



EDUCAÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA COVID-19

Resumo: Descrever, na visão dos residentes, a organização e as dinâmicas de atendimento instituídas na atenção primária à saúde na pandemia da COVID-19, e discutir o processo de educação neste contexto. Estudo qualitativo, descritivo, desenvolvido com os alunos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Rondônia, Brasil. Aplicou-se entrevista semiestruturada entre junho e agosto de 2020, e análise de conteúdo temática. Emergiram três categorias, com temas que envolveram habilidade de comunicação, trabalho em equipe, liderança, conhecimento e contato com o território, flexibilidade, educação permanente e equilíbrio emocional. Destacaram-se dificuldades na educação pela necessidade de novo planejamento didático-pedagógico, falta de recursos e pouco investimento na atenção primária. Das facilidades, destacaram-se autonomia e implementação de novas estratégias, como telemonitoramento. A pandemia trouxe novos elementos para a educação do residente, ampliando seu escopo, principalmente, na gestão e liderança.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Capacitação em Serviço, Estratégia Saúde da Família, Infecções por Coronavírus.

Education of multidisciplinary residents in primary care in COVID-19

Abstract: To describe, in the residents' view, the organization and dynamics of care instituted in primary health care in the COVID-19 pandemic, and to discuss the education process in this context. A qualitative, descriptive study developed with students from the Multiprofessional Residency Program in Family Health at the Federal University of Rondônia, Brazil. A semi-structured interview was applied between June and August 2020, and thematic content analysis. Three categories emerged, with themes that involved communication skills, teamwork, leadership, knowledge and contact with the territory, flexibility, permanent education and emotional balance. Difficulties in education were highlighted due to the need for new didactic-pedagogical planning, lack of resources and little investment in primary care. Of the facilities, autonomy and implementation of new strategies, such as telemonitoring, stood out. The pandemic brought new elements to resident education, expanding its scope, mainly in management and leadership.

Descriptors: Coronavirus Infections, Family Health Strategy, Inservice Training, Primary Health Care.

Educación de residentes multidisciplinares en atención primaria en COVID-19

Resumen: Describir, en la visión de los residentes, la organización y la dinámica de la atención instituida en la atención primaria de salud en la pandemia de COVID-19, y discutir el proceso de educación en este contexto. Estudio cualitativo, descriptivo, desarrollado con estudiantes del Programa de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia de la Universidad Federal de Rondônia, Brasil. Se aplicó entrevista semiestruturada entre junio y agosto de 2020 y análisis de contenido temático. Surgieron tres categorías, con temas que involucraron habilidades de comunicación, trabajo en equipo, liderazgo, conocimiento y contacto con el territorio, flexibilidad, educación permanente y equilibrio emocional. Se destacaron las dificultades en la educación por la necesidad de una nueva planificación didáctico-pedagógica, falta de recursos y poca inversión en la atención primaria. De las facilidades, se destacó la autonomía y la implementación de nuevas estrategias, como el telemonitoreo. La pandemia trajo nuevos elementos a la formación de residentes, ampliando su alcance, principalmente en gestión y liderazgo.

Descriptores: Atención Primaria de Salud, Capacitación en Servicio, Estrategia de Salud Familiar, Infecciones por Coronavirus.

Cleson Oliveira de Moura

Doutor em Enfermagem. Fundação Universidade Federal de Rondônia. Departamento de Medicina. Porto Velho, RO, Brasil.

E-mail: cleson.moura@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8122-8231>

Katia Fernanda Alves Moreira

Doutora em Enfermagem. Fundação Universidade Federal de Rondônia. Departamento de Enfermagem. Porto Velho, RO, Brasil.

E-mail: katiaunir@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1460-0803>

Patzy Dias Rebello

Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: patzyrebello@msn.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3679-8379>

Leticia Borges Vaz Branco

Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Curso de Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: letibranco03@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1109-7616>

Maria da Conceição Albernaz Crespo

Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: marialbernaz@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4240-8760>

Marcelle Miranda da Silva

Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: marcellemisufrij@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4872-7252>

Submissão: 01/02/2022

Aprovação: 11/01/2023

Publicação: 28/01/2023



Como citar este artigo:

Moura CO, Moreira KFA, Rebello PD, Branco LBV, Crespo MA, Silva MM. Educação de residentes multiprofissionais na atenção primária na COVID-19. São Paulo: Rev Recien. 2023; 13(41):111-124. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.111-124>

Introdução

A pandemia do novo coronavírus que assola o mundo - a *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) - vem exigindo mudanças diárias na forma de organização dos serviços de saúde para lidar com as demandas crescentes de atendimentos, que envolvem complexidades diversas, desde ações estratégicas à operacionalização da assistência¹.

Na atenção primária atenta-se para a necessidade de organização da prática para apoiar a população durante a pandemia e proteger os mais vulneráveis à infecção nos diversos ciclos de vida, com mobilização de frentes de trabalho que podem incluir profissionais em processo de formação, como pós-graduandos de programas de residências, como a Residência Multiprofissional em Saúde da Família^{1,2}.

Na amplitude das ações para o controle da pandemia, reconhece-se o papel da atenção primária para responder às rápidas mudanças nas necessidades clínicas, comportamentais e de saúde mental, e manutenção dos atendimentos das demandas preexistentes, de acordo com o perfil de saúde da população adscrita. Neste caso, destaca-se a importância da organização dos serviços para que o atendimento continue acessível à população, sem prejuízo aos grupos populacionais que, inclusive, podem ser mais suscetíveis à manifestação de sintomas graves da COVID-19, devido às comorbidades como hipertensão arterial e diabetes³.

