

ATUAÇÃO DOS RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**PERFORMANCE OF MULTIPROFESSIONAL HEALTH RESIDENTS IN PRIMARY CARE DURING THE COVID-19 PANDEMIC****DESEMPEÑO DE LOS RESIDENTES MULTIPROFESIONALES DE LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**

Nádia Cristina Cardoni¹
Mara Quaglio Chirelli²
Danielle Abdel Massih Pio³
Thiago da Silva Domingos⁴
Kátia Terezinha Alves Rezende⁵

¹ Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Marília, São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0003-1381-9421

² Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Marília, São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0002-7417-4439

³ Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Marília, São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0003-0738-4601

⁴ Escola Paulista de Enfermagem - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0002-1421-7468

⁵ Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Marília, São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0002-9022-2680

Autor correspondente

Nádia Cristina Cardoni
Rua Tatsuo Inada, nº 150, Parque Iguacu, CEP: 17800-204 - Adamantina/SP. Brasil. Contato: +55 (18) 99753-1720
E-mail: nadia_cardoni@hotmail.com

Submissão: 09-04-2025

Aprovado: 05-07-2025

RESUMO

Objetivou-se analisar como ocorreu a inserção dos residentes multiprofissionais na realização do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS), durante a pandemia COVID-19, considerando a formação em serviço. Trata-se de pesquisa qualitativa, com coleta de dados por meio de grupo focal *online*, no período de novembro a dezembro de 2020, com 11 residentes do primeiro ano (R1) e 6 do segundo ano (R2), de ambos os sexos, dos Programas de Residência Integrada Multiprofissional, nas áreas de concentração de Saúde Coletiva e Saúde Mental. O material coletado foi submetido à análise por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A reorganização dos processos de trabalho na APS do município foi um grande desafio aos gestores e às equipes, durante a pandemia. Na perspectiva dos residentes, todo esse movimento de reestruturação interferiu muito na forma de cuidado prestada aos usuários, além de desconstruir as expectativas criadas com relação à formação desses futuros profissionais. Conclui-se que as experiências vivenciadas pelos residentes lhes possibilitaram uma importante reflexão individual e coletiva, contribuindo para um posicionamento proativo diante de situações como as ocasionadas pela pandemia.

Palavras-chave: COVID-19; Atenção Primária à Saúde; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

The objective was to analyze how multidisciplinary residents were included in providing care in Primary Health Care (PHC) during the COVID-19 pandemic, considering in-service training. This is qualitative research, with data collection through an online focus group, from November to December 2020, with 11 first-year (R1) and six second-year (R2) residents of both sexes from the Programs of Integrated Multiprofessional Residency, in the areas of concentration of Public Health and Mental Health. The collected material was subjected to analysis using the Collective Subject Discourse (CSD). The reorganization of work processes in the municipality's PHC was a major challenge for managers and teams during the pandemic. From the residents' perspective, this entire restructuring movement greatly interfered with the form of care provided to users, in addition to deconstructing the expectations created in relation to their training. It is concluded that the experiences lived by the residents enabled these professionals, still in the training process, to carry out important individual and collective reflection, contributing to a proactive positioning in the face of situations such as those caused by the pandemic.

Keywords: COVID-19; Primary Health Care; Integrality in Health.

RESUMEN

El objetivo fue analizar cómo los residentes multidisciplinarios fueron incluidos en la prestación de cuidados en la Atención Primaria de Salud (APS) durante la pandemia de COVID-19, considerando la formación en servicio. Se trata de una investigación cualitativa, con recolección de datos a través de un grupo focal en línea, de noviembre a diciembre de 2020, con 11 residentes de primer año (R1) y seis de segundo año (R2), de ambos sexos, de los Programas de Residencia Multiprofesional Integrada, en el áreas de concentración de Salud Pública y Salud Mental. El material recolectado fue sometido a análisis mediante el Discurso del Sujeto Colectivo (CSD). La reorganización de los procesos de trabajo en la APS del municipio fue un gran desafío para los directivos y equipos durante la pandemia. Desde la perspectiva de los residentes, todo este movimiento de reestructuración interfirió enormemente en la forma de atención brindada a los usuarios, además de desconstruir las expectativas creadas en relación a su formación. Se concluye que las experiencias vividas por los residentes permitieron a estos profesionales, aún en proceso de formación, realizar importante reflexión individual y colectiva, contribuyendo para un posicionamiento proactivo ante situaciones como las provocadas por la pandemia.

Palabras clave: COVID-19; Atención Primaria de Salud; Integralidad en Salud.



INTRODUÇÃO

Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a COVID-19 uma pandemia⁽¹⁻²⁾. Uma doença de característica infecto viral altamente transmissível e patogênica, causada pelo novo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-Cov-2), que teve seu início em Wuhan, na China, no ano de 2019, e se disseminou em apenas dois meses para todos os continentes⁽³⁻⁴⁾.

A dificuldade de contenção do novo coronavírus associada à rápida disseminação em dezenas de países e à gravidade da doença apontou a necessidade de ações globais, desde os governos de países mais ricos aos menos desenvolvidos, desencadeando uma crise sanitária mundial, com grandes reflexos econômicos, financeiros, políticos, sociais e de resistência humanitária⁽⁵⁾.

