em seu permanente antagonismo entre classes e oposição centro/periferia como dinâmica predatória, a qual imprime a desigualdade sistêmica que se expressa, entre outras formas, nas iniquidades e condições de saúde e de que sua superação só é possível fora dos ditames do capital.

Todo o debate indicava que, embora o cenário de prática da APS tenha se complexificado, caberia ressaltar a potência daquele *locus* em que se encontravam inseridos(as) os(as) residentes habilitados(as) a produzir e divulgar informação especializada à população, com o trabalho das equipes como parte de seu compromisso ético e político. Em nosso entendimento, no momento de surto pandêmico, seria ainda mais premente a

necessidade de ações de prevenção, comunicação, orientação, especificidades da Estratégia Saúde da Família, com apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), além da necessidade de maior atenção à saúde da população, mais precarizada pela redução ou perda total de renda dos(das) trabalhadores(as) que residem em comunidades diretamente assistidas pela APS.

Refletia-se que o cenário de pauperização, adensado no contexto pandêmico, encontra causalidade na ordem social capitalista e em seu permanente antagonismo entre classes e oposição centro/periferia como dinâmica predatória, a qual imprime a desigualdade sistêmica que se expressa, entre outras formas, nas iniquidades e condições de saúde. Ao mesmo tempo, fazia-se premente a necessidade de ações qualificadas de saúde no enfrentamento à pandemia, reiterando o compromisso do PRMSF-CCS/UFPE em fortalecer as unidades de Saúde nas quais os(as) residentes encontravam-se inseridos(as), bem como em contribuir na mitigação dos efeitos da crise sanitária nos territórios de prática, daí a decisão pela proposição de uma ação extensionista.

O Projeto de Extensão *Enfrentamento à Covid-19: produzir saúde e defender a vida* tem como objetivo geral potencializar ações promocionais, preventivas e assistenciais com reforço ao acompanhamento longitudinal familiar e comunitário da população coberta pela Estratégia Saúde da Família das Unidades referenciadas. Como objetivos específicos, elencamos: apoiar a organização coletiva e comunitária a partir da educação popular em saúde e dos direitos humanos; socializar informações de cuidado e prevenção à Covid-19 com uso de recursos tecnológicos para a educação em saúde; favorecer a produção de máscaras de tecido a serem distribuídas na comunidade, estimulando a participação comunitária no processo produtivo e pedagógico; oportunizar espaço especializado de escuta e orientação à população; ofertar apoio e acolhimento a profissionais das equipes de saúde; e fomentar a produção de conhecimento a partir das vivências de residentes e estudantes de graduação neste momento de emergência sanitária.

Nessa perspectiva, o Projeto apresentou-se como contribuição diferenciada ao trabalho das equipes com a população, como resposta coletiva que agregou a todos(as) os(as) 26 residentes, todos(as) os(as) 26 tutores(as), docentes vinculados aos Departamentos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social e Terapia Ocupacional da UFPE, 18 profissionais das equipes de saúde – assistentes sociais, educador físico, enfermeiras, fonoaudiólogas, nutricionista, odontólogas, psicóloga, sanitarista, terapeuta ocupacional – e 22 estudantes de sete cursos de graduação da nossa Universidade.

Foram definidos quatro eixos de intervenção para a implementação da ação extensionista. O *primeiro eixo*, Comunicação e Educação em Saúde, resultou em um levantamento de informações sobre as redes sanitária e socioassistencial e sobre benefícios governamentais disponíveis à população no contexto da pandemia. Outra frente foi a de conhecer produções científicas sobre a Covid-19 para a elaboração de materiais educativos a serem veiculados nas redes sociais comunitárias da população atendida pelas equipes dos serviços. A produção total foi de 72 materiais diversificados, tais como *posts*, *podcasts*, cartazes, folders, vídeos etc.; a veiculação nas redes sociais foi realizada semanalmente, via grupos de WhatsApp, grupos de Facebook, páginas de Instagram das comunidades atendidas e dos Serviços de Saúde. Os temas abordados estavam diretamente ligados à prevenção e tratamento da Covid-19 e promoção de saúde em geral, além de temas transversais como defesa e acesso a direitos; auxílio emergencial; segmentos vulneráveis às violências e agravos – direitos de crianças e adolescentes, das mulheres, dos idosos e das pessoas com deficiência.

O *segundo eixo*, cuidado em saúde, foi protagonizado por residentes e profissionais preceptores(as), dada sua atuação direta e cotidiana com a população. O Projeto colocou-se como indutor e sistematizador de ações de cuidado e assistência, incluindo o diálogo sobre o uso dos recursos tecnológicos na saúde.

O *terceiro eixo* foi o de apoio à organização comunitária e acesso a direitos, o qual se ocupou de uma ação de fundamental importância, viabilizada por insumos adquiridos pela Pró-Reitoria de Extensão e Cultura, que foi a confecção e distribuição de 2.000 máscaras de tecido como barreira protetiva, de evidência comprovada, à disseminação do novo coronavírus. Para essa tarefa, muitas mulheres se voluntariaram: moradoras da comunidade, familiares, amigas, residentes, profissionais dos serviços e docentes. Durante esse processo, foi aberta campanha informativa e de comunicação à população sobre o cenário pandêmico e a prevenção primordial. Incluiu ações de fomento à participação comunitária e exercício da cidadania, utilizando estratégias de divulgação e orientação sobre direitos e benefícios socioassistenciais, bem como realizando encaminhamentos e articulações intersetoriais cabíveis diante de situação de violação de direitos.

O *quarto e último eixo*, acolhimento à população usuária e às equipes/cuidado ao cuidador, foi concebido a partir do reconhecimento dos impactos subjetivos e objetivos da pandemia, com repercussões na saúde mental da população e, em particular, na sobrecarga, também geradora de processos de adoecimento e afastamento do trabalho para profissionais de saúde. Nessa perspectiva, foi realizada uma roda de diálogo aberta a todos os segmentos do coletivo para debate do tema com um especialista, além da iniciativa do núcleo de Psicologia – psicóloga preceptora e psicólogo residente – com a oferta de rodas de Terapia Comunitária para as equipes como espaço de fala-escuta e apoio especializado.

Tem-se clareza de que essas ações não alteraram o real, especialmente quando a intencionalidade última é emancipatória; porém, revestem-se de importância formativa, profissional e institucional, além de apontarem para o cuidado ampliado em saúde. No cenário pandêmico, os compromissos do Programa de Residência mantiveram-se ainda mais vivos, sob entendimento de que, em tempo crítico, de necessidades adensadas, cabe atuar conforme o posicionamento ético-político que nos mobiliza, qual seja, o de mediados por processos formativos, prover assistência

adequada à população atendida; assim ocorreu a formulação e implementação de ações coletivas, conformadas nesse o Projeto de Extensão.

Para além dessa iniciativa interna ao PRMSF-CCS/UFPE, buscou-se a integração com propostas forjadas no campo popular. Vale destacar a participação de residentes na Campanha Mãos Solidárias, especialmente no Curso de Formação de Agentes Populares de Saúde. Unimo-nos às propostas de constituição de espaço pedagógico e político de “formação de formadores(as)”, multiplicadores(as) de prevenção e cuidado numa rede de solidariedade nas comunidades. Tais propostas serão sucintamente apresentadas a seguir.

Dos Movimentos Sociais e Populares

No campo popular, muitas propostas passaram a ser executadas; tomaram corpo e abrangeram uma gama de ações de comunicação e educação popular em saúde, medidas de prevenção, projetos de solidariedade, organização e autogestão comunitária para controle de casos. Tais ações abarcaram o campo prático, como, por exemplo, a arrecadação e doação de gêneros alimentícios, quanto à incidência e mobilização política. Demarcação importante como mobilização social foi a elaboração do *Plano Nacional de Enfrentamento à Covid-19*, documento apresentado a parlamentares, gestores, secretários de saúde e à sociedade brasileira, no dia 3 de julho, em evento virtual. A motivação para o Plano foram os elevados índices de acometimento e mortes pela Covid-19 e o reconhecimento do Brasil como um dos países de gestão menos eficiente da pandemia. O Plano foi construído com a colaboração de especialistas de diferentes áreas e representantes de movimentos sociais de todas as regiões do país.

Emerge a pauta (re)existente de imprescindibilidade da garantia de acesso a bens e direitos sociais, historicamente negados a amplos setores populacionais, como o direito à saúde e saneamento, renda, alimentação e segurança alimentar. Sabe-se que os níveis de desigualdade são enormes

e que as condições materiais de existência são marcadas por precariedades múltiplas, alimentares, habitacionais, educacionais e laborais; a estimativa de que 60 milhões de trabalhadores(as) se classificaram para acessar o benefício de auxílio emergencial do governo federal dá visibilidade à precariedade da vida de amplos segmentos da sociedade brasileira.

A Central de Movimentos Populares e a União Nacional de Moradia Popular apontam a falta de resolutividade e vontade política em acelerar ações de apoio à população, ao mesmo tempo que reconhecem que não se trata de demanda por ações emergenciais apenas, mas de políticas estruturantes, apontando as precárias condições de vida como agravantes para índices de morbimortalidade entre os mais pobres.

No Recife, Grande Recife e em diversas cidades do interior de Pernambuco, multiplicaram-se ações populares de apoio aos segmentos mais empobrecidos da classe trabalhadora. O Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), agregado a outros movimentos e coletivos comunitários, assumiu protagonismo na proposição de ações diversificadas e amplas na perspectiva de atenuar os impactos socioeconômicos da pandemia nas comunidades, nas populações em situação de rua e nos segmentos mais vulnerabilizados. As ações de comunicação e educação em saúde, prevenção, atenção e apoio a pessoas acometidas pela Covid-19, nos territórios periféricos, envolveram coletivos, movimentos sociais e fóruns de juventudes, de mulheres, do segmento LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais, assexuais e mais), da população negra, associações comunitárias, organizações não governamentais, universidades públicas e centros de defesa, reforçando a força das comunidades, seus vínculos e potencialidades, indispensáveis para a defesa da vida da população.

Vale destacar a campanha Mãos Solidárias, que teve início em março de 2020, com o Projeto “Marmitas Solidárias”, voltado para a arrecadação de alimentos e distribuição de refeições para a população em situação de rua no Recife. A Campanha ampliou-se para outras cidades do Grande Recife e interior do estado, agregando a distribuição de cestas básicas, confecção

de máscaras caseiras, assessoria popular solidária e a oferta do Curso de Formação de Agentes Populares de Saúde, uma estratégia da campanha Periferia Viva. Para tanto, foi estabelecida parceria com os institutos federais e as universidades de Pernambuco, quais sejam: a Universidade Federal de Pernambuco, a Universidade Federal do Agreste de Pernambuco, a Universidade de Pernambuco e a Universidade Católica de Pernambuco, intencionando ampliar o diálogo e a inserção nos territórios comunitários em cumprimento à função social que cabe às universidades como espaços de produção de conhecimento, por meio das atividades de ensino, pesquisa e extensão, para fins da melhoria da vida das pessoas.

A campanha Periferia Viva defende uma solidariedade ativa, na qual “o povo é sujeito coletivo, capaz de lutar e conquistar direitos [...] aponta para a construção de um projeto popular de país, onde a solidariedade da partilha é um princípio!” (FIOCRUZ, 2020, p. 5). As ações coletivas e solidárias brevemente aqui apresentadas põem presente como *telos* o projeto societário de emancipação humana; para esse dever, os(as) trabalhadores(as) organizados(as) participam ativamente dos processos sociais, reconhecem-se como produtores da riqueza social e problematizam a apropriação privada dessa produção. Tendo os olhos voltados para esse horizonte, muitas mãos se entrelaçam em defesa da vida. Compreende-se que a pandemia explicita inúmeras violações de direitos da população, mas igualmente tem revelado e fortalecido mobilizações por políticas distributivas, vida digna e construção de outra realidade. Há resistências!

Considerações finais

Como já sinalizado, as principais ações governamentais de enfrentamento da pandemia do novo coronavírus foram guiadas pelo investimento no nível terciário da atenção em saúde, com recursos direcionados à compra de equipamentos hospitalares, embora essenciais e indispensáveis,

contratação de mão de obra especializada e aumento do número de leitos de UTI, conjuntamente à montagem de hospitais de campanha.

A Atenção Primária ou Básica em Saúde, como primeiro nível de atenção em saúde e caracterizada por um conjunto de ações de promoção, proteção e prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com desenvolvimento de atenção integral, que impacta positivamente na situação de saúde das coletividades, não assumiu o devido papel protagônico. Desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, por ocorrer em local próximo da vida das pessoas, a Estratégia Saúde da Família, articulada a outros programas, ações e estratégias (BRASIL, 2020), demarcaria contribuição inigualável nos territórios, no contexto da pandemia de Covid-19.

Na cidade do Recife, a APS recuou e vivenciou alterações nas rotinas e processos de trabalho, tanto nas equipes fixas de Saúde da Família quanto nas equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, conforme a publicação de Notas Técnicas e de Protocolos de Manejo Clínico do novo coronavírus na APS, pela Secretaria de Saúde do Recife. Em geral, mantiveram-se o acompanhamento pré-natal e a assistência aos portadores de doenças crônicas, sendo que, em vista da redução do número de atendimentos de rotina, houve deslocamento de profissionais para atividades de triagem, acolhimento e atendimento em unidades referenciadas para casos de Covid-19.

Nesse processo de organização institucional e gestão governamental da pandemia, principalmente foram interpeladas as políticas públicas de assistência social, educação e saúde, ao desvelar lacunas e necessidade de ampliação de investimento diante dos indicadores sociais ainda mais críticos no cenário pandêmico.

Frentes de ações originárias da academia, principalmente resultantes da conjunção de esforços de docentes e estudantes das universidades de Pernambuco e de movimentos sociais e populares como o MST e o Fórum de Mulheres de Pernambuco, demarcaram a confluência de forças sociais na tessitura de ações distintas, mas consistentes de enfrentamento da

pandemia de Covid-19, a qual endureceu ainda mais a realidade das classes subalternizadas. A superação das crises cíclicas no ordenamento econômico e financeiro globalizado e dos seus efeitos severos sobre o trabalho no Brasil e no mundo só é possível fora dos ditames do capital.

Referências

BITOUN, J.; BEZERRA, A.; DUARTE, C.; FERNANDES, A. C. *Nota Técnica – Distribuição desigual dos casos, óbitos e letalidade por SRAG decorrentes da COVID-19 na Cidade do Recife*. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2020. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/39626/o/notaCOVID.pdf/f91dab20-1ee5-4af9-87f8-b48028bo5535>. Acesso em: 29 jul. 2020.

BOUSQUAT, A.; AKERMAN, M.; MENDES, A.; LOUVISON, M.; FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Pandemia de Covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. *Revista USP*, n. 128, p. 13-26, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. O que é Atenção Primária. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 29 jul. 2020.

CAMPELLO, T. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 3, p. 54-66, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xNhwkBN3fBYV9zZgmHpCX9y/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2021.

DEMIER, F.; DURIGUETTO, M. L. Democracia blindada, contrarreformas e luta de classes no Brasil contemporâneo. *Revista Argumentum*, Vitória, v. 9, n. 2,

maio/ago. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/17066>. Acesso em: 18 ago. 2021.

KOWARICK, L. *Capitalismo e marginalidade na América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

LÖWY, M. A teoria do desenvolvimento desigual e combinado. Tradução de Henrique Carneiro. *Actuel Marx*, v. 18, p. 73-80, 1995.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1181-88, 2020.

MEDINA, M. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H.; AQUINO, R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00149720, 2020.

MELO, D. C. S.; MELO, M. M.; ANDRADE, L. A.; SANTOS, Y. B.; SILVA, V. L. Extensão universitária: potência em formação e cuidado à saúde. In: NAOUAR, O.; ANDRADE, A. D. (org.). *Enfrentamento à COVID-19 [recurso eletrônico]: ações da Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da UFPE, volume 3: qualidade de vida e assistência social*. Recife: Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da UFPE; Ed. UFPE, 2021. p. 218-39.

MÉLLO, L. M. B. D.; ALBUQUERQUE, P. C.; LIMA, A. W.; GOUVEIA, H. C.; CORDEIRO, E. S.; LAGES, I.; COSTA, L. T.; MANSAN, P. (coord.). *Agentes populares de saúde: ajudando minha comunidade no enfrentamento da pandemia de Covid-19*. Recife: Fiocruz-PE, 2020. Disponível em: https://687ef280-e5a4-46c8-ba2a-d77fbbe4588f.filesusr.com/ugd/96f383_a9904d59517f43a1b790c64328f763c8.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

NUN, J. O futuro do emprego e a tese da massa marginal. *In: DOMINGUES, J. M.; MANEIRO, M. (org.). América Latina Hoje: conceitos e interpretações.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

PAIM, J. S. A. constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-36, out. 2013.

QUIJANO, A. *Marginalidad e informalidad en debate.* [S.l.]: Tercer Milenio, 2000.

CAPÍTULO 8

IDAS E VINDAS NA (RE)ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19

A BUSCA DE NOVOS CAMINHOS

*Maria Ilk Nunes de Albuquerque
Vilma Costa de Macêdo
Cinthia Ivo da Silva Dias
Caroline Rafael Novaes
Marília Caminha Pessoa Monteiro
Raphaella Silva Leandro Santos
Elyda Michellyne Coutinho de Oliveira
Gabriel Arruda de Souza Fernandes
Juliane Ellen Pontes
Priscilla Rafaela Barbosa do Nascimento*

Introdução

No sistema de saúde brasileiro, em todas as organizações do Sistema Único de Saúde (SUS) e da rede privada, ocorreram modificações rápidas e intensas no processo de trabalho, nos diferentes níveis de atenção, para o enfrentamento da pandemia da Covid-19.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), que tem como foco territórios específicos, constituídos por pessoas e coletividades a eles adscritos, para a execução de ações estratégicas como a vigilância em saúde, a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos e a recuperação da saúde, houve a necessidade imediata de reconfigurar as práticas do cuidado com garantia de fluxos e ferramentas para atuar de maneira rápida e eficiente. Diante do contexto, questiona-se: Como está ocorrendo a busca de caminhos para a reorganização do processo de trabalho na APS?

Para responder a essa indagação, este capítulo foi elaborado no sentido de demonstrar, numa perspectiva mais aproximada da realidade, descrições reflexivas sobre o processo de trabalho na APS e o modo de agir dos profissionais de saúde, percorrendo um caminho retrospectivo, seguido pelo atual – contextualizado, e um prospectivo fortemente caracterizado por imprevisibilidades que impactaram no modo de vida e de trabalho dos profissionais de saúde.

O referencial para essa construção teve como foco as transformações que estão em curso nos serviços de saúde, especificamente, as relacionadas ao processo de trabalho, nas Unidades de Saúde da Família (USF); no que se refere à interseção entre a permanência e a introdução, no âmbito das ações estratégicas e das atribuições dos profissionais de saúde que são remodeladas continuamente, no contexto dessa crise sanitária mundial sem precedentes.