Dentre o planejamento das ações estratégicas destaca-se a necessidade de educação permanente para orientação imediata e regular da equipe de saúde, acompanhando a evolução do conhecimento, as diferentes oscilações da pandemia e a demanda por novas tecnologias assistenciais para o cuidado

integrado e coordenado.

Embora muitos países, assim como o Brasil, reconheçam a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo bem estabelecido na atenção primária, há necessidade de investimento e valorização do seu papel na assistência à saúde. Na pandemia tem sido observada a limitação do papel da atenção primária como estratégia de enfrentamento e envolvimento da comunidade². O curso da doença em países como o Brasil - que ocupou em muitos momentos o segundo lugar no mundo em número de infectados e mortos - mostra como as oportunidades de promoção da saúde foram negligenciadas.

Esta realidade de pouco investimento e valorização da atenção primária, o risco de contaminação da própria equipe de saúde, as mudanças nas dinâmicas dos atendimentos, a menor utilização desses serviços na fase inicial da pandemia, e a restrição ao movimento das pessoas na quarentena, são exemplos de fatores que podem ter impactado o projeto pedagógico do curso de residência multiprofissional em saúde da família.

Diante da importância da residência para qualificação dos profissionais, questiona-se: qual a visão dos alunos de um programa de residência multiprofissional em saúde da família acerca do processo de organização, das dinâmicas de atendimento e da formação profissional frente à situação da pandemia pela COVID-19 na atenção primária?

Objetivou-se descrever, na visão dos residentes, a organização e as dinâmicas de atendimento instituídas na atenção primária à saúde na pandemia da COVID-19, e discutir o processo de formação profissional neste contexto.

Material e Método

Estudo qualitativo, descritivo, que utilizou o checklist *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para garantir validade dos aspectos metodológicos.

Foi cenário a Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), em Porto Velho, Rondônia/Brasil, onde se desenvolvem programas de pós-graduação no molde residência.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UNIR contava com 26 residentes em curso no período de coleta de dados entre junho e agosto de 2020, desenvolvendo as atividades de formação em diversas Unidades de Saúde da Família, na Secretaria Municipal de Saúde (especialmente nos Departamentos de Atenção Básica e na Vigilância em Saúde) e no Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde.

Participaram do estudo oito residentes, que atenderam aos seguintes critérios: profissionais de saúde regularmente matriculados no curso de residência multiprofissional, em qualquer etapa do curso. Uma residente foi excluída por estar gestante, atendendo aos critérios de exclusão: residentes afastados no período de coleta de dados por fazerem parte do grupo de risco para contaminação pela COVID-19, ou por afastamento de qualquer outra natureza.

A coleta de dados foi realizada por um pesquisador treinado, que estava em doutoramento por um programa de Doutorado Interinstitucional, docente da UNIR e profissional de uma das equipes da ESF de Porto Velho. A seleção dos participantes aconteceu por conveniência, diante da preocupação dos pesquisadores em garantir a participação de

representantes de todas as categorias profissionais vigentes na residência multiprofissional, a saber: enfermagem, farmácia, psicologia e educação física.

Aplicou-se a técnica de entrevista semiestrutura com base no seguinte roteiro: quais as principais dificuldades e facilidades você está enfrentando nas ações de ensino em serviço? De que forma o processo de formação profissional pode contribuir para o enfrentamento de situações como a da pandemia da COVID-19? Quais principais demandas de conhecimento você vem apresentando? Você se sente preparado para lidar com a pandemia? Quais habilidades e competências precisa desenvolver para lidar com a pandemia? Como você está percebendo o processo de organização da unidade?

Previamente à coleta de dados, foi caracterizado o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes, com as variáveis: sexo, idade, profissão e tempo de residência. As entrevistas foram realizadas presencial e individualmente, fora do horário de trabalho dos participantes, em sala silenciosa e privada. Perfizeram tempo médio de 30 minutos. As entrevistas transcritas foram reapresentadas aos participantes, sem alteração do seu conteúdo.

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo, na modalidade temática, seguindo as etapas: pré-análise (leitura flutuante para conhecer o conteúdo do material empírico gerado pelas entrevistas), exploração do material (quando os dados brutos foram transformados em unidades que representavam significados e depois agregados nas categorias) e fase de tratamento e interpretação dos resultados (quando foi possível fazer inferências à luz da literatura científica)⁴. As etapas da análise foram realizadas manualmente pelos pesquisadores e os

dados organizados no Microsoft Word com uso de quadros, por exemplo, para melhor visualização dos temas em suas respectivas categorias.

Aplicou-se o critério de saturação teórica; o não surgimento de novos constructos teóricos foi identificado na 5ª entrevista, tendo sido o processo de coleta de dados interrompido na 8ª entrevista, sem novos elementos capazes de gerar novas categorias ou modificar as categorias evidenciadas⁵.

Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos e o projeto de pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery – Hospital Escola São Francisco de Assis, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no dia 02 de junho de 2020. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido e tiveram o anonimato garantido. Os depoimentos foram identificados por código alfanumérico (E de 'entrevistado', seguido do número da ordem das entrevistas).