Tal situação exigiu respostas rápidas envolvendo medidas de proteção individuais e coletivas, adoção de novos hábitos sanitários e comportamentais, além de tratamento oportuno para casos mais graves, de modo a evitar a sobrecarga da capacidade de leitos hospitalares e outros suprimentos em saúde diante do aumento acelerado de casos da doença⁽⁶⁾.

Desta forma, tendo em vista a complexidade imposta pela pandemia, os serviços públicos no Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS - considerado um dos mais complexos sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo diversos níveis de atenção à saúde⁽³⁾) foram obrigados a se reorganizar quanto

às mudanças das práticas no cuidado em saúde e a atender às demandas da população⁽⁴⁻⁵⁾.

A Atenção Primária à Saúde (APS), ao assumir a coordenação do cuidado às famílias e, preferencialmente, porta de entrada ao SUS, tornou-se indispensável em virtude das características do trabalho em equipe, baseado num território estabelecido e no perfil das necessidades da comunidade^(5,3,7). A APS teve importante função na prevenção dos riscos na transmissão do vírus da COVID-19 e na preservação da vida dos sujeitos que possuíam comorbidades e que desenvolveram a doença em sua forma grave, necessitando de cuidados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI)⁽⁴⁾.

A APS apresentou-se como um espaço potencialmente eficaz e eficiente para atuar na crise sanitária gerada pela COVID-19. Entretanto, o papel desempenhado pela APS durante a pandemia foi envolto em contradições, ao menos no caso brasileiro, com diretrizes pouco claras a respeito de sua organização e de suas atribuições. Na ausência de diretrizes claras do governo federal, os estados e municípios ampliaram sua autonomia, fazendo diversos arranjos e estratégias locais de organização, as quais variaram em grau de participação de usuários e trabalhadores e integração com outras atribuições deste nível de atenção⁽⁷⁻⁸⁾.

Neste aspecto de reorganização das APS durante a pandemia, destaca-se a atuação dos profissionais em formação, em especial os programas de residência profissional, que foram afetados, uma vez que a essência da formação é a



inserção no mundo do trabalho. As oportunidades de experiências clínicas nas residências médicas diminuíram, considerando a redução dos atendimentos tanto ambulatoriais como de internação dos casos de não COVID-19, dificultando os processos educacionais⁽⁹⁾.

Foram observadas mudanças significativas no modelo de organização e regime de funcionamento dos serviços e equipes de saúde, ocasionando intensificação da sobrecarga e condições precarizadas no cuidado, aumento das responsabilidades e jornadas alteradas. Além disso, identificou-se que o trabalho durante a pandemia gerou aos profissionais repercussões emocionais diante das incertezas do momento e medo da contaminação, observando-se uma ameaça à saúde mental da força de trabalho⁽¹⁰⁾.

Apesar dos obstáculos impostos, os residentes exerceram papel relevante para os serviços e comunidade, por meio da participação ativa no planejamento e execução das ações em saúde⁽¹¹⁻¹²⁾. Houve reorganização das unidades considerando o atendimento da COVID-19, com redirecionamento dos fluxos de cuidado, realocação dos profissionais de saúde e alteração dos horários de funcionamento⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Desse modo, a partir da explanação teórica, elaborou-se a seguinte questão do estudo: como ocorreu a inserção e atuação dos residentes nos serviços de atenção primária à saúde diante da COVID-19?

Assim, tem-se como objetivo analisar como ocorreu a inserção dos residentes

multiprofissionais na realização do cuidado na APS, durante a pandemia COVID-19, considerando a formação em serviço.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Esta é uma pesquisa do tipo exploratória, com abordagem qualitativa, tendo como finalidade compreender as ações desenvolvidas pelos profissionais da Residência Integrada Multiprofissional (RIMS) em Saúde Coletiva e Saúde Mental, em município da região Centro-Oeste do estado de São Paulo/Brasil. Vincula-se à pesquisa do Programa do Mestrado Acadêmico “Saúde e Envelhecimento” intitulada “Atuação dos residentes multiprofissionais em saúde na pandemia covid-19: cuidado e formação”. Neste artigo será apresentada a análise dos dados sobre a inserção e atuação dos residentes nos serviços de atenção primária à saúde diante da COVID-19.

O estudo seguiu a lista de critérios incluída no *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ), que orienta a pesquisa qualitativa⁽¹⁵⁾.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A pesquisa está fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS), presente em opinião, julgamento, avaliação, posicionamento, manifestação ou postura das pessoas, e representada por modos coletivos de pensar de grupos, categorias profissionais, estudantes e usuários de um serviço de saúde. Trata-se de



uma teoria científica sobre os processos por meio dos quais os indivíduos em interação social constroem explicações sobre objetos sociais⁽¹⁶⁾.

CENÁRIO DE PESQUISA

Os programas de residências estão envolvidos na proposta de uma formação de qualidade, em que a diversidade de cenários de prática fomenta a formação na área da Saúde no SUS⁽¹⁷⁾.

Com o novo cenário imposto pela pandemia, os residentes das áreas de Saúde Coletiva e Saúde Mental, de instituição de ensino superior da região Cento-Oeste do Estado de São Paulo, que estavam inseridos nos serviços de atenção primária e secundária em município de médio porte, foram realocados para outros cenários de prática, no início de 2020.

No entanto, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) do município pesquisado reorganizou as unidades nominadas por sintomática e mista, para atender os usuários com sintomas respiratórios, e, em assintomática e monitoramento⁽¹⁸⁾.

