



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: processo ensino-aprendizagem no contexto da Covid-19

FEIRA DE SANTANA

2023

GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: processo ensino-aprendizagem no contexto da Covid-19

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva como parte dos requisitos finais para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana-BA.

Linha de Pesquisa: Gestão do Trabalho, Educação Permanente e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Yaná Guimarães Silva Freitas.

FEIRA DE SANTANA

2023

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

B262r Barreto, Giani dos Santos Alves
Residências em saúde: processo ensino-aprendizagem no contexto da
Covid-19 / Giani dos Santos Alves Barreto – 2023.
170 f.: il.

Orientadora: Maria Yaná Guimarães Silva Freitas.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Feira
de Santana, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Feira de Santana,
2023.

1. Internato e residência. 2. Pandemia COVID-19. 3. Prática
profissional. I. Título. II. Freitas, Maria Yaná Guimarães Silva, orient.
III. Universidade Estadual de Feira de Santana.

CDU 614.254:616-022.6

Renata Aline Souza Silva - Bibliotecária - CRB-5/1702

GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: processo ensino-aprendizagem no contexto da Covid-19

Dissertação apresentada ao curso Mestrado Profissional em Saúde Coletiva como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

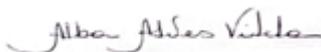
Aprovada em: 11 de agosto de 2023.

COMISSÃO EXAMINADORA



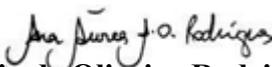
Dr.ª Maria Yaná Guimarães Silva Freitas - Orientadora

Professora Titular, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde,
Universidade Estadual de Feira de Santana (MPSC/DSAU/UEFS)



Dr.ª Alba Benemérita Alves Vilela – Titular externo

Professora Titular, Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, Departamento de
Saúde II, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGES/DSII/UESB)



Dr.ª Ana Áurea Alcício de Oliveira Rodrigues - Titular interno

Professora Titular, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde,
Universidade Estadual de Feira de Santana (MPSC/DSAU/UEFS)



Dr. Marcelo Torres Peixoto - Suplente interno

Professor Adjunto, Mestrado Profissional em Enfermagem, Departamento de Saúde,
Universidade Estadual de Feira de Santana (MPE/DSAU/UEFS)

FEIRA DE SANTANA

2023

“Manter-se firme no propósito, com fé em Deus; a fé em Deus me faz crer no impossível”. Ao meu pai, Valdir (*in memoriam*), o dedico.

AGRADECIMENTOS

Foram tantas as pessoas a quem devo meus agradecimentos, mas, em primeiro lugar, minha gratidão à Deus, pela oportunidade de viver essa jornada do mestrado. Obrigada por trilhar o meu caminho e entregar o meu destino nas mãos de pessoas tão especiais!

Não poderia iniciar os meus agradecimentos sem realçar a insubstituível importância da minha família em minha vida! Ao meu pai Valdir (*in memoriam*) e à minha mãe Geni, agradeço hoje e sempre por todo amor que me dedicaram e por toda educação que me proporcionaram, por sempre acreditarem em mim e me incentivar a seguir em frente, me apoiando em todas as etapas da minha vida! Mãinha, obrigada pelo amor incondicional e pelas orações! Vocês são meus exemplos de vida e meu alicerce de sustentação. Aos meus irmãos, Gisele e Léo, o nosso amor é o elo mais lindo que nos une e nos unirá para sempre!

Agradeço ao meu esposo Ricardo e ao meu filho Ricardinho, por compreenderem a minha ausência e correria durante o mestrado e por todo o amor compartilhado. Obrigada por viverem esse processo comigo. Vencemos mais uma etapa, meus amores!

Agradeço à minha orientadora, Maria Yaná Freitas, pelo seu conhecimento, disponibilidade e bom humor. Sou agradecida pela paciência, dedicação, apoio, pela excelência nas orientações, sempre com muita escuta e afeto.

Agradecimentos especiais à minha eterna “chefa”, Grace Rosa; às minhas amigas do trabalho para toda vida, Amanda e Mariana; e à minha grande amiga Mirthis, por terem me incentivado a fazer este mestrado e por toda amizade e por nunca soltarem a minha mão! Vocês são muito importantes em minha vida!

Aos meus colegas da Coordenação da Residência: Alan, Ivana, Yana, Uiliam, Bruno, Rebeca e Ramon por respeitarem a minha ausência nos turnos do mestrado e por tornarem o nosso trabalho leve e prazeroso, na convivência diária.

Agradeço à Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), por meio do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, em proporcionar a realização deste mestrado. Aos professores e colegas da turma, que compartilharam aprendizados, conhecimentos, alegrias e preocupações e pelos encontros descontraídos no final de cada aula.

Por fim, agradeço aos participantes desta pesquisa, os docentes dos Programas Integrados de Residências da FESF-SUS/Fiocruz-BA, bem como aos professores que fizeram parte da minha banca examinadora: vocês foram essenciais para a realização e excelência deste estudo.

Muito obrigada!

*“Crê em ti mesmo, age e verá os resultados.
Quando te esforças, a vida também se esforça
para te ajudar”*

(Chico Xavier)

BARRETO, Giani dos Santos Alves. **RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: processo ensino-aprendizagem no contexto da Covid-19.** 2023. 170p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2023.

RESUMO

Introdução: A integração ensino-serviço visa o fortalecimento da formação profissional dos cursos de residências em saúde e contribuem para mudanças na atuação profissional e na gestão, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. **Objetivos:** Analisar o processo ensino-aprendizagem nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade da Fundação Estatal Saúde da Família em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, por meio dos olhares dos docentes, no contexto da pandemia da Covid-19. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa, cujos participantes da pesquisa foram os docentes dos Programas Integrados de Residências. O campo do estudo foi em 04 Unidades de Saúde da Família da cidade de Salvador-Bahia. A técnica de coleta de dados foi entrevista semi-estruturada, constituída por 11 docentes. A análise de dados foi realizada através da análise da similitude e nuvens de palavras com uso do *software* IRAMUTEQ e da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados e Discussão:** Após leitura e análise criteriosa dos dados foram identificadas a caracterização dos participantes do estudo e apreendidas as categorias: compreensão da prática dos docentes e discussão das facilidades e dificuldades do processo de formação, no contexto da pandemia da Covid-19. O estudo sinaliza que foram necessárias inovações para a manutenção das atividades de ensino, no âmbito do processo formativo dos residentes, durante a pandemia. Dentre elas, a suspensão das atividades teóricas presenciais, que passaram a ocorrer de modo remoto, e a manutenção das atividades práticas dos residentes. As dificuldades enfrentadas foram o desconhecimento da doença, a suspensão das aulas teóricas presenciais, a readequação para aulas remotas, o medo, a insegurança, o isolamento e o distanciamento social. Como produto final, foi desenvolvido um guia prático-pedagógico com as orientações sobre as práticas pedagógicas nos Programas Integrados de Residências, no contexto da pandemia da Covid-19. **Considerações Finais:** A atuação da prática docente durante a formação dos residentes sofreu alterações no planejamento e execução no que tange a reorganização do processo de trabalho. A pesquisa visa contribuir para enriquecer o tema e aprimorar o processo de ensino-aprendizagem dos residentes, além de fornecer subsídios para discussões e estudos futuros acerca de impactos causados em situações de crise no processo formativo.

Palavras-chave: Internato e Residência. Pandemia Covid-19. Prática Profissional.

BARRETO, Giani dos Santos Alves. **RESIDENCES IN HEALTH: teaching-learning process in the context of Covid-19.** 2023. 170p. Dissertation (Professional Master's Degree in Collective Health) - State University of Feira de Santana, Feira de Santana, 2023.

ABSTRACT

Introduction: Teaching-service integration aims to strengthen professional training in residency courses in health and contribute to changes in professional performance and management, in line with the principles and guidelines of the Unified Health System. **Objectives:** To analyze the teaching-service process learning in the Integrated Multiprofessional Residency Programs in Family Health and Family and Community Medicine of the State Foundation for Family Health in partnership with the Oswaldo Cruz Foundation, through the eyes of professors, in the context of the Covid-19 pandemic. **Methodology:** This is a descriptive-exploratory research, with a qualitative approach, whose research participants were the teachers of the Integrated Residency Programs. The field of study was in 04 Family Health Units in the city of Salvador-Bahia. The data collection technique was a semi-structured interview, consisting of 11 professors. Data analysis was performed through the analysis of similarity and word clouds using the IRAMUTEQ *software* and Bardin's Content Analysis technique. **Results and Discussion:** After reading and careful analysis of the data, the characterization of the study participants was identified and the categories were apprehended: understanding of the teachers' practice and discussion of the facilities and difficulties of the training process, in the context of the Covid-19 pandemic. The study indicates that innovations were necessary to maintain teaching activities, within the scope of the residents' training process, during the pandemic. Among them, the suspension of face-to-face theoretical activities, which began to take place remotely, and the maintenance of practical activities for residents. The difficulties faced were the lack of knowledge about the disease, the suspension of face-to-face theoretical classes, readjustment to remote classes, fear, insecurity, isolation and social distancing. As a final product, a practical-pedagogical guide was developed with guidance on pedagogical practices in Integrated Residency Programs, in the context of the Covid-19 pandemic. **Final Considerations:** The performance of teaching practice during the training of residents has undergone changes in planning and execution with regard to the reorganization of the work process. The research aims to contribute to enrich the theme and improve the residents' teaching-learning process, in addition to providing subsidies for discussions and future studies about the impacts caused in crisis situations in the training process.

Keywords: Internship and Residence. Covid-19 pandemic. Professional Practice.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APN	Apoiador Pedagógico de Núcleo
APS	Atenção Primária à Saúde
BA	Bahia
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CCVP	Complexo Comunitário Vida Plena
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CF	Constituição Federal
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DF	Distrito Federal
DHR	Diretoria de Hospitais Federais e Residências em Saúde
DSAU	Departamento de Saúde
DS	Distrito Sanitário
ENT	Entrevistado
EqSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPPI	Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional
EUA	Estados Unidos da América
FESF-SUS	Fundação Estatal Saúde da Família

FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete Ministerial
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MPSC	Mestrado Profissional Saúde Coletiva
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB	Norma Operacional Básica
NUPISC	Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIR	Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade
PMM	Programa Mais Médicos
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PP	Projeto Pedagógico
PRMFC	Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade
PRMS	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
PROVAB	Programas de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RH	Recursos Humanos
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RMFC	Residência de Medicina de Família e Comunidade
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SESu	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

ILUSTRAÇÃO DE FIGURAS E QUADROS

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1** - Espiral Construtivista. **31**
- FIGURA 2** - Distribuição espacial das Prefeituras-Bairro e dos Distritos Sanitários de Salvador-BA, 2016. **46**
- FIGURA 3** - Árvore Máxima de Similitude referente às práticas pedagógicas dos docentes, nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, no contexto da pandemia da Covid-19. **62**
- FIGURA 4** - Nuvem de palavras referente às práticas pedagógicas dos docentes, nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, no contexto da pandemia da Covid-19. **64**
- FIGURA 5** - Árvore Máxima de Similitude referente às facilidades do processo de formação, nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, no contexto da pandemia da Covid-19. **73**
- FIGURA 6** - Nuvem de palavras referente às facilidades do processo de formação, nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, no contexto da pandemia da Covid-19. **76**
- FIGURA 7** - Árvore Máxima de Similitude referente às dificuldades do processo de formação, nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, no contexto da pandemia da Covid-19. **79**
- FIGURA 8** - Nuvem de palavras referente às dificuldades do processo de formação, nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, no contexto da pandemia da Covid-19. **80**

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Organização da análise dos dados com os objetivos geral e específicos e as suas respectivas categorias sobre o processo de ensino-aprendizagem existentes nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade. **56**

QUADRO 2 - Caracterização dos participantes do estudo nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, no contexto da pandemia da Covid-19. Salvador-BA, 2023. **58**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 CONTEXTOS HISTÓRICO E POLÍTICO DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE	22
2.2 RESIDÊNCIAS EM SAÚDE E SUAS DIMENSÕES DO PROCESSO ENSINO- APRENDIZAGEM	28
2.3 OS PROGRAMAS INTEGRADOS DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE	30
2.4 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DE PANDEMIA DA COVID-19	37
3 PERCURSO METODOLÓGICO	45
3.1 TIPO DE ESTUDO	45
3.2 LOCAL DE ESTUDO	45
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	48
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	50
3.5 ANÁLISE DE DADOS	51
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	57
4.2 AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS DOS DOCENTES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19	61
4.3 FACILIDADES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO NO CONTEXTO DA COVID-19	72
4.4 DIFICULDADES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO NO CONTEXTO DA COVID-19	79
5 PRODUTO TÉCNICO	87
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
REFERÊNCIAS	140
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	
APÊNDICE B - CARTA DE SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL	
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	

1 INTRODUÇÃO

A integração ensino-serviço visa fortalecer a formação profissional e nessa perspectiva, os cursos de residência na área de saúde contribuem para mudanças na atuação profissional e na gestão, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2020, emerge situação adversa, como a pandemia da Covid-19, que trouxe a necessidade de reflexão, e um novo olhar sobre a formação, o cuidar, e a contribuição que a ciência poderá trazer para a humanidade. Essa contribuição traz no seu bojo desafios para os residentes e docentes de residências médica e multiprofissional em saúde, pois nos seus territórios de atuação necessitaram implementar ações pedagógicas e estratégicas que contemplem o trabalhar em equipe, a humanização, e o cuidar centrado no paciente para implementação de mudanças positivas na saúde da população.