Resultados

Dos oito residentes, seis eram do sexo feminino, com idades compreendidas entre 24 e 52 anos. Quanto à profissão, quatro eram enfermeiros, dois educadores físicos, um psicólogo e um farmacêutico, com tempo de residência variando entre quatro e 18 meses.

Foram evidenciadas três categorias, conforme inferências destacadas no Quadro 1.

Quadro 1. Principais inferências das categorias. Porto Velho, RO, Brasil, 2020.

Categorias	Principais inferências
Categoria 1 – Dificuldades enfrentadas no processo de ensino em serviço e nas dinâmicas de atendimento durante a crise sanitária causada pela COVID-19	<ul style="list-style-type: none">- Necessidade de novo planejamento didático e pedagógico frente às limitações imposta pela pandemia.- Dificuldade para realizar treinamentos devido à preocupação com contaminação pelo vírus.- Restrições de realização de muitas ações no processo de formação.- Dificuldade de trabalhar e comunicar com a equipe da unidade.- Foco no atendimento individual.- Cancelamento das reuniões de equipe e das visitas domiciliares.- Dificuldade para organizar o fluxo de atendimento no serviço.- Muitas informações no início da pandemia geraram incertezas.- Fragmentação do processo de trabalho entre as unidades e gestão.- Falta de estrutura e de recursos humanos diante do aumento da demanda de trabalho e do absenteísmo.- Ausência de previsão no currículo para abordagem prática em possíveis pandemias.- Ausência de estudos epidemiológicos sobre a condição de saúde da população adscrita, por desconhecimento do território.

<p>Categoria 2 – Principais facilidades na dinâmica de trabalho e inserção do residente no contexto da atenção primária durante a pandemia pela COVID-19</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Engajamento da equipe de residentes no trabalho. - Maior facilidade para trabalhar em equipe. - Bom diálogo com os preceptores. - Autonomia para desenvolver seu papel enquanto profissional. - A nova realidade ampliou o escopo deste processo de formação, principalmente no que se refere à habilidade de liderança. - Apoio da gestão. - Implementação de novas estratégias, como o telemonitoramento/teleatendimento para continuidade da assistência à população; utilização do ambiente virtual para as atividades de ensino, e criação do projeto Quarentena Ativa. - Arcabouço teórico-prático da residência anterior à pandemia. - Oportunidade de instrumentalização na formação para lidar com situação de pandemia. - Comprometimento da unidade de saúde com a pandemia, que estimulou o trabalho em equipe. - Continuidade do serviço com o agente comunitário. - Oportunidade de conhecer como cada unidade se organizou. - Facilidade na realização do teste rápido para COVID-19.
<p>Categoria 3 – Conhecimentos e habilidades desenvolvidas na experiência de formação profissional durante a pandemia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação, seja para com a população para educação em saúde, seja entre profissionais. - Contato com o território. - Trabalho em equipe. - Liderança. - Gestão de pessoas. - Escuta ativa. - Flexibilidade. - Capacidade de análise e de tomada de decisão. - Educação permanente. - Equilíbrio emocional. - Sinceridade e empatia.

Dificuldades enfrentadas no processo de ensino em serviço e nas dinâmicas de atendimento durante a crise sanitária causada pela COVID-19

Diante das mudanças nas dinâmicas de atendimento e redução do número de profissionais na pandemia, os residentes apontaram algumas dificuldades, conforme destaques nos depoimentos a seguir.

Estamos encontrando dificuldade com relação à assistência, principalmente pelos profissionais de nível superior. Porque muitos estão atrelados ao atendimento individual, estão muito focados nisso. Acho que isso tem sido ruim, porque não estamos fazendo reuniões, porque muitos terminam o atendimento lá para às 18 horas (E3).

A gente tem pouco tempo. Ficamos envolvido no serviço e com pouco tempo para participar de treinamentos. Tem se enviado muito

material para leitura, tipo assim, lê o boletim, lê a nota, lê isso ou aquilo. Mas, o treinamento para ser apresentado realmente, quase não tive, entendeu? E com esse pouco tempo, dentro do serviço a gente vai aprendendo, lendo e buscando a base teórica por conta própria. Por exemplo, eu aprendi coleta de swab olhando o colega fazer, então, ele me chamou lá e falou “vem cá para aprender a fazer coleta de swab”. Então, tipo assim, eu não fiz um curso, uma preparação teórica e técnica formal. Eu fui lá e aprendi com o colega e comecei a fazer (E6).

Está certo que lá tem a questão dos atendimentos prioritários das gestantes, doentes crônicos, mas eu acho que está tendo uma dificuldade em saber se o paciente é para ser atendido na UPA (Unidade de Pronto Atendimento), se é na própria unidade, se lá está tendo emergência ou não. Até porque a UPA está sendo priorizada para pacientes com COVID. Então, eu acho que tem muitos

usuários estão saindo insatisfeitos, porque ou estão sendo encaminhados para outro lugar ou não estão sendo atendimentos naquele dia. Isso também tem sido uma dificuldade que eu tenho encontrado (E4).

Principais facilidades na dinâmica de trabalho e inserção do residente no contexto da atenção primária durante a pandemia pela COVID-19

O que inicialmente havia sido apontado como dificuldade, tornou-se uma facilidade com a evolução da experiência, no que diz respeito ao trabalho em equipe, ajuda mútua, comunicação e o foco em um objetivo comum, observado nos relatos a seguir.

Nós tivemos uma aproximação maior, ao receber e participar da construção do conhecimento com mais humanidade, mais diálogo, mais integração da turma, integração dos profissionais, porque está todo mundo preocupado com a COVID e a questão humanitária parece que a florou nos profissionais, nos colegas de turma (E1).