FONTE DE DADOS

Os dados da pesquisa traduzem a vivência presencial, as observações e discussões entre os residentes, nos mais diversos cenários, na atenção primária e secundária.

Trabalhou-se com amostra intencional, utilizando-se como critérios de inclusão dos participantes: ser residente ingressado nos anos de 2019 e 2020 nos dois programas de RIMS

Saúde Coletiva e Saúde Mental, ou seja, residentes do 2º ano (R2) e residentes do 1º ano (R1), respectivamente; e ter pelo menos seis meses de vivência na metodologia de ensino-aprendizagem e trabalho. Como critério de exclusão: estar em afastamento das suas atividades por motivos médicos ou férias. Todos os residentes que atendiam ao critério estabelecido foram convidados a participar da pesquisa: 6 R1 e 6 R2 da área de Saúde Coletiva; e 8 R1 e 8 R2 da Saúde Mental, tendo concordado em participar da pesquisa, no total de 11 R1 e 6 R2. Participaram seis enfermeiros, três psicólogos, um farmacêutico, três assistentes sociais, dois fisioterapeutas e dois terapeutas ocupacionais.

COLETA DE DADOS

Os participantes foram separados em três grupos: dois grupos de R1 compostos por seis residentes da RIMS Saúde Coletiva (G1) e cinco da RIMS Saúde Mental (G2), que ingressaram no ano de 2020; e outro grupo composto por R2 em um total de três residentes da RIMS Saúde Coletiva e três da Saúde Mental (G3) ingressos em 2019. A coleta de dados ocorreu no período de novembro a dezembro de 2020.

Inicialmente, a pesquisadora fez contato com os coordenadores dos Programas de RIMS, explicando o objetivo da pesquisa e solicitando o contato dos participantes.

A partir dos contatos, os participantes R1 e R2 foram convidados por meio de um aplicativo de mensagens para pactuar datas e



horários comuns a todos. Aos residentes foi enviada uma carta-convite na qual constavam esclarecimentos sobre os objetivos, duração dos encontros e desenvolvimento da pesquisa, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) *online*, pelo *Google Forms*. Após confirmação, foram agendados o período e o horário do encontro para a coleta de dados.

Os dados da pesquisa foram obtidos por intermédio da técnica do grupo focal (GF)⁽¹⁹⁾ *online* e da plataforma digital *Google Meet*, respeitando as medidas sanitárias no contexto da pandemia e, principalmente, pelo uso do isolamento social, como uma forma de diminuir riscos de contato e transmissão do vírus.

Portanto, os GF *online* tiveram duração de uma hora e meia (em média), e a dinâmica grupal foi conduzida por um pesquisador principal acompanhado, inicialmente, por outro pesquisador com experiência em coleta de dados em grupo focal, além de um observador.

Realizou-se um estudo piloto com os residentes de outro programa da mesma instituição pesquisada. Na análise sobre a atividade com o pesquisador experiente em grupo focal, verificou-se a necessidade de ajustes no instrumento de coleta de dados, considerando a objetividade nos questionamentos e que seria uma atividade on-line, sendo preciso observar os tempos de resposta e compreensão dos questionamentos pelos participantes.

Para a realização dos GF *online*, construiu-se um roteiro norteador da coleta de dados com três momentos: (a) apresentação dos

participantes, com breve explicação sobre a proposta da pesquisa, esclarecimentos sobre as dúvidas e confirmação do envio do TCLE *online*; (b) perguntas disparadoras focalizando as perspectivas dos residentes acerca do problema da atuação e formação no contexto de pandemia; (c) finalização com oportunidade para alguma colocação final que pudesse ser omitida anteriormente. Encerrava-se com agradecimentos aos participantes.

A investigação surgiu a partir de alguns questionamentos: 1- Como vocês realizam o cuidado ao paciente/grupos neste momento de pandemia? Exemplo(s). 2- Houve alguma mudança na realização do cuidado? 3- Qual o motivo? Exemplo(s). Houve interferência do contexto da pandemia? Exemplo(s).

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos na investigação foram analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁽¹⁶⁾. Sendo assim, os depoimentos de R1 e R2 foram transcritos, elaborando-se, separadamente, o DSC a partir das expressões-chaves (ECH) e das ideias centrais (IC). As ECH foram agrupadas por meio das IC dos R1 e dos R2, possibilitando compreender, na percepção dos residentes, como ocorreu o processo de inserção e atuação na prestação do cuidado nos serviços de atenção primária à saúde no contexto da COVID-19.

Sendo assim, as IC com sentidos semelhantes e as respectivas ECH foram identificadas e agrupadas, construindo-se o DSC



mantendo as próprias palavras utilizadas pelos participantes, conectivos, retirando as particularizações, elaborando um ou diversos discursos-síntese.