O mundo enfrentou um novo cenário: o de uma pandemia por um novo vírus, denominado SARS-Cov-2, também conhecido como coronavírus, que foi detectado pela primeira vez na China, no final do ano de 2019 (Almeida, 2020). Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi declarada em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença, altamente contagiosa, a Covid-19, se constituía em uma emergência de saúde pública de importância internacional, sendo caracterizada em 11 de março de 2020, pela OMS, como uma pandemia (Organização Mundial da Saúde, 2020; Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

A OMS e a OPAS repassaram orientações para a população sobre os cuidados necessários para prevenir e evitar, ainda mais a disseminação do coronavírus, e dentre estes, se encontra o isolamento social (Organização Mundial da Saúde, 2020; Organização Pan-Americana da Saúde, 2020). Com essa nova medida adotada, toda a população precisou mudar seu estilo de vida e deste modo, acentuou as dificuldades de sobrevivência e determinantes sociais no processo saúde doença foram afetados (Oliveira *et al.*, 2020).

Conforme Lima, D. S., *et al.* (2020), os profissionais de saúde precisaram se adaptar às normas para assitir os casos, com intuito de reduzir a contaminação e disseminação da doença. Portanto, os serviços de saúde precisaram ser reajustados para prevenir e evitar a disseminação da doença e para melhor receber e atender os pacientes com suspeita ou com a confirmação da Covid-19. Sendo assim, foi necessário tomar medidas para reestruturar os serviços de saúde e repensar novas maneiras de se trabalhar frente a esta nova doença, portanto, devido a este cenário pandêmico, foi preciso focar grande parte das ações no remanejamento de vários profissionais para atendimento a Covid-19 (Oliveira Maia, 2020).

O sistema de saúde contou com um quantitativo diversificado de profissionais destinados ao atendimento decorrente da pandemia e alguns serviços, ainda, contaram com participação dos profissionais de Programas de Residência Uni e Multiprofissionais em Saúde, que focaram suas práticas no enfrentamento da doença.

A Residência em área profissional da saúde abrange as modalidades multiprofissional e uniprofissional em saúde. A modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde é aquela que contempla pelo menos 3 (três) categorias profissionais da área da saúde (excetuando a categoria médica) na composição de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), inclusive nas áreas de concentração. Os PRMS são considerados modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, na forma de curso de especialização (Brasil, 2012a). Têm duração mínima de 2 anos; sob regime de dedicação exclusiva, possuindo carga horária total de 5.760 horas, sendo 60 horas semanais distribuídas em 80% de atividades práticas e 20% de atividades teóricas ou teórico-práticas (Brasil, 2014).

Os PRMS se constituem em integração ensino-serviço-comunidade por meio de parcerias dos programas com os trabalhadores, gestores e usuários, desenvolvendo suas atividades com base no ensino em serviço (Brasil, 2012a). O programa abrange categorias profissionais que integram a área de saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Brasil, 1998).

Levando em consideração o propósito dos Programas de Residência em Saúde, principalmente aqueles com residentes multiprofissionais e o cenário da pandemia da Covid-19, que ocasionou mudanças nas atividades práticas e teóricas destes programas, fez-se necessário refletir acerca do impacto que a pandemia trouxe na formação destes profissionais.

Na busca do equilíbrio entre a formação científica oferecida pelas faculdades e uma formação que desenvolva competências indispensáveis para a atividade profissional, é necessário experimentar formas conjuntas de atuação entre duas grandes áreas: a educação e a saúde (Faria *et al.*, 2018). A própria Constituição Federal (CF) incentiva esse diálogo, quando diz que a universidade tem total autonomia didática pedagógica e, ao mesmo tempo, que compete ao sistema de saúde ordenar a formação de recursos humanos em nosso país (Brasil, 1988).

Nesse processo de busca, e com a própria evolução dos programas de residências médicas e multiprofissionais no decorrer dos anos, essa modalidade de pós-graduação se consolidou como a melhor forma de capacitação profissional para o trabalhador. A residência

deve, então, ser analisada sob vários enfoques, que abarque seus múltiplos fatores e, principalmente, suas duas dimensões: ensino e prestação de serviço (Silva; Terra; Kruse, 2016).

Discutem-se, modos de transformação da organização dos serviços e das práticas de saúde atrelados a processos formativos e práticas pedagógicas que, conjuntamente, desenvolvem e sedimentam os princípios do SUS. Acreditamos que estudar a residência assume, então, importância estratégica nesse movimento de mudança da formação profissional, no sentido de se alcançar novos modos de cuidar da saúde integral da população e da atuação para o enfrentamento da Covid-19, como também, de outros agravos (Artmann; Rivera, 2013).

A aproximação entre academia e serviços públicos de saúde é essencial para transformar o aprendizado tomando por base a realidade de vida e de saúde da população brasileira. Assim, a inserção dos estudantes e profissionais no “cenário real de práticas” da Rede SUS é fundamental para que o processo saúde-doença seja abordado integralmente (Faria *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, estão cada vez mais em evidência os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (PRMS) e de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) sustentadas pela compreensão das relações políticas e humanísticas que conduzem a interação ensino-serviço-comunidade, que surgiram com seu pioneirismo e, nos anos 2000, configuraram-se como estratégia nacional de formação de profissionais para o SUS (Faria *et al.*, 2018).

Na verdade, ainda hoje, as residências médicas e multiprofissionais são consideradas uma proposta curricular inovadora no ensino em saúde, por apresentar uma estrutura pedagógica fundamentada na problematização da realidade dos serviços de saúde, que sofre desafios contínuo, especialmente, em função da situação de emergência em Saúde Pública. Nessa modalidade de pós-graduação *lato sensu*, as atividades práticas são desenvolvidas com base no trabalho em equipe multiprofissional e sob a orientação de tutores e preceptores (Faria *et al.*, 2018).

Os docentes do Programa de Residência e profissionais dos serviços de saúde são designados a essa atribuição, a quem compete a função de atualização dos conteúdos ancorados aos desafios propostos pela realidade dos serviços e territórios. Isso faz do processo de ensino-aprendizagem nas residências um mergulho na realidade da saúde das comunidades, capaz de produzir conhecimentos científicos aos residentes (Haubrich *et al.*, 2015).

Dentre os vários fatores que compreende a residência, o papel do docente é um dos que deve ser considerado. O exercício da docência, a partir da supervisão da prática, mostra-se como estratégia principal do processo ensino-aprendizagem. Esta mediação exige do docente conhecimento, bom senso, criatividade e formação continuada. Implica, ainda, compreensão da dinâmica do processo ensino-aprendizagem a partir da prática, das especificidades que caracterizam o trabalho em saúde e do entendimento da complexidade do trabalho multiprofissional. Muito importante, também, é a compreensão acerca das transformações do mundo do trabalho e das políticas sociais públicas, e do exercício profissional na saúde (Santos, 2010; Ribeiro, 2015).

Para a construção desse estudo, realizou-se a busca por artigos científicos, teses, dissertações, livros e publicações governamentais que permitissem a contextualização em torno do objeto de estudo. Consultou-se esses materiais por meio de acesso remoto institucional às bases de dados: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Banco da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) de teses e dissertações, utilizando-se de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) relacionados ao tema, tais como: Prática Profissional; Internato e Residência e Pandemia Covid-19.

A motivação para realização desta pesquisa destaca-se a importância de se colocar como sujeito e aproximação com o tema da pesquisa, justificada pela atual situação de emergência em Saúde Pública em função da Covid-19, que tem exigido novos olhares e análises sobre os processos e percursos formativos associada à minha trajetória nos campos teóricos e práticos sobre o tema. Ao finalizar a graduação em Fisioterapia, pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Sociedade Hólon, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde da Bahia (SESAB). Comecei a perceber, então, como esta etapa era essencial para a formação profissional, além de ser pouco incluída no debate sobre educação profissional no Brasil. Esse aspecto me despertou para estudar sobre o tema. Estudar a residência a partir da visão do docente em um contexto específico de enfrentamento da pandemia. Percebemos que o estudo criterioso e sistemático da formação profissional que considere o cenário atual é um dos principais caminhos para entendermos melhor a situação da residência e analisarmos os meios e estratégias que podem ser estabelecidos para o estímulo e promoção de mudanças, especialmente no contexto da pandemia da Covid-19.

A residência foi uma experiência única. Representou o *start* de minha atuação como profissional e a continuidade na minha formação. Nessa trajetória, atuei no Departamento de Gestão do Trabalho e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, potencializando o aprendizado nesta área.

Atualmente, atuo como membro da equipe de Coordenação dos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em parceria com a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) e da Residência em Medicina de Família e Comunidade da FESF-SUS, na coordenação administrativa acadêmica do corpo docente do Programa e que, devido à aproximação com a temática e com o cenário de prática, surgiu a iniciativa de realizar este estudo acerca da contribuição dos docentes nos Programas Integrados de Residências produzindo propostas e alternativas para o enfrentamento dos desafios imposto pela pandemia da Covid-19.

Diante do exposto, e a partir da minha trajetória profissional, é que se estrutura a motivação para a escolha deste tema de estudo que é a formação em saúde nos Programas Integrados de Residências, ao realizar análise sobre o processo ensino-aprendizagem, em um contexto específico de enfrentamento à pandemia, o interesse de investigação construído a partir da minha inserção como membro da coordenação pedagógica dos Programas Integrados de Residências em Saúde de Salvador/BA. Logo, ressalto que o tema teve origem no ato vivido, repleto de escolhas realizadas ao longo da caminhada enquanto sujeito e profissional de saúde, sempre atraída e comprometida com a dinâmica do conhecimento.

Nesse momento, cabe lembrar as ideias de Minayo (2001) em um de seus escritos, quando refere à relação de um tema de pesquisa e sua experiência com o novo, com possibilidades de outras criações:

[...] nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática. Isso quer dizer que a escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo (Minayo, 2001, p. 17).

Sendo assim, por meio da reflexão sobre a experiência vivida e da problematização de como aprendemos e ensinamos nos ambientes onde estamos inseridos, pode-se criar estratégias para aperfeiçoar as práticas de saúde e qualificar os profissionais. Do mesmo modo, favorecer a construção de um cenário que proporciona o ensino na saúde. Em virtude dessas razões e embasado na experiência, este estudo foi impulsionado por meio da seguinte questão de pesquisa: **“Como acontecem, na ótica dos docentes, os processos de**

ensino-aprendizagem nos espaços das Residências em Saúde, no contexto da pandemia da Covid-19?” Assim, considera-se importante pesquisar aspectos relacionados à formação em saúde na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC), a fim de compreender seus limites e possibilidades para o fortalecimento do SUS, especialmente neste contexto.

Diante do exposto, tem-se como **objetivo geral** deste estudo:

- Analisar o processo de ensino-aprendizagem nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, por meio dos olhares dos docentes, no contexto da pandemia da Covid-19.

E como **objetivos específicos**:

- Conhecer a caracterização dos docentes que orientam a formação dos residentes dos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade;
- Compreender as práticas pedagógicas utilizadas pelos docentes no processo formativo dos residentes, no contexto da pandemia da Covid-19;
- Discutir as facilidades e dificuldades do processo de formação dos residentes, na ótica dos docentes, no contexto da pandemia da Covid-19.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONTEXTOS HISTÓRICO E POLÍTICO DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

Nas últimas décadas vivenciamos, no Brasil, inúmeras transformações no setor da Saúde. Embalados pela transição da ditadura militar à democracia, movimentos contrários ao modelo previdenciário, vigente na época, ganharam força, principalmente, com a Reforma Sanitária, a mobilização nacional na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a promulgação da CF em 1988 e culminaram na construção e implementação do SUS, aprovado pela Lei 8080/90 (Brasil, 1988, 1990; Polignano, 2001; Moretti-Pires; Bueno, 2008). Nessa dinâmica, a saúde passou a ser considerada direito do cidadão e dever do Estado, conforme estabelecido no artigo 196, da CF, e instituído pela Lei Orgânica da Saúde, e, em consonância com o art. 200 da Constituição de 1988, ao SUS fundamenta-se a competência de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (Brasil, 1988, 1990; Reibnitz; Prado, 2006; Ferraz *et al.*, 2012a, 2012b).

A educação, por sua vez, também acompanhou esses movimentos e alguns processos marcaram esse período, merecendo destaque a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Brasil, 1996), que estabeleceu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), e mais recentemente, em 2001, a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação no Brasil (Brasil, 2001a, 2001b, 2001c). Essas transformações delinearam novos caminhos para o cuidar, o ensinar e o aprender em saúde, na busca de uma formação para um cuidado integral e interdisciplinar.

Diante do enfrentamento de uma política de contrarreformas, a afirmação de um projeto profissional e político-pedagógico voltado para uma formação crítica, reflexiva, teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política é de extrema importância para a formação dos profissionais e fortalecimento do SUS.

Neste contexto, o início da década de 1990 foi marcado pela discussão sobre recursos humanos e formação profissional nas Conferências e Conselhos de Saúde. Assim, encaminhou-se como direcionamento a realização da II Conferência de Recursos Humanos em Saúde, em 1993. No entanto, o cenário político caracterizava-se por uma crise instalada no país, a partir do Governo Collor/Itamar, e as intervenções de viés neoliberal se refletiu, consideravelmente, na área de recursos humanos, inclusive na saúde pública - o que impediu a efetivação de uma política de recursos humanos compatível com a concepção da Reforma Sanitária Brasileira (Pinto *et al.*, 2012).