A equipe de residência que está aqui é muito engajada no trabalho, então a gente se auxilia muito e se ajuda muito (E2).

Apesar da gente de ter muitas informações às vezes desencontradas, a gente consegue ter alguns pontos de apoio para afinar a comunicação, afinar as informações. Então, apesar dessa dificuldade de buscar essa informação, de ter essa informação clara no âmbito de toda uma equipe, a gente consegue ter algumas referências, algumas âncoras nas quais a gente pode ter quando tem alguma dúvida de comunicação, de como agir. Essas pessoas nos dão alguma referência. Isso é o maior ponto positivo. A gente tem um preceptor, a gente tem uma equipe de profissionais que está nesse serviço nesse momento, com o diálogo muito aberto, o que é muito bom, muito mais fácil. Isso é uma coisa que ajuda, essa facilidade de comunicação (E5).

Essa semana eu me reuni com a diretora para fazer a planilha dos casos que foram testados positivos para COVID, realizados na unidade no mutirão. E aí nós estamos registrando os contatos telefônicos dessas pessoas para poder acompanhar e fazer a teleconsulta, que já é

preconizada pelo Ministério da Saúde desde março. Mesmo que tenham sido coisas que estão demorando para ser implementadas, estamos trabalhando nisso. Estamos correndo atrás para tentar dar uma assistência para essas pessoas (E3).

Conhecimentos e habilidades desenvolvidas na experiência de formação profissional durante a pandemia

A pandemia desencadeou uma gama de oportunidades de ensino-aprendizagem, a partir do desenvolvimento de habilidades que não seriam tão fortalecidas se não fossem os problemas gerados.

A forma de aprendizagem é nova; a forma de se comportar é nova; a forma de agir [...] é tudo novo. Na questão da aprendizagem que a gente está tendo, tendo prática dentro da unidade que atende COVID positivo em todo momento [...]. Então, para nossa aprendizagem no futuro esta situação está sendo importantíssima (E1).

Compreender a rede, compreender a gestão, tudo isso facilitou, pois assim a gente conseguia encaminhar as pessoas, saber para onde elas estariam indo. Então, tudo isso facilitou o processo de avanço conforme a pandemia foi se instaurando (E6).

A gente está em constante mudanças nesse período. Então, você enquanto profissional precisa ser flexível, ter consciência de que pode ser de um jeito um dia e no outro pode ser completamente diferente. Então, você conseguir lidar com essas incertezas e mudanças constantes é algo que você tem que saber desenvolver agora, porque o fato de você não saber lidar agora com isso já te assusta um pouco, não é? Porque hoje está funcionando de um jeito e amanhã não, e aí o que que eu faço? Como que eu vou [...]? E aí você ter essa flexibilidade te traz essa facilidade para você trabalhar agora. E apostar que a gente tem que estar mais atenta nas leituras, para se informar, para atualizar o conhecimento, por causa das novidades (E2).

Como habilidades eu colocaria trabalho em equipe, a comunicação efetiva, acolhimento, que foi um dos temas que eu bati em cima, a liderança que se tem que ter. A liderança no

trabalho, no campo (E4).

A emergência da situação da pandemia trouxe para a pauta de discussão a necessidade de pensar o que precisa ser aprimorado, para enfrentamento de situações, que mesmo atípicas, precisam ser previstas, e assim contempladas no processo de formação e qualificação profissional, respeitando a importância e o papel de todos os níveis de atenção à saúde no âmbito do sistema de saúde.

Nunca tivemos nenhuma disciplina, ninguém disse para nós como nos comportar diante de uma pandemia. Falava-se em pandemia como conceito, como estatística, mas nunca como se ela pudesse de fato acontecer, por qualquer agente biológico. Então, é algo que tem que ser revisto em relação à questão da saúde pública, na atenção primária. Quando começou a pandemia muita gente nem sabia o que significava a palavra pandemia, ainda mais como se comportar, como agir profissionalmente na pandemia. Então, isso pegou todo mundo de surpresa [...] (E1).

Nós temos um papel na atenção primária, que prevê a questão de promoção e prevenção da saúde. Então, isso é uma coisa que a gente tem que bater muito em cima. Porque a gente vê o contexto do Brasil, que se investe muito na atenção terciária, de média e alta complexidade, e que o papel da atenção primária foi esquecido nesse momento. Então, temos que fortalecer a atenção primária (E4).

Discussão

O Núcleo Docente Assistencial Estruturante, juntamente com as Comissões de Residência Multiprofissional e Uniprofissionais em Saúde e Comissões de Residências Médicas depararam-se com o desafio de, juntamente com gestores e profissionais da saúde, encontrarem meios para viabilizar a continuidade dos programas diante dos desafios impostos pela pandemia da COVID-19, que incluíram mudanças na convivência social, na

assistência em saúde e na formação profissional em saúde. Nenhuma instituição de ensino estava preparada, ou havia em seu plano pedagógico as implicações ante a uma pandemia.

Face às estratégias de adaptação, seja da rede de atenção à saúde, seja do programa de ensino em serviço, os participantes relataram dificuldades nos processos assistenciais e de aprendizagem. Embora o arcabouço teórico previsto no programa de residência tenha acompanhado a prática pelo ensino remoto, a diminuição do contato social e as eventuais trocas nos encontros presenciais foram apontadas como uma lacuna no processo formativo^{6,7}.