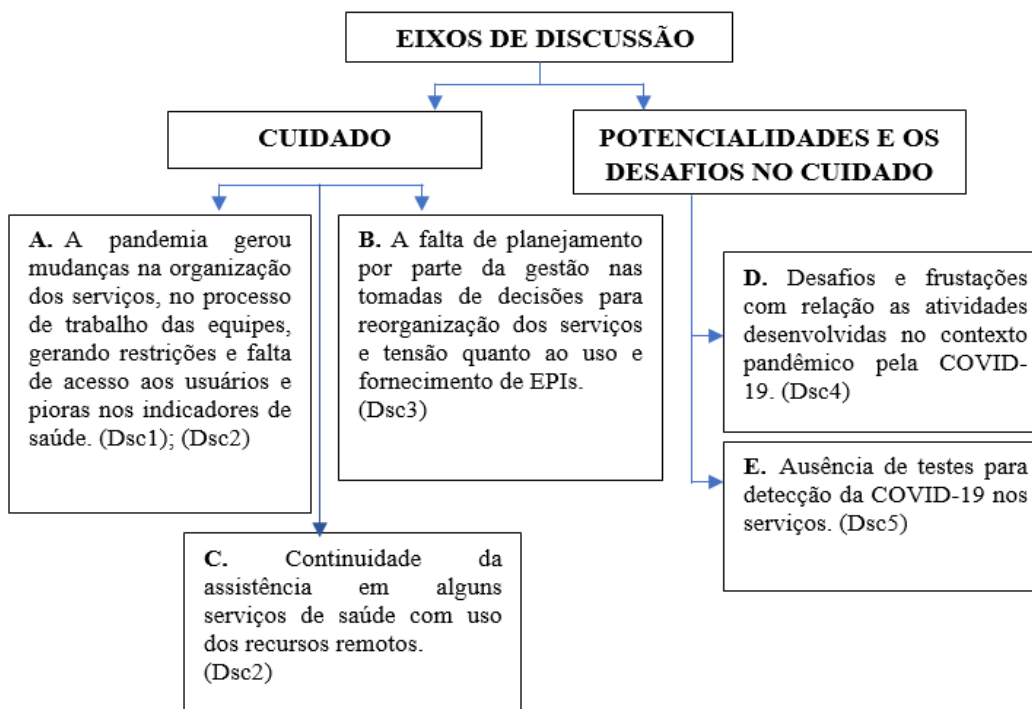
ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da instituição de ensino envolvida, com Parecer nº 5.685.196/2022, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da construção dos DSC e sua análise, originaram-se dois eixos de discussão: o primeiro trata do cuidado realizado pelos residentes nos serviços de saúde durante a pandemia; o segundo refere-se às potencialidades e aos desafios no cuidado enfrentados pelos residentes no contexto pandêmico, como demonstrado na Figura 1.

Figura 1 - Eixos de discussão, segundo o desenvolvimento do cuidado dos residentes do 1º e 2º anos, 2022.



Fonte: Dados de pesquisa

EIXO 1: O CUIDADO

No Brasil, com a declaração de emergência de Saúde Pública de importância

nacional em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus⁽²⁰⁻²¹⁾, em março de 2020, toda a rede de cuidados se reorganizou a fim de nortear os fluxos e o controle de



transmissibilidade do vírus. Foram necessários o replanejamento e a execução de ações de promoção de saúde e prevenção aos agravos, que visassem ao enfrentamento do Coronavírus, sem desassistir os usuários do SUS.

Com bases nesses marcos, os serviços de saúde, os profissionais e os residentes precisaram se reestruturar e se adaptar à nova realidade imposta pela pandemia. Portanto, houve muitas implicações em todo o processo de trabalho da APS, tais como: a necessidade de reorganização de agenda e rotina de atendimento; e a suspensão de algumas atividades a fim de evitar aglomerações e proteger as pessoas de maior grau de risco.

O processo de reorganização dos serviços de saúde realizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) constituiu-se da seguinte maneira: unidades assintomáticas, sintomáticas, mistas (atendendo sintomáticos e assintomáticos) e de monitoramento. As unidades de assintomáticos não realizavam o cuidado para a população com presença de sintomas gripais, ficando responsáveis por todas as outras demandas. Já nas unidades sintomáticas, o atendimento era direcionado apenas para pessoas com sintomas gripais. As unidades de monitoramento realizavam o acompanhamento das pessoas/famílias via telefone, mas não faziam atendimentos de nenhum caráter presencial⁽¹⁸⁾.

Com a pandemia, algumas coisas foram mudadas na rede as unidades de saúde elas foram todas reorganizadas. Havia os polos COVID, os polos para assintomáticos e também os de monitoramento. Os outros

atendimentos e muitos exames, muitas consultas foram canceladas, não tinha Papanicolaou, pré-natal e puericultura só de grupos de risco e só o médico podia atender. (Dsc1).

Foram realizadas nove alterações das características dessas unidades para o cuidado à população, nos territórios de sua responsabilidade, em 2020. No ano de 2021, foram 12 alterações, de acordo com critérios definidos pela SMS – Marília, durante a pandemia de COVID-19⁽¹⁸⁾.

Muitos exames clínicos e consultas acabaram sendo cancelados, além da suspensão de atividades coletivas (grupos) e outros atendimentos, permanecendo apenas consultas médicas específicas. Isso gerou um impacto direto no cuidado aos usuários, pois toda a atenção de saúde estava voltada às necessidades da COVID-19.

[...] Então, eu acho que a assistência ficou bem limitada nesse sentido, essa parte do ciclo da vida, assim, desde todo desenvolvimento do bebê até o idoso, não teve mais atendimento, ficou tudo parado, se desfocalizou as outras questões de saúde e só centralizou na COVID. (Dsc1).
A gente está olhando para a COVID e a assistência no geral? E outro paciente está morrendo de “sepse” [...]. (Dsc1).