A partir dos anos 2000 tem início a proposição de um debate nacional entre gestores, trabalhadores e formadores de recursos humanos, para implementar, aperfeiçoar e adequar a Norma Operacional Básica/Recursos Humanos (NOB/RH) – SUS (Brasil, 2005a). Sendo assim, a área de recursos humanos ganha o status na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde (MS), objetivando implementar uma política de valorização do trabalho no SUS. A partir dessa deliberação, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) torna-se uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de seus trabalhadores. Isto permitiu uma interlocução do setor saúde na formulação de projetos político-pedagógicos para a formação dos trabalhadores, condizente com os princípios do SUS (Brasil, 2004).

Nesse cenário, uma das políticas desenvolvidas pela SGTES é a de fomento das Residências Multiprofissionais em Saúde, através da Portaria interministerial nº 2.117, de 2005, com o objetivo de ser uma pós-graduação para formar profissionais em campos de atuação estratégicos para o SUS e em regiões prioritárias do país (Brasil, 2005b; Silva, 2013).

Nesse contexto se inserem os programas de residências em saúde, e aqui incluem-se os programas de residência médica, multiprofissional e em áreas específicas, ou também chamadas de uniprofissionais. Com o caráter de pós-graduações *lato sensu* e assinaladas pelo treinamento em serviço, articulam teoria e prática, ensino e serviço e provocam inquietações nos profissionais que estão no exercício da profissão, e que são os responsáveis pelo direcionamento das atividades que os residentes desenvolvem. Este profissional é chamado de docente e é necessário estar qualificado para o desempenho dessa função (Brasil, 2012a).

De acordo com a Resolução n. 2 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), de 2 de abril de 2012, Ministério da Educação, preceptor é um profissional que se caracteriza especialmente por realizar a supervisão direta das atividades práticas pelos residentes *in loco*, ou seja, nos serviços de saúde onde estão inseridos (Brasil, 2012a).

Por meio desta portaria, descrita ao longo do artigo 14, são definidas as competências para o preceptor, dentre as quais se destacam as que seguem:

Ao preceptor compete:

- I. exercer a função de orientador de referência para o (s) residente (s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;
- II. orientar e acompanhar, com suporte do (s) tutor (es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do Projeto Pedagógico (PP);

III. elaborar, com suporte do (s) tutor (es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;

IV. facilitar a integração do (s) residente (s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática; [...] (Brasil, 2012a).

Vinculada a essas definições, essa mesma Resolução entende que a função de tutor (Apoiador Pedagógico) se caracteriza por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo. Segundo essa Resolução:

§1º A tutoria de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes.

§2º A tutoria de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa (Brasil, 2012a, s/p).

De acordo com a descrição anterior, observa-se que o tutor também desempenha um papel de articulador entre os saberes práticos e teóricos. Ribeiro e Prado (2013) apoiam essa concepção e declaram que o tutor é um orientador acadêmico, tendo responsabilidade direta com o plano pedagógico, assim como o preceptor.

Os programas de residências tiveram seu início em 1889 com a residência médica da Universidade Johns Hopkins, criada por William Halsted e que correspondia ao treinamento dos médicos mais jovens por aqueles com maior experiência. No Brasil, esse modelo de formação começou em 1944, com a residência de ortopedia na Universidade de São Paulo, seguida do programa de residência do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, no ano de 1948 (Skare, 2012).

Na década de 70, os programas de residência médica experimentaram o movimento de expansão e valorização como estratégia de especialização do profissional médico, como um requerimento de um mercado de trabalho cada vez mais competitivo, centrado nas especialidades e num modelo de saúde intervencionista, biologicista e hospitalocêntrico (Botti, 2009).

Parece contraditório, mas paralelamente surgiam inquietações sobre o modelo pautado no paradigma cartesiano, enquanto que se optava por especialidades que cada vez mais fragmentavam o ser humano e reforçaram o poder e a hegemonia médica nas relações do

trabalho, e no ensino em saúde. Além da expansão da residência médica, também foi na década de 70 que os residentes começaram a lutar pela regulamentação do programa, que culminou com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no antigo Ministério da Educação e Cultura, por meio do Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 (Botti, 2009; Brasil, 1977).

A Residência Multiprofissional em Saúde, por sua vez, teve sua origem no Brasil em 1976, com a primeira Residência em Medicina Comunitária em uma Unidade Sanitária do Rio Grande do Sul (Brasil, 2006). Foi um início informal, propondo qualificar os membros das profissões da saúde por meio da vivência prática, e tendo como exemplo o modelo da Residência Médica, que já funcionava desde 1944, no Departamento de Ortopedia da Universidade de São Paulo.

Em 1978, o programa de Residência em Medicina Comunitária tornou-se o primeiro programa de residência multiprofissional. A partir desse momento, passou-se a direcionar um olhar mais atento ao trabalho em equipe, ressaltando-o como relevante no processo de trabalho em saúde e fundamental no contexto da reforma sanitária e implantação do SUS (Brasil, 2006).

As décadas de 80 e 90, foram marcadas pela Reforma Sanitária, criação, regulamentação e implementação do SUS, e trouxeram a proposta de uma visão integrada para a saúde no Brasil. Desse modo, ganhou força a ideia de um modelo de cuidado reorientado para a integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade na atenção à saúde (Botti, 2009).

Nesse contexto, o movimento de crescimento dos PRMS, no início predominantemente no âmbito da atenção primária, ampliou-se e passou a traçar novos rumos à assistência do indivíduo, família, grupos e sociedade brasileira. No tocante à residência médica, a mesma reivindicava por melhorias e direitos no desenvolvimento das atividades práticas, e foi em 1981, que a Lei 6.932 instituiu as atividades dos residentes, além de outras providências, e extinguiu a expressão “regime de dedicação exclusiva” determinado pelo Decreto 80.281 (Botti, 2009).

Após aproximadamente 30 anos e espelhada na residência médica, foi sancionada a Lei 11.129 de 30 de junho 2005, que em seu art. 13 institui a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, definida como “modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, exceto a médica”, e em seu art. 14 cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (Brasil, 2005c).

Nesse caso, a residência médica se exclui dessa lei, por já ser regulamentada, por uma Comissão Nacional de Residência Médica e ter suas leis e resoluções próprias. Essa postura reforça a hegemonia dessa profissão no setor da saúde, assim como repercute na não uniformização das residências em saúde, e na própria divisão do trabalho, contrariando o princípio do trabalho interdisciplinar/multidisciplinar.

Em 2007, é lançada a Portaria interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (Brasil, 2007).

Mesmo com a não participação do médico nos Programas de Residência Multiprofissional, as discussões sobre a modalidade foi crescendo e, em outubro de 2008, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, (DEGES/SGTES/MS) e a Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde, da Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação e Cultura (DHR/SESu/MEC) promoveram o III Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde em Brasília/DF. Um evento importante, fortalecedor da parceria entre os Ministérios na discussão e reflexão sobre estratégias para a formação e qualificação de recursos humanos para o SUS. Além disso, proporcionou a construção coletiva de ferramentas para avaliação dos programas e treinamento de avaliadores, orientados pela CNRMS (Brasil, 2008).

Apesar de os médicos não fazerem parte dos programas de residência multiprofissional, no desenvolvimento das atividades cotidianas, os mesmos devem realizar sua prática de forma integrada, visto que, também, são membros da equipe de saúde.

Em 2009, foi publicada a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, que orienta as residências na área profissional da saúde, institui o programa nacional de bolsas para residência e estrutura a CNRMS (Brasil, 2009). É a linguagem das Portarias que cria as legendas “multiprofissional” e “em área profissional”, em lugar de “multiprofissional” e “uniprofissional”, uma vez que a lei criou residências “em área profissional da saúde” e uma Comissão Nacional de Residência “Multiprofissional”.

Nos dias atuais, os PRMS passam por processo de expansão, atuando tanto no âmbito da atenção básica quanto no âmbito hospitalar, e buscam tornar a assistência mais qualificada por profissionais formados pelo e para o SUS.

Em 2021, a partir de estudos sobre a temática, considerando também os resultados obtidos no financiamento das residências, o MS, via SGTES (SGTES/MS), resolveu ampliar

sua atuação na formação e qualificação de especialistas com o lançamento do Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde. O Plano é um marco histórico para o país. Em sua essência, busca valorizar os residentes, preceptores e gestores de programas de residência, por meio da promoção e qualificação complementar e do aumento do número de bolsas de fomento, em especial nas regiões prioritárias. Pretende, assim, contribuir para maior oferta de especialistas e para a fixação profissional em regiões que possuem vazios assistenciais (Brasil, 2021).

Os PRMS vêm atender a necessidade de formar e qualificar o profissional de saúde para o SUS. Nessa proposta podem se inserir as quatorze profissões da área da saúde, exceto a médica, como listada no §1 do art. 3 da Resolução n.2/2012 da CNRMS (Brasil, 2012a).

Além disso, o seu formato pedagógico compreende um núcleo comum que trabalha conteúdos relacionados às questões sociopolíticas, éticas, pesquisa científica e modelos assistenciais para o processo do cuidado, além de núcleos específicos às áreas de concentração e às profissões, buscando promover a integração dos saberes em atividades conjuntas. Trabalha-se uma metodologia que privilegia a integração ensino/serviço respeitando as particularidades existentes em cada processo de trabalho das profissões (Meira; Santos; Santana, 2006).

O MEC ao dispor sobre as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional, na Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012 (Brasil, 2012a), afirma no art. 5º, §2, itens III, IV e V, que:

III. As atividades teóricas, práticas e teórico-práticas de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde devem ser organizadas por:

- a. um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar;
- b. um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do programa;
- c. eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de fora a preservar a identidade profissional.

IV. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde deve ser orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.

V. O Projeto Pedagógico (PP) deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção ou gestão na saúde (Brasil, 2012a, p. 02).

Nesse sentido, acredita-se que os modelos pedagógicos que orientam o processo de ensino-aprendizagem nesse cenário, suas nuances e, principalmente, os docentes merecem uma atenção especial.

Inseridos em um momento histórico no qual se busca uma formação profissional crítica, reflexiva e transformadora da prática, discutida nos cursos da área da saúde e propulsora de mudanças curriculares, parece contraditório constituir um programa de educação no trabalho, orientado pelo modelo flexneriano. Nesse contexto, o docente tem papel de grande relevância na condução do processo de ensino-aprendizagem, pois é ele quem orienta, direciona o residente na sua formação e compartilha as experiências (Botti; Rego, 2008, 2011).

De acordo com Botti; Rego (2011), tão importante quanto apreender as profissões, no contexto da contraditória sociedade do capital, é deixar claro que é na própria contradição de interesses entre capital/trabalho que está a possibilidade de uma prática social - a prática dos profissionais como sua parte e expressão - que fortaleça os interesses da saúde da população.

Nesse sentido, discutir questões conjunturais, pedagógicas e políticas do PRMS e PRMFC é importante, principalmente quando se considera a ótica dos docentes - profissional de saúde que também é formador. Portanto, acredita-se que uma melhor compreensão desse processo poderá contribuir para a formação de profissionais críticos e consonantes com os princípios e diretrizes do SUS.

A rotina dos serviços de saúde e as relações que se operam, no sentido de realizar a gestão e o cuidado em saúde, são centrais para a construção de processos formativos com vistas a enfrentar os desafios postos à consolidação do SUS e da integralidade como seu princípio, o que pressupõe a necessidade de mudanças no processo de trabalho. Frente às políticas de formação profissional que (re)produzem a fragmentação dos saberes e práticas em saúde, entende-se que a interferência nos modos instituídos de produzir cuidado demanda a problematização das ações de formação e gestão vigentes. Requer tomar os processos de trabalho em seus limites e potencialidades como vetor fundamental na constituição dos processos de formação, uma vez que abordar as práticas de cuidado e de gestão em saúde implica compreender a multiplicidade que as constitui (Heckert; Neves, 2010).

2.2 RESIDÊNCIAS EM SAÚDE E SUAS DIMENSÕES DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

O preparo profissional e construção de um repertório de conhecimentos para o exercício da prática pedagógica do docente é uma característica imprescindível para o pleno

funcionamento da residência. Essa prática pedagógica consiste na relação dialógica estabelecida entre o docente e o residente, na qual se desenvolve o ensinar e o aprender, por meio da prática em serviço. Nesse contexto, o ensinar/educar não deve ter o significado de adestrar, treinar, capacitar, mas precisa ser o condutor no desenvolvimento do aprendiz como sujeito crítico, curioso, e pró-ativo na construção do conhecimento e recriação da realidade (Freire, 2011a, 2011b).

Assim, os participantes desse processo necessitaram compreender que não é possível o ensino sem o aprendizado, e ambos sem o conhecimento. O docente precisa aprender e ensinar, ter competência, responsabilidade ética e profissional. Nesse processo de educação é preciso cultivar a esperança, incentivar a curiosidade, dialogar, desafiar o educando e a si mesmo, ser capaz de intervir com vistas à promoção de maior percepção e apreensão do mundo e de aprendizagem (Freire, 2011b).

No contexto dos programas de residência, o docente muitas vezes encontra-se no papel de tutor, responsável por orientar o preceptor e o residente no desenvolvimento do projeto pedagógico do curso, sendo também responsável pela formação. Ademais, o residente vivencia boa parte de sua prática com o preceptor e este profissional de saúde assume a função de 'ensinar' no trabalho, e precisa desenvolver conhecimentos para esse exercício.

A educação no trabalho é entendida como uma ação coletiva e pautada na comunicação contextualizada pelo cenário do trabalho em saúde que compõe a ação instrumental, fundamentada pelo arcabouço teórico e técnico-científico, ação comunicativa, representada pelas interações nas relações interpessoais (Silva; Peduzzi, 2011).