No final de 2019, o mundo tomou conhecimento do surgimento de inúmeros casos de uma pneumonia, de etiologia desconhecida, na cidade de Wuhan, na China. O governo chinês, em poucos dias, divulgou que se tratava de uma doença cuja etiologia seria uma nova cepa do coronavírus – um novo coronavírus, nunca identificado em seres humanos, que recebeu a denominação de SARS-CoV-2.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou a denominação oficial da doença infecciosa causada pelo SARS-CoV-2 de *Coronavírus Disease 19* (2019, ano do surgimento). Em pouco mais de um mês da ocorrência dos primeiros casos, em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi caracterizada como uma pandemia (OMS, 2020).

A rapidez da disseminação e a gravidade dos casos da Covid-19 foram alarmantes e, conseqüentemente, geraram recomendações imediatas, para contenção da transmissão, com intervenções de forte intensidade e extensão em âmbito internacional, nacional e local, adotadas pelos órgãos oficiais de governo dos diferentes países, sob orientações da OMS. As mudanças, decorrentes dessas recomendações, repercutiram em diferentes

dimensões, com variação de país a país, de acordo com as características de organização do sistema de saúde.

No Brasil, os primeiros casos da Covid-19 foram notificados no final de fevereiro de 2020, em São Paulo, ocorrendo uma rápida disseminação para os estados e municípios. Em Pernambuco, a confirmação dos casos da Covid-19 ocorreu em 12 de março, na cidade do Recife. Quanto aos demais municípios, houve configurações locais específicas, relacionadas à forma de surgimento de casos, por municípios (SOUZA *et al.*, 2020).

Uma das mais importantes transformações, decorrentes da Covid-19, no setor saúde, está relacionada ao processo de trabalho, em todos os níveis de atenção. Contudo, a nossa pretensão será voltada, especificamente, ao processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), diante dos desafios impostos pela pandemia, que segue os princípios e as diretrizes do SUS, dispostos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e em documentos sobre a atenção à Covid-19, estabelecidos pelos gestores do SUS (BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) destaca que a prática do cuidado é centrada na pessoa, de forma singularizada, na família e na comunidade, além de outros arranjos de coletividades, dispostas em territórios delimitados, que formam as bases para o desenvolvimento do cuidado em saúde, realizado por equipes multiprofissionais. Dentre as diretrizes, a territorialização com adstrição da população subsidia o planejamento e a atuação dos profissionais que compõem as equipes de atenção à saúde (BRASIL, 2017).

A pandemia da Covid-19 trouxe fortes repercussões relacionadas ao processo de trabalho, tanto para a força de trabalho na APS quanto para utilização de tecnologias leves, leve-duras e duras, que entraram em cena de forma brusca, provocando uma diversificação de práticas do cuidado, no espaço intraorganizacional. Logo, as equipes multiprofissionais tiveram que buscar espaços para a inclusão dessas práticas com múltiplos arranjos.

Pode-se afirmar que essa busca por um novo formato do trabalho, em equipe ou individual, está imersa nas subjetividades singulares dos

profissionais e na necessidade de atuar em uma “nova frente”. Houve a imposição da responsabilização e do compromisso ético-político, sobre as alterações na lógica da oferta das ações de saúde, tendo como foco a garantia da redução da disseminação da Covid-19, considerando a adoção de medidas de controle.

A operacionalização de ações em um universo de inovações tecnológicas, com ênfase nas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) em saúde, voltadas a uma demanda em definição, teria que ser colocada em prática o mais rápido possível. Cabe enfatizar que não entraram em cena apenas o uso de novas tecnologias na saúde, mas novos modos de agir e de ampliar os padrões de conhecimentos e saberes dos profissionais da APS, sem possibilidades de capacitação e atualizações devido, principalmente, ao desconhecimento sobre a doença que confrontava parte do que estava instituído.

Daumas *et al.* (2020) referiram que, na Atenção Primária à Saúde, tornou-se evidente que o seu escopo assistencial é bastante limitado para atender diretamente aos casos moderados e graves da Covid-19. A assistência com a presencialidade aos usuários suspeitos, nas USE, deveria ser evitada dentro do possível, justificada pelo fato de que provocaria pouco impacto na evolução da doença, além de expor os profissionais de saúde e os usuários a um alto risco de transmissão da infecção.

Há divergências em relação a essa afirmação, haja vista a capacidade comprovada da APS no enfrentamento de situações emergenciais. Todavia, no caso específico da pandemia da Covid-19, houve a suspensão de atendimentos diversificados, por tempo indeterminado, em muitos municípios, devido ao desmonte que vem sofrendo a APS, nos últimos anos. Esse desmonte é fomentado pelo capital, no conjunto ideológico do neoliberalismo, o qual busca a redução das funções do Estado no que se refere, especificamente, à destruição do SUS para atender aos interesses do setor privado.

Para uma melhor compreensão e reflexão sobre a realidade, houve consenso entre os autores deste capítulo para que o seu desenvolvimento tivesse como eixo breves relatos de experiência, elaborados por parte dos

coautores, em atuação direta na APS, o que reportou a descrições individuais e em pequenos grupos, considerando a vivência de cada profissional, centrada no reconhecimento de múltiplos fatores relacionados ao processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde.

Relatos de Experiência em Unidades de Saúde da Família

Processo de trabalho com acolhimento na USF Vila União, no Distrito Sanitário IV

Esse relato foi descrito por três enfermeiras da USF Vila União, coautoras deste capítulo, que atuavam como preceptoras da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF/CCS/UFPE). A USF está situada no bairro da Iputinga, no Recife, e é composta por quatro equipes de Saúde da Família (eSF).

As equipes apresentaram boa interação, sendo pactuada em reuniões a tomada de decisão em relação ao processo de trabalho, buscando-se promover uma atenção o mais resolutiva possível. Com isso, buscou-se atuar de forma colaborativa, para uma melhor operacionalização do processo de trabalho.

Com o advento da pandemia do novo coronavírus, fomos pegos de surpresa, ninguém estava minimamente preparado para enfrentar uma situação como a que se constituía. Era fato que não poderíamos paralisar a nossa atuação, mesmo mergulhadas em questões relacionadas às subjetividades de cada uma, que iam dos medos e receios à busca de proteção e segurança para as pessoas que operam no território-processo. As atividades teriam que ser operacionalizadas, mesmo que sujeitas a modificações frequentes, considerando a dinamicidade do contexto.

Foi imprescindível nos organizarmos para enfrentar o novo contexto. Um grande desafio estava posto: uma situação de imprevisibilidades somada às atividades pregressas vivenciadas há anos, na unidade.

Iniciamos com a reformulação do cronograma de atendimento da unidade, com base no Protocolo de Assistência e Manejo Clínico na Atenção Básica – da Covid-19, na qual alguns profissionais foram escalados e deslocados para atuar na linha de frente, em unidades de referência para a Covid-19, sendo necessária a elaboração de escalas de trabalho diferenciadas. Estávamos inseridas em uma nova modalidade de trabalho na atenção básica, um processo desafiador e num cenário atípico (RECIFE, 2021).

Segundo o protocolo, a Rede de Atenção Básica foi reorganizada para centralizar o atendimento de usuários com sintomas suspeitos de Covid-19. Foram implantadas unidades básicas de referência: Unidade Provisória Centralizada de Atenção Básica – Covid-19 (UPC-AB), distribuídas nos oito distritos sanitários. A rede assistencial era composta por 22 UPC-AB, cujo objetivo seria reduzir o risco de disseminação comunitária do novo coronavírus nos territórios das USF e das Unidades Básicas Tradicionais (UBT) (RECIFE, 2020, p. 6).

Contudo, a dinâmica de atendimento foi modificada, desde o início do mês de abril de 2021, em 10 UPC-AB em funcionamento, que realizam tanto a assistência aos casos de Covid-19 quanto a testagem para o diagnóstico (RECIFE, 2021).

Quanto à organização dos atendimentos, todas as demandas da unidade passaram a ser agendadas, com horários definidos mediante a disponibilidade dos profissionais e a participação efetiva dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Há ofertas para a atenção às pessoas com doenças crônicas; consultas de puericultura restritas aos recém-nascidos com até 30 dias de vida; atenção ao pré-natal; atenção às pessoas em sofrimento psíquico; vacinação; e as situações de urgências.

Foram suspensas, por tempo indeterminado, atividades como: os exames de prevenção do câncer de colo uterino e os grupos de educação em saúde; e as visitas domiciliares ficaram restritas ao peridomicílio, visando reduzir o fluxo de pessoas na unidade e, conseqüentemente, a transmissão comunitária do vírus.

A unidade teria que redefinir a prática do acolhimento à demanda organizada e espontânea, para a adequação dos fluxos de atendimentos.

Para os profissionais de saúde, o acolhimento significa uma prática de recepção do usuário por meio de atitudes e comportamentos atenciosos; é dar uma atenção especial e levar em conta uma assistência integral e holística, de modo que exista uma responsabilização do cuidado, sendo pela resolubilidade dos problemas ou pelos encaminhamentos necessários (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015, p. 519).

O acolhimento, na unidade, sempre foi uma prática do cuidado priorizada, desde a implantação. No contexto da pandemia, sentimos a necessidade de discutir o acolhimento e adaptá-lo para um formato mais adequado ao contexto. Enfatizando que, inicialmente, tivemos que suspendê-lo, por conta da grande aglomeração que acarretava.

Com a imersão dessa emergência sanitária, tivemos um enorme apoio dos residentes de Saúde da Família, que se propuseram em oferecer uma atualização acerca dos protocolos de atenção, com o objetivo de construir um novo formato de acolhimento sistemático, efetivo e seguro para os profissionais e usuários. Com essa construção, pudemos verificar um melhor direcionamento e maior resolubilidade, com reflexos positivos para a demanda por redução significativa da aglomeração.

A excelente experiência e a contribuição dos residentes são de relevância significativa em todas as etapas da reorganização do processo de trabalho. Eles atuam com iniciativas criativas para o enfrentamento, monitoramento dos agravos e manutenção das práticas do cuidado, de forma adequada ao contexto. Com esse apoio, nos apropriamos de novas alternativas de assistência usando tecnologias da informação e comunicação em saúde, que ampliam o alcance e o escopo das ações.

Nesse sentido, a reorganização dos serviços de APS para, simultaneamente, enfrentar a pandemia e manter a oferta regular de ações tornou-se imprescindível, sendo necessária a readequação das ações, que são destacadas em documentos e relatórios produzidos no país, por órgãos oficiais, nas três instâncias de governo.

Mesmo reconhecendo diversas fragilidades de atuação das equipes, ressalta-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo mais adequado por suas diretrizes, como as de responsabilidade territorial e de interação comunitária, para apoiar as populações em situação de isolamento social, pois, mais do que nunca, é preciso manter fortalecido o vínculo das pessoas com os profissionais, numa prática colaborativa pelo cuidado à saúde com resolubilidade (MEDINA, 2020).

A recomendação do município do Recife quanto à utilização de Tecnologias da Informação e Comunicação, na Atenção Básica, para o acolhimento, o agendamento e a atenção à demanda remota e presencial é que:

De acordo com a necessidade de garantir o distanciamento social e as medidas de biossegurança, ressalta-se a importância de lançar mão de novas modalidades de assistência como o teleatendimento. Recomenda-se, dentro das possibilidades de cada equipe, o uso de ferramentas alternativas conforme legislações vigentes para interações remotas entre usuários e equipes (RECIFE, 2020, p. 12).

Com essa recomendação, passamos a utilizar um sistema de telemonitoramento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19, em nossa área adstrita, e ampliamos a ferramenta para o teleatendimento das pessoas que não se enquadram nas prioridades para atendimento presencial na unidade, minimizando o impacto negativo da ausência da busca da unidade antes realizada.

Na unidade, disponibilizamos um perfil comercial de WhatsApp (Disk Covid), para facilitar a comunicação dos usuários com sintomas suspeitos de Covid-19, para tirar as dúvidas relacionadas à doença e à imunização, o qual foi conduzido por um enfermeiro da RMSF.

No decorrer do ano de 2020 e início de 2021, tivemos várias etapas de readaptação, sempre acompanhando a situação epidemiológica do

município e cumprindo as recomendações do Protocolo de Retomada das Atividades e Serviços na Atenção Primária à Saúde do Recife (RECIFE, 2021).

Diante de tantos desafios, percebemos um fortalecimento da equipe, com a potencialização dos saberes e práticas que, certamente, serão as heranças positivas que proporcionarão uma nova visão da assistência prestada a indivíduos e coletividades, além de uma maior capacidade de se moldar diante das novas situações, mesmo que inusitadas, como a pandemia da Covid-19.

Novos desafios da Atenção à Saúde Bucal na USF Alto do Capitão, no Distrito Sanitário II

Desde o início da pandemia de Covid-19, o profissional de saúde bucal foi um dos mais afetados, devido ao maior risco de contaminação e disseminação do vírus SARS-CoV-2, no ambiente odontológico, levando à suspensão dos atendimentos eletivos.

No cenário da Atenção Primária à Saúde, fez-se necessária uma readequação do processo de trabalho, como, por exemplo, do presencial para o cuidado on-line – telessaúde em odontologia. Em relação aos procedimentos odontológicos, que ficaram restritos às urgências e emergências.

Em saúde bucal, a utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação, na APS, é uma prática recente e pouco utilizada. Contudo, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) publicou uma Resolução que trata da telessaúde, no contexto da Covid-19 (CFO, 2020, p. 2).

Considerando as orientações da Secretaria de Saúde do Recife para a retomada dos atendimentos de saúde bucal, destaca-se que:

O termo utilizado para caracterizar a área destinada ao uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) para suporte

clínico assistencial e educacional à distância na área Odontológica. [...], a Odontologia, assim como outras áreas, dispõe da utilização dos chamados ‘encontros virtuais’ entre os profissionais de saúde e o paciente [...], principalmente em casos em que a distância ou outros fatores, como a Pandemia de COVID-19 (SARS-CoV-2), impedirem o encontro físico, havendo a necessidade de substituí-lo (RECIFE, 2021, p. 40).

Conseqüentemente, destaca que as ferramentas a serem utilizadas serão adequadas de acordo com a necessidade e realidade de cada serviço.

Este relato foi elaborado por uma cirurgiã-dentista que atua na USF Alto do Capitão, localizada no bairro de Dois Unidos, em Recife, e está exercendo a preceptoría da RMSF/CCS/UFPE, sendo coautora deste capítulo.

O processo de trabalho em saúde bucal ocorria da seguinte maneira, antes da pandemia: havia uma equipe de Saúde Bucal (eSB) para duas equipes de Saúde da Família. As marcações dos atendimentos odontológicos eram feitas pelos ACS, para a população de cada microárea, por semana.

A eSB disponibiliza uma quantidade de vagas de atendimento agendado, para as gestantes e as urgências, além de turnos para consultas de retorno, acolhimento, visitas domiciliares e ações nas escolas/creches; todas as práticas têm a educação em saúde como base.

Com a chegada da pandemia, os profissionais de saúde bucal se afastaram totalmente dos atendimentos clínicos de rotina nas USF. Inicialmente, atuaram na testagem de Covid-19, após capacitação. Os oito Distritos Sanitários elencaram uma unidade de referência para a realização do atendimento odontológico às urgências, que, no Distrito II, foi a USF Ponto de Parada, havendo rodízios entre os dentistas, que foram, posteriormente, para os pontos de vacinação contra a Covid-19.

Em todo o município, a Rede de Atenção à Saúde Bucal foi reorganizada de modo que o atendimento de urgência e emergência teve como referência 20 unidades distribuídas nos distritos sanitários, sendo três delas com funcionamento de 24 horas (RECIFE, 2021).

Especificamente, na USF Alto do Capitão, ficou disponibilizado o acesso para ser realizada a teleodontologia, caso houvesse a necessidade relacionada ao atendimento dos usuários. Porém, não chegou a ser utilizado na unidade e não há previsão de uso.

Atualmente, permanecemos na vacinação contra a Covid-19, com alguns turnos na USF, para o trabalho interprofissional e na preceptoria da residência. Antes, estávamos sem receber alunos devido à paralisação das atividades.

O trabalho na USF está voltado a receber os usuários e orientá-los no encaminhamento às urgências, que está ocorrendo na Policlínica Amaury Coutinho, na Campina do Barreto, e na participação das reuniões de equipe.

A unidade que fora destacada para atendimento odontológico de urgência, USF Ponto de Parada, foi suspensa. Porém, há propostas para que os atendimentos sejam retomados. Estamos aguardando a reposição dos insumos e da manutenção e assistência técnica para o retorno das atividades clínicas, na USF Alto do Capitão.

Desde a primeira fase de retomada das práticas do cuidado em odontologia, as equipes de Saúde Bucal se mantêm exercendo as atividades nas unidades de referência para atendimentos de urgências e emergências odontológicas distritais, alternando com as práticas nas USF de origem dos profissionais, com prioridades às consultas odontológicas de pré-natal, puericultura e às demandas oriundas das condições crônicas, seguindo as recomendações e as normas vigentes.

Conforme novas evidências científicas e situação epidemiológica acerca da Covid-19 forem atualizadas, passaremos às recomendações das fases posteriores de retomada (RECIFE, 2021).

A Covid-19 tem a imprevisibilidade como característica. Assim, propõem-se que haja modificações no processo de trabalho da USF, de acordo com as necessidades advindas dos territórios.

Relato de experiência do primeiro ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família

O relato foi elaborado por três profissionais residentes (R1), da RMSF, que atuam na USF. Iniciamos a Residência em Saúde da Família em março de 2021, no contexto de pandemia, sendo esse o nosso primeiro desafio. Nesse primeiro mês, tivemos que lidar com o aumento dos casos de Covid-19, passando a Atenção Primária à Saúde a suspender novamente algumas atividades planejadas, o que impactou diretamente em nossa vinculação e reconhecimento do território adscrito do Distrito Sanitário v.

A Atenção Primária, por ser porta de entrada preferencial do SUS, teve que se adequar em seu processo de trabalho para fortalecer as redes de apoio, reorganizando os fluxos de atendimento, suspendendo algumas atividades, com o objetivo de evitar aglomerações e proteger as pessoas do risco de contágio, bem como os membros da equipe de saúde (SILVA *et al.*, 2020).

A nossa primeira inserção profissional foi em um centro de vacinação de referência para a Covid-19, localizado no Parque de Exposições do Cordeiro, onde permanecemos entre os meses de março a junho de 2021. Foram desenvolvidas atividades relacionadas ao planejamento e à assistência direta à imunização. Ainda em junho, fomos inseridas em equipes, na USF Alto do Capitão, no Distrito Sanitário II. O acolhimento, a vinculação, assim como o fluxo de atendimento e reorganização dos novos processos de trabalho, foram nossas práticas iniciais.

Nessa experiência, percebemos o quanto a pandemia vem afetando, diretamente, o processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família e como é importante a boa relação interprofissional.

O vínculo dos profissionais com a comunidade é fundamental, garantindo maior credibilidade quanto às informações relacionadas às medidas de proteção contra a disseminação do SARS-CoV-2, desenvolvidas em teleatendimentos, contemplando consultas individuais e atendimentos de demanda espontânea, sendo reforçada a importância da atualização

da vacinação geral, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI) (BRASIL, 2021).