Alguns dos prejuízos com relação ao cuidado, apontados como fatores que impactaram e agravaram os indicadores de saúde, podem ser citados: a descontinuidade dos tratamentos de problemas crônicos, podendo ter como consequência um aumento no número de



mortes nesse grupo de doenças; a interrupção no uso contínuo de medicações; a não realização de exames clínicos rotineiros; e a diminuição da cobertura vacinal na população infantil⁽²²⁾.

Outro importante fator relacionado à reorganização da rede foi a divisão dos territórios. Muitas unidades de saúde passaram a ter um fluxo muito alto de atendimentos, e os profissionais de saúde foram realocados em espaços físicos não compatíveis. Identificam-se relatos próximos no discurso dos residentes R1 e R2.

[...] Então, acaba que o território ficou muito grande e além do volume de atendimento, aumentou muito o número de profissionais. A gente tinha uma dificuldade, ainda tem, uma dificuldade gigantesca de conseguir comportar todos esses profissionais dentro de uma estrutura física que não comporta aquele número de profissionais. (Dsc1).

[...] As regiões mais periféricas, por exemplo, o posto de saúde que era de sintomáticos ficou muito mais longe do que era [...]. (Dsc2).

A SMS estabeleceu a reorganização da rede enviando aos serviços o novo mapa de distribuição das unidades e dos profissionais. Isso gerou uma série de impactos negativos, tanto no cuidado aos usuários como para as equipes de saúde, de forma geral. Aos usuários, os prejuízos foram, principalmente, a perda dos serviços de referência e as dificuldades com a locomoção pela redução no número de linhas de transporte público disponíveis na cidade; além disso, a população passou a ter limitações no

acesso aos serviços por medo de sair de casa em respeito ao isolamento social.

Os usuários, eles se sentiram perdidos também, porque eles chegavam nos seus serviços de referência, na sua unidade de referência e daí eles eram barrados na porta e tinham que se realocar para outra unidade, com outra equipe que ele não tinha vínculo, com outra equipe que ele não conhecia, muitas vezes em uma unidade muito longe de sua casa, longe do território, então os usuários se sentiram perdidos nesse processo também [...]. (Dsc1).

A questão do transporte público, que ficou um tempo fechado, acabou dificultando muito o acesso dos pacientes com essa reorganização [...]. (Dsc2).

Vale ressaltar que o cenário da rede de cuidados já era complexo e desafiador antes do seu início em 2020, principalmente para os serviços de saúde que precisaram se adequar rapidamente às novas demandas. Neste aspecto, o processo de cuidado foi totalmente alterado, com a necessidade de redirecionamento dos fluxos, cancelamento de exames, desmonte das equipes, suspensão dos atendimentos em grupo e alteração dos horários de funcionamento das unidades. Como consequência, o cuidado ficou fragilizado, uma vez que os esforços se concentraram nas demandas para atender às necessidades das situações decorrentes da COVID-19, modificando o fluxo contínuo do cuidado aos demais agravos à saúde monitorados e tratados nos serviços.

Uma das justificativas para estes prejuízos, discutidas nesta pesquisa no âmbito do



cuidado, foi a falta de planejamento por parte da gestão municipal, que não considerou os indicadores do próprio município e nem o que o Ministério da Saúde preconizava. A reorganização ocorreu com divisões das unidades sem avaliação dos territórios e da contribuição das equipes neles inseridas, que, tendo maior proximidade com a realidade da comunidade, possuíam maior chance de compreensão das necessidades demandadas daquele local. A lógica estabelecida pelos gestores do município proporcionou a centralização do cuidado à COVID-19 em unidades satélites, dificultando o acesso da população.

Observou-se que um dos maiores desafios da gestão foi a necessidade constante de replanejamento e tomada de decisão, envolvendo múltiplos atores em um cenário de incertezas e insuficiências. Ao mesmo tempo, reconhece-se que o sistema não estava preparado para o enfrentamento da pandemia, ficando ainda mais agravado pela atuação frágil do Ministério da Saúde, marcada pela alternância de ministros e contradições com relação às medidas científicas mundialmente reconhecidas⁽²³⁾. Por outro lado, quanto às condições de trabalho, tanto os profissionais quanto os residentes relataram que, durante o período da pandemia, tiveram pouco ou tardio acesso à testagem para o SARS-CoV2⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Outra mudança importante foi o estabelecimento de novas tecnologias, como o telemonitoramento dos usuários atendidos nas

unidades, a fim de acompanhar sinais de agravamento e melhor orientar a população. Apesar da redução da equipe de profissionais, por motivo de doença ou por pertencerem ao grupo de risco, uma nova estratégia no fluxo de trabalho surgiu e muitas pessoas se fortaleciam com essas ligações⁽²⁶⁾.

Em virtude dessa reorganização do fluxo de trabalho, com a suspensão da oferta das atividades em grupo e direcionamento de seus espaços para os atendimentos presenciais aos usuários, foi necessária a adoção de algumas medidas, como restrições e limitação nos acessos e uso de EPI e álcool em gel. Inicialmente, houve muita dúvida sobre os tipos dos equipamentos de proteção, como e quando utilizá-los, o que fazer com os materiais depois de utilizados, bem como qual deveria ser o fluxo de organização das unidades de saúde para que não houvesse risco de transmissão e contaminação pelo vírus.

Um dos desafios estava no número reduzido de EPIs disponíveis para atender às necessidades de proteção durante o cuidado às pessoas com sintomas respiratórios, exigindo uma reorganização que atendesse a esta limitação em detrimento das necessidades que emergiam dos territórios de saúde.