Os conhecimentos para o ensino são construídos a partir do movimento de interação e reflexão com o cenário da aprendizagem a eles relacionados. Nessa construção, fica cada vez mais claro que existem diferenças entre "saber o conteúdo" e o "saber ensinar o conteúdo", pois para que a aprendizagem seja concreta não satisfaz saber um assunto em toda sua especificidade, mas é preciso conhecer estratégias que permitam falar sobre o tema de modo a ser plenamente compreendido. Assim, concordo com Shulman (1986, p. 14) quando diz: "Aqueles que sabem, fazem. Aqueles que compreendem, ensinam".

Compreender quais saberes é necessário dominar, para ensinar, vem constituindo-se na área da educação, motivo de inúmeras discussões. Os docentes no processo educativo dos programas de residência em saúde é o profissional de saúde que se encontra no âmbito da prática e, nesse cenário, conduz o processo de ensino-aprendizagem do residente ou profissional em formação, por meio dos Programas de Residências em Saúde. Na composição desse cenário dispomos de alguns elementos chave: o tutor (apoiador pedagógico); o

preceptor (profissional da prática); o residente; e a aprendizagem na prática. Nesse sentido, uma relação didática é estabelecida, e tem como produto final a construção do conhecimento.

Os Programas de Residências em Saúde foram pensados para formar um novo perfil de profissional de saúde, apto a responder às reais necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade. Assim, há uma demanda por um perfil profissional diferente do que tem sido formado nas graduações, geralmente, especializadas, o que induz a um investimento governamental na formação de profissionais mais capacitados quanto à atuação multiprofissional (Ramos, 2006).

A multiprofissionalidade é o termo utilizado pelo PRMS e constitui a principal diretriz para a formação do residente. Sobre a prática multiprofissional, utilizamos o conceito apontado por Minayo (2014, p. 436), "[...] multiprofissionalidade diz respeito à múltipla articulação, agora, de áreas profissionais. Ela acontece, geralmente, quando, para solucionar um problema complexo da prática são necessários conhecimentos de vários especialistas".

Pensar a formação teórica em um processo de residência diz refletir sobre a proposta da educação permanente, que aborda a ideia de produzir conhecimento a partir da interlocução entre educação e trabalho. Trata-se de uma formação e desenvolvimento de profissionais de saúde de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, desenvolvendo reflexividade das práticas e problematização da realidade (Jungles; Martins; Machado, 2021).

2.3 OS PROGRAMAS INTEGRADOS DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

Os Programas Integrados de Residências em Saúde da FESF-SUS/Fiocruz, Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, adotam uma perspectiva baseada em modelos de formação com densidade científica, superação da dicotomia teoria-prática, reconhecimento e respeito à subjetividade, e responsabilidade social. Além disso, caracteriza-se pela superação do modelo de educação tradicional, assumindo que a construção do conhecimento ocorre no cotidiano, e através da reflexão sobre a prática, buscando o desenvolvimento da autonomia, criatividade e criticidade dos residentes.

O modelo pedagógico adotado visa maior integração entre os saberes e práticas populares e multidisciplinares, valorização e desenvolvimento de dimensões afetivas e intelectuais, num constante processo de ressignificações/reconstruções, problematizando as situações cotidianas, assim como, os atuais modelos de educação, de gestão e de atenção à saúde, fomentando novas práticas com potencial transformador (Mitre *et al.*, 2008).

Os PIR adotam como princípio a Pedagogia Problematizadora. Esta tem como base o reconhecimento de que a educação ocorre numa dada realidade, sendo este o processo de

transformação do sujeito enquanto ele atua sobre a realidade, ou seja, a aprendizagem acontece através da busca pelo conhecimento e transformação da realidade. Deste modo, o educador assume uma função de facilitador da aprendizagem do residente, abandonando o papel de detentor do saber, acompanhando-o durante seu processo de transformação (Bordenave, 2003). Cabe ao preceptor/apoiador/docente a função de mediação, com o objetivo de diminuir a discrepância entre a formação atual e a desejada, e favorecendo o desenvolvimento das competências definidas no projeto pedagógico.

Ainda que não exista uma metodologia única no modelo educacional adotado, assume-se como referência metodológica para o processo de ensino-aprendizagem a Espiral Construtivista. Esta espiral caracteriza-se pelo movimento produzido pelo processo de aprender, sendo estruturada em seis etapas (movimentos), organizando-se em dois momentos distintos: síntese provisória e a nova síntese. O primeiro momento corresponde a uma visão geral e inicial da realidade, apresentando os movimentos de identificação de problemas, formulação de explicações e elaboração de questões de aprendizagem. Enquanto o segundo apresenta uma possibilidade de (re)construção de saberes, sendo composto pela busca por novas informações, construção de novos significados e avaliação (Lima, 2017).

A figura 1 abaixo ilustra a Espiral Construtivista:

FIGURA 1 - Espiral Construtivista.



Fonte: Lima, 2017.

Com uma abordagem construtivista, são utilizadas metodologias ativas de aprendizado, orientadas pelo cotidiano do trabalho em saúde. A dimensão cuidadora da prática em saúde orienta o currículo e a construção dos projetos pedagógicos de cada residente de forma singular, objetivando ser capaz de desenvolver os processos e fluxos

necessários. As ofertas pedagógicas estão voltadas para a construção da autonomia profissional e científica, valorizando o conhecimento prévio dos residentes, a integração dos atores envolvidos nos campos de inserção e os saberes desses, sejam eles usuários dos serviços ou outros profissionais.

Ressalta-se que o aprendizado é prioritariamente promovido pelas situações concretas do trabalho, cujo encontro entre os diversos atores do cotidiano dos serviços será o principal dispositivo para o desenvolvimento do processo de aprendizagem. A partir dessas vivências do cotidiano, acontecem espaços mediados por apoiadores pedagógicos (tutores), ora por categoria profissional (núcleo), ora por equipe (campo), para que estas vivências sejam discutidas, problematizadas, processadas, ressignificadas, dialogando com diversos referenciais, para uma produção coletiva de conhecimento. Além desses espaços, é também utilizado um amplo repertório de estratégias e recursos, buscando a mobilização de afetos, habilidades e saberes de cada um e a busca crítica de novas informações que, na interação colaborativa com outros residentes, contribuirá para a construção de novos saberes.

A integração das Residências Médica e Multiprofissional em um currículo por competências, visa que o trabalho em equipe seja exercitado, tanto no campo de prática, como no desenvolvimento dos processos educativos, mediados por preceptores e apoiadores pedagógicos, que atuam no campo comum, em que os residentes estão inseridos. Para o desenvolvimento das competências relacionadas às áreas de concentração, os preceptores que os acompanham diariamente nos serviços, conduzem o processo de formação e avaliação desses residentes, apoiando o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes.

O desenho oferece aos residentes, através de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, vivências e trocas na rede real de APS da região, sobretudo em áreas de vulnerabilidade, realizando funções pertinentes às EqSF's e com espaços de formação teórica para o aprimoramento do trabalho.

O formato do programa, desta maneira, abarca, juridicamente, uma RMFC e uma RMS, amenizando assim, o divisionismo da corporação médica, e ainda inclui a formação ampliada com os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e o profissional sanitário, que, até então, pouco valorizado nas residências multiprofissionais do país (Costa; Santana, 2021).

Para a construção do corpo docente, utiliza-se as concepções de “campo” e “núcleo” de saberes e práticas de saúde de Campos (2000a). Assim, são disponibilizados “Preceptores de Núcleo”, responsáveis pelo trabalho in loco específico de cada categoria profissional; Preceptores de campo/sanitário, formados por profissionais generalistas que trabalham

saberes e práticas relacionadas ao trabalho em equipe dos residentes; e Apoiadores Pedagógicos de núcleo/“Tutores de Núcleo”, responsáveis pelo apoio técnico-pedagógico ao binômio preceptor-residente.

2.3.1 ACOMPANHAMENTO PEDAGÓGICO DOS PROGRAMAS INTEGRADOS DE RESIDÊNCIAS

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade conta com uma estrutura pedagógica qualificada e ampliada, constituída por preceptores da assistência à Saúde da Família, gestão e articulação de redes, apoiadores pedagógicos de núcleo e campo e coordenação. Estes podem atuar em diferentes municípios, compondo diferentes formatos, a partir das características e necessidades municipais apresentadas. O suporte pedagógico conta com a participação dos seguintes atores: preceptores da Saúde da Família, preceptores de campo (sanitaristas), apoiadores pedagógicos de núcleo, professores convidados, além de uma estrutura de coordenação composta por coordenação geral e sub coordenações de acompanhamento de campo, acompanhamento das atividades teóricas, administrativo-acadêmica e financeira.

O programa tem por objetivo aproximar academia, serviços de saúde e comunidade, na perspectiva da formação profissional para fortalecimento da atenção primária no SUS, a fim de auxiliar no estímulo ao pensamento crítico e reflexivo, autonomia e o comprometimento com o trabalho em equipe, com qualificação para o exercício da profissão na Saúde da Família. A residência possibilita ainda a utilização de metodologias e instrumentos pedagógicos ativos de ensino, quebrando a hegemonia tradicional da educação superior em saúde, onde a divisão cartesiana da construção do pensamento teórico é tão evidente.

Os debates atuais impulsionam a mudança do foco do processo de educação, introduzindo metodologias e instrumentos pedagógicos ativos de ensino, aprendizagem e avaliação, para fomentar o sentido da autonomia, criatividade e responsabilidade, possibilitando que o estudante aprenda a buscar soluções e a resolver problemas profissionais.

As tendências atuais na área da educação e saúde apontam a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a fim de tornar o estudante o protagonista do próprio processo de formação. Da mesma forma, as estratégias e instrumentos pedagógicos de aprendizagem e avaliação devem despertar a capacidade de enxergar integralmente a realidade na perspectiva da transformação social.

Assim, neste programa de residências pretende-se reorientar a figura clássica do professor/docente para um educador/facilitador do processo ensino e aprendizagem, que respeite os conhecimentos prévios dos educandos, identifique os deslocamentos, as conquistas de novas competências, habilidades e atitudes e que apoie a ampliação da autonomia do próprio educando em buscar novos conhecimentos.

Os espaços de atuação da preceptoria, apoio pedagógico e coordenação serão citados aqui para facilitar a compreensão das atribuições apresentadas: acompanhamento no espaço de cuidado, educação e gestão dos serviços de saúde da rede municipal, turnos pedagógicos desenvolvidos nos serviços, rodas de campo, rodas de núcleo, seminários, turnos de formação, rodas de apoiadores pedagógicos e trabalho de conclusão da residência.

Cada equipe de saúde da família é formada por até três residentes, um médico, um enfermeiro e um odontólogo, que assumem responsabilidade sanitária por um território com aproximadamente 2.000 a 3.000 pessoas. Em média, cada quatro equipes de residentes têm o suporte de uma equipe de três preceptores das mesmas categorias, que têm responsabilidades pedagógicas com os residentes e responsabilidade sanitária com a população desse território (cerca de 8.000 pessoas), complementares às dos residentes (Brasil, 2017).

Os preceptores devem apoiar o desenvolvimento tanto de competências dos residentes que são específicas de cada categoria (de núcleo) como as que são comuns a todos os trabalhadores da equipe de saúde da família/ NASF-AB/ Apoio Institucional (preceptor de campo). Devem trabalhar, *in loco*, todas as dimensões da produção do cuidado (aspectos técnicos, afetivos, políticos, sociais etc.), relacionadas à prática profissional cotidiana, específicas do cuidado nuclear da categoria, bem como aspectos do cuidado que são compartilhados pelo conjunto de profissionais. As competências de campo a serem desenvolvidas, além da área do cuidado, envolvem as áreas de gestão, educação e participação social.

Os preceptores e residentes contam ainda com: um apoiador pedagógico de núcleo, responsável pelo apoio técnico-pedagógico ao binômio preceptor-residente da sua mesma categoria; um preceptor de campo, profissional especialista em saúde da família ou área afim, que trabalha os saberes e práticas relacionados ao trabalho em equipe e ao desenvolvimento da atenção à saúde no território; além de outros sujeitos que colaboraram com a sua formação e educação de forma mais pontual, conforme a necessidade.

Cada espaço de apoio pedagógico de núcleo é composto pelo respectivo apoiador, preceptores e residentes de sua categoria profissional. Cada preceptor de campo assume o

apoio de equipes em uma unidade de saúde, compostas por seus respectivos residentes e preceptores e são referências para os residentes sanitaristas..

Desta forma, cada unidade de saúde que, antes da implantação dos programas de residência, contava em média com duas equipes de saúde da família com um médico, um enfermeiro e um odontólogo cada, para prestar o cuidado a uma população de aproximadamente 8.000 pessoas, conta, a partir da implantação da residência, com uma média de 04 residentes de cada uma destas categorias profissionais, 03 preceptores, 03 tutores de núcleo (1 para cada categoria) e 01 preceptor de campo para o cuidado das mesmas 8.000 pessoas.

Uma relação similar entre preceptores e apoiadores de núcleo também é adotada nos NASF-AB, com equipes formadas por residentes fisioterapeutas, nutricionistas, professores de educação física e psicólogos. Estas equipes são referência para a realização de apoio matricial às mesmas unidades de responsabilidade da residência. Cada equipe de NASF-AB fica como referência para uma média de 6 equipes de Saúde da família.

Dentre as categorias profissionais da residência multiprofissional há ainda a sanitarista, que será formada com foco no desenvolvimento de competências para a função de apoio institucional à saúde da família e sua integração com as redes de atenção à saúde. Além do acompanhamento pedagógico de um preceptor de campo (sanitarista) com experiência em Apoio Institucional, estes residentes devem ter como referência o fazer cotidiano do apoio institucional do próprio município, e contar ainda com o acompanhamento complementar dos preceptores dos serviços que serão também referências locais.