Silva *et al.* (2020) trazem, em um relato, que as equipes de saúde tiveram que se adequar aos novos “papéis”, em muitas situações, com a necessidade de exercer atividades que não eram de responsabilidade específica dos profissionais residentes, mas que, no contexto atual, fizeram-se necessárias para efetivar a continuidade da assistência nos serviços de saúde.

Grande parte das atividades da USF seguem suspensas, a exemplo das consultas de puericultura, sendo realizadas até o momento apenas a primeira consulta após o nascimento; as citologias oncóticas; as visitas domiciliares; e grupos de educação em saúde.

Quanto às atividades de saúde bucal, existe uma proposta de retomada gradual, que está em processo: as consultas para gestantes devidamente vacinadas contra a Covid-19, que são captadas por meio da busca ativa, com os ACS, consultas compartilhadas com o enfermeiro e processo de acolhimento.

Com o avançar da cobertura vacinal contra a Covid-19 no município, os atendimentos aos usuários vão retornando gradativamente às USF, sendo o planejamento uma etapa essencial, em que devem ser avaliados os riscos e graus de vulnerabilidade da população. Além do olhar para o território direcionado às decisões acerca de como será a retomada de forma fundamentada em questões da realidade local.

Portanto, os residentes em saúde da família exercem papel relevante no enfrentamento da Covid-19, colaborando estrategicamente para a redução do risco de transmissão da doença, a partir do diagnóstico precoce, por meio de acompanhamento e monitoramento do indivíduo, família e comunidade, além de contribuir com processo de trabalho e nas múltiplas tarefas desenvolvidas nas USF (SILVA *et al.*, 2020).

É importante destacar que o processo de trabalho dos profissionais da residência multiprofissional é acompanhado por tutores docentes da UFPE, que têm um contato sistemático e oportuno com os preceptores, criando-se espaços de trocas de conhecimentos e saberes.

Considerações finais

Com essa descrição, evidencia-se que a adequação do processo de trabalho coloca em cena a necessidade de mobilizar todos os esforços para tornar uma Atenção Primária à Saúde mais forte, com o devido protagonismo social, enquanto dimensão do cuidado.

Antes da pandemia da Covid-19, a APS já vinha sofrendo alterações significativas em um grave processo de desmonte, não apenas no âmbito técnico-assistencial, mas no território dos saberes e práticas que minavam na baixa resolubilidade e nas relações entre os profissionais de saúde e dos profissionais com os usuários, por interesses na “destruição” do SUS.

Novos desafios estão postos, a redefinição de novas modalidades de assistência, planejadas com a mediação efetiva da população e dos profissionais que atuam diretamente nesse campo, para processar as transformações, na perspectiva de expressar o papel essencial na produção social da saúde, torna-se premente.

Portanto, considera-se o processo de trabalho um elemento constitutivo para o redirecionamento da Atenção Primária à Saúde, que se materializa na produção do cuidado para e com as pessoas, humanizando os sujeitos individuais e coletivos, no fazer acontecer em saúde.

É necessário aprofundar as discussões com diálogos e reflexões sobre a Atenção Primária à Saúde, pressupondo que sempre haverá necessidades a serem atendidas, por diferentes elencos de atores individuais e coletivos, que implicarão, de forma ilimitada, no que tange à adequação do processo de trabalho em saúde, em novos dispositivos mediadores desse processo.

A Covid-19 tem carregado consigo um potencial de tendências específicas, que estabelece uma teia universalizada de transformações nos modos de produzir a vida nas sociedades, em que uns passam a depender mais dos outros sem, necessariamente, haver uma coesão social entre os povos. O seu “mistério” encontra-se encoberto nas imprevisibilidades do comportamento epidemiológico, que desafia/tensiona os conhecimentos

acumulados pela ciência quanto ao desenvolvimento de medidas efetivas de controle que permitam a quebra da cadeia de transmissão. “São idas e vindas”.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria N.º 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de Orientações para Atenção Odontológica no Contexto da Covid-19*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-orientacoes-para-atencao-odontologica-no-contexto-da-covid-19>. Acesso em: 13 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Resolução N.º 226, de 4 de junho de 2020*. Dispõe sobre o exercício da Odontologia a distância, mediado por tecnologias, e dá outras providências. Brasília: CFO, 4 jun. 2020. Disponível em: <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2020/226>. Acesso em: 21 jul. 2021.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-753198>. Acesso em: 21 jul. 2021.

DAUMAS, R. P.; AZEVEDO E SILVA, G.; TASCA, R.; LEITE, I. C.; BRASIL, P.; GRACO, D. B.; GRABOIS, V.; CAMPOS, G. W. S. 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*, v. 36, n. 6, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n6/e00104120/pt>. Acesso em: 19 jul. 2021.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Actualización de la Estrategia Frente a la Covid-19*. Genebra: Organización Mundial de la Salud, 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

RECIFE. Secretaria de Saúde. *Protocolo de Retomada das Atividades e Serviços na Atenção Primária à Saúde do Recife*. Recife: Secretaria de Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.susrecife.com.br/2020/05/documentos-normativos-organizacao-da.html>. Acesso em 17 jul. 2020. Acesso em: 15 jul. 2021.

RECIFE. Secretaria de Saúde. *Protocolo de Assistência e Manejo Clínico na Atenção Básica - COVID-19*. Versão 5. Recife: Secretaria de Saúde, 2021. Disponível em: <http://www.susrecife.com.br/2020/05/documentos-normativos-organizacao-da.html>. Acesso em 17 jul. 2021. Acesso em: 16 jul. 2021.

SILVA, G. F.; BESPALHOK, B. T.; MUCELINI, F. C.; BODANEZE, P.; LOMBARDO, Y. L. D. Atuação do residente de enfermagem no enfrentamento à COVID-19 no município de Cascavel/PR: relato de experiência. *Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde*, v. 6, n. 2, p. 129-36, 2021. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/26291>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SOUZA, W. V.; SOUZA, W. V.; MARTELLI, C. M.; SILVA, A. P.; 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. Cem Dias de COVID-19 em Pernambuco, Brasil: a epidemiologia em contexto histórico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 11, 00228220, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9fftqsXHZwBPhCZs6j448q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2020.

CAPÍTULO 9

EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA

A FONOAUDIOLOGIA NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Vanessa de Lima Silva
Ana Nery Barbosa de Araújo
Andrezza Karla Barbosa Freitas
Jéssyca Vanessa dos Santos Barbosa
Mylene Rayane da Silva Aguiar
Sabrina Pinheiro Bezerra
André Cavalcanti de Lima
Silvio Ricardo Couto de Moura
Thalita Vitória Silva da Cruz*

Introdução

A comunicação humana é uma condição primordial para a consolidação das relações sociais, contribuindo de forma decisiva para o desenvolvimento biopsicossocial do ser humano. É por meio da comunicação oral, gestual e escrita que o ser humano se insere em sociedade e efetiva a sua participação nesse meio, com estabelecimento de vínculos e afetos. A Fonoaudiologia é a ciência da saúde que estuda e atua na comunicação humana nos aspectos da linguagem, motricidade orofacial, voz e audição, possibilitando melhor qualidade de vida e saúde dos indivíduos (FREIRE, 2012).

Na área da saúde, a comunicação é fundamental para o relacionamento entre profissionais e usuários, visto que ela representa uma das necessidades humanas, o que é benéfico para a adesão ao tratamento e vínculo entre

equipe de saúde, usuário e familiares (BERTACHINI, 2012; STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o fonoaudiólogo faz parte do quadro de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), podendo elaborar ações coletivas e/ou individuais de promoção da saúde da comunicação humana, e prevenção dos distúrbios relacionados a essa comunicação. A atuação se dá desde o atendimento clínico, terapia individual ou grupal, visitas domiciliares e orientações aos pacientes, até a detecção de fatores ambientais e familiares que possam gerar agravos à saúde em geral e da comunicação humana (GUCKERT; SOUZA; ARAKAWA-BELAUNDE, 2020).

Contudo, o novo cenário emergencial proveniente da pandemia de Covid-19 interferiu de forma significativa nas ações e serviço da Fonoaudiologia dentro da APS, de forma a garantir a preservação da segurança do paciente e também do profissional de saúde.

O contexto da Covid-19, seus impactos na sociedade e implicações para os serviços de saúde

A pandemia de Covid-19 trouxe mudanças significativas na rotina dos serviços de saúde, com a impossibilidade da realização das ações de rotina, em vista da proteção da seguridade do usuário e também das equipes de profissionais da saúde. Com a elevada infectividade do vírus SARS-CoV-2 e as dificuldades da vacinação em massa, o distanciamento social foi recomendado para prevenir a infecção (OMS, 2020).

O distanciamento social refere-se à atitude de evitar aglomerações e sair de casa apenas quando necessário. Já o isolamento social é uma medida adotada na presença de sintomas de Covid-19 ou na testagem positiva para a doença. Nesse caso, o infectado não pode ter contato próximo com pessoas. Durante o período crítico do ano 2020, os serviços em saúde considerados não essenciais sofreram interrupções. Nesse contexto, foram considerados

serviços não essenciais todos os atendimentos que não se enquadravam em urgência e emergência (DIMER *et al.*, 2020). Diante desse cenário, as ações da Fonoaudiologia (tais como reabilitação em grupo e visitas de educação da saúde em creches e escolas) que ocorrem dentro da Atenção Primária ficaram impossibilitadas de acontecer devido às novas medidas de segurança em saúde adotadas em todo o país. Assim, foram adotadas medidas para amenizar as possíveis consequências da suspensão dos atendimentos no município de Recife, com a experiência do núcleo de Fonoaudiologia através do Projeto de Extensão *Enfrentamento à Covid-19: produzir Saúde e defender a vida*. A educação em saúde foi ressignificada e o contato face a face entre profissionais e usuários foi substituído pelo uso de mídias digitais. A assistência fonoaudiológica ganhou novos direcionamentos com a criação e difusão de materiais educativos, com a prestação de orientações e com o uso de estratégias de divulgação e tecnologias.

Entretanto, o trabalho na Atenção Primária mostra-se um extremo desafio, pois as circunstâncias sociais dos cidadãos assistidos pela Estratégia Saúde da Família, no Sistema Único de Saúde (SUS), são complexas em decorrência dos diferentes níveis de vulnerabilidade socioeconômica presentes nos usuários do território (PINTO *et al.*, 2017). Nesse sentido, as residências em saúde constituem importantes lócus de reflexão e criação de saídas inovadoras para os desafios apresentados.

Em uma Residência Multiprofissional, o cuidado integral exercido de forma interprofissional é eixo do processo formativo. Segundo Reuter, Santos e Ramos (2018), a interprofissionalidade é conceituada como uma articulação de trabalho em equipe, para que a mesma atue com colaboração e participação entre os diferentes profissionais, que buscam ofertar o cuidado com olhar nas necessidades de saúde do usuário, levando em conta a complexidade que ele traz e o contexto em que está inserido.

No contexto do trabalho interprofissional, a Fonoaudiologia tem participado ativamente na linha de frente do enfrentamento da Covid-19 devido ao aumento dos casos de internação com ventilação mecânica, intubação orotraqueal e traqueostomia, que podem levar ao comprometimento da

deglutição dos pacientes (ANDRADE *et al.*, 2020). Na APS, a Fonoaudiologia tem participado ativamente de ações de promoção e prevenção envolvendo a saúde da comunicação humana neste contexto de pandemia e isolamento social, além de orientar e realizar visitas domiciliares aos usuários que retornam para seus domicílios após alta hospitalar.

A atuação da Atenção Primária à Saúde tem representado um importante pilar nas situações emergenciais em saúde, como neste novo contexto atípico da Covid-19, pois, na essência da APS, está o conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, a integralidade da assistência, o monitoramento das famílias vulneráveis e o acompanhamento aos casos suspeitos e leves (SARTI *et al.*, 2020).

A educação em saúde institui um espaço de conhecimentos, saberes e práticas, atrelado à escuta, diálogo e ação. É considerada importante ferramenta da promoção da saúde, que precisa de arranjo de apoios educacionais e ambientais objetivando atingir ações e condições de vida adequadas à saúde. Torna-se essencial a prática da comunicação, informação, educação e escuta qualificada, para que a promoção da saúde ocorra com efetividade (LIMA, 2020; SALCI, 2013).

Com a necessidade de distanciamento social imposto pela pandemia de Covid-19, os encontros, os toques e a aproximação provocados pelas ações presenciais de educação em saúde foram substituídos pelos recursos das mídias sociais e estratégias remotas de educação em saúde.

Promoção da saúde e educação em saúde para a prevenção da Covid-19: a fonoaudiologia e a reinvenção das práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças a distância

Com a pandemia de Covid-19, o sistema de saúde precisou se reorganizar em suas estratégias de prevenção e educação em saúde. Diferentemente de outras pandemias, para o combate ao novo coronavírus foi preciso recorrer às tecnologias digitais de informação e comunicação, permitindo

um alcance maior nas práticas de educação em saúde para conter a disseminação do vírus (PALÁCIO, 2020).

Nesse sentido, a utilização da telessaúde se tornou essencial como estratégia de intervenção para o cuidado à Covid-19, pois elimina o risco de contágio no atendimento presencial, trazendo segurança para o indivíduo assistido na Atenção Básica. Dessa forma, dentre as variadas aplicações no campo da promoção da saúde, assistência e educação, a telessaúde é uma ferramenta de grande potencial para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus (CAETANO, 2020).

As mídias e plataformas digitais são estratégias sociais importantes que participam ativamente das ações cotidianas da população. Dessa forma, a comunicação digital é um meio de divulgação de alcance amplo de informações que viabiliza várias estratégias de educação em saúde (FRANÇA *et al.*, 2019).

Em meio à crise sanitária causada pela pandemia do vírus SARS-CoV-2, os recursos de telessaúde foram altamente recorridos como forma de ofertar os cuidados em saúde à população, com um formato seguro. Nesse cenário, o Conselho Federal de Fonoaudiologia oportuniza, em caráter emergencial, o uso do telemonitoramento e da teleconsulta, nominando de Telefonaudiologia, enquanto durar a crise ocasionada pelo novo coronavírus, respeitando-se os decretos estaduais e municipais que disciplinam o distanciamento ou isolamento social (CFFA n.º 20, 2020).

Na Atenção Básica, a Telefonaudiologia foi implementada como um forte meio de manutenção do acompanhamento contínuo em saúde dos usuários, por meio de estratégias pedagógicas ofertadas remotamente por qualquer ferramenta de telecomunicação. Contudo, esse recurso tem se mostrado eficiente para o atendimento de demandas fonoaudiológicas, possibilitando conversas e orientações aos pacientes e suas respectivas famílias com uma qualidade que era antes exclusivamente presencial. Também é importante considerar que a consolidação dessa nova estratégia tem potencial relevância para suprir as necessidades de pacientes que

precisam de serviços fonoaudiológicos na Atenção Básica e que residam em regiões nas quais há escassez de profissionais qualificados (DIMER *et al.*, 2020).

A proposta de ação

Neste capítulo, pretende-se relatar a experiência do núcleo de Fonoaudiologia no Projeto de Extensão *Enfrentamento à Covid-19: produzir Saúde e defender a vida*, com contribuição ao enfrentamento da Covid-19 no âmbito da APS, realizado pela Universidade Federal de Pernambuco, em parceria com o coletivo de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF-CCS/UFPE).

Participaram dessa ação os núcleos das áreas de: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social e Terapia Ocupacional. O Projeto propõe, por dinâmica interdisciplinar e interprofissional, potencializar ações de educação, promoção da saúde e prestação do Cuidado Integral à Saúde, nos territórios de abrangência das Unidades de Saúde da Família (USF) de inserção da residência: USF Skylab e Vila União – Distrito Sanitário IV; e USF Upinha de Jardim São Paulo – Distrito Sanitário V.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde têm como objetivo capacitar os profissionais de saúde e promover a eles atributos que possibilitem o exercício profissional com excelência nas áreas de Cuidado Integral à Saúde. Sob a supervisão apropriada, os profissionais vivenciam atividades com os demais profissionais da equipe multiprofissional, atendendo às demandas e gerenciando práticas de prevenção aos agravos em saúde, permitindo assim que os residentes assumam uma nova conduta na prática profissional, em que a assistência aos usuários adquira um caráter mais humanizado e abrangente (SILVA *et al.*, 2018).

Nesse contexto, o núcleo de Fonoaudiologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPE visa à integração da reflexão teórica, aliada às vivências e práticas da Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde. No núcleo, profissionais residentes, preceptores(as) e tutores(as) desenvolvem novas práticas, implementação de projetos de intervenção, atualização científica e produção de conhecimento, realizando atividades dentro do próprio núcleo da Fonoaudiologia e associadas a outros núcleos.

Com o objetivo de construir um processo de trabalho eficiente e com melhores condições de elaboração do conhecimento fonoaudiológico a ser compartilhado à população, o núcleo de Fonoaudiologia optou pela realização de reuniões remotas com participação e integração de residentes, preceptoras, tutoras e graduandos vinculados ao projeto de extensão.

A partir das reuniões remotas, foi possível identificar as necessidades da população, visto que as residentes e preceptoras estão engajadas e inteiradas das demandas que predominam no território, assim, consequentemente, foram definidas quais seriam as ações de educação em saúde viáveis às áreas cobertas (Figura 1).

Foram realizadas discussões a respeito do impacto da Covid-19 e das suas medidas de prevenção na Saúde da Comunicação Humana, com destaque para o impacto do isolamento social e distanciamento social no cotidiano das famílias cobertas pela Estratégia Saúde da Família.

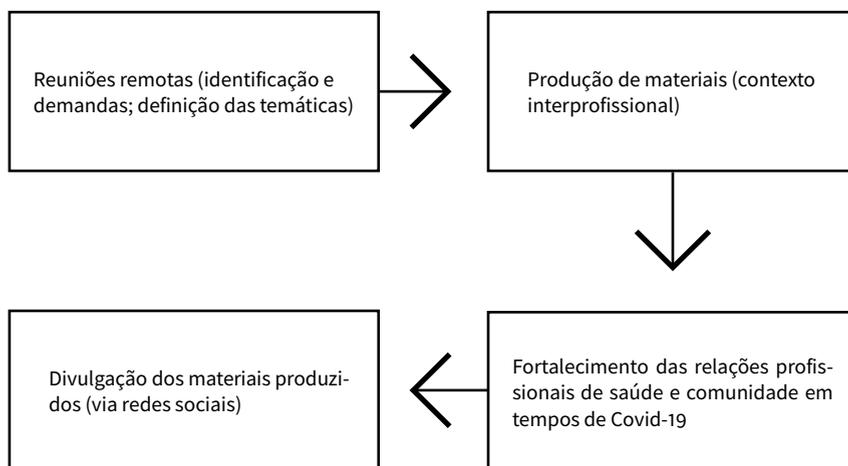
Os grupos populacionais materno-infantil e de idosos, já identificados como públicos mais atendidos da maioria das ações fonoaudiológicas da Atenção Primária à Saúde, foram eleitos como prioritários para as ações do projeto. Foram realizadas discussões acerca do impacto que esses grupos estão sofrendo em decorrência do isolamento social e interrupção das ações de cuidado continuado durante a pandemia. Também foi discutido o impacto do convívio intenso nas relações familiares.