Eu vi uma questão bastante forte dos EPIs. Porque, estava uma briga de quem que era o responsável por esses EPIs, fornecimento desses, então foi algo que gerou bastante tensão na equipe e no serviço, porque é um serviço voltado à atenção domiciliar, então como é que a gente vai fazer visita sem EPI?



Como vai tirar esse EPI sem se contaminar, sem contaminar o carro? Então foi toda uma reorganização do processo de trabalho deles. (Dsc3).

Os residentes também vivenciaram esse contexto em que a escassez de EPI, a desinformação sobre as técnicas corretas de paramentação e desparamentação, a falta de informações atualizadas, turnos mais longos e aumento da carga de trabalho podem ser apontados como os possíveis fatores que contribuíram para a sobrecarga emocional e o aumento da contaminação entre os profissionais de saúde⁽²⁷⁻²⁸⁾.

EIXO 2: POTENCIALIDADES E OS DESAFIOS NO CUIDADO

Ao se depararem com mudanças decorrentes do início da pandemia (2020), os residentes vivenciaram frustrações diante de suas expectativas e relacionadas à construção da própria aprendizagem, considerando as incertezas e conflitos nos cenários de prática profissional. Em momentos que antecederam a pandemia, os residentes tinham muitas expectativas e anseios por experiência profissional ao ingressarem nos programas e viam na RIMS uma maneira de adquiri-la. Ou seja, não houve oportunidade de construção da capacidade de agir perante as incertezas e instabilidades, o que gerou desestruturação dos planos iniciais, principalmente dos R1. Além disso, também necessitavam de apoio e mediação por parte de preceptores e da coordenação dos programas.

Por conta da pandemia muitos cenários foram perdidos dentro do programa, eu ia passar em outros espaços não passei por conta da pandemia e da dificuldade de negociação, até porque é realmente um risco de sermos contaminados dependendo o local [...]”. (Dsc4)

[...] Mudou algumas coisas que a gente teve que se adaptar. Estava todo mundo perdido, muito confuso tanto o serviço quanto a nossa inserção pelo menos foi está a experiência que eu tive [...]. (Dsc4).

Eu me senti muito frustrada nesse mesmo movimento de não estar fazendo aquilo que eu gostaria de estar fazendo, que era trabalhar na saúde mental. É uma frustração que me gerou ainda mais angústia [...]. (Dsc4).

Todo este contexto de cuidado levou os residentes a vivenciarem a própria formação em serviço nas condições em que estavam ocorrendo as mudanças, no primeiro ano da pandemia da COVID-19. As possibilidades de formação foram, assim, impactadas pelas condições em que os municípios e as instituições formadoras puderam reorganizar o cuidado, tendo as experiências diante das potencialidades e dos desafios impostos.

Ao mesmo tempo em que os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) visam ao aperfeiçoamento do processo de formação dos profissionais da saúde, tais programas constituem-se como um desafio a gestores e educadores devido à complexidade de estimular, ao mesmo tempo, habilidades profissionais, interpessoais e humanísticas⁽²⁹⁻³⁰⁾.



A falta de testes para detecção do coronavírus prejudicou o rastreamento dos possíveis infectados, dificultando as medidas de intervenção e tratamento. Naquele momento, só se testavam pessoas com síndrome aguda grave, e sabe-se que 80% da população que contraía o vírus teriam sintomas leves, sem evolução para infecção pulmonar.

Quando começou a pandemia percebemos que, tinha muito pouco preparo e não existiam testes. Teve pessoas do nosso setor que foram contaminadas e a gente ficou com muito medo de talvez estar contaminado e contaminar outros pacientes. Estes testes nunca foram feitos em nós. (Dsc5).

Isso significou, por exemplo, que sem testes em massa era impossível saber a real dimensão da pandemia, trabalhando com subnotificações⁽²⁸⁾.

Esta foi uma das situações que mobilizaram os residentes em relação à proteção e a possibilidade de contaminação pelo vírus, considerando que, neste momento, não foram vistos como parte da equipe em que estavam atuando no cuidado aos usuários, mesmo não sendo diretamente com as pessoas com COVID-19, mas tendo chances de ter contato com o vírus, gerando receio frente a sua permanência nos cenários de prática.

Deveria existir também um pouco mais de cuidado nesse sentido de testagem com os residentes, de ter algo nesse sentido, de ter um aparato maior, se o residente ficar adoecido e ele ter esse direito do afastamento. (Dsc5).

Por fim, os eixos aqui abordados conduzem a uma reflexão profunda sobre o contexto vivenciado pelos residentes e respectivos relatos de experiências, durante os primeiros anos da pandemia, sinalizando o quanto o sistema de saúde e gestão, nas suas mais diversas diretrizes e níveis, ainda se apresentam frágeis quanto aos eventos desta magnitude, como o da pandemia da COVID-19, incluindo a tomada de decisões e a formação em serviço.

A COVID-19 revelou as enormes vulnerabilidades que os sistemas de saúde apresentam, como ausência de protocolos abrangentes, intersetoriais e a necessidade de planos nacionais de preparação para pandemias, desencadeando uma enorme crise sanitária, econômica, educacional e social em todo o país. Esse período pandêmico escancarou as desigualdades, e os impactos foram ainda piores para a população já em situação de vulnerabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se considerar que, com a deflagração da pandemia, os serviços de saúde passaram por diversos desafios e entraves por toda a complexidade que trouxe esse período. Foram necessárias mudanças e reorganização em toda a rede de cuidado, escancarando os problemas e fragilidades já existentes nos serviços.