Nesse contexto, são utilizadas como estratégias metodológicas:

- Exposição e imersão às situações relacionadas à assistência e gestão em saúde, com o apoio do preceptor;
- Observação direta das atividades (residente observa preceptor em ação/preceptor observa residente em ação);
- Análise e reflexão crítica sobre ao cotidiano da assistência e gestão do serviço de saúde;
- Discussão de casos reais e fictícios;
- Grupos e oficinas de trabalho para desenvolvimento de novas ferramentas, conforme necessidade percebida em cada local de atuação;
- Teleconsultorias com profissionais com reconhecida experiência sobre os temas questionados;
- Rodas de conversa para discussão e avaliação entre residentes e docentes;

- Apoio institucional para a organização do processo de trabalho e qualificação das práticas cotidianas das equipes;
- Realização de rodas pedagógicas de campo e núcleo para reflexão das práticas, identificação das necessidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências do âmbito da assistência, gestão e educação;
- Espiral construtivista;
- Aprendizagem baseada em equipes;
- Vídeo debates com exposição de filmes seguidos de discussões;
- Painéis com trocas de experiências dos próprios residentes e/ou convidados;
- Seminários onde há compartilhamento de experiências relevantes no processo de formação.

Ressalta-se que o aprendizado é prioritariamente promovido pelas situações concretas do trabalho, cujo encontro entre os diversos atores do cotidiano dos serviços será o principal dispositivo para o desenvolvimento do processo de aprendizagem. A partir dessas vivências do cotidiano, acontecem espaços mediados por apoiadores pedagógicos (tutores), ora por categoria profissional (núcleo), ora por equipe (campo), para que estas vivências sejam discutidas, problematizadas, processadas, ressignificadas, dialogando com diversos referenciais, para uma produção coletiva de conhecimento. Além desses espaços, é também utilizado um amplo repertório de estratégias e recursos, buscando a mobilização de afetos, habilidades e saberes de cada um e a busca crítica de novas informações que, na interação colaborativa com outros residentes, contribuirá para a construção de novos saberes.

O compromisso da gestão municipal em promover a integração da rede para a garantia da integralidade do cuidado e da coordenação da atenção básica é fundamental. Ao segundo ano, os residentes passam a transitar por outros campos da rede de atenção do município, colocando-se como um articulador de rede para a produção do cuidado integral. No entanto, ao invés dos residentes vivenciarem a rotina dos outros serviços especializados municipal e estadual, buscar-se-á que os mesmos desenvolvam práticas de matriciamento desses serviços à atenção básica, envolvendo, por exemplo, serviços de urgências, reabilitação, saúde mental, materno infantil, dentre outros.

Com isto, o desenvolvimento das residências médica e multiprofissional da FESF-SUS/Fiocruz, além de contribuírem para o avanço da atenção básica e do SUS através da formação e qualificação dos seus profissionais, proporciona à gestão, o fortalecimento do apoio institucional às equipes de saúde, e à população dos municípios participantes, um cuidado muito mais qualificado e intensivo, já que ampliará a oferta de profissionais por

habitante e fomentar novas práticas de cuidado e gestão, mais alinhadas com as diretrizes da Atenção Primária à Saúde e do SUS.

As atividades do Programa têm duração de 24 meses, com carga horária total de 5.760 horas, das quais 1.152 horas são teóricas e 4.608 horas são destinadas à prática e teórico-prática. Desse modo, o residente cumpre 60 horas semanais de atividades teóricas e práticas e teórico-práticas.

- Atividades práticas e teórico-práticas: são as relacionadas à vivência em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde, prevalentemente no desenvolvimento das atividades previstas na agenda padrão da equipe de saúde da família e durante o horário de funcionamento das unidades de saúde da família. Exemplos: atendimentos individuais, turno pedagógico para discussão de casos e qualificação da clínica, atendimentos e visitas domiciliares, atividades educativas e na comunidade, reunião de equipe, reunião de unidade, assembleias de residentes, participação em reuniões de comunidade e conselhos locais e municipais de saúde;
- Atividades teóricas: mesclam a prática no território à associação de conhecimentos teóricos sistematizados, se desenvolvem por meio de estudos individuais e em grupo com orientação docente. Exemplos: análise de casos clínicos e ações de saúde coletiva; seminários; elaboração do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR); atividades presenciais e estudos à distância dos grupos diversidade; rodas de campo e núcleo para ampliação da compreensão sobre a realidade acessando conhecimentos sistematizados com mediação do docente, grupos de ação e pesquisa; elaboração de teleconsultorias, tele-educação e segunda opinião formativa.

2.4 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DE PANDEMIA DA COVID-19

A Residência em Saúde destina 80% da sua carga horária para prática em serviço e 20% da sua carga horária para estratégias educacionais teóricas (Brasil, 2014), ou seja, o residente tem a oportunidade de se qualificar em determinada área, através da dedicação prática em seu campo de atuação. Ela contribui no sentido de integrar saberes, possibilita a vivência nos diferentes serviços que compõem a rede de atenção à saúde e contribui para criar espaços facilitadores de reflexões, sejam sobre a prática profissional, relações nas instituições, relações interpessoais e também com os usuários (Silva; Dallbello-Araujo, 2019).

Além disso, o programa de residência possibilita a aproximação do mundo acadêmico com a realidade da prática, permitindo ao residente além da experiência prática, uma

possibilidade de estudos e interação com a teoria. Tem uma importante contribuição no sentido de integração de saberes, possibilidades diversificadas de vivências e possibilita espaços facilitadores de reflexões atrelando prática e teoria. O programa é considerado um importante instrumento de educação permanente, visando à formação dos trabalhadores de saúde e ao trabalho coletivo em saúde (Silva; Natal, 2019).

Com o atual contexto da Covid-19, os programas de residências precisaram readequar suas ações práticas, assim como alterar a teoria de forma presencial para modalidade de estudo remoto e autodirigido. Através desta modalidade de ensino, os residentes podem aproveitar este momento para repensar suas práticas, realizar cursos para qualificação, se dedicar ainda mais aos estudos, desenvolver pesquisas, entre outras atividades (Costa *et al.*, 2020).

No contexto da pandemia, remanejar as atividades para estudo remoto e autodirigido, diminui a possibilidade de transmissão do vírus. Porém, é no campo prático que o profissional desenvolve suas habilidades para seu aprendizado e detém, assim, uma formação de qualidade (Costa *et al.*, 2020).

Uma importante estratégia da residência é a educação em serviço, pois coloca aos profissionais o exercício contínuo da análise do sentido das práticas nos locais de produção, propiciando o estabelecimento de questionamentos na ressignificação para a aprendizagem (Fernandes, 2013).

Assim, existe a possibilidade de articulação entre a prática e a teoria por meio da vivência no serviço, oportunizando ao residente e docente uma imersão em locais de produção de cuidado e fornecendo subsídios para que o profissional estabeleça uma análise sobre os sentidos das práticas, questionando suas ações e dando uma ressignificação para a mesma (Ferreira *et al.*, 2019).

A atuação do docente e do residente vinculada ao cotidiano laboral tem como objetivo a transformação do processo, da organização do trabalho e das práticas profissionais, se configurando como uma ação e um processo educativo, de modo a possibilitar as mudanças nas relações de trabalho e nas respostas às necessidades de saúde da população (Silva; Natal, 2019).

A residência tem como um dos seus propósitos, o trabalho multiprofissional. A atuação multiprofissional surge na saúde como estratégia de reorganização dos serviços de saúde, com foco na prática integrada entre as diversas profissões desse setor, visando um atendimento integral e que consiga captar toda a complexidade envolvida no processo do cuidado à saúde. Além disso, a residência se mostra como estratégia e oportunidade para que

o compromisso que rege a prática do profissional da saúde seja norteado pelas suas ações, onde o rumo apontado seja o da multiprofissionalidade (Salvador *et al.*, 2011).

O processo de formação da residência se torna um grande desafio, visto que tem a necessidade de formar profissionais que precisam estar preparados para atuar em contextos que envolvam situações complexas e de incertezas. Deste modo, as ações frente ao contexto pandêmico também podem se representar como oportunidades e novas experiências, pois gera vivências para estes profissionais que estão se qualificando para o mercado de trabalho, colabora para desenvolvimento de novas habilidades e técnicas no atendimento à saúde, a inserção da interação tecnológica, primazia pelo cuidado à vida, entre outros (Oliveira *et al.*, 2020).

Ao adentrar o território dos processos de ensino-aprendizagem no ensino em saúde, como é o caso da RMS e da RMFC, se faz necessário compreender que esse espaço é dinâmico, vivo e apresenta muita diversidade, pois acontece no tempo e no espaço de trabalho. Esses elementos devem ser considerados, visto que são constitutivos dos atores envolvidos como os profissionais de saúde e usuários.

Merhy (2007), ao abordar as questões referentes à teoria do trabalho em saúde e às tecnologias que envolvem a produção do cuidado, intensifica a importância de centrar o trabalho em saúde no trabalho vivo. Pois é ele que permite a liberdade na escolha dos modos de produzir o cuidado, valorizando o encontro da subjetividade dos participantes envolvidos. Dessa forma, observa-se que vários aspectos estão implicados nesse fazer cotidiano.

O trabalho em saúde apresenta uma composição tecnológica que é composta por tecnologias duras, leve-duras e duras. Destaca-se que essas tecnologias se pulverizam nas ações de todos os profissionais, ou seja, coexistem nos espaços de todos os núcleos profissionais (Merhy; Feuerwerker, 2009).

É importante refletir que, de acordo com a composição tecnológica mobilizada, a produção do cuidado se mostrará diferenciada, “[...] podendo ser centrada nos procedimentos, nas necessidades, nas regularidades bem como nas singularidades” (Feuerwerker, 2011, p. 30). Por conta dessas particularidades relacionadas ao trabalho em saúde, e dos aspectos envolvidos nas possibilidades do encontro entre profissionais e usuários, é que a aprendizagem acontece, no, e pelo trabalho.

Alicerçado no entendimento de que a aprendizagem acontece em cenários diversificados, encontra-se, nos estudos de Koifman e Saippa-Oliveira (2014), embasamento que remete ao caráter participativo e interacionista entre os envolvidos nesse processo. Essa interação pode ser compreendida como o exercício da vivência das práticas cotidianas do

profissional, que pode construir sentidos e saberes para a clínica específica de sua profissão, bem como, formação ética, por meio das relações estabelecidas.

Nessa perspectiva, observa-se o caráter pedagógico intrínseco nesse movimento pelo trabalho. Como pontuam Silva e Caballero (2010, p. 67), ao proporem que: “[...] a dimensão pedagógica do trabalho torna-se relevante para a invenção de processos desterritorializantes, que produzem singularidades e subjetividade, de maneira ética e política, com cuidado que afirme, amplie e produza a vida”.

Entender sob esse viés os processos de ensino e de aprendizagem significa compreender o conhecimento como um processo a ser construído, e não apenas reproduzido ou descoberto. Santos (2013), em uma de suas obras, articula uma discussão acerca dos processos de construção do conhecimento, especialmente o científico, ao longo da modernidade e sua implicação com as questões políticas.

Para esta discussão, destaca-se o apontamento perspicaz do autor ao conceber a pluralidade dos participantes envolvidos nesse processo e, enquanto matéria-prima de conhecimento, o maior desafio é ultrapassar o entendimento moderno de conhecimento-regulação para conhecimento-emancipatório. O autor pontua, ainda, que o conhecimento-regulação é aquele em que “[...] o ponto de ignorância se caracteriza como caos, e cujo ponto de saber, se designa por ordem”, e que esse tipo de conhecimento se tornou hegemônico, dominante, prevalecendo em relação a outras construções de saberes (Santos, 2013, p. 29).

É possível, também, por meio do autor supracitado, acrescentar a esta discussão que, para superar esse desafio do pensamento hegemônico, surge o conhecimento-emancipação. O objetivo deste é reconhecer o outro e o elevar para a condição de sujeito, sem a sobreposição de um elemento sobre o outro, mas havendo o reconhecimento de ambos na construção do conhecimento. E, acerca desses aspectos, Pinheiro e Ceccim (2011) enfatizam que, ainda, perdura no ensino em saúde a abordagem clássica do conhecimento, fruto da modernidade que reforça os conteúdos biomédicos, e enfatizam os procedimentos e a medicalização.

Koifmam e Oliveira-Saippa (2014) endossam as ideias acima, reforçando que o ensino na universidade moderna se fundamenta no aprimoramento de um conhecimento sistemático e científico designado de currículo normativo. Para Pinheiro e Ceccim (2011, p. 29), tanto o currículo, quanto às propostas pedagógicas no Ensino Superior acabam se organizando em uma “[...] concepção linear de ensino-aprendizagem do teórico para o prático: a ideia de que primeiro o estudante se apropria da teoria e depois a aplica”. Nesse sentido, acaba ocorrendo novamente a cisão do conhecimento, com a divisão, por exemplo, da prática e da teoria, em

que a prática é compreendida como a comprovação da teoria e um conhecimento teórico, é conhecido, se sobressai sobre a prática que se caracteriza como, o desconhecido, sob a visão “instrumental e não da complexidade dos saberes em saúde” (Pinheiro; Ceccim, 2011, p. 30).