As temáticas identificadas como alvo para as ações possuem natureza complexa, com abrangência que perpassa os limites da Fonoaudiologia. Diante disso, foi identificada a importância do estabelecimento das

parcerias internúcleos de saberes e práticas em saúde. Foram constituídos vínculos com os núcleos de Nutrição, Terapia Ocupacional, Serviço Social e Psicologia.

Foram produzidos materiais eletrônicos informativos nas mídias: vídeos, podcasts, *folders* e cartilhas digitais. Para a divulgação dos materiais produzidos junto à população, foi definida a seguinte estratégia: fortalecer vínculo com os Agentes Comunitários de Saúde e, com o apoio deles, compartilhar via redes sociais (WhatsApp, Facebook e Instagram) os referidos materiais.

Figura 1. Processo de construção das ações de educação em saúde



Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Todo o processo de elaboração trouxe riqueza no fortalecimento das relações entre os profissionais de saúde envolvidos e a comunidade, além de permitir o alcance do objetivo de promover educação em saúde da comunicação humana na Atenção Primária à Saúde, no contexto de isolamento social gerado durante a pandemia pela infecção pelo novo coronavírus.

Resultados alcançados e reflexões

Durante todo o período do Projeto de Extensão, foram desenvolvidas ações e produtos de naturezas diversas (cards informativos, vídeos, animações e *podcasts*), discutidos e elaborados por meio de reuniões, correções e análises feitas de modo transdisciplinar e interprofissional, e com a participação de estudantes de graduação, residentes do primeiro e segundo ano, preceptores e tutores dos núcleos de Fonoaudiologia, em parceria com os núcleos de Nutrição e Psicologia.

A integração interprofissional e entre residentes e graduandos apresenta-se como potência para o processo formativo deles, bem como para a abrangência e qualidade dos recursos desenvolvidos. Silva *et al.* (2016) relatam a discussão sobre a inserção da graduação com integração entre os residentes como espaços propícios para o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde.

Cada um dos produtos citados foi criado a partir de uma demanda trazida pelo olhar do profissional de saúde para a realidade população assistida em território vivo e ativo; sendo assim, algumas adequações foram necessárias, dentre elas: estabelecer uma linguagem simples e acessível, legendar os vídeos, adequar o tempo/duração dos *podcasts*, reduzir a quantidade de textos (tentando não interferir na comunicação da mensagem) e aumentar a fonte das letras.

A produção desses materiais seguiu em frentes distintas, tendo como principal objetivo auxiliar no enfrentamento da população aos entraves impostos pela pandemia de Covid-19. De maneira geral, as atividades foram direcionadas para os públicos infantil e idoso, bem como aos seus cuidadores. Houve a preocupação de legendar os vídeos para permitir o acesso às informações das pessoas com deficiência.

Como temas específicos, abordaram-se: a prevenção da Covid-19 (protocolos de entrada e saída de casa, orientações sobre os sintomas e a busca de atendimento especializado e a importância do uso da máscara), o estímulo à linguagem infantil (atividades que podem ser feitas em casa para

promover a fala da criança, formas de entretenimento que desvinculam o uso excessivo de telas) e orientações aos cuidadores de idosos (prevenção da disfagia, adaptação de ambiente e alimentos para tornar o isolamento mais seguro), que tangenciam o tema principal do projeto.

Ações para crianças –

Estimulação da linguagem infantil x isolamento social por Covid-19

O mote para o desenvolvimento das ações de educação em saúde para a população infantil foi o isolamento social e a suspensão das aulas presenciais nas escolas. A equipe desenvolveu estratégias para guiar as famílias na manutenção do estímulo à linguagem e aprendizagem das crianças em casa (Figura 2).

Sabe-se que, no ambiente domiciliar, outras tarefas acabam se sobrepondo ao tempo dedicado ao desenvolvimento comunicacional da criança, a conversa olho no olho, o sentar no chão, a brincadeira compartilhada, de modo que ela acaba por passar um tempo consideravelmente maior em frente às telas, comparado ao contexto habitual, no qual estaria interagindo com outras crianças na escola, por exemplo. E, conforme já comprovado, o isolamento social, ou seja, isolar o indivíduo de contatos com outros, quando ocorre na infância, pode levar a inúmeras dificuldades ao longo do ciclo de vida (CARVALHO, 2006).

O desenvolvimento global das crianças sofre influência da qualidade e da quantidade de estímulos ambientais presentes no contexto familiar (FILHO *et al.*, 2011).

Figura 2. Imagens de cards sobre estimulação da linguagem infantil durante o isolamento por Covid-19

ESTIMULAÇÃO DA LINGUAGEM INFANTIL DURANTE O ISOLAMENTO SOCIAL POR COVID-19
 É hora de #ficarecasa e aproveitar bem o tempo com as crianças!

MAIO, 2020

O que tem a ver com linguagem?
 # Fala
 # Escrita
 # Memória
 # Aprendizagem
 # Rotina

- O **isolamento social** orientado em função da COVID-19 tem levado as crianças a permanecerem 100% do seu tempo dentro de casa, como ocupá-las nesse momento?
- Os aparelhos eletrônicos (TV, celular) são uma opção de distração, porém **não** são as únicas opções porque eles não interagem com as crianças. Criança precisa brincar, se movimentar, falar.
- Que tal você aproveitar esse tempo com suas crianças propondo atividades diversas que possibilitem o seu desenvolvimento geral e de fala?

MAIO, 2020

Vamos fazer do isolamento social uma oportunidade de desfrutar de momentos com nossos filhos, sobrinhos, primos e netos de forma alegre e produtiva!

PRODUÇÃO:

MAIO, 2020

Fonte: Elaborado pelos autores com imagens do site [Canva \(2020\)](#)

A exposição às telas vem se mostrando um grande problema no desenvolvimento infantil, concentrando prejuízos e atrasos que são observados cada vez mais cedo. Essa forma de entretenimento, de modo geral, não agrega conhecimento e evolução na aquisição e aprimoramento da linguagem, já que a interação com a tela é pobre, não oportuniza a troca de turno, não apresenta uma entonação aplicada ao contexto cotidiano e não consegue explicar possíveis questionamentos da criança (WILMER; SHERMAN;

CHEIN, 2017). Os cards foram construídos com o objetivo de propor atividades simples de serem executadas, mas que permitam adaptações para torná-las mais complexas à medida que a criança se desenvolve, promovendo o aprendizado e o contato com novos desafios.

Ações para os idosos – Cuidados com a alimentação e risco para disfagia

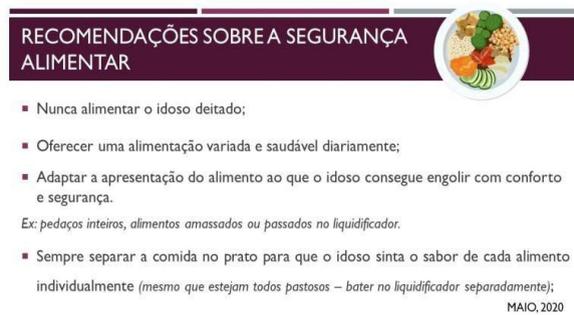
A gravidade da Covid na pessoa idosa coloca essa população como um dos principais grupos de risco para a infecção pelo novo coronavírus. O isolamento social, principal medida de prevenção da doença, impactou de forma grave a saúde física e mental dos idosos, que começaram a viver um isolamento ainda mais rigoroso, pois, o que antes era apenas uma limitação nas saídas de casa, passou a ser uma proibição, inclusive na recepção de visitas. Essas medidas trouxeram impactos sociais grandes e impactos de saúde geral ainda maiores.

O cuidado em saúde também foi afetado na pandemia de Covid-19. A interrupção dos serviços de saúde ocasionou importante quebra do cuidado continuado, com destaque para as doenças crônicas. Nesse sentido, os idosos acamados sofreram mais um grau de fragilização. Diante desse cenário, foram desenvolvidas propostas de educação em saúde voltadas para essa população (Figura 3).

Os fatores que afetam o consumo alimentar das pessoas idosas são reconhecidos como de risco para o desenvolvimento da má nutrição (CAMPOS *et al.*, 2000). Nesse contexto, foi proposta a confecção de cards que orientam os cuidados com os idosos que estão acamados, com limitações nas atividades de vida diária, pensando principalmente na segurança durante a oferta alimentar, já que esse pode ser um momento de risco ou de alerta para idosos debilitados, seja cronicamente ou por adoecimento.

As informações do card foram direcionadas aos cuidadores, com recomendações de textura mais segura, de posicionamento durante a refeição, de quantidades e de sinais de alerta para dificuldades na alimentação.

Figura 3. Imagens de cards sobre cuidados com o idoso



Fonte: Elaborado pelos autores com imagens do site [Canva \(2020\)](#)

Para o aprimoramento das ações voltadas ao cuidado com a alimentação do idoso foi realizada articulação interprofissional. Da interface com a Nutrição, surgiu a ideia de incentivar a ingestão de água, já que é ela a principal responsável por manter o corpo em homeostase e auxiliar a recuperação dos sistemas diante das infecções, especialmente, as virais.

Para esse assunto, optou-se por investir na produção de um vídeo, utilizando algumas animações, com o objetivo de dinamizar a oferta de informação à comunidade e facilitar a sua difusão.

Figura 4. Imagem de vídeo sobre hidratação para o público idoso



Fonte: Elaborado pelos autores com imagens com imagens do site [Powntoon \(2020\)](#)

Após isso, investiu-se em materiais de vídeo que pudessem expressar temas essenciais para o público idoso, sendo um material contemplando como deve ser a atenção no momento da alimentação (estimulação olfativa do alimento, apresentação visual do prato) e outro material voltado para a orientação aos cuidadores de idosos (orientando a postura corporal, aspectos nutricionais dos alimentos, mastigação e deglutição).

Uma equipe interdisciplinar contendo fonoaudiólogo e nutricionista, que trabalham em conjunto, vêm seus usuários apresentando uma melhor

qualidade de vida e, conseqüentemente, uma melhora do estado nutricional (VIEIRA *et al.*, 2018).

O trabalho interprofissional e colaborativo entre a Fonoaudiologia e a Nutrição gerou bons frutos no tocante à elaboração e divulgação de materiais, mas também consistiu em importante espaço de aprendizado para os estudantes e profissionais envolvidos.

Figura 5. Imagens de vídeo sobre alimentação e nutrição para o público idoso



Fonte: Elaborado pelos autores com imagens disponíveis no site [Dolce Viver \(2020\)](#)

Ações Interprofissionais – Fonoaudiologia/Psicologia/ Serviço Social/Terapia Ocupacional

Outro aspecto fonoaudiológico identificado como alvo para as ações de prevenção no contexto da pandemia foi a Comunicação Não Violenta (CNV). Essa temática conduziu a articulação interprofissional entre os núcleos de Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Durante o início do isolamento social, as pessoas foram surpreendidas pela convivência domiciliar intensa, gerada pela necessidade de contenção

da pandemia de Covid-19. Esse cenário trouxe à tona diversos conflitos familiares e pessoais, gerando desgastes e angústias que poderiam ser trabalhadas de forma mais assertiva.

Houve a percepção de aumento da ocorrência de violências durante o período da pandemia, e a Comunicação Não Violenta está relacionada ao respeito, evitando o estilo de comunicação agressiva que incita a violência (ALMEIDA, 2018; MARQUES *et al.*, 2020).

Figura 6. Imagem de vídeo sobre Comunicação Não Violenta



Fonte: Elaborado pelos autores com imagens com imagens do site [Powtoon \(2020\)](#)

Muitas vezes, a maneira com que se fala influencia mais do que a mensagem dita; assim, foi nesse viés que se optou por seguir o objetivo de reduzir os conflitos, ampliando o diálogo e tornando a convivência mais amena e respeitosa. A estratégia de divulgação utilizada foi a construção de um vídeo com narração, o qual reproduz uma situação cotidiana desenvolvida em dois momentos: um de conversa áspera, pouco acolhedora; e outro utilizando aspectos da CNV, direcionando o espectador a uma reflexão breve, a partir do desfecho das cenas.

A animação traz ainda a definição desse tipo de comunicação, que pode servir como mediadora em determinadas situações, e sua importância, desde o convívio familiar até o profissional, agregando sugestões de aplicação no dia a dia.

Essa produção possibilitou a agregação de quatro núcleos profissionais em torno de uma temática, com debates e encaminhamentos de respeitarem os limites de cada núcleo e a identificação de campos comuns. Segundo Cervo *et al.* (2020), a interprofissionalidade no trabalho em saúde mostra-se o modelo mais adequado para o atendimento integral dos indivíduos e coletividades.

Considerações finais

As ações propostas de educação em saúde da comunicação humana possuem importante potencial de contribuição para a promoção da saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde, haja vista os impactos da pandemia e do isolamento social nas relações interpessoais e consequentes desfechos na saúde mental e no autocuidado em saúde.

O presente Projeto de Extensão representou importante resposta da Universidade para a sociedade, no momento crítico da pandemia de Covid-19, bem como oportunizou a continuidade das ações de prevenção da Atenção Primária à Saúde, com recursos remotos, estratégicos na conjuntura, com repercussão nas necessidades das populações cobertas pela Estratégia Saúde da Família.

No tocante à Fonoaudiologia, o debate e desenvolvimento de propostas de ação foram de grande riqueza para a construção do saber e inovação das estratégias de prevenção e cuidado à saúde da comunicação humana e alimentação de crianças, idosos e famílias, no contexto da pandemia de Covid-19.

A educação interprofissional e prática colaborativa, eixo do Projeto de Extensão, e a integração graduação-residência, oportunizaram diversas e ricas situações pedagógicas, que contribuíram para a formação dos estudantes, profissionais e docentes integrantes do Projeto.

Referências

- ALMEIDA, R. C. H. S. *Comunicação Clara, Direta e Humana... Seja Assertivo!* 2018. 48 f. Monografia (Especialização em Gestão de Pessoas) – Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro, 2018.
- ANDRADE, C. R. F.; LIMA, M. S.; MEDEIROS, G. C.; SASSI, F. C. COVID-19 - *Fonoaudiologia em emergências e catástrofes. Audiology - Communication Research*, São Paulo, v. 25, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/bDmdg67NK5ngzLvzy7zfnjv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 jan. 2021.
- BARROS, N. F.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 163-73, 2018.
- BERTACHINI, L. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. *Mundo Saúde*, v. 36, n. 3, p. 507-20, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/%20comunicacao_terapeutica_fator_humaniz%20acao_atencao.pdf. Acesso em: 22 set. 2016.
- CAETANO, R.; SILVA, A. B.; GUEDES, A. C. C. M.; PAIVA, C. C. N.; RIBEIRO, G. R.; SANTOS, D. L.; SILVA, R. M. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, maio 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTrnYRw98Rz3drwpJf/>. Acesso em: 22 set. 2016.
- CAMPOS, M. T. F. D. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. D. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Revista de Nutrição*, v. 13, n. 3, p. 157-65, 2000.
- CARVALHO, R. G. G. Isolamento social nas crianças: propostas de intervenção cognitivo-comportamental. *Revista Iberoamericana de Educación*, v. 40, n. 3, p. 1-12, 2006.

CERVO, E. B.; CAUMO, M. A.; CERDÓTES, A. L. P.; JAEGER, F. P. Interprofissionalidade e saúde mental: uma revisão integrativa. *Psicologia e Saúde em debate*, v. 6, n. 2, p. 260-72, 2020.

DIMER, N. A.; CANTO-SOARES, N. D.; SANTOS-TEIXEIRA, L. D.; GOULART, B. N. G. D. Pandemia do COVID-19 e implementação de telefonaudiologia para pacientes em domicílio: relato de experiência. *CoDAS*, v. 32, n. 3, 2020.

FREIRE, R. M. A. C. About the object of the Speech-Language Clinics. *Revista CEFAC*, v. 14, n. 2, p. 308-12, 2012.

GUCKERT, S. B.; SOUZA, C. R.; ARAKAWA-BELAUNDE, A. M. Atuação fonoaudiológica na atenção básica na perspectiva de profissionais dos núcleos de apoio à saúde da família. *CoDAS*, São Paulo, v. 32, n. 5, e20190102, 2020.

LAMY FILHO, F.; MEDEIROS, S. M. D.; LAMY, Z. C.; MOREIRA, M. E. L. Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luís-MA. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 4181-87, 2011.

LIMA, L.; SILVA, M. R. F.; CRUZ, P. J.; PEKELMAN, R.; PULGA, V. L.; DANTAS, V. L. A. Perspectivas da Educação Popular em Saúde e de seu Grupo Temático na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 2737-42, jul. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZngBvSLW4q5MNkXVdjpzxpj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2016.

MARQUES, E. S.; MORAES, C. L. D.; HASSELMANN, M. H.; DESLANDES, S. F.; REICHENHEIM, M. E. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00074420, 2020.

PALÁCIO, M.; TAKENAMI, L. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. *Revista visa em debate sociedade, ciência e tecnologia*, Paulo Afonso, v. 8, n. 2, p. 10-15, abr. 2020.

RELLY, C. D.; TOMIASI, A.; CASSOL, K.; ROMERO, G.; TOPANOTTI, J. Atuação Fonoaudiológica no Sistema Público de Saúde - Revisão de Literatura. *Fag Journal of Health*, 2019, v. 1, n. 1, p. 212, 2019.

REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F. D.; RAMOS, A. R. O exercício da interprofissionalidade e da intersetorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. *Escola Anna Nery*, v. 22, n. 4, 2018.

SALCI, A.; MACENO, P.; ROZZA, S. G.; SILVA, D. M. G.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: Algumas reflexões. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, jan./mar. 2013.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C. *Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?* Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

SILVA, C. T.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 25, n. 1, e2760014, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So104-07072016000100304&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 mar. 2021.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-9, jan. 2018.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe2, p. 145-58, 2018.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. *A contribuição nos diferentes contextos da enfermagem*. 2. ed. Barueri: Manole, 2012.

VIEIRA, D. M.; BALBINO, E. M. S.; FARIAS, J. B. C.; CARVALHO, D. S.; SANTANA, M. C. C. P.; PEIXOTO, F. V. V. Fonoaudiologia e Nutrição: possibilidades de atuação interdisciplinar. *American Journal of Scientific Research and Reviews*, v. 1, 2018.

WILMER, H. H.; SHERMAN, L. E.; CHEIN, J. M. Smartphones and cognition: A review of research exploring the links between mobile technology habits and cognitive functioning. *Frontiers in psychology*, v. 8, n. 605, 2017.