Esta pesquisa foi delimitada ao ano de 2020 e identificou em seu contexto: a ausência



de políticas públicas resolutivas; a falta de investimentos no setor de saúde; o negacionismo por parte do governo federal, perpassando o questionamento da seriedade da transmissão viral; a demora de resposta às demandas sanitárias; a ausência de um plano de vacinação nacional, favorecendo que a pandemia tomasse proporções catastróficas no Brasil, que alcançou recordes no número de óbitos e de casos de COVID-19.

A APS teve papel fundamental no enfrentamento das demandas geradas, com a reorganização dos fluxos de atendimento, como ampliação, expansão e qualificação do acesso aos serviços de saúde. Porém, no início da pandemia, muitos desafios foram identificados e, em algumas situações, com pouca capacidade de resolução, apesar da ampla rede de cuidados.

A proposta da reorganização dos processos de trabalho na APS do município em que foi realizada a investigação foi um grande desafio aos gestores e às equipes, durante a pandemia. Na perspectiva dos residentes inseridos nos serviços, ao longo deste período, todo esse movimento de reestruturação interferiu muito na forma de cuidado prestada aos usuários, além de desconstruir as expectativas criadas com relação a sua formação. Foi necessário lidar com os desafios que surgiram e reconstruir, junto ao serviço, viabilidade para que ocorresse a formação no cenário de prática.

Portanto, todas essas experiências vivenciadas possibilitaram aos residentes, ainda em processo de formação, uma importante

reflexão individual e coletiva sobre o cenário vivenciado em 2020, contribuindo para um posicionamento proativo diante das situações de medo e incertezas, como as ocasionadas por uma pandemia desta proporção.

Como limite da investigação, identifica-se que a coleta de dados foi realizada com os residentes em um único município, necessitando-se de ampliação desta investigação em outras instituições formadoras de RMS.

Espera-se que esta investigação provoque reflexões sobre a importância da formação profissional na modalidade de RMS no contexto da APS. É indispensável a contribuição de futuras pesquisas abordando o contexto pandêmico sob a proposta de investigação, na perspectiva de tutores, preceptores, além de gestores, em diversos contextos, assim como ocorreu a inserção destes profissionais no mundo do trabalho, neste período.

REFERÊNCIAS

1. Zeber J, Khanna N. Respostas de cuidados primários à pandemia de COVID-19. *Family Practice*. 2021;38(1): i1-i2. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cma-b087>
2. Fernández-Castillo RJ, González-Caro MD, Fernández-García E, Porcel-Gálvez AM, Garnacho-Montero J. Experiências de enfermeiros intensivistas durante a pandemia de COVID-19: um estudo qualitativo. *Enferm cuidados críticos*. 2021;26(5):397-406. DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12589>
3. Oliveira LMS, Gomes NP, Oliveira ES, Santos AA, Pedreira LC. Estratégia de enfrentamento para covid-19 na atenção



- primária à saúde: relato de experiência em Salvador-BA. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42(esp):e20200138. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200138>
4. dos Santos MCS, da Rocha Oliveira N, Barros DRRE, de Sousa VAG, de Melo ALM, Paiva R, et al. Adaptações nos serviços de atenção primária à saúde frente ao covid-19: vivências multiprofissionais. *EASN.* 2021;1. DOI: <https://doi.org/10.51249/easn01.2021.10>
 5. Neto FRGX, de Carvalho CR, da Silva RCC, Ribeiro MA, de Sousa LA, Serafim TF, et al. Coordenação do cuidado, vigilância e monitoramento de casos da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. *Enferm Foco.* 2020;11(1):e239-245. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3682>. Acesso em: mar.2024.
 6. Souza CDF, Machado MF, Quirino TRL. Vigilância em Saúde em tempos de pandemia: análise dos planos de contingência dos estados do Nordeste. *Vigil. sanit. debate.* 2020; 8(3):70-77. DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01626>
 7. Fernandez M, Lotta G, Corrêa M. Retos para la Atención Primaria de Salud en Brasil: un análisis del trabajo de las agentes comunitarias de salud en la pandemia de Covid-19. *Trab educ saúde.* 2021;19:e00321153. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>
 8. Rosa-Cómitre ACD, Campos AR, Silva FGD, Jandoso B, Rodrigues CRC, Campos GWDS. Processo de descaracterização da Atenção Primária à Saúde durante a Pandemia no SUS, Campinas-SP, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva,* 2023; 28(12): 3553-3562. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06342023>
 9. Chen SY, Lo HY, Hung SK. What is the impact of the COVID-19 pandemic on residency training: a systematic review and analysis. *BMC medical education.* 2021; 21(1):618. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-021-03041-8>
 10. Felipe DA, Albuquerque PCD, Costa KAOD, Andrade ÂICD, Santos KP, Araújo JM DA. O papel das (os) residentes em saúde para a resiliência da Atenção Básica no contexto da Covid-19. *Saúde debate.* 2023;47(137):42-57. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313703>
 11. Gomes AT, Marques JS, Meneses MO, Brandão SA de SM, Leal SRMD. Potencialidades e desafios do Programa de Residência Multiprofissional para a formação de enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde. *RSD.* 2020;9(6):e70963412. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i6.3412>
 12. Batistella CEC, Noronha ABM, Milagres LF. Comunidades epistêmicas e os desafios na formação de técnicos em saúde na pandemia de covid-19. *Rev Panam Salud Publica.* 2023;47:e1. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.1>
 13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 de jun.2020.
 14. Leiva-Cepas F, Romero-Rodríguez E, Sevillano MB. Las revistas científicas ante la pandemia por COVID-19. *Semergen.* 2020;46(S1):1-2. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2020.06.012>