Outras experiências destacaram os impactos negativos da falta de interação face a face em muitas atividades na residência. Para minimizar esses impactos e otimizar o ambiente de treinamento, a comunicação por meio de mensagens instantâneas e telefone, por exemplo, foi intensificada, seja entre os próprios residentes, e entre estes e seus preceptores e gestores^{8,9}. Ademais, assim como no Brasil, evidências apontam que em outros países, como nos Estados Unidos da América (EUA), as atividades presenciais dos residentes na assistência durante a pandemia foram essenciais para o atendimento das demandas, e esses canais de comunicação contribuíram para que os residentes expressassem suas dúvidas e preocupações diante dos eventos desconhecidos e desafiantes da pandemia⁸⁻¹⁰.

Sobre a parceria dos residentes na prática, especificamente no Brasil, devido à necessidade de empenho de esforços em todas as áreas de trabalho e grande absenteísmo gerado, principalmente, pela contaminação dos profissionais, os Ministérios da Saúde e da Educação, resignificaram e valorizaram os

programas de formação profissional na modalidade de residências médicas e profissionais da saúde por meio da ação estratégica denominada "O Brasil Conta Comigo – Residentes na área de saúde". Esta ação teve como principais objetivos a ampliação da cobertura de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os níveis de atenção, e redução do tempo de espera desses usuários¹¹.

Esta estratégia foi instituída pela Portaria nº 580, de 27 de março de 2020, que dispôs sobre o pagamento de bonificação mensal para os residentes médicos e de outros profissionais da saúde pelo período de seis meses, garantindo-se ainda aos residentes o acesso às informações e equipamentos de proteção individual necessários ao manejo da COVID-19¹¹. Contudo, apesar dessas adaptações terem oportunizado a participação e ampliado a autonomia dos residentes, fortalecendo, sem dúvida, o desenvolvimento de habilidades importantes, as mudanças de algumas dinâmicas de trabalho das unidades podem representar consequências ainda desconhecidas no perfil desses profissionais^{7,9}.

Tais mudanças afetaram o plano pedagógico da residência, como a suspensão das reuniões, das interconsultas, das consultas domiciliares, e de outros trabalhos grupais. As adaptações interferiram na capacidade de a equipe estabelecer estratégias de cuidado, de promover educação permanente no cotidiano da assistência, de integrar e de pensar junto.

No caso, por exemplo, das consultas domiciliares, o Ministério da Saúde orientou que se limitassem ao ambiente externo do domicílio do paciente, e que fossem cumpridas todas as recomendações de segurança, priorizando pacientes de risco, e avaliando se a consulta era realmente fundamental, ou se

poderia ser substituída por outro tipo de modalidade de atendimento¹². Tal modificação prejudicou em alguns casos o reconhecimento adequado do território pelo residente, o que é uma fase importante no levantamento das vulnerabilidades da população adscrita, e assim, compreender as necessidades das pessoas nela inserida.

Além disso, a resposta do governo brasileiro para aumentar a capacidade de recursos humanos na área da saúde não foi acompanhada de estratégias diretas para garantia da maior participação da atenção primária no início da pandemia, assim como da participação da comunidade no combate à disseminação do vírus. O elevado número de infectados e de casos graves direcionou os investimentos para a assistência de maior densidade tecnológica, resultando na reorganização dos hospitais e criação de novos leitos para tratamento da COVID-19, bem como de hospitais de campanha.

Em que pese as reformulações e retrocessos sofridos pela atenção primária nos últimos anos, especialmente no financiamento, com impacto direto na organização e operacionalização das ações em saúde, a pandemia da COVID-19 evidenciou ainda mais a necessidade de um olhar especial para este nível de atenção, considerando, por exemplo, que 80% dos casos da COVID-19 manifestam-se de forma leve ou moderada, devendo ser gerenciados na atenção primária, porta de entrada e ordenadora da rede^{13,14}. Assim, os investimentos nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, embora extremamente importantes, não devem se sobrepor aos serviços de atenção primária, e sim, serem colocados em níveis equiparados, com a mesma atenção na reorganização das estruturas.

Na visão dos residentes, o modo de organização e das dinâmicas de atendimento na ESF, inclusive no período pré-pandemia, refletiram em pontos negativos para o processo de formação. Em geral, a falta de organização prévia no que se refere ao conhecimento do perfil de saúde da comunidade e do território foram aspectos que influenciaram negativamente a atuação dos residentes, e infere-se que, conseqüentemente, da unidade como um todo. Esta situação vai de encontro às características da ESF e do próprio plano estratégico e de diagnóstico situacional necessários à operacionalização das ações na atenção primária, pois precisa garantir conhecimento territorial e contato direto com a comunidade¹¹.

Embora alguns relatos tenham evidenciado a ocorrência de aprendizado informal na residência, pela urgência da situação, a exemplo do treinamento para realização do swab para a coleta do vírus, há evidência de que a sobrecarga dos profissionais das unidades, concentrando atendimentos de forma individualizada e ocupando a plenitude de sua carga horária, foi uma das dificuldades para aprendizagem dos participantes. Apesar da redução de alguns atendimentos comuns na atenção primária, houve aumento de outras demandas, principalmente na triagem de pacientes sintomáticos para COVID-19, além das questões burocráticas e o afastamento de profissionais dos grupos de risco para a contaminação.