CAPÍTULO 10

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO COMBATE À COVID-19

*José Gildo de Lima
Débora Vitória Firmino de Lima
João Gabriel Firmino
Milena Cristina da Silva
Rosali Maria Ferreira da Silva*

Introdução

A Assistência Farmacêutica (AF) está relacionada a ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo o medicamento como insumo fundamental, objetivando seu acesso e o uso racional, tornando necessária a presença do profissional farmacêutico como facilitador do cuidado, viabilizando o acesso a informações relacionadas à prática medicamentosa (SANTOS; ROSA; LEITE, 2017).

Sendo assim, a AF é uma atividade profissional que assegura ao paciente a informação acerca da utilização adequada dos medicamentos, favorecendo a recuperação da saúde e a prevenção e tratamento das doenças (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

Por meio da AF, podemos perceber a importância da atuação do farmacêutico e o quanto ela é necessária à Atenção Primária à Saúde (APS),

no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas, mesmo sendo extremamente necessária, quando vamos ver a realidade, a AF ainda encontra muitas dificuldades na parte da sua gestão no SUS, principalmente em relação à APS.

No Brasil, a preocupação com o acesso de medicamentos pela população e a descentralização das ações da assistência só aconteceram com a criação da Política Nacional de Medicamentos (PMN) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), tendo a atuação do Ministério da Saúde (MS) com a intenção de se melhorar a gestão e a qualidade dos serviços oferecidos (GERLAK, 2016).

Assim, ao longo dos anos, o foco da AF foi se alterando, deixando de ser apenas o medicamento. A assistência deve ser compreendida como uma atividade clínica que tem como foco as atividades gerenciais, aquelas voltadas para o medicamento, e também as atividades assistenciais, que são voltadas para o paciente (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

Além disso, a assistência pode se ligar à AF para o desenvolvimento de ações que visem a uma melhor adesão ao tratamento. Algumas dessas ações são o desenvolvimento de pictogramas, a tradução das receitas, acompanhamento em domicílio das pessoas com mais dificuldades, entre outras (PRATA *et al.*, 2012).

A doença (Covid-19) é originada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Após um ano de pandemia dessa doença, vários estudos demonstram que, além dos pacientes idosos, o risco, a gravidade e a mortalidade da Covid-19 têm sido associados a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes *mellitus* (DM) e suas doenças associadas (hipertensão, obesidade e doenças cardiovasculares). Dados do MS identificam essas comorbidades como as mais associadas ao óbito em indivíduos acometidos pela SARS-CoV-2 (PITITTO; FERREIRA, 2020).

Por intermédio da AF, o farmacêutico pode contribuir no acompanhamento a esses pacientes (ROLIM *et al.*, 2016).

Assistência Farmacêutica aos pacientes diabéticos e hipertensos

As doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes e hipertensão, são um problema de saúde global, influenciando o desenvolvimento de medidas para seu controle e diminuição. Com a chegada do SARS-CoV-2 no Brasil, houve um aumento na preocupação em relação a essas doenças crônicas, pois as pessoas acometidas por essas comorbidades poderiam ter complicações maiores quando tivessem a Covid-19, fazendo com que elas constituíssem o grupo de risco da doença (TADIC *et al.*, 2020).

Diante de todo esse cenário de pandemia, houve uma queda nas ações para o controle das doenças crônicas e uma redução na busca por cuidados médicos, devido ao isolamento e ao medo de se contrair a Covid-19 (MELO *et al.*, 2020).

Diabetes *mellitus* é um distúrbio metabólico com deficiência na produção de insulina, que acomete uma grande parcela da população, principalmente nas faixas etárias mais avançadas, devido ao aumento da expectativa de vida da população. É uma doença crônica, insidiosa, que, em longo prazo, pode provocar disfunção e falência de vários órgãos, dentre eles, os rins (nefropatia), nervos (neuropatia), olhos (retinopatia), coração e vasos sanguíneos (doenças cardiovasculares) (ROLIM *et al.*, 2016).

A diabetes pode ser classificada principalmente em duas categorias: diabetes tipo I (insulinodependente), e diabetes tipo II (insulinorresistente). Está associada a uma predisposição genética, aos fatores ambientais e ao estilo de vida do indivíduo. A DM tipo II representa aproximadamente 90% a 95% dos casos, manifestando-se geralmente na idade adulta (ROLIM *et al.*, 2016).

O Brasil está em quarto lugar em número de Covid-19, apresentando o maior número de pacientes com diabetes, com aproximadamente 17 milhões de diabéticos, na faixa etária entre 20 e 79 anos (PITITTO; FERREIRA, 2020).

O farmacêutico, inserido na prática de atendimentos a pacientes com DM, pode contribuir no acompanhamento farmacoterapêutico, elaborando

estratégias na promoção de saúde e favorecendo uma melhor resposta clínica aos pacientes. Com isso, o profissional farmacêutico possui um papel fundamental neste momento de urgência sanitária, no monitoramento aos pacientes diabéticos, na dispensação da terapia medicamentosa, no fornecimento de informação referente à Covid-19, especialmente sobre as vacinas, e no uso racional dos medicamentos (SILVA; ARAÚJO, 2020).

A hipertensão é a mais frequente entre as DCNT, sendo uma doença tratável e, quando controlada, pode até evitar maiores complicações (MENGUE *et al.*, 2016).

Doenças crônicas, como a hipertensão, acabam enfraquecendo o sistema imunológico, reduzindo sua capacidade de defesa. Assim, a hipertensão arterial sistêmica influencia em diversas doenças, causando até complicações respiratórias que ainda não são bem compreendidas, como no caso da Covid-19. Alguns estudos mostram que a relação entre a hipertensão e a gravidade da Covid-19 é devido ao tratamento com inibidores da enzima de conversão da angiotensina e bloqueadores dos receptores da angiotensina (BARROS; MAZULLO FILHO; MENDES JÚNIOR, 2020).

Além da doença crônica, a idade e o sedentarismo também podem agravar a Covid-19, e, quando esses fatores estão presentes no mesmo paciente, ele pode ir a óbito. Por isso, é necessário que se tenha o controle da hipertensão, pois quanto mais tempo se tem a doença, mais debilitado fica o sistema imune e menor a defesa, fazendo com que se tenha uma elevada gravidade na Covid-19.

Assim, a Assistência Farmacêutica, que já exerce um papel significativo em relação ao uso racional de medicamentos anti-hipertensivos e sua distribuição gratuita para as pessoas hipertensas, também se torna bastante importante nesse contexto de pandemia, porque, por meio de suas ações, que são voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, pode exercer uma influência positiva na população, tendo como objetivo a redução da mortalidade (MARQUES; RUFINO, 2017).

A importância das vacinas na Assistência Farmacêutica

A saúde pública brasileira conta com uma série de ferramentas que desempenham papéis socioeconômicos e que estão intimamente relacionadas com a multiprofissionalidade das áreas de saúde. Assim, o profissional farmacêutico encontra-se em destaque, uma vez que o sistema de saúde brasileiro tem proporcionado desafios que incidem diretamente na profissão farmacêutica (SANTOS; VILELA; FREITAS, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), abordando a escassez global de medicamentos e vacinas, estabeleceu que os medicamentos e vacinas de qualidade para todos é uma meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Além disso, ela preconiza que a cobertura universal da saúde necessita do acesso a medicamentos e vacinas eficazes e acessíveis (WHO, 2013).

Nesse contexto, o profissional farmacêutico é um agente ativo no que compete às demandas da OMS, uma vez que é um profissional da área da saúde que apresenta mais de 130 especialidades de atuação direta e indiretamente relacionadas com a saúde, podendo, assim, desempenhar suas inúmeras habilitações perante a sociedade. E, dentre elas, a pesquisa e a produção de novos medicamentos e insumos biológicos vêm se destacando cada vez mais. Dessa forma, incluindo o desenvolvimento de vacinas como peça-chave nessa área de atuação, destacando-se a atuação do profissional farmacêutico no desenvolvimento de vacinas e nos programas de imunização (CFE, 2018).

Segundo a OMS, a AF é uma série de processos e ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, em que o medicamento é o insumo essencial que deve ser universal e seu uso feito de forma consciente. Como estratégia de promoção, proteção e recuperação, as vacinas são importantes aliadas no combate a doenças como a coqueluche, febre amarela, meningite, hepatite, rubéola, gripe, sarampo, tétano, HPV e poliomielite, que já foi até considerada erradicada do Brasil, graças aos esforços de imunização (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

Todas essas vacinas fazem parte do Programa Nacional de Imunização (PNI) brasileiro e compõem os mais de 43 produtos imunizantes distribuídos gratuitamente, intermediados pelo Sistema Único de Saúde (DOMINGUES *et al.*, 2015).

Esse programa, criado em 1973, foi responsável por uniformizar as ações voltadas à imunização em todo o Brasil, desenvolvendo estratégias de distribuição de vacinas e que proporcionou um avanço terapêutico na prevenção de doenças e enfermidades (NÓVOA *et al.*, 2020). Assim, o PNI tornou-se uma referência mundial no que compete à logística e distribuição de vacinas, garantindo o acesso a todos, de forma gratuita, e servindo como um dos pilares da criação do SUS, em 1988 (LIMA; PINTO, 2017).

O PNI é um dos mais importantes acontecimentos em saúde pública na última década, tornando o Brasil um dos países pioneiros, sendo o único a realizar imunização de graça, por meio do SUS. Ademais, disponibiliza uma grande quantidade de insumos imunobiológicos, destacando-se pelo excelente desempenho e, por sua vez, sendo comparado ao de países desenvolvidos, trazendo benefícios incontestáveis à população (SATO, 2015).

Embora haja inúmeros benefícios em relação ao Programa, existem muitos desafios ainda a se superar, dentre eles, a ampla divulgação de notícias falsas pela internet, conhecidas como *fake news*. Essas notícias falsas circulam, na maioria das vezes, por movimentos de antivacinação, cuja motivação vem de caráter político, religioso e ideológico (TEIXEIRA; SANTOS, 2020).

Graças a esse “bombardeio” de informações errôneas, a imunização no Brasil, comparada com os dez últimos anos, nunca esteve tão baixa, segundo estatísticas do Ministério da Saúde (TEIXEIRA; SANTOS, 2020).

Nesse contexto, a profissão farmacêutica desempenha várias funções no cenário do desenvolvimento de vacinas, atuando tanto por meio das inúmeras pesquisas relacionadas a novas tecnologias de imunização, de insumos e de excipientes e coadjuvantes terapêuticos, que melhoram o desempenho do insumo farmacêutico ativo veiculado nos imunizantes, quanto

na administração das vacinas nos pacientes. Essa atuação está destacada na Resolução n.º 654, de 22 de fevereiro de 2018, do Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2018), que estabelece a atuação do profissional farmacêutico no serviço de vacinação.

Além disso, por meio da Lei n.º 13.021 de 08 de agosto de 2014, ficou estabelecido o serviço de vacinação nas farmácias, sendo o profissional farmacêutico o responsável pelo desempenho dessa função. A AF é um dos componentes importantes desse processo, pois visa promover, acompanhar e garantir o acesso e a segurança necessários ao uso dos medicamentos e seus correlatos. Ela tem um papel fundamental na logística dos programas de imunização, podendo-se traçar meios e possibilidades na hora de disponibilizar as vacinas e monitorar seus possíveis efeitos colaterais (SILVA; ARAÚJO, 2020).

As vacinas têm como função imunológica estimular a produção de anticorpos, que são necessários para proteger nosso organismo de uma futura invasão causada por vírus ou bactérias responsáveis por diversas doenças infecciosas graves. Pode-se demonstrar o sucesso das suas aplicações graças à descoberta das vacinas contra a poliomielite, sarampo, tétano, caxumba e febre amarela, pelas quais foi possível estabelecer um controle maior dessas doenças e até mesmo erradicar algumas delas na população (FIOCRUZ, 2021).

Uma pneumonia grave surgiu no fim do ano de 2019, trazendo sérias complicações aos pacientes que foram acometidos por ela, em Wuhan, na China. Após pesquisas laboratoriais, observou-se que se tratava de um vírus chamado coronavírus. Mas, em um curto espaço de tempo, ele tomou proporções gigantescas e acabou se espalhando por todo o planeta, fazendo com que a OMS declarasse estado de pandemia nos primeiros meses de 2020 (OPAS, 2021).

Desde então, o mundo todo se uniu no intuito de conseguir encontrar uma vacina que fosse capaz de frear sua disseminação e imunizar a população, trazendo novamente a segurança que as pessoas tinham antes de o vírus circular entre as nações. Entretanto, uma grande dificuldade é como

disponibilizar essa vacina em um país tão grande e com muitas peculiaridades em relação à distribuição populacional e geográfica, sendo um enorme desafio o transporte dessas vacinas para as cidades mais afastadas.

A vacinação está ocorrendo inicialmente em grupos prioritários, tais como: trabalhadores da área da saúde, pessoas acima de 60 anos, indígenas, comunidades tradicionais ribeirinhas e quilombolas, população em situação de rua, pessoas com morbidades (diabetes *mellitus*, hipertensão arterial grave, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença renal, cardiovascular, cerebrovascular, anemia, câncer, obesidade, pacientes transplantados e anemia falciforme), trabalhadores do transporte coletivo, transportadores rodoviários de carga e população privada de liberdade (BRASIL, 2020).

Até o momento, os municípios brasileiros estão recebendo doses de vacinas da Oxford/AstraZeneca e da Coronavac (Butantan/Sinovac), enviadas pelo MS, que estão sendo utilizadas para garantir o esquema vacinal completo de cada pessoa imunizada, com primeira e segunda doses (RECIFE, 2021).

É imprescindível que o farmacêutico faça um trabalho importante de conscientização nas campanhas de vacinação, incentivando e informando a comunidade onde atua sobre a importância de se vacinar. A presença do profissional de saúde para informar e tirar as dúvidas da população é a peça-chave neste processo, garantindo uma melhor adesão e efetividade ao programa de vacinação.

Considerações finais

A Assistência Farmacêutica vem tentando superar os desafios e oferecer um serviço de qualidade ao paciente.

Diante desse cenário de pandemia, a AF, que já vinha trabalhando com os hipertensos e diabéticos, vê a necessidade de reforçar ainda mais esse empenho, já que essas pessoas passaram a se tornar grupo de risco para a

Covid-19. Além de que, agora, com a criação das vacinas, a AF também se encontra presente.

Assim, é necessário que cada vez mais se aprimorem as ações da AF, de acordo com as necessidades de cada município e paciente, para que o indivíduo possa ter um bom resultado do seu tratamento e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida. Mas também é necessário que se valorize a AF, porque as suas ações são bastante amplas e perpassam desde o medicamento até a dispensação das vacinas, influenciando diretamente na vida da população.

Além disso, é bastante importante que o farmacêutico se mantenha muito bem informado sobre a situação geral que o país está passando e procure orientar, de maneira clara, os pacientes, principalmente os que se encontram no grupo de risco.

É imprescindível que as pessoas continuem tendo todos os cuidados que são recomendados, como: o uso de máscara, uso do álcool em gel e o distanciamento social, para que se evite o crescimento do número de contaminados e de mortes no país e também uma superlotação nos hospitais, enquanto a vacinação não chega para todos. E, aqueles que se encontram no grupo que pode se vacinar, vacinem-se, pois a vacina é segura e eficaz e você vai estar se protegendo e protegendo a todos ao seu redor.

Referências

BARROS, G. M. D.; MAZULLO FILHO, J. B. R.; MENDES JÚNIOR, A. C. Considerações sobre a relação entre a hipertensão e o prognóstico da COVID-19. *Journal of Health & Biological Sciences*, Teresina, v. 8, n. 1, p. 1-3, maio 2020. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3250>. Acesso em: 05 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. História da vacinação no Brasil. *Gov.br*, 2020. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/sobre-o-programa>. Acesso em: 05 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. 2018. *Resolução CFF N.º 654/18*. Dispõe sobre os requisitos necessários à prestação do serviço de vacinação pelo farmacêutico e dá outras providências. Brasília: CFF, 2018. Disponível em: <https://www.cff.org.br/noticia.php?id=4845>. Acesso em: 05 fev. 2021.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Pará, v. 2, n. 3, p. 41-9, nov. 2011. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S217662232011000300006&lng=pt&nrm=is. Acesso em: 05 fev. 2021.

DOMINGUES, C. M. A.; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas Vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período de 1982-2012: avanços e desafios no programa nacional de Imunizações. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 22, n. 1, p. 9-27, 2013.

DOMINGUES, C. M. A. S.; WOYCICKI, J. R.; REZENDE, K. S.; HENRIQUES, C. M. P. Programa Nacional de Imunização: a política de introdução de novas vacinas. *Revista eletrônica Gestão & Saúde*, v. 6, n. 4, p. 3250-74, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3331>. Acesso em: 12 fev. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Vacinas contra a COVID-19. *FIOCRUZ*, 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/vacinascovid19>. Acesso em: 12 fev. 2021.

GERLAK, L. F.; KARNIKOWSKI, M. G. D. O.; AREDA, C. A.; GALATO, D.; OLIVEIRA, A. G.; ÁLVARES, J.; LEITE, S. N.; COSTA, E. A.; GUIBU, I. A.; SOEIRO, M. O.; COSTA, K. S.; GUERRA JUNIOR, A. A. G.; ACURCIO, F. A. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 1-11, nov. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/XQ86JcQ6VcGLmCsxFmr3XSM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 fev. 2021.

LIMA, A. A.; PINTO, E. S. O contexto histórico da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) e sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS). *ScireSalutis*, v. 7, n. 1, p. 53-62, 2017. Disponível em: <https://www.sustenere.co/index.php/sciresalutis/article/view/SPC22369600.2017.001.0005>. Acesso em: 19 fev. 2021.

MARQUES, A. E. F.; RUFINO, M. D. D. M.; CARVALHO E SILVA, P. L.; GOMES, F. M. N.; ROLIM, N. R. F. Assistência Farmacêutica: uma reflexão sobre o papel do farmacêutico na saúde do paciente idoso no Brasil. *Temas em saúde*, João Pessoa, v. 17, n. 3, p. 129-46, 2017. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/10/17309.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

MELO, D. O. D.; RIBEIRO, T. B.; GREZZANA, G. B.; STEIN, A. T. COVID-19 e doença hipertensiva no Brasil: possibilidade de uma tempestade perfeita. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1-4, jul. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/ywmZStwjDfmqtzXBKPrdhWz/?lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2021.

MENGUE, S. S.; BERDOLDI, A. D.; RAMOS, L. R.; FARIAS, R. L.; OLIVEIRA, M. A. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, Porto Alegre, v. 50, n. 2, p. 1-9, mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Q8rkJR7H3ZJXRSjqW4WfRLD/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 fev. 2021.

NÓVOA, T.; CORDOVIL, V. R.; PANTOJA, G. M.; RIBEIRO, M. E. S.; CUNHA, A. C. S.; BENJAMIN, A. I. M.; SILVA, C. D.; SILVA, T. N.; SANTOS, F. A. Cobertura vacinal do programa nacional de imunizações (PNI). *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 4, p. 7863-73, 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/12969/o>. Acesso em: 11 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Folha Informativa COVID-19 – Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. OPAS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 08 fev. 2021.