Esta discussão traz consigo um convite para pensar que todos os elementos que compõem um currículo, quais sejam, a seleção de conteúdos, as metodologias de ensino, bem como a avaliação, não são elementos neutros. Ao contrário, como enfatiza Meyer; Félix; Vasconcelos (2013), servem como dispositivo de manutenção ou transformação, com marcas de entraves e conflitos de ordem ideológica, cultural e social, sendo o currículo visto como território em que ocorrem disputas culturais, em que se travam lutas entre diferentes significados do indivíduo, do mundo e da sociedade, no processo de formação de identidades.

Para tanto, nota-se como um importante movimento a diversificação dos cenários de ensino e de aprendizagem, aproximando os estudantes do cotidiano, o que não deixa de ser a aproximação do currículo escolar com o movimento da vida. Mas é preciso atentar para que essas aproximações possam vir acompanhadas da interação por meio das práticas sociais, no contato com as realidades, e do exercício da problematização das situações, para que o estranhamento possa auxiliar na produção e criação de novos saberes (Pinheiro; Ceccim, 2011; Meyer; Félix; Vasconcelos, 2013).

Consoante a isso, a proposta da Residência em Saúde propõe que a aprendizagem considere todos os saberes dos atores envolvidos, não os tornando “objetos”, e sim, participantes dessa construção. O que sugere que os profissionais/trabalhadores da saúde possam, por meio da reflexão do seu processo de trabalho e das relações estabelecidas com os colegas de equipe e usuário, criar possibilidades de atuação mais acolhedoras, integrando os espaços de gestão à saúde (Koifman; Saippa-Oliveira, 2014).

Do mesmo modo, Pinheiro e Ceccim (2011) destacam a importância de espaços de discussão e problematização das práticas de saúde, levando em consideração o posicionamento dos atores envolvidos para a produção de novas possibilidades de atuação para determinado território, sem necessariamente seguir modelos. Assim, esses autores pontuam que o cotidiano pode ser considerado como espaço permanente de confronto “[...] dos modos de ensinar e gerador de desconforto nos lugares ‘como estão/são’ de ensino, serviços, gestão setorial e controle social, e abre lugares de produção de subjetividade individual, coletiva e institucional” (Pinheiro; Ceccim, 2011, p. 16).

Ainda nessa direção, Feuerwerker (2011) chama a atenção para a existência de distintas potencialidades de aprendizagem multiprofissional no trabalho em saúde, bem como na produção de cuidado voltado para a integralidade. Esses elementos promovem o encontro

de diferentes profissionais, compreendidos como equipe de saúde e usuário, permitindo ultrapassar o modelo de saúde centrado apenas na ausência da doença. Outrossim, permite diminuir a distância de saberes entre os núcleos profissionais, evitando a fragmentação e a divisão dos conhecimentos (Koifman, Saippa-Oliveira, 2014).

Trata-se de pensar a formação em uma perspectiva que permita aprendizagens inventivas, em que elas não sejam encerradas com os resultados construídos. Mas, de acordo com esta autora, pensar nessa lógica é entender o aprender como uma forma de cognição que se faz de modo permanente, se diferenciando. Para tanto, essa compreensão implica em entender a invenção como uma “[...] política de abertura da cognição às experiências não re-cognitivas e ao devir” (Kastrup, 2008, p. 176).

Coadunando com Kastrup (2008), conceber a aprendizagem nessa lógica permite compreender a dimensão de movimento do aprender, que, de modo permanente, está em curso. Sendo assim, a aprendizagem não se encerra com o saber construído, pois ele é provisório, visto que aprender, também, implica em desaprender, em que os elementos já aprendidos podem e são problematizados. Dessa tensão surge a possibilidade de outros modos de pensar, de existir, de invenção. Para a autora, “trata-se de aprender a viver num mundo que não fornece um fundamento pré estabelecido, em um mundo que inventamos ao viver, lidando com a diferença que nos atinge” (Kastrup, 2008 p. 175). Num mundo em que, ao conviver com o outro, com a diversidade que existe, é possível construir saberes e, da mesma forma, modificar o meio onde se habita.

É nesse sentido que se compreende o espaço coletivo do trabalho em saúde, um lugar composto por vários atores, profissionais em sua equipe e de equipe com os usuários. Todos com as suas singularidades, compondo modos de produzir saúde. E enquanto se organiza essa produção, acontecem aprendizagens, que, por vezes, podem ultrapassar os conteúdos propostos nos documentos formais. E se tornam possíveis, por meio dos processos de trocas, de compartilhamento das experiências, especialmente, em espaços que permitam ações coletivas no cotidiano (Koifman, Saippa-Oliveira, 2014; Ceccim *et al.*, 2018).

Koifman e Saippa-Oliveira (2014, p. 18) corroboram essa ideia, salientando que os espaços de formação e de cuidado acabam por se constituir em territórios que se constroem como “[...] ‘lugares de produção’ de saberes e práticas que podem provir de fontes diversas, espalhados por um verdadeiro labirinto”. Além disso, para esses mesmos autores, a formação em saúde, organizada nesse formato, desponta como um mecanismo que contempla vários setores da sociedade, tais como o poder público e as organizações não governamentais, bem como, a sociedade civil organizada.

Esse movimento, além de permitir a ampliação da atuação nos espaços e nos modos de produzir saúde, permite operar maneiras diferenciadas aliadas com as interfaces: [...] didático-pedagógicas; áreas de práticas e vivências; utilização de tecnologias; valorização dos preceitos morais, filosóficos e éticos, orientadores de condutas individuais e coletivas, que têm por objetivo produzir impactos afirmativos nos processos de trabalho, tanto pedagógico, quanto da saúde (Koifman; Saippa-Oliveira, 2014, p. 18). Como se observa, o cenário que envolve os processos de ensino e de aprendizagem em saúde se mostra diverso e dinâmico.

Isto posto, a pandemia da Covid-19 revelou desafios organizacionais e estruturais dos sistemas de saúde de todos os países ao redor do mundo e pôs à prova os modelos privados, previdenciários e universais de saúde. Como esperado, os sistemas privatistas, como o dos Estados Unidos da América (EUA), diferentemente de países com sistemas universais (Brasil, Espanha, Itália e outros), apresentaram o menor desempenho nas ações preventivas e garantia do direito à saúde (Conill, 2016). Desse modo, no Brasil, foram implementadas intervenções como a criação de hospitais de campanha, as testagens rápidas em serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF) para a identificação de casos suspeitos e as campanhas para o incentivo ao isolamento social (Carvalho; Nassif; Xavier, 2020; Engstrom *et al.*, 2020).

Para compor essas intervenções, os profissionais foram acionados, sendo os residentes em saúde incluídos na estratégia “O Brasil Conta Comigo – Residentes na área de Saúde” por meio da Portaria GM nº 580, de 27 de março de 2020, a fim de promover, por meio de incentivo financeiro, a incorporação das ações de residentes de PRMS e de PRMFC nos espaços estratégicos de enfrentamento da Covid-19. Essa ação estratégica, então, suscitou, das instituições formadoras, a adesão dos Programas de Residências em Saúde aos planos locais de gestão do cuidado durante a pandemia, para o desenvolvimento de ações de prevenção e vigilância da Covid-19, como apoio psicológico, estímulo ao isolamento social, atenção hospitalar e monitoramento dos casos (Brasil, 2020). Esses Programas foram importantes parceiros para qualificar e inovar os processos de assistência, formação e prevenção.

As residências em saúde têm um papel fundamental na formação e na qualificação do profissional da saúde. Baseiam-se fundamentalmente no exercício da integralidade, a fim de propiciar as mudanças necessárias no modelo técnico-assistencial. A residência aprofunda os debates teórico-práticos e permite a construção de novos saberes entre as diferentes categorias de profissionais da saúde, revelando um importante aliado no processo formativo destes profissionais, neste contexto de pandemia da Covid-19 (Salvador *et al.*, 2011).

Com este estudo, se faz uma reflexão de modo a se repensar em estratégias frente a futuras crises e emergências que possam vir a existir no sistema de saúde, a fim de superar as

fragilidades detectadas, para que a formação destes profissionais de residência não seja afetada em outro contexto.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa, cujos participantes da pesquisa foram os docentes vinculados aos PIR da FESF-SUS/Fiocruz. Baseando-se em Gil (2002), a pesquisa é classificada como exploratória e descritiva, visto estar diretamente relacionada com os fenômenos de atuação prática e proporciona uma nova visão da questão de pesquisa.

A abordagem qualitativa foi escolhida porque possibilita, de acordo com Minayo (2014), a identificação dos significados da experiência humana, e permite a interpretação do seu contexto, completando assim o objeto, e mostrando inclusive, seus conflitos.

Por outro lado, Rudio (2003, p. 71) afirma sobre a pesquisa descritiva que existe, nesse contexto, o interesse em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los”, revelando-se, portanto, coerente com os objetivos deste estudo.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O local do estudo desta pesquisa foi realizado nas 04 (quatro) Unidades de Saúde da Família (USF), da Secretaria Municipal de Saúde do município de Salvador/BA, que servem como cenário para a execução da prática de aprendizagem em serviço dos PIR da FESF-SUS/Fiocruz. A organização político-administrativa do município de Salvador compreende 10 Regiões Administrativas denominadas Prefeituras Bairros e 12 Distritos Sanitários (DS), que são caracterizados como os territórios da saúde, conforme Figura 2 (Salvador, 2018).

A rede de Atenção Primária à Saúde (APS) dispõe de 121 Unidades de Saúde, sendo que 46 são Unidades Básicas sem Saúde da Família e 75 são Unidades Básicas com estratégia de Saúde da Família com: 250 equipes de Saúde da Família implantadas; 3 equipes de Consultório na Rua e 11 NASF-AB (Salvador, 2018).

FIGURA 2 - Distribuição espacial das Prefeituras-Bairro e dos Distritos Sanitários. Salvador-BA, 2016.



Fonte: Salvador, 2018. p. 21.

Junto com a regionalização e a municipalização surge a proposta de estruturação dos Distritos Sanitários como uma estratégia para a implementação do SUS, funcionando como uma unidade operacional básica mínima do Sistema Nacional de Saúde. Essa proposição, em certo sentido, recuperava as propostas teórico-metodológicas dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), entendidos como um processo social e político de transformação de práticas e uma estratégia, apoiada pela OMS/OPAS, para melhoria das condições de saúde das populações dos países em desenvolvimento, especificamente na América Latina, as quais perderam, progressivamente, sua força e visibilidade (Mendes, 1999).

Conceitualmente, o Distrito Sanitário deveria ser capaz de resolver todos os problemas e atender a todas as necessidades em saúde da população de seu território, circunscrevendo três níveis de atenção à saúde: 1) o primeiro voltado para o cuidado à saúde individual e coletiva, com ações de promoção e prevenção capazes de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população de seu território; 2) o segundo deveria oferecer a assistência ambulatorial especializada, para responder às necessidades de saúde encaminhadas do nível anterior, dotado de maior resolutividade e capacidade tecnológica ampliada, e, 3) o terceiro nível, responsável pela atenção a situações emergenciais, internações e com um aparato tecnológico mais complexo e especializado (Mendes, 1999).

Aparentemente, mesmo sem definições claras a respeito, o primeiro nível aparece como o único a ter demarcação territorial no interior do distrito, em função da exigência de

adscrição de clientela e da definição de área de abrangência das unidades básicas de saúde. O segundo e o terceiro nível de atenção não têm contorno territorial visível, definindo-se geograficamente a partir da necessidade de atenção da população, porém localizados no território do distrito que, dependendo de sua configuração, poderiam estar em um município ou em parte de um município ou vários municípios.

As USF estão localizadas, 02 (duas) no Distrito Sanitário de Pau da Lima e 02 (duas) no Distrito Sanitário de Cajazeiras, sendo elas a USF Dom Avelar, USF Vila Canária, USF Fazenda Grande III e USF Jaguaripe, respectivamente.

O DS de Pau da Lima contém uma população de 299.132 habitantes, uma área de 25,40km² e densidade demográfica de 9.885,5 habitantes/km², enquanto que o DS de Cajazeiras possui uma população de 171.375 habitantes, com área de 23,12km² e densidade demográfica de 6.771.44 habitantes/km² (PMS, 2018).

A capital baiana apresenta, historicamente, baixos índices de cobertura da ESF, chegando a figurar durante muitos anos como a pior taxa entre as grandes cidades do país. Nos últimos 10 anos, sua cobertura evoluiu timidamente de 9,59 para 31,88%. Os 12 municípios de sua região metropolitana, por sua vez, figuram com índices bem mais elevados que a capital (porcentagens de 41,53 a 100%). Este cenário tem feito algumas instituições de ensino migrarem seus campos de prática para municípios da Região Metropolitana de Salvador em busca de melhores realidades (Brasil, 2019).

Apesar das fragilidades na APS de Salvador, muitas instituições da capital apresentam acúmulo em processos formativos na área da saúde. Desde a década de 1970 são descritos programas de pós-graduação voltados para a APS na Bahia (Nunes; Vilasbôas, 2006).

Em 1980, foi desenvolvido na Universidade Federal da Bahia (UFBA) o curso de especialização em Medicina Social sob o formato de residência multiprofissional, ofertado a médicos e enfermeiros (Soares *et al.*, 2019). O primeiro programa de RMS em Salvador foi implantado em 1997, em parceria da UFBA e Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) (Nunes; Vilasbôas, 2006). Após esta iniciativa, outros programas foram implantados sucessivamente no estado, como os do Complexo Comunitário Vida Plena (CCVP), da Universidade do Estado da Bahia, da Universidade Federal do Vale do São Francisco e o Programa Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família da SESAB (Nunes; Vilasbôas, 2006; Soares *et al.*, 2019; Bahia, 2011; Melo *et al.*, 2018; Sociedade Hólón, 2014).