Outra dificuldade atrelada e sentida por todos, refere-se ao pouco conhecimento sobre a doença e formas de manifestação do vírus, com mudanças constantes nos protocolos e fluxos de atendimento, que repercutiram em problemas de comunicação atrelados às necessidades de atualizações das novas

rotinas.

Buscando instrumentalizar os profissionais da atenção primária, o Ministério da Saúde lançou no início da pandemia alguns documentos oficiais, como o *“Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária a Saúde”*¹⁵; *“Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19”*¹⁶ e *“Orientações para o isolamento domiciliar”*¹⁷. Embora tais documentos tenham sido importantes norteadores, demandaram adaptações por conta das diferentes realidades de cada comunidade e pela evolução da pandemia.

Por se tratar da porta de entrada do sistema de saúde, a atenção primária necessita ser resolutiva; com base neste perfil, seu papel na prevenção e manejo de quadros leves da COVID-19 torna-se imprescindível, o que destaca a importância da habilidade da tomada de decisão. Contudo, a tomada de decisão precisa estar alicerçada em constructos teóricos e na experiência. E diante de uma doença pouco conhecida, com informações novas surgindo a cada dia, parte delas trazendo estatísticas assustadoras de número de infectados, de ocupação de leitos hospitalares e óbitos, esta habilidade foi marcada por incertezas e desencontros, especialmente quando considerado o período em que os dados foram coletados, ou seja, durante o primeiro pico da pandemia no Brasil.

Além das ocorrências dos desencontros das informações, destacam-se a velocidade do acesso às mesmas e os efeitos das chamadas *fake news* (notícias falsas) no comportamento social, interferindo, por exemplo, no uso de máscaras, na manutenção das medidas de distanciamento social e, posteriormente,

na aceitação da vacina. A rápida chegada e o volume das informações puderam facilitar o conhecimento dos residentes, mas por outro lado, deram espaço para a chamada infodemia, ou seja, informação em excesso e com grande velocidade de multiplicação, que gera ruídos na comunicação¹⁸.

Essa pandemia das informações e a necessidade de filtrá-las, caracterizando-as como verdadeiras e úteis, exigiu dos residentes maior investimento e proatividade para o estudo individual, especialmente, diante das poucas oportunidades de treinamentos formais no ensino em serviço. Este fato contribuiu para o estresse e para a ansiedade. Mas, por outro lado, pautados no conhecimento teórico a partir da vivência prática, as experiências fomentaram suas capacidades de análise e de tomada de decisão.

A facilidade relacionada à inserção do residente na prática durante a pandemia foi abordada em outros estudos, onde os residentes puderam se preparar para lidar com as mudanças do ambiente de aprendizagem e de prática sem que este fosse o objetivo primário deste processo de formação^{7,9}. Os relatos apontaram como fator positivo a relação existente entre a organização da assistência à saúde e o processo de formação profissional na residência.

Desse modo, ao compor a força de trabalho na linha de frente para enfrentamento da pandemia, em atendimento às necessidades do país, a maior participação dos residentes como parte integrante do serviço contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, a exemplo da liderança, da autonomia e da tomada de decisão. Os residentes tiveram que mostrar grande iniciativa ao focalizar suas ações diretas e indiretas no combate a uma doença tão pouco conhecida.

Estudo realizado com residentes de farmácia, em Nova Iorque, epicentro da pandemia nos EUA, apontou que a necessidade de rápida mudança no sistema de saúde forçou a criatividade, o desenvolvimento e a incorporação de inovações por parte dos residentes. Dentre os produtos gerados destacaram-se os trabalhos de revisões sistemáticas para orientar melhores práticas. Os residentes de farmácia, imbuídos de novas funções e responsabilidade, buscaram ler e interpretar apropriadamente a grande quantidade de literatura sobre COVID-19⁹.

No sentido da incorporação tecnológica, os residentes apontaram como positivo algumas ações resilientes que, com certeza, poderão ser incorporadas no cotidiano pós-pandemia, como o desenvolvimento da tecnologia da informação. Dentre os destaques no processo de formação dos residentes tem-se a experiência com o telemonitoramento/teleatendimento, que perpassa também, pela maior habilidade de comunicação, pelo conhecimento do perfil sociodemográfico e saúde dos usuários e, conseqüentemente, pelo contato com o território^{19,20}.

O fortalecimento dos serviços de teleatendimento – experiência vivenciada pelos residentes que possivelmente não seria promovida caso não houvesse a pandemia – foi estratégia implementada para a continuidade da assistência, evitando deslocamentos e aglomeração de pessoas. O teleatendimento foi regulamentado pelo Ministério da Saúde como estratégia excepcional para o período de pandemia. Por se tratar de um novo recurso na forma de cuidar, a equipe e os residentes precisaram se adaptar juntos a essa nova modalidade²⁰.

Apesar das tecnologias da informação facilitarem a oferta do atendimento, é acompanhada de diversas barreiras sociais e econômicas, que precisam ser devidamente estudadas para garantia da acessibilidade, como o caso de disponibilidade de equipamentos, acesso à internet de qualidade e capacitação dos profissionais²⁰.

A formação profissional no campo da especialidade da ESF, na modalidade residência, no escopo das atribuições da atenção primária, contribui para o desenvolvimento do perfil com características importantes, como capacidade de assumir responsabilidades, tomada de decisões, resolutividade, comunicação, trabalho em equipe, olhar ampliado para as necessidades das pessoas e do serviço, e especialmente liderança, habilidade social mais citada entre os participantes potencializada no contexto da pandemia²¹. Os enfermeiros, maioria dos residentes entrevistados, desempenham importantes e amplas ações que requerem perfil de liderança^{21,22}.