PITITO, B.; FERREIRA, S. Diabetes and covid-19: more than the sum of two morbidities. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, n. 2, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/NddTPccSwFhydyHLCxDYtDj/abstract/?lang=en>. Acesso em: 08 fev. 2021.

PRATA, P. B. D. A.; CUNHA, M. R.; PEREIRA, E. G.; NICHATA, L. Y. I. Atenção farmacêutica e a humanização da assistência: lições aprendidas na promoção da adesão de usuários aos cuidados terapêuticos nas condições crônicas. *O mundo da saúde*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 526-30, jul. 2012. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/490>. Acesso em: 09 fev. 21

RECIFE. Prefeitura do Recife. Prefeitura do Recife amplia vacinação para idosos com 80 anos ou mais. *Secretaria da Saúde*, 2021. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/noticias/10/02/2021/prefeitura-do-recife-amplia-vacinacao-para-idosos-com-80-anos-ou-mais>. Acesso em: 07 mar. 2021.

ROLIM, C. E.; ROSA, S. P. S.; DIAS, J. M. F.; GONÇALVES, S. A. A.; MEDEIROS, A. P. DE; LEITE, L. O. B.; PAIVA, A. C. C.; EVANGELISTA, K. M. S. A importância da atenção farmacêutica e a diabetes *mellitus* tipo 2. *INTESA – Informativo Técnico do Semiárido*, Pombal, v. 10, n. 2, p. 92-104, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA/article/view/4575>. Acesso em: 7 mar. 2021.

SANTOS, V. B.; ROSA, P. S.; LEITE, F. M. C. A importância do papel do farmacêutico na Atenção Básica. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 19, n. 1, p. 39-43, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/index.php/rbps/article/view/17715>. Acesso em: 12 mar. 2021.

SANTOS, I. M.; VILELA, R. B.; FREITAS, D. A. Competências para o farmacêutico atuante na gestão em saúde: um estudo Delphi. *CIAIQ*, v. 2, 2017. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1455>. Acesso em: 12 mar. 2021.

SATO, A. P. S. Programa Nacional de Imunização: Sistema Informatizado como opção a novos desafios. *Revista de Saúde Pública*, p. 49-59, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-So034-89102015049005925.pdf. Acesso em: 10 mar. 2021.

SILVA, L. M. C.; ARAÚJO, J. L. Atuação do Farmacêutico clínico e comunitário frente à pandemia da COVID-19. *Research, Society and Development*, São Paulo, v. 9, n. 7, e684974856, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/4856/4081/22276>. Acesso em: 12 mar. 2021.

TADIC, M.; CUSPIDI, C.; GRASSI, G.; MANCIA, G. COVID-19 and arterial hypertension: Hypothesisorevidence? *Journal of clinical hypertension*, Belgrado, v. 22, n. 7, p. 1120-26, jul. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7362072/>. Acesso em: 12 mar. 2021.

TEIXEIRA, A.; SANTOS, R. D. C. Fake news colocam a vida em risco: a polêmica da campanha de vacinação contra a febre amarela no Brasil. *Revista Eletrônica de Comunicação*, v. 14, p. 72-89, 2020. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1979>. Acesso em: 12 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Addressing the global shortage of, and access to, medicines and vaccines*. Geneva: WHO, 2013.

CAPÍTULO 11

SOBRE ITINERÁRIOS, PELEJAS E POSSIBILIDADES

*Márcia Maria Dantas Cabral de Melo
Cynthia Kalyne de Almeida Alves.
Etiene Oliveira da Silva Fittipaldi
Fábia Alexandra Pottes Alves
Marina de Moraes Vasconcelos Petribú
Cléverton da Silva Santos
Hercília Melo do Nascimento
Milena Cristina da Silva
Delaine Cavalcanti Santana de Melo*

Introdução

Os Programas de Residência Multiprofissional assumem o propósito de implementar formação diferenciada de quadros para o Sistema Único de Saúde (SUS) e atendimento das necessidades de saúde da população. Na intencionalidade da reorientação da formação profissional em Saúde, houve um esforço por induzir vivências interdisciplinares, desde as etapas iniciais da graduação, aliado ao incentivo a Programas de Residências Multiprofissionais, com a propositura de abarcar integração ensino-serviço e educação permanente, vislumbrando-se o alcance de ensinagens e aprendizagens diferenciadas que incidissem no cuidado à população. Configura-se, assim, a Educação na Saúde pensada como intervenção implicada e interseccionada pelas relações entre profissionais, seus pares e a população usuária dos serviços de saúde (CECCIN; CARVALHO, 2006).

Seguindo esse itinerário, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (PRMSF-CCS/UFPE) objetiva a formação de profissionais de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social e Terapia Ocupacional orientada por valores como autonomia, participação e empoderamento das pessoas, integralidade da atenção, educação permanente, controle social e outros, que traduzem os princípios do SUS e as necessidades dos(as) usuários(as) (MELO; MENDONÇA, 2021; MELO *et al.*, 2010; COSTA; MIRANDA, 2009).

Desafios gestionários e políticos do tempo presente

O processo gestionário da Residência é campo complexo e, por vezes, conflituoso. Envolve elementos políticos e operacionais diversos; imprescinde da rotina administrativa e burocrática, bem como do estabelecimento de parcerias, de negociações, até a vinculação dos(as) residentes às equipes e territórios, da mediação contínua entre as bases teórico-metodológica, ideopolíticas e interventivas da formação e das práticas desenvolvidas no “chão do território”.

O debate sobre gestão social comporta diferentes modalidades na literatura especializada. Nos limites deste ensaio, abordam-se sucintamente as modalidades da gestão gerencial e da gestão democrática-participativa. Segundo Gonçalves, Kauchakje e Moreira (2015), as principais características do modelo gerencial é fazer uso de diferentes técnicas, ferramentas e práticas administrativas que surgem no campo da iniciativa privada e, entre outras características, busca flexibilidade; baixo custo e qualidade; círculos de controle de qualidade; certificações; redução dos níveis hierárquicos; terceirização de algumas atividades e uso da tecnologia da informação (GONÇALVES; KAUCHAKJE; MOREIRA, 2015 *apud* MELO; MENDONÇA, 2021, p. 228-229).

Sabe-se que a gestão gerencial, em sua adoção de princípios empresariais alinhados à lógica neoliberal, tem-se tornado a tônica da gestão pública brasileira desde a implementação da Reforma do Estado nos Governos de Fernando Henrique Cardoso, com forte recuo da ação prioritária do Estado na promoção das políticas sociais públicas, como ataque frontal ao tripé da Seguridade Social, conformada nas políticas de Assistência Social, Previdência Social e Saúde. Essa decisão política e os interesses privatistas subjacentes tiveram e têm efeitos deletérios sobre as condições materiais de existência da população.

Em contraposição, a gestão democrática-participativa enfatiza descentralização, municipalização das ações, intersetorialidade e articulação das políticas públicas em todas as esferas de governo (GONÇALVES; KAUCHAKJE; MOREIRA, 2015 *apud* MELO; MENDONÇA, 2021, p. 145):

Essa gestão adota como prioridade as demandas das classes populares, realizando uma inversão das gestões tradicionais que privilegiam os grupos de poder já estabelecidos. Ela prevê o acesso da população aos serviços essenciais e privilegia os interesses populares, tidos como garantia de direitos e não mero assistencialismo, bem como amplia o processo de democratização com a adoção de instrumentos e mecanismos de participação social.

O tema da gestão participativa é discutido desde o Movimento da Reforma Sanitária e almejada pelo SUS. Contudo, o processo histórico de implementação do SUS demonstra dificuldades para instaurar inovações institucionais direcionadas à gestão democrática-participativa capazes de responder às necessidades de saúde com corresponsabilidade, enfrentando os “gargalos” e deficiências na gestão e nas práticas de atenção em saúde, geradoras de insatisfação dos(das) usuários(as), relacionados à (des)humanização do cuidado e às dificuldades ao acesso oportuno e resolutivo (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Campos (2013) apresentou um método para análise e cogestão de coletivos, baseado na matriz crítica dialética, que articula repertórios dos campos da política, do planejamento, da análise institucional, da Pedagogia e da Psicanálise. Assim proposto, o método da roda indica um modelo de gestão participativa que perpassa transversalmente todos os espaços de produção à saúde, vislumbrando o estabelecimento/fortalecimento de relações dialógicas e a autonomia dos sujeitos envolvidos.

A partir de 2003, no âmbito das transformações sociais e políticas iniciadas no primeiro governo Lula (MENICUCCI, 2011), houve a ampliação das discussões que repensaram a gestão do sistema de saúde ante o processo de democratização brasileiro em curso (OUVERNEY; NORONHA, 2013). A formulação de modelos de gestão participativa ocorre nesse ambiente, que era igualmente favorável à expansão da rede de atenção do SUS a partir da APS, resultando que muitas das formulações de Campos (2010) se traduziram nos princípios, diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), implantada em 2004 (BRASIL, 2004), propondo-se enfrentar a racionalidade gerencial taylorista corrente. A intenção era estabelecer/fortalecer relações horizontais entre gestão e atenção, atuar na coprodução do sujeito e do coletivo e reconstruir conceitualmente a prática do trabalho em saúde, entre outros. Evidencia-se que a implementação da PNH induziu transformações nos modos de gerir e de cuidar compartilhados que foram observados em resultados alcançados na Estratégia Saúde da Família e na rede de atenção (GUEDES *et al.*, 2012).

A ofensiva conservadora é demarcada pelo golpe político-institucional imposto em 2016 e seus desdobramentos em incisiva contrarreforma do Estado brasileiro e da Política de Saúde, em particular. O PRMSF-CCS/UFPE, nos últimos quatro anos, especialmente pelas inflexões da conjuntura, não saiu ileso ante a instabilidade macroeconômica e política do país, além do acentuado ataque aos direitos sociais fundamentais.

Nos anos recentes, os desafios gestionários e políticos se ampliaram, exigindo olhar para o agora e para adiante, continuamente instigados(as)

pela problematização de manter a formação qualificada do ponto de vista teórico-metodológico e alinhada aos compromissos ético-políticos com a defesa da saúde pública, gratuita, estatal. Nesse processo, reconhecemos tensionamentos, mas também o engendramento de alternativas possíveis e potentes pelos segmentos em presença no processo de formação e de cuidado – residentes, preceptores(as) e tutores(as) à guisa de imprimir reorientação às práticas cotidianas multidisciplinares sempre vinculadas à população e baseadas no diálogo e na sua participação enquanto cidadãos(ãs). Nesse sentido, salientamos que fomentar práticas de educação popular e da possibilidade organizativa que agrega pode ser alternativa potente para o tempo presente de silenciamento e apagamento dos sujeitos de direitos.

Lutas e resistências sob o olhar de residentes

A vivência dos(as) residentes do PRMSF-CCS/UFPE, nesse contexto, tornou-se mais complexa e difícil de lidar diante da implementação, pelo governo federal, nos últimos anos, de políticas sociais e econômicas ancoradas na lógica da austeridade fiscal. Os ataques constantes às políticas públicas, principalmente de saúde e educação, desdobram-se em ataques a direitos, cortes de verbas e falta de condições adequadas de trabalho. Além disso, as populações já historicamente vulnerabilizadas são atingidas diretamente pelas ações neoliberais e privatistas, tornando-se ainda mais vulneráveis e marginalizadas.

Nesse contexto, estudantes e trabalhadores lutam todos os dias para a melhoria dos serviços, de modo que lhes seja garantida a continuidade do exercício de suas funções de forma salubre e digna. Nos programas de pós-graduação, os cortes também se fizeram presentes, trazendo mais insegurança e incertezas sobre o futuro das universidades, suas pesquisas e projetos de extensão. As Residências Multiprofissionais, inseridas dentro do contexto das universidades públicas e em serviços de saúde,

também sentiram o impacto das medidas de austeridade, refletindo no desmonte do SUS.

O Fórum Nacional de Residentes, ao qual o coletivo de residentes do PRMSF-CCS/UFPE vincula-se, busca articulação com setores dos movimentos sociais populares e articula mais fortemente seus próprios movimentos de lutas e resistências, tendo como base principal o Encontro Nacional das Residências em Saúde, organizado anualmente, e que se tornou um dos momentos mais importantes para a discussão de caminhos para a conquista de melhoria dos Programas de Residência, em âmbitos nacional e local. Tais eventos contam com o apoio e participação de preceptores(as), coordenadores(as) e tutores(as) dos Programas, bem como de movimentos sociais. O caráter crítico e organizativo desses encontros torna o momento altamente rico e potente para compartilhar vivências, experiências e trabalhos realizados no âmbito da saúde, além de fortalecer a união diante da atual conjuntura de cortes.

Exemplo foi o Encontro Nacional realizado na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, em 2019, que teve como tema: *Do sertão ao mar seremos resistência: Residências em defesa da vida*, com a presença dos segmentos que compõem o PRMSF-CCS/UFPE. Além do encontro nacional, outros que o precedem são realizados regionalmente. Em Pernambuco, destaca-se o *Coletivo Pernambucano de Residentes em Saúde*, que se articula nessa luta constante em busca de dar voz ativa e representar os residentes, principalmente no sentido de fortalecer a interiorização dos Programas de Residência. Essa, aparece como uma das principais bandeiras levantadas, sinalizando certo descaso e abandono, prejudicando dezenas de residentes que ajudam a fortalecer o SUS em áreas mais carentes e necessitadas do estado, enquanto os programas da região metropolitana da capital, Recife, são priorizados e ganham maior atenção.

Como exemplo de articulação com outros movimentos sociais, tem-se a participação de residentes do PRMSF-CCS/UFPE na Campanha Mãos Solidárias. Iniciada em março de 2020, contou com suporte de diversas organizações, voluntários e o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem

Terra (MST), com ações diversas de apoio comunitário e enfrentamento da Covid-19. O Projeto Marmitas Solidárias, ação integrante dessa campanha, distribuiu refeições para pessoas em situação de rua da cidade do Recife e teve inserção direta das Residências em Saúde na articulação política e luta pela garantia dos direitos básicos para essa população tão invisibilizada, sendo que, naquele momento, inexistia programa governamental de proteção social (FIOCRUZ, 2020).

Os(as) residentes do PRMSF-CCS/UFPE conduziram sua participação na construção coletiva dando apoio na organização, distribuição das marmitas e no fortalecimento político, na condução de estratégias que possibilitaram esclarecer aos usuários a importância do uso da máscara e da higienização das mãos. Foi realizado um curso de formação de Agentes Populares de Saúde que ofereceu acompanhamento às famílias dos bairros onde residiam (BEZERRA, 2020).

Nos campos de prática das Residências em Saúde, essas lutas são diárias, principalmente na Atenção Primária, que, mesmo diante das adversidades vividas pelos protagonistas que mantêm de pé o SUS, unem-se para mostrar sua força. Como dizia o tema do Encontro Regional de Interiorização de Residentes, que ocorreu em 2019, no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco: *Apesar de você amanhã há de ser outro dia*. Diante do cenário que se apresenta, nós, que fazemos ou que fizemos parte do PRMSF-CCS/UFPE, somos e seremos resistência na luta em defesa pelo SUS e pela educação pública de qualidade.

Institucionalidade, ameaças e insurgências

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no ano de 2004, representa um marco para a formação e trabalho em saúde no país. O marco que antecede a PNEPS, e que merece destaque, é a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, no ano de 2003 (BRASIL, 2018).

As Residências Multiprofissionais em Saúde avançam no Brasil desde 2005 por meio de políticas indutoras dos Ministérios da Saúde e da Educação. Nesse mesmo período, essas áreas se tornam fonte de amplo investimento, trazendo diversos impactos para a formação e o trabalho em saúde (CASTRO E CASTRO, 2018).

Embora as Residências venham ganhando força em âmbitos nacional e local, alguns entraves persistem e precisam ser considerados, tais como o desmonte do SUS, ainda que seja reconhecido como processo que ocorre em longo prazo, tornou-se mais intenso no atual governo federal. Com a aprovação da Emenda Constitucional 95 (BRASIL, 2016), o orçamento da saúde passa a ser congelado por 20 anos, transformando o subfinanciamento crônico da saúde no desfinanciamento do SUS. Essa Emenda desconsiderou as necessidades de saúde da população, o crescimento populacional relacionado à transição demográfica, os custos associados à mudança do perfil assistencial determinado pela prevalência das doenças não transmissíveis e das causas externas, assim como a necessária expansão da rede pública.

Com a instituição do novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS, Programa Previne Brasil, é retirado o incentivo para custear as equipes Nasf-AB dentre os programas prioritários, impedindo sua continuidade e, assim, prejudicando o cuidado ampliado em Saúde na grande maioria dos municípios brasileiros que não conseguiram custear a manutenção dessas equipes com receita própria (BRASIL, 2019). A Nota Técnica n.º 3 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) veio confirmar esse cenário, explicitando que cabe ao gestor municipal definir como implementar suas equipes multiprofissionais, porém não oferece nenhuma normativa, processo de trabalho ou território de abrangência de cada uma dessas equipes. Tais mudanças promovem retrocessos na Política Nacional de Saúde, retomando um modelo que valoriza somente ações individuais medicalizantes e não reconhecem a importância das ações coletivas e interdisciplinares que devem estar pautadas nas necessidades e particularidades de cada território e usuário.

Nesse contexto de insegurança e incertezas referentes ao processo de trabalho e à permanência dos profissionais que compõem a APS em seus territórios de abrangência, os processos de integração ensino-serviço-comunidade são impactados e se fragilizam. E, como se não fosse suficiente, surge a pandemia de Covid-19 com consequências que exacerbam a desconstrução e a precarização das políticas de assistência social, de saúde e de educação, provocando efeitos imediatos e avassaladores sobre a população. A necessidade do distanciamento social, a redução das atividades presenciais, o adoecimento físico e mental dos usuários, dos familiares e das equipes intensificaram as barreiras físicas, psicológicas e sociais relacionadas à inserção e manutenção dos residentes do PRMSF/CCS/UFPE nos territórios designados pelas instituições formadora (UFPE) e executora (prefeitura do Recife) dessa Residência.

Outro fator desfavorável, enfrentado pelos Programas de Residência, foi a inatividade recente do principal espaço de articulação e governança, que é a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Ela enfrentou, em sua curta história, alguns momentos de inatividade. Entre 2016 e 2017, houve um período de aproximadamente um ano de suspensão das reuniões, causando muitos questionamentos e cobranças para a sua retomada. Em outubro de 2017, foram retomadas as reuniões, porém sem a publicação da nomeação dos membros, apesar das indicações terem sido realizadas. As reuniões seguiram assim até maio de 2019, quando foi questionada a legitimidade dos membros devido à ausência de publicação da portaria de nomeação, e as reuniões foram novamente suspensas, permanecendo nessa situação por mais de dois anos, fazendo com que as decisões de responsabilidade da CNRMS, que deveriam ter sido debatidas e deliberadas democraticamente, fossem tomadas à revelia dos membros legitimamente indicados (AVAAZ.org, 2019).