15. Cabral ERM, Bonfada D, Melo MC, Cesar ID, Oliveira REM, Bastos TF, et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. *Interam J Med Heal.* 2020;3:1–12. DOI: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.87>
16. Davies NG, Kucharski AJ, Eggo RM, Gimma A, Edmunds WJ, Jombart T, et al. Effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 cases, deaths, and demand for hospital services in the UK: a modelling study. *Lancet Public Heal.* 2020;5(7):e375–85. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30133-x](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30133-x)
17. Martins FA. O trabalho interprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no contexto de pandemia: covid-19 [Internet]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.6.2021.tde-17012022-123526>
18. Prefeitura Municipal de Marília (BR). Secretarias: Departamentos, 2020. Disponível em: <https://www.marilia.sp.gov.br/portal/secretarias>. Acesso em: 22 de fev.2021.
19. Fernandes MNS, Beck CLC, Weiller TH, Viero V, Freitas PH, Prestes FC. Suffering and pleasure in the process of forming multidisciplinary health residents. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(4):90–7. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.50300>
20. Lucena EHG, Freire AR, Freire EWG, Araújo ECF, Lira GNW, Brito ACM, et al. Acesso em saúde bucal na atenção básica antes e após o início da pandemia de COVID-19 no Brasil. *SciELO Prepr.* 2020; Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/819>. Acesso em: 20 de jul.2020.
21. Silva GF da, Bessalho BT, Mucelini FC, Bodaneze P, Lombardo YLD. Atuação do residente de enfermagem no enfrentamento à covid-19 no município de Cascavel/PR: relato de experiência. *Varia Sci - Ciências da Saúde.* 2021;6(2):129–36. DOI: <https://doi.org/10.48075/vscs.v6i2.26291>
22. Campos AR, Campos GWDS, Gutiérrez AC, Costa PDS, Anéas, TDV, Rosa-Cómitre ACD, et al. Investigação sobre Atenção Primária durante Pandemia em territórios vulneráveis de Campinas, São Paulo e Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet.* 2023; 28(12):3461-3470. DOI: 10.1590/1413-812320232812.07772023
23. Lima KJV, Lacerda MVG, Monteiro WF, Ferreira DS, Andrade LLC, Ramos FRS. Technical-assistance arrangements in coping with the COVID-19 pandemic from the managers' perspective. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2022;30:e3539. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5799.3539>
24. Marinho MR, Silva Neto PK, Mata LRFD, Cunha IPD, Pessalacia JDR. Perfil dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e proteção de riscos ocupacionais na pandemia da Covid-19 no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde.* 2022;20:e00375195. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs375>
25. Anéas TDV, Lima MND, Braga FDJL, Oliveira TLD, Menezes NTDA, Viana MMDO, et al. Gestão do trabalho e o cuidado na Atenção Primária à Saúde durante pandemia de COVID-19 no município de São Paulo (SP), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2023;28:3483-3493. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06062023>
26. Gutiérrez AC, Campos GWDS, Cunha MSD, Mattos MPD, Costa PDS, Silva ROLD, et al. Coletivos organizados,



ativismo social e narrativas da pandemia em territórios vulneráveis na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023;28: 3533-3542. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.04812023>

27. Soares SSS, Souza NVDO, Silva KG, César MP, Souto JSS, Leite JCRAP. Pandemia de Covid-19 e o uso racional de equipamentos de proteção individual. *Rev Enferm UERJ*. 2020;28:e50360. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.50360>
28. Alves JCR, Ferreira MB. Covid-19: Reflexão da atuação do enfermeiro no combate ao desconhecido. *Enferm em Foco*. 2020;11(1.esp):74-7. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3568>
29. Carneiro EM, Teixeira LMS, Pedrosa JIS. A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2021;31(3):e310314. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310314>
30. Felipe DA, Albuquerque PC, Costa KAO, Andrade ACIC, Santos KP, Araújo JMA. O papel das(os) residentes em saúde para a resiliência da Atenção Básica no contexto da Covid-19. *Saúde debate*. 2023;47(137). DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313703>

Fomento e Agradecimento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - código de Financiamento 001, a qual agradecemos.

Crerios de autoria (contribuies dos autores)

- 1 - Autor: Nádia Cristina Cardoni
Tipo de participação: Na concepção e/ou no planejamento do estudo e na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados.
- 2 - Autor: Mara Quaglio Chirelli
Tipo de participação: Na concepção e/ou no planejamento do estudo e na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados.
- 3 - Autor: Danielle Abdel Massih Pio
Tipo de participação: Na concepção e/ou no planejamento do estudo e na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados.
- 4- Autor: Thiago da Silva Domingos
Tipo de participação: Na redação e/ou revisão crítica e aprovação final da versão publicada.
- 5- Autor: Kátia Terezinha Alves Rezende
Tipo de participação: Na redação e/ou revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Declaração de conflito de interesses

Nada a declarar.

Editor Científico: Francisco Mayron Moraes Soares. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7316-2519>