Além do desenvolvimento por parte dos residentes, a liderança assumida pelos gestores dos serviços e administradores dos programas de residência foi fundamental para manter os valores essenciais da formação. O que vai ao encontro de estudo realizado nos EUA, que apontou que o papel do líder na pandemia perpassa pela manutenção de altos níveis de transparência em todo o processo de gestão, sendo importante que o aluno compreenda os recursos e meios para a tomada de decisão mediante a crise, e que sempre que possível, seja incorporado neste processo. Aponta que o programa não precisa parecer organizado na visão dos residentes, e sim flexível, dinâmico e ponderado; os residentes aprendem mais ao ver preceptores, gestores e

administradores dos programas fora de suas zonas de conforto, nos bastidores das tomadas de decisão e organização dos atendimentos⁹.

Sobre a relação estabelecida entre os residentes e a equipe de saúde das unidades, os relatos divergiram nas visões, o que pode estar relacionado ao tempo de residência de cada participante, uma vez que a amostra contou com residentes no início e no final do curso, quando já poderiam ter estabelecido vínculos mais fortalecidos com os profissionais, e maior dinamismo nas rotinas de trabalho, apesar das mudanças causadas pela pandemia. Nas relações que foram consideradas positivas, destacaram-se outras habilidades citadas pelos participantes como essenciais, a exemplo da flexibilidade e do equilíbrio emocional.

O trabalho em equipe dos profissionais da unidade junto aos residentes, unidade temática nas três categorias, reconhecido assim, como dificuldade, facilidade e habilidade desenvolvida neste processo de formação, é uma grande potência. O trabalho em equipe fortalece os recursos humanos e viabiliza que sejam cumpridos os objetivos constitucionais do sistema de saúde, além de auxiliar na construção de diferentes ações no território, ressaltando a educação popular em saúde como chave do cuidado integral¹. Atenta-se que na situação de crise pela pandemia, os residentes ainda apontaram a necessidade de reconhecer que as pessoas são diferentes, e que é preciso ter sinceridade e empatia para lidar com as diferenças, especialmente, num cenário de tantas vulnerabilidades, desequilíbrios e incertezas.

Além do trabalho multi e interdisciplinar, os próprios residentes relataram fortalecimento dos seus vínculos internos. Devido à grande demanda de

trabalho, começaram a aprender uns com os outros, e trabalhar de forma engajada e em equipe, sendo a comunicação um ponto forte para isso. Esse trabalho em equipe transcende a assistência, uma vez que gera oportunidades para conexões e troca de saberes que promovem a prática colaborativa, marcada, por exemplo, pela tomada de decisão compartilhada, incluindo a participação do usuário¹.

Tal comportamento gerou proatividade, autonomia e um certo empoderamento no trabalho, sendo características importantes adquiridas no processo de formação, conforme observado no desenvolvimento de projetos como “quarentena ativa”, onde profissionais de educação física, residentes e preceptores, produziram vídeos que incentivavam e orientavam a prática de atividade física em casa, durante o período de distanciamento social.

De modo geral, vale observar que mudanças significativas foram ocasionadas no ensino superior pela pandemia, e veremos seus impactos no futuro. É importante que as universidades repensem e remodelem seus currículos de forma que seus alunos consigam avançar com êxito, levando em conta as crescentes demandas impostas pelo mercado de trabalho.

Muito tem sido discutido acerca de um preparo para novas ondas e até mesmo outras pandemias. Para isso, o ensino superior global deve buscar maneiras eficientes para uma aprendizagem de excelência, levando em conta o bem-estar de discentes e docentes. Um ponto importante, é transformar momentos de crises sanitárias como essa, em oportunidades de união entre governos e universidades para formar, ensinar e capacitar profissionais qualificados e diferenciados, que irão

contribuir para a prosperidade nacional e global^{23,24}.

Conclusão e Implicações para a Prática

Apesar de parcela da população manifestar maior gravidade da COVID-19 e demandar maior investimento na atenção hospitalar diante do colapso gerado, salienta-se que muitas situações foram gerenciadas no contexto da atenção primária, mudando as dinâmicas de atendimento e exigindo preparo dos profissionais, incluindo os que ali estavam em processo de formação profissional.

A atenção primária, quando firmada em bases sólidas, é resolutiva na prevenção e na redução dos agravos à saúde, características imprescindíveis para o enfrentamento da pandemia. Porém, como toda estratégia, é necessário investimento, valorização e reconhecimento para que sua capacidade seja explorada na totalidade.

A pandemia trouxe desafios aos residentes, que exigiram tomada de decisões importantes, uma busca incessante por novos conhecimentos e atualizações. Ante ao aumento de demanda e déficit de profissionais, os residentes atuaram na linha de frente como parte da equipe. As circunstâncias exigiram novas habilidades como melhoria da comunicação, trabalho em equipe, proatividade, flexibilidade, resiliência, dentre outras que serão levadas como legado da pandemia para esses profissionais em formação.