A inativação da CNRMS fragilizou a constituição dos Programas de Residência em área da saúde como política, quebrando a continuidade do trabalho que vinha sendo feito para fortalecer o aparato legal das Residências, que hoje se encontra fragmentado e desatualizado,

paralisando também processos de novos programas e ampliação de vagas (AVAAZ.org, 2019). Por outro lado, o movimento nacional de resistência em favor das Residências ganha força também com a tramitação de um Projeto de Lei que tramita na Câmara dos Deputados, apresentado pelo deputado e ex-ministro da Saúde Alexandre Padilha, para regulamentar a Residência em área de Saúde.

No dia 16 de setembro de 2021, foi publicada a Portaria Interministerial (do MS e do MEC) número 7, que versa sobre a estrutura e reorganização da CNRMS. No entanto, ela alterou a composição dos membros dessa Comissão, restringindo o número de participantes do controle social, tendo em vista que a maioria absoluta de representantes são indicados pelo governo, não havendo representação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nem dos formadores locais (coordenadores, preceptores e tutores dos programas de residência), além da redução da representação dos residentes a um, excluindo os residentes dos programas multiprofissionais. Além disso, a portaria privilegia os hospitais como local de formação, já que estão representados os hospitais e institutos federais do MS e também os hospitais federais de ensino (via EBSERH), sem haver representação das redes de ações e serviços de atenção, gestão, vigilância e promoção da saúde.

Por esses e outros motivos, algumas instituições, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Estadual de Residências em Saúde de Pernambuco, manifestaram-se contrárias a essa portaria, publicando documentos reivindicando a revogação da mesma e reedição, em diálogo com o CNS e as entidades representativas dos segmentos de trabalhadores, residentes e usuários de saúde.

Em Pernambuco, apesar dos rebatimentos advindos da conjuntura, a criação de espaços de articulação e governança na ordenação e condução dos Programas de Residência contribui para o fortalecimento e resistência à descontinuidade dos mesmos. O estado de Pernambuco sempre foi pioneiro em relação às Residências, considerando-as prioridade para o processo de formação, tendo apoiado os Programas tanto

no que se refere a financiamento de bolsas, capacitação de preceptores e gestores quanto pela via da criação de espaços de discussão e deliberação democrática. Em 20 de abril de 2016, foi criado o Fórum Estadual das Comissões de Residência Multiprofissional em Saúde (Coremu) no estado, que se reúne mensalmente e tem como membros os coordenadores de todas as Coremus do estado de Pernambuco, além de dois representantes da Diretoria Geral de Educação na Saúde, com a finalidade de atuar em regime de colaboração, no planejamento e desenvolvimento de ações de aprimoramento dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (PERNAMBUCO, 2018).

A Comissão Estadual de Residências em Saúde foi instituída em Pernambuco atendendo às discussões e encaminhamentos advindos do III Seminário Estadual de Saúde, realizado nos dias 19 e 20 de setembro de 2019. Entende-se a necessidade de ampliar os espaços de debates e deliberações políticas, de regulamentação e avaliação dos programas no estado, principalmente pelo não funcionamento da CNRMS, promovendo novo espaço de governança no âmbito da Política Estadual de Residências em Saúde (PERNAMBUCO, 2021). Trata-se, de forma geral, de órgão colegiado que tem a finalidade de discutir, acompanhar, avaliar e deliberar sobre ações para fortalecimento da Política Estadual de Residências em Saúde em Pernambuco e para o aprimoramento dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, tornando-se necessária uma definição mais específica de seu papel, considerando os demais espaços institucionais que operam a governança da política. A construção de escopo e das atribuições para atuação efetiva no campo da regulamentação de aspectos ético-políticos que envolvem os Programas de Residência em Pernambuco vem sendo trabalhada nas reuniões mensais ao longo do ano de 2021.

Além desse percurso de insurgência e organização coletiva, que agrega discussão e deliberação nos Seminários Estaduais, Regionais e Nacionais e os Fóruns Nacionais e Regionais de Coordenadores, Tutores e Preceptores e Residentes, destaca-se a importância da gestão democrática dos Programas

de Residência, evidenciada por meio dos diferentes níveis de gestão, que envolvem os colegiados internos dos programas e a Coremu, atuando de forma colegiada e envolvendo os diferentes segmentos que os compõem – coordenadores(as), preceptores(as), tutores(as), docentes e residentes.

No âmbito da UFPE, a Residência em Área Profissional da Saúde vem se consolidando nos últimos anos, sendo um dos marcos a instituição e a implementação da Coremu da UFPE, em 09 de junho de 2011, e sua vinculação à Pró-Reitoria de Pesquisa (Propesq), recentemente subdividida em duas Pró-Reitorias: uma de Pesquisa e Inovação (Propesqi) e outra de Pós-Graduação (ProPG), sendo que a essa última nos vinculamos atualmente. Com a criação da ProPG, foram constituídas a Diretoria de Pós-graduação *Lato Sensu* e a Coordenação Geral de Residências. Esta última abrange as seções de Residência Médica e Multiprofissional, a qual, entre outras funções, vem trabalhando no sentido de regulamentar os Programas de Residência na Universidade, investindo em sua visibilidade com o apoio necessário à execução e buscando mecanismos de valorização dos profissionais e residentes envolvidos(as).

Com a criação da ProPG, foram constituídas a Diretoria de Pós-Graduação *Lato Sensu* e a Coordenação Geral de Residências. Esta última abrange as seções de Residência Médica e Multiprofissional, a qual, entre outras funções, vem trabalhando no sentido de regulamentar os Programas de Residência na Universidade, investindo em sua visibilidade com o apoio necessário à execução e buscando mecanismos de valorização dos profissionais e residentes envolvidos(as).

A UFPE, ao incluir em sua estrutura organizacional tal coordenação para os programas de residência, toma posição de alinhar a relevância deles. Esse gesto busca unir em coordenação comum, ao contrário da separação ocorrida na origem, no âmbito federal, quando a Comissão Nacional de Residência Médica ficou no MEC e a de Residência Multi e Uniprofissional, no Ministério da Saúde. Esse movimento também alinha os programas uniprofissionais tradicionais (Enfermagem e Nutrição) e os de caráter multi e interdisciplinares, promovendo a equidade entre eles.

Enxergamos como desafio para o Centro de Ciências da Saúde a possibilidade de oportunizar a formação em cada núcleo profissional e, ao mesmo tempo, trabalhar o agir interprofissional a partir das necessidades oriundas do território vivo adscrito e da atuação dos(as) residentes em toda a rede de serviços do SUS com presença da UFPE.

Atualmente, existem cinco Programas de Residência em Área da Saúde, sendo dois uniprofissionais e três multiprofissionais, ligados ao Centro de Ciências da Saúde. Os primeiros surgiram na década de 1980: os de Enfermagem e Nutrição, executados no Hospital das Clínicas (HC). Nos anos 2000, iniciaram-se os interdisciplinares no HC, com ênfase em Saúde da Mulher e em Nefrologia; o de Saúde da Família, na rede SUS municipal do Recife; e, recentemente, a UFPE passou a ser instituição formadora do Programa Multiprofissional em Terapia Intensiva, cujo programa de práticas é executado no Real Hospital Português. Apesar desse decurso histórico e de os Programas de Residência requisitarem o trabalho docente, a regulamentação da carga horária de ensino e tutoria nesse campo veio a ser reconhecida na UFPE apenas em 2016. Há, ainda, Programas de Residência em Pedagogia, os quais são mais relacionados às licenciaturas, como o de Educação Física.

Na APS, essa formação se dá por meio dos Programas que têm como campo de prática territórios adscritos da Estratégia Saúde da Família. Pode-se reconhecer que os serviços em Hospitais Universitários, como o HC, e em outros hospitais da rede de atenção, podem se tornar espaços qualificados para a indução de práticas inovadoras coerentes com as diretrizes do Sistema Único de Saúde quando saem dos seus muros e se encontram no território, daí a imprescindibilidade da formação nos diversos níveis de atenção do SUS, desde o nível primário ao terciário. Ademais, podem desempenhar importantes mediadores na constituição das redes integradas de saúde (ALVES, 2017).

Destaca-se a primazia da formação em Residências, no fortalecimento dos processos de regulação e educação permanente e no enfrentamento da fragmentação das práticas de cuidado. Os profissionais formados acabam sendo atuantes mediadores de integração da rede, ora atendendo e diagnosticando os pacientes na atenção básica, ora atuando em ambulatório, ora encaminhando esse paciente para os ambulatórios dos hospitais de ensino, por exemplo. Além do conhecimento técnico, amizade e solidariedade são valores que emergem dessa relação e perduram como nós de ligação da rede. A Residência, em longo prazo, contribui para a formação mais completa e ampliada do clínico e também de todos os profissionais de saúde.

Os programas de Residência, tradicionalmente considerados o “padrão ouro” de formação em serviço para os núcleos profissionais, quando são multiprofissionais, tornam-se um potente indutor de mudanças do modelo assistencial biomédico vigente, por operarem, na prática, os princípios e diretrizes do SUS. Os atuais Programas de Residência da UFPE podem atuar como elemento de mudança do modelo assistencial biomedicalizante hegemônico, de clínica centrada nos procedimentos, em direção a um modelo mais integrador e integrado. Até mesmo os programas hospitalares podem diversificar os cenários de prática, como no caso das clínicas-escola existentes no Centro Acadêmico das Ciências da Saúde, para uma formação baseada na concepção ampliada de saúde, como já incentivado pelo Pró-Residência como o estágio em rede. Tais recomendações se constituem em embrião da integralidade sistêmica quando contribuem para a formação na perspectiva do cuidado integral e integrado (ALVES, 2017). Tal movimento de integração pode ocorrer ainda com o uso de dispositivos de cuidados inovadores já adotados pelos Nasf-AB, por exemplo, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares.

Manter esse propósito de integração e cuidado integral, mesmo diante do desmonte das políticas públicas de seguridade social, saúde e educação pública, é um ato de resistência, de proteção à cidadania e de melhoria da formação e da assistência à saúde no Brasil. A UFPE, especialmente no

que concerne aos Programas de Residência, demarca grande contribuição à rede SUS, potencializada pela articulação de múltiplos atores e serviços.

Considerações finais

Pensar um percurso exige retomar itinerários e rememorar pelepas, desafios e conquistas vivenciadas. Na atual conjuntura de ofensiva burguesa aos direitos sociais, entre os quais o direito à Saúde, conformada no aligeirado processo de neoliberalização do Estado brasileiro, entende-se que tal percurso tenha sido crivado de tensionamentos e dificuldades.

O SUS, embora desde sua origem possa registrar a disputa de projetos – um, universalizante e estruturador; outro, mercantil-privatista –, sofre, no contexto atual, ataque frontal à sua viabilidade. Esse espetáculo de horrores não se desenrola sem luta e resistência.

O presente texto, escrito a muitas mãos, evidencia um processo reflexivo-operativo de um grupo de docentes vinculadas a Programas de Residência em Área Profissional de Saúde de diferentes formas, mas com uma única intencionalidade: contribuir na formação de quadros para o SUS e na qualificação da rede locorregional de Saúde.

Esse olhar para trás, como que pelo retrovisor de um decurso temporal, impõe a tarefa de reconhecer perdas, mas, em outra perspectiva, de pensar o alcance dos Programas de Residência como indutores de práticas em Saúde implicadas com a população usuária e com o provimento do melhor cuidado possível nas condições objetivas dadas.

A formação e o crescimento dos Programas de Residência marcaram e marcam indelevelmente as redes de atenção em Saúde e a formação continuada das equipes, deixando no cotidiano de trabalho efeitos práticos de discussão e abordagem de casos, espaços de educação permanente, planejamento e implementação de projetos de ação e produção de conhecimento, como elementos diferenciados da formação que se processa na articulação ensino-serviço.

Ressalta-se que esse alcance foi viabilizado por uma confluência de possibilidades, entre as quais destacamos como fundantes: uma Universidade que cumpre com sua função social de excelência em produção científica e na formação profissional; docentes implicados(as) e posicionados(as) ética e politicamente com a defesa da Saúde pública, “direito de todos e dever do Estado”; profissionais preceptores(as) e residentes que operam a Política de Saúde com a população de modo a garantir cuidado, assistência integral e acesso a direitos.

Referências

ALVES, C. K. A. *Constituição e integralidade da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doença Renal Crônica em Terapia Renal Substitutiva no âmbito estadual: uma avaliação baseada na teoria ator-rede*. 2017. 225 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/23679>. Acesso em: 12 dez. 2021.

AVAAZ.org. *Petições da Comunidade. Retomada da CNRMS!* Postado em 16 julho 2019 e atualizado em 5 agosto 2019. Disponível em: https://secure.avaaz.org/community_petitions/po/Residentes_Retomada_da_CNRMS/?zSliZnb. Acesso em: 9 jul. 2021.

BEZERRA, L. Do Recife para o Brasil: iniciativa capacita Agentes Populares de Saúde. *Brasil de Fato*, 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/07/21/do-recife-para-o-brasil-iniciativa-capacita-agentespopulares-de-saude>. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. *Emenda constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016*. Novo Regime Fiscal. Brasília, DF, 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Programa Previne Brasil. Brasília, DF, 12 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Nota Técnica n.º 3/2020-DESF/SAPS/MS*. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF, 28 jan. 2020.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2337-44, 2010. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v15n5/v15n5a09.pdf. Acesso em: 17 fev. 2022.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CASTRO E CASTRO, M. M. As Residências Multiprofissionais em Saúde e o Serviço Social. *Revista Serviço Social em Perspectiva*, Montes Claros, esp., mar. 2018. Disponível em: www.periodicos.unimontes.br/sesoperspectiva. Acesso em: 15 ago. 2021.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006.

COSTA, R. K. S. C.; MIRANDA, F. A. N. Formação Profissional no SUS: Oportunidades de Mudanças na Perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. *Trabalho Educação e Saúde*, v. 6 n. 3, p. 503-17, nov. 2008/fev. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/L8hPTmQmyPWJvG4swCvbbXp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2022.

FIOCRUZ (PE). *Agentes Populares de Saúde: ajudando minha comunidade no enfrentamento da pandemia de covid-19*. MÉLLO, L. M. B. D. (coord.). Recife: Fiocruz-PE, 2020. Disponível em: <https://www.campanhamaossolidarias.org/agentes>. Acesso em: 15 ago. 2021.

GONÇALVES, M. T.; KAUCHAKJE, S.; MOREIRA, T. A. Modalidades de gestão social no Brasil. *InSitu*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 131-54, 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.fiamfaam.br/index.php/situs/article/view/349/pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R. L.; BARROS, M. E. B. B. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 93-101, 2012. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_93-101.pdf. Acesso em: 14 jul. 2021.

MELO, D. C. S.; MELO, M. M. D. C. Gestão político-pedagógica dos programas de residência. Trabalho de Conclusão do Curso (Aperfeiçoamento em Gestão de Residências em Saúde) – Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Recife, 2018.

MELO, D. C. S. M.; MENDONÇA, V. N. T. Gestão Acadêmica do Ensino Superior Público: desafios e tendências contemporâneas. In: LIRA, A. K. M.; FERREIRA, S. P. A. (org.). *Formação continuada de professores da educação superior na UFPE: reflexões vivenciadas em curso de aperfeiçoamento didático pedagógico*. Recife: Ed. UFPE, 2021. p. 227-36. (Coleção NUFOPE).

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no Governo Lula. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-32, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/v20n2/22.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 143-82. v. 3. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173-06.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 4541-48, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hcgHbs6rBMNdsSw7PFbfhz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.

PERNAMBUCO. Portaria que institui o Fórum Estadual de Coremu. *Diário Oficial do Estado de Pernambuco*: Recife, PE, 29 maio 2018.

PERNAMBUCO. *Portaria n.º 660*. Secretaria Executiva de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde, 13 nov. 2020.

POSFÁCIO

Itamar Lages

O que aprendi com a narrativa do Coletivo que cuida
da Residência de Saúde da Família, da UFPE

Oh! Bendito o que semeia
Livros... livros à mão cheia...
E manda o povo pensar!
O livro caindo n'alma
É germe – que faz a palma,
É chuva – que faz o mar.

Começo este posfácio citando um pequeno trecho do belo poema *O Livro e a América*, de Castro Alves. O menciono porque as sucessivas leituras deste livro – *Residência Multiprofissional em Saúde da Família: 10 anos de formação comprometida com o SUS* – está produzindo em mim alguns efeitos. E os produz, certamente, porque estou no cerne de um Programa de Residência em Saúde da Família que, em 2020, completou cinco anos.

Dentre os efeitos, destaco as lições que ainda estou assimilando. Dessas lições, eu compartilho alguns aspectos.

Eu o tenho lido como ele me aparece: uma narrativa que expõe uns sentidos a serem superados e outros que devem ser fortalecidos. Digo que o livro é, portanto, uma narrativa informada pela subjetividade do direito à saúde, e essa é uma forma desejada de regulação societária totalmente oposta àquela em que “o homem é o lobo do homem”.

A subjetividade do direito à saúde, tal como se pode apreendê-la no livro, faz do ideário do Sistema Único de Saúde (SUS) a sua visão de mundo, de sociedade e de ser humano.

O livro é, então, um dispositivo agregador das falas de pessoas comuns: umas integrantes de instituições rigidamente estruturadas, e outras, participantes de coletivos em movimento na sociedade. Umas e outras têm em comum o interesse na criação e no desenvolvimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (PRMSF-CCS/UFPE), que é apresentado como um projeto-objeto de amor e cuidado ao SUS.

O PRMSF-CCS/UFPE também é apresentado como um projeto capaz de incidir na sociedade de maneira oposta aos sentidos da hegemônica ordem sociopolítica brasileira que se fortaleceu por meio de instituições como as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Essas instituições se conformaram desde a segunda década de 1900 até o ano de 1993, contribuindo para modelar a sociedade por meio de práticas de indiferença à desigualdade social, de mercantilização dos serviços de saúde, de fragmentação organizacional, de supremacia da biomedicina e do hospital, do centralismo administrativo, do clientelismo, do paternalismo, do populismo, da focalização, e do silenciamento das práticas integrativas e complementares.

O confronto sistemático à ordem hegemônica se deu por intermédio do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), que começou a ganhar corpo

com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e da então Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979.

Esses e outros sujeitos sociais do MRS realizaram, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), que denunciou uma das mais importantes características modeladoras da ordem sociopolítica hegemônica: “a inadequada formação de recursos humanos, tanto em nível técnico, quanto nos aspectos éticos e de consciência social”. Essa acusação teve como consequência a proposta de “capacitação e reciclagens permanentes”, até se tornar uma definição constitucional de formação de pessoas para o SUS, e se desdobrar nos artigos da Lei Orgânica n.º 8080 de 1990, até ser definitivamente sistematizada, em 2007, na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que é um dos fundamentos específicos dos Programas de Residência.

Os 21 anos de luta do MRS não se esgotam com a aprovação e publicação da PNEPS, pois outras pessoas reunidas por todo o Brasil, ainda hoje, praticam as ações desse Movimento em várias áreas específicas e afins do SUS. Esse é o caso do Coletivo de formulação, criação e coordenação do PRMSF-CCS/UFPE, constituído em 2006, cujas atitudes, nesses 14 anos, o remetem à identificação com a Reforma Sanitária brasileira e, por conseguinte, o faz porta voz da subjetividade do direito à saúde.