Em 2005 foi implantado o primeiro programa de RMFC de Salvador no CCVP, vinculado à Sociedade Hólón e à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, o primeiro também a funcionar na modalidade de “residências integradas” (Sociedade Hólón, 2014). Já

no ano de 2009, foi criado o programa de RMFC da SESAB, que contava com a inovação de distribuir seus residentes em diferentes unidades de saúde da Região Metropolitana de Salvador, proporcionando vivências mais diversificadas (Bahia, 2014). No entanto, as duas residências enfrentaram problemas com a baixa procura de médicos, agravados com a concorrência dos Programas de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e Mais Médicos (PMM) – que apresentavam remunerações mais competitivas e menor carga horária em serviço (Barrêto *et al.*, 2019; Vieira, 2017).

Em 2014, foi realizado em Salvador o III Congresso Nordeste de Medicina de Família e Comunidade e a I Mostra Baiana de Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB), evento que reuniu centenas de profissionais da APS do país e permitiu trocas de experiências sobre programas de residência. A partir deste evento, tornava-se cada vez mais clara a necessidade de criação de um programa de residências integradas de grande porte voltado para a APS que ainda não existia na região (Costa; Santana, 2021).

Partindo dos desafios enfrentados pela APS da capital, do conhecimento produzido pelas RMS no estado e dos entraves nos programas de RMFC pioneiros da região, a FESF decidiu, em parceria com a Fiocruz, desenvolver uma nova experiência formativa em Salvador/Ba. A Secretaria Municipal de Saúde do município estabeleceu parceria junto à FESF-SUS para inserção dos profissionais residentes e docentes, no ano de 2020, para implantação dos PIR. Por este motivo, limitamos o nosso estudo no Município de Salvador, considerando o ano em que iniciou a pandemia da Covid-19.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os docentes (preceptores e apoiadores pedagógicos) do PIR da FESF-SUS/Fiocruz. Os preceptores são profissionais de saúde inseridos nos campos de práticas da residência e responsável pelo acompanhamento pedagógico dos residentes nas atividades assistenciais, de gestão do serviço e ensino, com uma carga horária semanal média de 40 horas (atividades em horários administrativos, noturnos e sábados, previamente definidos pelo programa). Acompanham a prática profissional cotidiana dos residentes da sua USF de referência, assistem os residentes do seu núcleo e demais categorias a partir do perfil de competências estabelecidas pelo Projeto Político Pedagógico do programa (FESF-SUS, 2017, 2018). São preceptores das categorias profissionais de Medicina, Enfermagem, Odontologia e das categorias do NASF-AB – Nutrição, Fisioterapia, Psicologia e Educação Física.

Os preceptores sanitaristas ou preceptores de campo são profissionais de saúde de referência inseridos nos campos de práticas da residência e responsável pelo acompanhamento pedagógico das residentes sanitaristas e pela função de apoio institucional às Equipes Saúde da Família na organização do processo de trabalho no que se refere à dimensão de campo, com carga horária de de 40 horas semanais (atividades em horários administrativos, noturnos e sábados, previamente definidos pelo programa). Acompanham a prática profissional dos residentes no cotidiano dos serviços e o desenvolvimento das competências campo (planejamento estratégico, territorialização, acolhimento à demanda espontânea, análise da situação de saúde, organização da agenda dos serviços, avaliação e monitoramento e outros objetos fundamentais para qualificação da Saúde da Família), a partir do perfil de competências estabelecidas pelo Projeto Político Pedagógico do programa (FESF-SUS, 2017, 2018).

Já os Apoiadores Pedagógicos de Núcleo (APN) são profissionais de saúde de referência para as ações específicas de cada categoria profissional atuante nas Equipes de Saúde da Família (EqSF) e no NASF-AB, com disponibilidade mínima de 8 horas semanais (atividades em horários administrativos, noturnos e sábados, previamente definidos pelo programa). Acompanham a prática profissional do seu núcleo no cotidiano dos serviços e o desenvolvimento das competências clínicas e gerenciais, a partir do perfil de competências estabelecidas pelo Projeto Político Pedagógico do programa (FESF-SUS, 2017, 2018).

Atualmente, contamos com 26 profissionais docentes que compõem os PIR. Destes 26 docentes, 14 exercem a função de preceptoria, sendo: 04 médicos, 04 enfermeiros, 04 odontólogos, 01 professor de educação física, 01 psicólogo; 04 exercem a função de preceptoria de campo/sanitarista; e 08 exercem a função de apoiadores pedagógicos de núcleo para cada categoria profissional (Medicina, Enfermagem, Odontologia, Educação Física, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia e Sanitarista).

Como critérios de inclusão neste estudo, fizeram parte os docentes que estiveram, no mínimo, há dois anos vinculados à instituição e no exercício da atividade desde o primeiro trimestre de início das atividades do programa, em maio de 2020, constituindo um total de 11 docentes, sendo 06 preceptores distribuídos em 03 médicos, 02 enfermeiros e 01 psicólogo; 02 preceptores de campo/sanitaristas; e, 03 apoiadores pedagógicos de núcleo, das categorias de Psicologia, Medicina e Odontologia.

Como critério de exclusão foram os docentes que ingressaram no PIR após o primeiro trimestre do início das atividades do programa, em maio de 2020, além dos docentes que se

desligaram do programa no momento da coleta de dados, bem como os residentes, trabalhadores de saúde e os usuários, por não fazerem parte do objeto desta pesquisa.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Tendo em vista o método da pesquisa utilizado, destaco que, foi utilizada entrevistas semi-estruturada (APÊNDICE A). A entrevista individual foi escolhida em virtude das atribuições dos docentes no PIR, facilitando a coleta de dados para os mesmos. É uma técnica que permite uma coleta de dados em maior profundidade, fornecendo informações para o entendimento das relações entre os atores sociais e sua situação, compreendendo de maneira detalhada as atitudes, valores e motivações quanto ao comportamento das pessoas (Bauer, Gaskell, 2008).

A coleta de dados foi realizada no local de trabalho dos participantes da pesquisa, em sala cedida pelos responsáveis da unidade de saúde, em ambiente fechado, com boa luminosidade e acústica favorável para gravação, sem interferência sonora ou de terceiros no momento do encontro. As entrevistas semiestruturadas foram gravadas em aparelho mp3 e, posteriormente, transcritas na íntegra, e ficarão guardadas por um período de cinco anos sob a responsabilidade das pesquisadoras. Cada entrevista teve uma duração média de 15 (quinze) minutos.

Na entrevista semiestruturada considera-se as informações mais importantes, sendo formuladas questões norteadoras que possam permitir flexibilidade durante a fala, transformando a entrevista em uma conversa fluida de forma que o entrevistado possa trazer novas questões e assuntos de interesse, sem interferir nas respostas (Minayo, 2014).

A coleta de dados aconteceu da seguinte forma: Após a leitura do material textual, foi preparada a análise de acordo com os parâmetros técnicos de formatação próprios do Programa Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ), sendo um *software* gratuito, desenvolvido sob a lógica open source e licenciado pelo grupo GPL (General Public License). Sua base de dados ancora-se no ambiente estatístico do Software R (www.r-project.org) e utiliza a linguagem python (www.python.org), ou seja, mediante a separação de cada uma das entrevistas com linhas de comando e códigos identificadores dos entrevistados e das variáveis delimitadas no estudo.

A pesquisa foi realizada em três etapas. Primeiro, foi realizada uma reunião com os respectivos docentes (preceptores e apoiadores pedagógicos) dos PIR da FESF-SUS/Fiocruz. Esta reunião teve como objetivo apresentar a proposta de pesquisa, realizar possíveis ajustes

metodológicos e realizar a pactuação com os atores sociais, em que foi realizada em data e horário previamente acordados.

Em seguida, foram feitas as entrevistas semi-estruturadas para fins de aprofundamento das temáticas, a fim de identificar a prática pedagógica do docente em nível individual, quanto às orientações didáticas pedagógicas, bem como identificar as facilidades e dificuldades no fazer docente na formação de profissionais de saúde, diante do novo cenário provocado pela situação de emergência em saúde pública em função da Covid-19. As entrevistas foram realizadas entre os meses de dezembro/2022 e janeiro/2023.

As instituições envolvidas assinaram a carta de anuência (APÊNDICE B, ANEXO A), e este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da UEFS, com Parecer Consubstanciado do CEP nº 5.659.744, sob o protocolo CAAE nº 59449322.6.0000.0053 (ANEXO B) seguindo, assim, todas as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), constantes nas Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012b), a nº 510, de 07 de abril de 2016 (Brasil, 2016) e a de nº 580, de 22 de março de 2018, do CNS que traz diretrizes e normas regulamentadoras que foram cumpridas nos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2018).. Após a aprovação pelo CEP, foram apresentados aos participantes os objetivos e procedimentos da pesquisa, que posteriormente assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando com a sua participação na pesquisa (APÊNDICE C) e a coleta de dados aconteceu após aprovação do CEP, que aconteceu em 22 de setembro de 2022, conforme Anexo B.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Foi analisado o processo de ensino-aprendizagem nos PIR da FESF-SUS/Fiocruz, por meio dos olhares dos docentes, no contexto da pandemia da Covid-19, a partir do intercruzamento dos dados de campo de prática.

É importante salientar que como se trata de um estudo qualitativo, a variedade e profundidade dos materiais produzidos durante todo o processo de construção desse conhecimento se mostra muito importante, portanto, foram obedecidos alguns critérios na organização dos materiais produzidos e selecionados.

Sendo assim, após a coleta de dados, a análise de dados foi dividida em dois momentos:

1- ANÁLISE DA SIMILITUDE E NUVENS DE PALAVRAS:

Análise da similitude e nuvens de palavras com uso do *software* IRAMUTEQ para proceder a análise textual. As entrevistas gravadas foram transcritas, em seguida conferidas e corrigidas por meio da audição da gravação e utilização de tecnologias, nesta pesquisa utilizamos o *software* Iramuteq, mantivemos os dados fidedignos de todas as falas das participantes do estudo.

O *software* foi inicialmente desenvolvido em língua francesa por Pierre Ratinaud (2009), adaptado a diversas línguas inclusive a portuguesa e na área da saúde no Brasil começou a utilizá-lo em 2013, por ser *software* gratuito e de interface simples e facilmente compreendido (Ribeiro; Servo, 2019).

O *software* IRAMUTEQ segundo Barreto, Ribeiro e Servo (2021) é considerado uma ferramenta para análise de dados útil para as pesquisas qualitativas, em questões abertas prevista em formulários, rodas de conversas, reuniões, relatórios e entrevistas semiestruturadas no caso desta pesquisa, com o objetivo de formação de dados para a construção de corpus textuais.

O IRAMUTEQ desenvolvido em open source, ancorado no *software* estatístico R e na linguagem *Phyton* utiliza dados estatísticos para fazer análises em corpus textuais e estar mais presente nos estudos em Ciências Humanas e Sociais, principalmente onde há muitos números de dados a serem analisados. Este que proporciona aos pesquisadores a possibilidade de fazer uso dos diferentes recursos técnicos de análise léxica, o IRAMUTEQ apresenta rigor estatístico reconhecido aplicado em suas análises (Bueno, 2018).

O *software* faz as análises possíveis realizadas através de corpus textuais, palavras e indivíduos encontra-se estatísticas textuais clássicas, análise de similitude de palavras apresentadas no texto, nuvem de palavras e Classificação Hierárquica Descendente (CHD) (Bueno, 2018).

A função deste *software* permite de modo estatístico, analisar os questionários de pesquisas, discurso e na interpretação textual, com a identificação do contexto, vocabulário, separação e especificidade de palavras, diferença entre autores, entre outras possibilidades, como a análise de gráficos, grafos e dendogramas (Bueno, 2018).

Para Ribeiro e Servo (2019) e Camargo e Justo (2013) o IRAMUTEQ permite a análise de corpus textuais. Para essa análise é necessário o tratamento do material transcrito, para obter coesão e coerência dos dados processados. Este permite a realização de cinco tipos de análise: 1) Estatísticas textuais clássicas. 2) Pesquisa de especificidades de grupos. 3) classificação hierárquica descendente. 4) Nuvem de palavras. 5) Análise de similitude.

Este *software* possibilita diferentes tipos de análises de dados textuais, dos mais simples como no caso da lexicografia básica (frequência de palavras), até a realização de análises multivariadas (Classificação Hierárquica Descendente - CHD e Análise de Similitude), além de organizar sistematicamente a distribuição do vocabulário com representação gráfica em forma de árvore e nuvem de palavras (Bueno, 2018).

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas para compor o conteúdo do corpus textual unificado, conforme indicação do *software* IRAMUTEQ. A identificação dos grupos na análise dos dados e a identidade dos informantes foram salvas, guardadas, ao passo que o conteúdo coletado foi devidamente autorizado para uso mediante assinatura de TCLE.

Em momento posterior a coleta, os dados previamente gravados em áudio foram transcritos e interpretados por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016). É evidente que o IRAMUTEQ sozinho não basta para a análise de conteúdo, pois somente trata e esquematiza os dados, cabendo ainda, ao pesquisador, que tendo conhecimento da área em que trabalha, e da temática a que se propõe estudar, analisar e interpretar os dados gerados bem como tecer considerações consonantes sobre eles (Bueno, 2018).

O IRAMUTEQ oferece diversas possibilidades para proceder uma análise de dados textuais possibilitando que o texto tenha várias finalidades, sendo possível analisar as entrevistas, documentos, redações e falas em geral e descrever uma entrevista individual ou coletivamente e correlacionar com as produções já existentes, para oferecer maior confiabilidade aos resultados (Bueno, 2018).