Aponta-se como limitação do estudo, frente aos objetivos propostos, o período de coleta de dados ter sido operacionalizado durante o primeiro pico da pandemia, o que pode ter influenciado na visão dos participantes sobre o objeto de interesse. Acrescenta-se o número de participantes devido às dificuldades

para acesso aos mesmos diante da grande demanda de trabalho, inclusive dos próprios pesquisadores. Entretanto, salienta-se o rigor metodológico e o valor dos dados captados no curso do problema que demandou diversos ajustes e adaptações, que poderão subsidiar reflexões, novas formas de cuidar e de ensinar em serviço no contexto da atenção primária.

Atenta-se para os conhecimentos e habilidades de destaque diante da crise neste processo de formação profissional, que podem ser valorizadas a partir da aplicação desses ensinamentos no período que segue em pandemia e no período pós-pandemia. Sugere-se que a partir de tais questões, os profissionais organizem atividades, como rodas de conversa, que mobilizem os profissionais em diálogos, que favoreçam proposta e operacionalização de novas estratégias de trabalho, salientando a importância da atenção primária na rede de atenção à saúde, o que requer constante investimento.

Referências

1. Donnelly C, Ashcroft R, Bobbette N, Mills C, Mofina A, Tran T, et al. Interprofessional primary care during COVID-10: a survey of the provide perspective. *BMC Fam Pract.* 2021; 22:31.
2. Rasanathan K, Evans TG. Primary health care, the declaration of astana and COVID-19. *Bull World Health Organ.* 2020; 98(11):801-8.
3. Xu Z, Ye Y, Wang Y, Qian Y, Pan J, Lu Y, et al. Primary care practitioners' barriers to and experience of COVID-19 epidemic control in China: a qualitative study. *J Gen Intern Med.* 2020; 35(11):3278-84.
4. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70. 2016.
5. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B; Burroughs H; Jinks C. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant.* 2018; 52(4):1893-1907.
6. Gaffney B, O'Carroll O, Conroy F, Butler MW, Keane MP, McCarthy C. The impact of COVID-19 on clinical education of internal medicine trainees. *Ir J Med Sci.* 2020; 15:1-3.
7. Anderson SL, Bianco J, DeRemer CE. Adapting ambulatory care learning environments in response to the COVID-19 pandemic. *Am J Health Syst Pharm.* 2021; 13:zxab016.
8. Persky AM, Fuller KA, Jarstfer M, Rao K, Rodgers JE, Smith M. Maintaining core values in postgraduate programs during the COVID-19 pandemic. *Am J Pharm Educ.* 2020; 84(6):ajpe8158.
9. Campbell P, Witenko C, Dzierba AL. Perseverance in a pandemic: a unique pharmacy residency learning experience. *Am J Health Syst Pharm.* 2021; 4:zxaa206.
10. Ramos TM, Rennó HMS. Training in the nursing residency in primary care/family health from the perspective of the graduates. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018; 39:e2018-0017.
11. Ministério da Saúde. Portaria nº 530/GM, de 27 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde", para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). *Diário Oficial da União.* Brasília: MS, 2020. Edição 61, Seção 1, p.75. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20580-20-ms.htm>.
12. Schroder AC, Vanz AP, Geremia C, Trindade CS, Canabarro. Telehealth in a reference center in diabetes mellitus: a cross-sectional analysis. *Esc Anna Nery.* 2021; 25(1):e20200046.
13. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política nacional de atenção básica 2017: retrocessos e riscos para o sistema único de saúde. *Saúde debate.* 2018; 42(116):11-24.
14. Lau J, Tan DHY, Wong GJ, Lew YJ, Chua YX, Low LL, et al. Prepared and highly committed despite the risk of COVID-19 infection: a cross-sectional survey of primary care physicians' concerns and coping strategies in Singapore. *BMC Fam Pract.* 2021; 22(1):22.
15. Ministério da Saúde. *Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária a Saúde.* Versão 7. Brasília: MS. 2020.

Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>>.

16. Ministério da Saúde. Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19. Brasília: MS, 2020. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200324_recomendacoes_ACS_COVID19_ver001_final.pdf>.

17. Ministério da Saúde. Orientações para o isolamento domiciliar. Brasília: MS, 2020. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/28>>.

18. Garcia LP, Duarte E. Infodemic: excess quantity to the detriment of quality of information about COVID-19. *Epidemiol. Serv Saúde*. 2020; 29(4):e2020186.

19. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. What is the role of primary health care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol Serv Saúde*. 2020; 29(2):e2020166.

20. Sutherland AE, Stickland J, Wee B. Can video consultations replace face-to-face interviews?

Palliative medicine and the Covid-19 pandemic: rapid review. *BMJ Support Palliat Care*. 2020; 10(3):271-5.

21. Bhandari S, Wahl B, Bennett S, Engineer CY, Pandey P, Peters DH. Identifying core competencies for practicing public health professionals: results from a Delphi exercise in Uttar Pradesh, India. *BMC Public Health*. 2020; 20:1737.

22. Schwerdtle PN, Connell CJ, Lee S, Plummer V, Russo PL, Endacott R, et al. Nurse expertise: a critical resource in the COVID-19 pandemic response. *Ann Glob Health*. 2020; 86(1):49.

23. Lopes H, McKay V. Adult learning and educations as a tool to contain pandemics: the COVID-19 experience. *Int Rev Educ*. 2020; 66:575-602.

24. Peres MAA, Brandão MAG, Aperibense PGG, Lacerda AC, Paim L, Ferreira MA. Facing up COVID-19: what cannot be relativized in nursing higher education. *Texto Contexto Enferm*. 2021; 29:e20200236.