Quando o Coletivo do PRMSF-CCS/UFPE começou a existir, em 2006, a primeira edição da PNEPS e o Programa Brasil Sorridente já estavam dados desde 2004. Em 2005, foi criado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e estabelecida a Política e o Plano Nacional da Juventude, que incluem a Residência em Área Profissional. Em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foi criado para aumentar a capacidade resolutiva da Atenção Primária.

É possível, então, afirmar que 2006 é um momento particular da conjuntura política que favoreceu o confronto e a modificação de algumas características estruturais da ordem hegemônica. E isso foi possível devido às medidas políticas adotadas pelos governos constituídos no período de

2003 a 2016. Isso é posto aqui porque entendo o Coletivo de formulação, criação e coordenação do PRMSF-CCS/UFPE como um acontecimento importante da conjuntura aqui mencionada.

Quando, em 2010, o PRMSF-CCS/UFPE foi finalmente criado, começou, então, a execução de práticas e saberes de um projeto no interior das instituições de ensino e de saúde, e com as famílias e seus indivíduos, nos espaços de suas moradias. Desse modo, as instituições, inclusive a família, favoreceram a lógica da discursividade do direito à saúde, particularmente quanto aos princípios da universalidade, equidade e integralidade preconizados pelo SUS. E o fizeram no processo educativo de formação de jovens pela modalidade de residência, enquanto esses trabalhavam produzindo cuidado nos territórios que também eram seus cenários de práticas profissionais.

O modelo Saúde da Família, que chamaremos aqui simplesmente de PSF, foi iniciado em 1994, depois das experiências bem-sucedidas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, criado em 1991.

O PSF consiste numa proposta de processo de trabalho para incidir política e organizacionalmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Para tanto, foram mobilizados conhecimentos produzidos antes e depois de 1994, que compõem uma instrumentalidade crítica da desigualdade social, capaz de descrever e analisar a realidade pela perspectiva da categoria da determinação social, do conceito de território e orientar um plano de cuidados à luz da clínica ampliada.

Fazer desse modelo um projeto de curso de residência em saúde foi o propósito que o Coletivo do PRMSF-CCS/UFPE tomou para si desde 2006. Essa é uma tarefa que enfrenta muitas dificuldades, pois os efeitos das antigas características modeladoras da hegemônica ordem social e política se renovaram especificamente na concepção revisionista que tem sido chamada de Atenção Primária Seletiva. Essa proposta afeta negativamente equipes gestoras do SUS e de PSF, comunidades, famílias e indivíduos, com a supremacia de práticas assistenciais fortemente ancoradas na relação entre a queixa do usuário e a conduta do profissional/serviço e na oferta de programas burocraticamente definidos.

Importa aqui fazer uma breve digressão para mencionar que, em 1979, na Itália, agentes institucionais da Fundação Rockefeller, Banco Mundial, Fundação Ford, Centro Internacional para Pesquisa e Desenvolvimento, Agência Internacional para o Desenvolvimento, dentre outras, formularam uma revisão da proposta de cuidados primários elaborada em 1978, em Alma-Ata. A proposta revisionista suprime, entre outras diretrizes, aquelas que tratam da organização e integração reticular, e reduz a APS às seguintes ações programáticas: crescimento e desenvolvimento das crianças; reidratação; aleitamento materno; imunização; suplementação alimentar; alfabetização feminina; e planejamento familiar.

Diante dessa dificuldade, o Coletivo do PRMSF-CCS/UFPE não se furtou à autocrítica do seu próprio projeto pedagógico, de modo a torná-lo mais dinâmico e articulado às ações de outros sujeitos e seus projetos de intervenção social. Projetos esses que foram desenvolvidos, inclusive, no ano de 2020, quando a epidemia grassava em todo o território brasileiro mediante a potência que lhe era conferida pelas ações do governo federal.

Por conta desses e de outros aspectos que a emoção não me deixou expressar, visto que atropelou meu raciocínio, trato este livro como uma narrativa de sentidos a serem continuamente reconhecidos, identificados e interligados para fortalecer a subjetividade do direito à saúde. O livro é uma narrativa que fala da cautela e da ousadia adotadas entre 2006 e 2020, por parte de um Coletivo que tem feito o PRMSF-CCS/UFPE acontecer de maneira forte, em defesa do SUS, em favor da democracia e da vida, e contra a Emenda Constitucional n.º 95 de 2016, as revisões da PNAB de 2017, o abandono da concepção de território e a supressão do financiamento para a formação e manutenção das Equipes Nasf, dentre outras graves medidas de desmonte do SUS.

Por isso, eu compreendi o PRMSF-CCS/UFPE como projeto-objeto de amor, cuidado e, também, de resistência, tal como me foi narrado pelo *Residência Multiprofissional em Saúde da Família: 10 anos de formação comprometida com o SUS*.

SOBRE OS AUTORES

Agleildes Arichele Leal de Queirós

Fisioterapeuta; Doutora em Ciências da Saúde; Membro do grupo de trabalho que criou o PRMSF/CCS/UFPE.

Amanda Caroline Oliveira Henriques Mendes

Cirurgiã-dentista; Especialista em Saúde da Família, modalidade residência; Residente do PRMSF/CCS/UFPE, turma 2019-2021.

Ana Carolina Fonseca Marques

Fisioterapeuta; Mestre em Avaliação em Saúde; Coordenadora geral do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf-Recife).

Ana Nery Barbosa de Araújo

Fonoaudióloga; Doutora em Educação; Docente do Departamento de Fonoaudiologia da UFPE; Tutora do Núcleo de Fonoaudiologia do PRMSF/CCS/UFPE.

André Cavalcanti de Lima

Fonoaudiólogo; Egresso do Curso de Graduação em Fonoaudiologia/UFPE.

Andrezza Karla Barbosa Freitas

Fonoaudióloga; Profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf-Recife); Preceptora do PRMSF/CCS/UFPE.

Ângela Ferreira da Silva

Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem/UFPE.

Carla Meneses Hardman

Profissional de Educação Física; Doutora em Educação Física; Docente do Departamento de Educação Física da UFPE; Tutora do Núcleo de Educação Física e Docente do PRMSF/CCS/UFPE; Vice-coordenadora do PRMSF/CCS/UFPE, no biênio 2020/2022.

Caroline Rafael Novaes

Enfermeira; Profissional da Estratégia Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Recife; Preceptora do PRMSF/CCS/UFPE.

Cynthia Ivo da Silva Dias

Enfermeira; Profissional da Estratégia Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Recife; Preceptora do PRMSF/CCS/UFPE.

Cynthia Kalyne de Almeida Alves

Terapeuta Ocupacional; Doutora em Saúde Pública; Docente de Saúde Coletiva do Departamento de Terapia Ocupacional da UFPE; Tutora do Núcleo de Terapia Ocupacional e Docente do PRMSF/CCS/UFPE.

Cléverton da Silva Santos

Cirurgião-dentista; Especialista em Saúde da Família, modalidade residência; Residente do PRMSF/CCS/UFPE, turma 2019-2021.

Débora Vitória Firmino de Lima

Estudante do Curso de Graduação em Farmácia/UFPE.

Delaine Cavalcanti Santana de Melo

Assistente Social; Doutora em Serviço Social; Docente de Saúde Coletiva do Departamento de Serviço Social da UFPE; Tutora do Núcleo de Serviço Social e Docente do PRMSF/CCS/UFPE; Vice-coordenadora do PRMSF/CCS/UFPE, no biênio 2018/2020.

Edigleide Maria Figueiroa Barretto

Nutricionista; Doutora em Nutrição; Docente do Departamento de Nutrição da UFPE; Tutora do Núcleo de Nutrição e Docente do PRMSF/CCS/UFPE; Coordenadora do PRMSF/CCS/UFPE, no biênio 2012/2014.

Elyda Michellyne Coutinho de Oliveira

Enfermeira; Especialista em Saúde Pública; Residente do PRMSF/CCS/UFPE, turma 2021-2023.

Etiene Oliveira da Silva Fittipaldi

Fisioterapeuta; Doutora em Bioquímica e Fisiologia; Docente de Saúde Coletiva do Departamento de Fisioterapia da UFPE; Tutora do Núcleo de Fisioterapia e Docente do PRMSF/CCS/UFPE; Coordenadora do PRMSF/CCS/UFPE, no biênio 2020/2022.

Fábia Alexandra Pottes Alves

Enfermeira; Doutora em Saúde Pública; Docente de Saúde Coletiva do Departamento de Enfermagem da UFPE; Tutora do Núcleo de Enfermagem e Docente do PRMSF/CCS/UFPE.

Fabiana de Oliveira Silva Sousa

Fisioterapeuta; Doutora em Saúde Pública; Docente do Curso de Saúde Coletiva do Centro Acadêmico de Vitória, da UFPE; Tutora do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização da Saúde (PRMIAS) do CAV-UFPE.

Fernanda Cristina de Lima Pinto Tavares

Nutricionista; Doutora em Nutrição; Docente de Saúde Coletiva do Departamento de Nutrição da UFPE; Tutora do Núcleo de Nutrição e Docente do PRMSF/CCS/UFPE.

Gabriel Arruda de Souza Fernandes

Enfermeiro; Especialista em Saúde da Família, modalidade residência; Residente do PRMSF/CCS/UFPE, turma 2020-2022.

Gabriella Morais Duarte Miranda

Fonoaudióloga; Doutora em Saúde Pública; Docente da Área Acadêmica de Saúde Coletiva da UFPE; Tutora do Núcleo de Saúde Coletiva e Docente do PRMSF/CCS/UFPE.

Hercília Melo do Nascimento

Profissional de Educação Física; Doutora em Educação; Residente do PRMSF/CCS/UFPE, turma 2010-2012.

Itamar Lages

Enfermeiro; Sanitarista; Mestre em Saúde Coletiva; Coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Campo da UFPE.

Jaílma Santos Monteiro

Nutricionista; Doutora em Nutrição; Docente de Saúde Pública do Departamento de Nutrição da UFPE; Docente do PRMSF/CCS/UFPE.

Jéssyca Vanessa dos Santos Barbosa

Fonoaudióloga; Especialista em Saúde da Família, modalidade residência; Residente do PRMSF/CCS/UFPE, turma 2019-2021.

João Gabriel Firmino

Estudante do Curso de Graduação em Farmácia/UFPE.

Joaquim Sérgio de Lima Neto

Fisioterapeuta; Doutor em Investigación sobre Discapacidad; Docente de Saúde Coletiva do Departamento de Fisioterapia da UFPE; Tutor do Núcleo de Fisioterapia e Docente do PRMSF/CCS/UFPE; Vice-coordenador do PRMSF/CCS/UFPE, no biênio 2014/2016.

José Gildo de Lima

Farmacêutico; Doutor em Farmácia; Docente do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFPE; Tutor do Núcleo de Farmácia e Docente do PRMSF/CCS/UFPE.

Juliana Siqueira Santos

Fisioterapeuta; Sanitarista; Mestra em Saúde Coletiva; Doutoranda em Saúde Pública; Diretora Geral de Educação na Saúde na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Juliane Ellen Pontes

Cirurgiã-dentista; Residente do PRMSF/CCS/UFPE, turma 2021-2023.

Leopoldina Augusta Souza Sequeira de Andrade

Nutricionista; Doutora em Nutrição; Docente de Saúde Coletiva do Departamento de Nutrição da UFPE; Tutora do Núcleo de Nutrição e Docente PRMSF/CCS/UFPE.

Luciana de Barros Correia Fontes

Cirurgiã-dentista; Doutora em Odontologia; Docente do Departamento de Odontologia da UFPE; Tutora do Núcleo de Odontologia e Docente do PRMSF/CCS/UFPE.

Maísa Carvalho de Melo

Fisioterapeuta; Especialista em Saúde da Família, modalidade residência; Residente do PRMSF/CCS/UFPE, turma 2020-2022.

Manuela Wanderley Ferreira Lopes

Cirurgiã-dentista; Mestre em Odontologia; Preceptora do PRMSF/UFPE.

Márcia Maria Dantas Cabral de Melo

Cirurgiã-dentista; Doutora em Saúde Pública; Docente de Saúde Coletiva do Departamento de Odontologia da UFPE; Tutora do Núcleo de Odontologia e Docente do PRMSF/CCS/UFPE; Coordenadora do PRMSF/CCS/UFPE, no biênio 2018/2020.

Maria Angélica Bezerra de Oliveira

Psicóloga; Mestre em Avaliação em Saúde; Preceptora do PRMSF/CCS/UFPE.

Maria Beatriz Guimarães

Socióloga; Doutora em Saúde Coletiva; Docente da Área Acadêmica de Saúde Coletiva da UFPE; Docente do PRMSF/CCS/UFPE.

Maria de Fátima Ferrão Castelo Branco

Terapeuta Ocupacional; Doutora em Psicologia Clínica; Docente do Departamento de Terapia Ocupacional da UFPE; Tutora do Núcleo de Terapia Ocupacional do PRMSF/CCS/UFPE.

Maria Ilk Nunes de Albuquerque

Enfermeira; Doutora em Serviço Social; Docente de Saúde Coletiva do Departamento de Enfermagem da UFPE; Tutora do Núcleo de Enfermagem e Docente do PRMSF/CCS/UFPE.

Maria Lúcia Gurgel da Costa

Fonoaudióloga; Doutora em Educação; Docente do Departamento de Fonoaudiologia da UFPE; Coordenadora do PRMSF/CCS/UFPE, no biênio 2008/2010.

Marília Caminha Pessoa Monteiro

Enfermeira; Profissional da Estratégia Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Recife; Preceptora do PRMSF/CCS/UFPE.

Marina de Moraes Vasconcelos Petribú

Nutricionista; Doutora em Nutrição; Docente do Curso de Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória, da UFPE; Coordenadora da Coremu/UFPE, nos quadriênios 2014/2018 e 2018/2022; Coordenadora Geral de Residências da PROPG desde 2021.

Mauricéa Maria de Santana

Enfermeira; Doutora em Saúde Pública; Profissional Sanitarista da Secretaria de Saúde do Recife; Docente Convidada do PRMSF/CCS/UFPE.

Melka Roberta Guedes de Lira e Pinto

Enfermeira; Mestre em Educação; Residente do PRMSF/CCS/UFPE, turma 2015/2017.

Milena Cristina da Silva

Farmacêutica; Especialista em Saúde da Família, modalidade residência; Residente do PRMSF/CCS/UFPE, turma 2019-2021.

Milena Ratacasso Coimbra

Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPE.

Mirelly dos Santos Abilio

Fisioterapeuta; Residente do PRMSF/CCS/UFPE, turma 2021-2023, nos anos de 2021 e 2022.

Mylena Rayane da Silva Aguiar

Estudante do Curso de Graduação em Fonoaudiologia/UFPE.

Natália de Andrade Lima Almeida do Nascimento

Terapeuta Ocupacional; Residente do PRMSF/CCS/UFPE, turma 2020-2022, nos anos 2020 e 2021.

Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Médica Sanitarista; Doutora em Saúde Pública; Docente da UPE; Pesquisadora e Docente da Fiocruz Pernambuco; Coordenadora da Coremu/UFPE; Membro do Fórum Nacional de Apoiadores das Residências em Área Profissional de Saúde.

Paulo Roberto Cavalcanti Carvalho

Profissional de Educação Física; Doutor em Ciências Biológicas; Docente do Departamento de Educação Física da UFPE; Tutor do Núcleo de Educação Física e Docente do PRMSF/CCS/UFPE; Vice-coordenador do PRMSF/CCS/UFPE, no biênio 2012/2014.

Priscilla Rafaela Barbosa do Nascimento

Cirurgiã-dentista; Residente do PRMSF/CCS/UFPE, turma 2021-2023.

Raphaella Silva Leandro Santos

Cirurgiã-dentista; Doutora em Odontologia; Profissional da Estratégia Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Recife; Preceptora do PRMSF/CCS/UFPE.

Raquel Costa Albuquerque

Terapeuta Ocupacional; Doutora em Saúde Materno-infantil; Docente do Departamento de Terapia Ocupacional da UFPE; Coordenadora do PRMSF/CCS/UFPE, no biênio 2010/2012.

Ricardo Burg Ceccim

Enfermeiro; Mestre em Educação; Doutor em Psicologia Clínica, com Pós-Doutorado em Antropologia Médica (Tarragona/Espanha) e Estágio sênior em Políticas Sociais e de Saúde (Parma/Itália); Professor titular de Educação em Saúde na UFRGS; Orientador do Mestrado e Doutorado em Educação.

Rosali Maria Ferreira da Silva

Farmacêutica; Doutora em Ciências Farmacêuticas; Docente do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFPE; Tutora do Núcleo de Farmácia do PRMSF/CCS/UFPE.

Sabrina Pinheiro Bezerra

Estudante do Curso de Graduação em Fonoaudiologia/UFPE.

Silvio Ricardo Couto de Moura

Fonoaudiólogo; Egresso do Curso de Graduação em Fonoaudiologia/UFPE.

Thalita Vitória Silva da Cruz

Fonoaudióloga; Mestra em Saúde da Comunicação Humana; Residente do PRMSF/CCS/UFPE, turma 2020-2022.

Tyara Lopes Alves

Assistente Social; Residente do PRMSF/CCS/UFPE, turma 2021-2023.

Valderez Ribeiro de Andrade

Enfermeira; Mestra em Saúde da Criança e Adolescente pela UFPE; Gerente da Formação e Educação na Saúde da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria de Saúde do Recife.

Vanessa de Lima Silva

Fonoaudióloga; Doutora em Saúde Pública; Docente de Saúde Coletiva do Departamento de Fonoaudiologia da UFPE; Tutora do Núcleo de Fonoaudiologia e Docente do PRMSF/CCS/UFPE; Coordenadora do PRMSF/CCS/UFPE, nos biênios 2014/2016 e 2016/2018.

Vilma Costa de Macêdo

Enfermeira; Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente; Docente de Saúde Pública do Departamento de Enfermagem da UFPE; Tutora do Núcleo de Enfermagem e Docente do PRMSF/CCS/UFPE.

Yanne Lira Sobel

Terapeuta Ocupacional; Residente do PRMSF/CCS/UFPE, turma 2021-2023, nos anos de 2021 e 2022.

Yasmin Batista dos Santos

Estudante do Curso de Graduação em Serviço Social/UFPE.

Título Residência Multiprofissional em Saúde da Família:
10 anos de formação comprometida com o SUS

Organização Etiene Oliveira da Silva Fittipaldi
Vanessa de Lima Silva
Márcia Maria Dantas Cabral de Melo
Delaine Cavalcanti Santana de Melo

Formato E-book (PDF)

Tipografia Arno Pro (texto) e Source Sans Variable (títulos)

Desenvolvimento Editora UFPE



Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20, Várzea, Recife-PE
CEP: 50740-530 | Fone: (81) 2126.8397
editora@ufpe.br | editora.ufpe.br