O conteúdo textual ocorreu logo depois do processo das gravações de áudio das entrevistas que foram pré-analisadas, e posteriormente transcritas, em um corpus textuais, subdividido entre linhas de comando para cada entrevista (11, no total).

A nuvem de palavras e a análise de similitude foram utilizadas nesta pesquisa. A nuvem de palavra por ser um elemento lexical mais simples, contudo tem contribuições significativas segundo Camargo e Justo (2013) demonstra que esta análise de grupo dentro da sua realidade, em virtude da frequência de palavras utilizadas, determina a realidade do grupo. Permite análise de conteúdo a partir de uma rápida visualização gráfica.

A nuvem de palavras é um elemento lexical simples que contribui de forma significativa nas análises, haja vista que realiza agrupamento das palavras e organização em consequência de sua frequência (Ribeiro; Servo, 2019).

A análise da nuvem de palavras como semelhanças, ancora-se na teoria dos grafos, pois o grafo constitui o modelo matemático perfeito para o estudo das relações entre os objetos de qualquer tipo e permite identificar as concorrências entre as palavras e o seu

resultado, demonstra a conexão entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um corpus textual, diferenciando as partes comuns e as especificidades em função das categorias identificadas (Camargo; Justo, 2013).

A análise de similitude se baseia na teoria dos grafos e por ser utilizados em pesquisas trazem a conectividade entre as palavras e identifica as partes comuns e as especificidades das palavras de acordo com as variáveis encontradas na análise, que constrói a árvore de similitude, podemos discernir as palavras a partir da espessura do grafo, a palavra que tem maior número de conexão com outros elementos de grande centralidade e que tem mais ênfase e foi mais ditas nas entrevistas merece maior destaque (Ribeiro; Servo, 2019).

2- ANÁLISE DE CONTEÚDO:

Após o uso de *software* IRAMUTEQ foi adotado para tratamento dos documentos produzidos, a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2016, p.191), que “é uma técnica para produzir inferências de um texto focal para seu contexto social de maneira objetiva”. Para ele, a análise de conteúdo reconstrói representações em duas dimensões principais: a sintática, de caráter quantitativo, pelas categorias e unidades registros, selecionadas em que descreve os meios de expressão e influência das falas. E a semântica, de caráter qualitativo, relacionada com as inferências que trazem a partir das relações entre as palavras, descritas a partir das experiências, nas unidades de contexto.

As etapas da análise de conteúdo, na modalidade temática, foram divididas em três: pré-análise, exploração de material; tratamento dos resultados; inferência e interpretação: PRIMEIRA ETAPA – Pré-análise: transcrição das entrevistas individuais, leitura flutuante, escolha das falas, formulação das hipóteses; SEGUNDA ETAPA – Exploração do material: codificação, explanação das subcategorias; TERCEIRA ETAPA – Resultados obtidos e interpretação: identificação das temáticas.

Na primeira etapa denominada pré-análise, foi realizada inicialmente a transcrição das entrevistas individuais nas primeiras vinte e quatro horas após a coleta dos dados, a fim de que as expressões e outros aspectos fossem identificados de maneira mais precisa. Posteriormente, foi realizada a leitura do material e escolha das falas a partir dos objetivos da pesquisa. Em seguida, foi feita a leitura do corpus para que na análise das falas fossem selecionadas as frases mais significativas. A pré-análise é a fase da organização propriamente dita tem o objetivo de operar e sistematizar as ideias conduzindo a um esquema para um plano de análise (Bardin, 2016).

Na segunda etapa, a partir das falas selecionadas das entrevistas individuais, foi realizada a identificação das subcategorias. Esta é a fase de exploração do material coletado

na qual é realizada a aplicação sistemática das decisões tomadas (Bardin, 2016). As categorizações das unidades de registro e de contexto foram base nas categorias teóricas de análise e subcategorias a priori estabelecidas com base no referencial teórico e revisão bibliográfica, produzidas pelo Programa IRAMUTEQ, identificando as semelhanças e diferenças encontradas no percurso discursivo e atribuindo significado ao discurso manifesto da comunicação.

Na terceira etapa, foi efetivada a construção das temáticas, sendo realizada, posteriormente, a leitura do objeto de estudo a partir do referencial, identificando como acontece o processo de ensino-aprendizagem. Nesta etapa, os resultados brutos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos (Bardin, 2016).

Conforme recomendado por Tobar e Yalour (2003), foram observados o cotidiano dos docentes e não os fatos extraordinários, com o intuito maior de descobrir e não tanto de justificar, preocupando-nos mais com os significados, do que com a frequência dos fatos. Por isso, foram trabalhados com conceitos, narrativas e descrições, em detrimento de números e estatísticas, procurando interpretar os dados coletados e considerar o fenômeno social como algo particular.

Inicialmente, foi realizada a leitura das entrevistas, procurando organizar, operacionalizar e sistematizar as ideias para o desenvolvimento da análise. Depois, os dados foram codificados, isto é, transformá-los sistematicamente e agrupá-los em unidades que permitissem uma boa descrição e representação do conteúdo dos textos, conforme Quadro 1, sendo utilizados, portanto, a análise temática. Tobar e Yalour (2003) relatam que a rigidez na categorização dos textos, o isolamento das categorias a serem analisadas e o excesso de importância às frequências dessas unidades de análise podem trazer uma interpretação esfacelada da mensagem, com perda de conteúdos latentes. Ele ainda reforça que elementos importantes podem aparecer apenas uma vez. Considerando suas observações, busca-se permitir que todos os elementos do material analisado encontre o seu lugar, numa análise do conjunto, podendo aparecer em muitos sítios ou unidades de significação.

Todo o trabalho teve como base essa frutífera relação, porque acredita-se, como afirma Demo (2001, p. 33), que não é a ciência quem conduz a realidade, mas exatamente o oposto. A realidade, que é “interdisciplinar, dinâmica e fugidia”, que não pode ser confinada em nenhuma teoria, é analisada por vários olhares (todos parciais) e é quem realmente conduz a ciência.

QUADRO 1 - Organização da análise dos dados com os objetivos geral e específicos e as suas respectivas categorias sobre o processo de ensino-aprendizagem existentes nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade.

OBJETIVO GERAL		
Analisar o processo de ensino-aprendizagem nos Programas Integrados de Residências da FESF-SUS/Fiocruz, por meio dos olhares dos docentes, no contexto da pandemia da Covid-19.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS		
Conhecer a caracterização dos docentes que orientam a formação dos residentes dos PIR, ofertado pela FESF-SUS/Fiocruz.		
Compreender as práticas pedagógicas utilizadas pelos docentes no processo formativo dos residentes, no contexto da pandemia da Covid-19.	Discutir as facilidades e dificuldades do processo de formação dos residentes, na ótica dos docentes, no contexto da pandemia da Covid-19.	
Categoria 1	Categoria 2	Categoria 3
As práticas pedagógicas dos docentes, no contexto da pandemia da Covid-19.	Facilidades do Processo de Formação, no contexto da Covid-19.	Dificuldades do Processo de Formação no, contexto da Covid-19.

Fonte: Pesquisa das autoras (2023).

Por fim, foi importante ressaltar que, os resultados da análise dos dados empíricos deste estudo, serviram de base para a elaboração de um produto técnico a ser integrado aos PIR da FESFSUS/Fiocruz.

4 RESULTADOS e DISCUSSÃO

Neste item foram apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos por meio da análise do material empírico, conforme descrito no “percurso metodológico”. Assim, foram organizados os resultados desta pesquisa em quatro momentos, que ressaltam os objetivos específicos, com as categorias que emergiram durante o processo de codificação dos dados (Quadro 1) e conduziram às respostas dos questionamentos desta investigação.

Inicialmente, buscamos conhecer sobre a caracterização dos participantes do estudo. Posteriormente, foi direcionado a compreender a prática dos docentes, no contexto da pandemia da Covid-19. E, por fim, discutiu-se as facilidades e dificuldades do processo de formação, no contexto da Covid-19. No Quadro 1, foram organizadas por objetivos e respectivas categorias.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A caracterização dos participantes do estudo engloba as variáveis idade, sexo, profissão, titulação e tempo de formado.

O quadro 2 a seguir, apresenta a caracterização dos participantes do estudo dos PIR, no contexto da pandemia da Covid-19.

QUADRO 2 - Caracterização dos participantes do estudo nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, no contexto da pandemia da Covid-19. Salvador-BA, 2023.

DOCENTE	IDADE	SEXO	FORMAÇÃO	TITULAÇÃO	TEMPO FORMADO
Entrevistado 01	34 anos	Feminino	Enfermagem	Especialização em Saúde da Família	10 anos
Entrevistado 02	31 anos	Feminino	Medicina	Residência em Medicina de Família e Comunidade	07 anos
Entrevistado 03	36 anos	Feminino	Odontologia	Mestrado em Saúde Coletiva	09 anos
Entrevistado 04	30 anos	Feminino	Psicologia	Especialização em Saúde Coletiva	05 anos
Entrevistado 05	30 anos	Feminino	Medicina	Especialização em Saúde Coletiva	05 anos
Entrevistado 06	33 anos	Feminino	Psicologia	Residência em Saúde da Família	10 anos
Entrevistado 07	42 anos	Masculino	Medicina	Doutorado em Saúde Coletiva	16 anos
Entrevistado 08	32 anos	Feminino	Enfermagem	Especialização em Saúde Coletiva	09 anos
Entrevistado 09	31 anos	Masculino	Medicina	Especialização em Saúde Coletiva	05 anos
Entrevistado 10	39 anos	Masculino	Fisioterapia	Residência em Saúde da Família	15 anos
Entrevistado 11	40 anos	Feminino	Enfermagem	Especialização em Enfermagem do Trabalho	20 anos

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora, na entrevista semi-estruturada.

Nesse estudo, o perfil dos 11 docentes entrevistados foi o seguinte: em relação à idade, 07 (sete) docentes têm entre 30-34 anos; 02 (dois) docentes, entre 35-39 anos; 02 (dois) docentes, mais de 40 anos de idade. Podemos considerar, aqui, que não temos docentes com menos de 30 anos, provavelmente pela inexistência de experiência profissional para atuar na função docente em que ocupa.

De acordo com o sexo, 08 (oito) docentes são do sexo feminino e 03 (três) docentes do sexo masculino. Esses achados sobre a idade e sexo dos docentes são semelhantes aos encontrados em uma pesquisa nacional sobre o docente do curso médico, conforme estudo realizado por Botti (2009). Os últimos dados censitários do Brasil relativos à força de trabalho em saúde, mostra que do total de 709.267 profissionais com escolaridade universitária, 61,7% são mulheres.

Além disso, os achados do presente estudo assemelham-se ao encontrado na literatura, onde uma pesquisa que objetivou identificar a visão do preceptor sobre as atividades desenvolvidas em uma Residência de Medicina da Família e Comunidade, no município do Rio de Janeiro, evidenciou um grupo predominante de preceptores também do sexo feminino, mas com menor faixa etária, entre 26 e 39 anos (Castells; Campos; Romano, 2016; Lima; Bezerra, 2022).

Uma retrospectiva histórica sobre a implementação de uma Residência Multiprofissional em saúde em Porto Alegre identificou que todas as preceptoras responsáveis pela implementação do programa eram do sexo feminino e a maioria com idade entre 35 a 53 anos, assemelhando-se a esta pesquisa (Martins *et al.*, 2016).

Segundo Hernandez e Vieira (2020) afirmam que as mulheres representam 65% dos mais de seis milhões de profissionais atuantes no setor público e privado de saúde do Brasil, em todos os níveis de complexidade da assistência. A história mostra que as mulheres têm o papel de cuidadora desde o início da humanidade, enraizado na cultura mundial. Neste sentido, Florence Nightingale, deixou o seu legado de cuidado, realidade vivenciada pelas enfermeiras na contemporaneidade que cuidam desde o nascimento até a morte. Observamos que o sexo feminino está na linha de frente do cuidado, especialmente na pandemia da Covid-19, desde o início, executando o trabalho com profissionalismo, enfrentando os medos em circunstâncias conhecidas e desconhecidas (CONASEMS, 2020).

Posto isto, a interlocução com profissionais docentes nos permitiu algumas considerações. A maioria dos docentes é do sexo feminino, corroborando com um estudo realizado por Yannoulas (2012), um dos traços estruturais do setor de serviços de saúde é a

preponderância da força de trabalho feminino principalmente as que envolvem o cuidado - um fenômeno observado em todos os países.

O processo de feminilização e feminização, segundo Yannoulas (2012) é um aspecto a ser considerado neste trabalho, apesar de não ser aprofundado, tendo em vista que a questão do gênero, nos seus aspectos sociais e culturais, tais como a carga de trabalho exigido da mulher e a própria desvalorização do trabalho na saúde, vêm sendo observados na área. Assim, as realidades do mundo do trabalho e das relações de gênero vão interferir, também, no processo de ensino e de formação na residência, tendo em vista que a feminização da força de trabalho é acompanhada pela desvalorização econômica e social da atividade.

Quanto à trajetória profissional é importante relatar que este tópico se refere à junção da formação profissional, titulação e tempo de formado.

Para a formação profissional dos docentes verificou-se que de um total de 11, 03 (três) são enfermeiras, 04 (quatro) médicos, 01 (um) fisioterapeuta, 01 (um) odontólogo e 02 (dois) psicólogos.

Em relação à titulação acadêmica, 01 (um) docente tem doutorado, 01 (um) tem mestrado, 03 (três) têm residência e 06 (seis) têm especialização como a sua maior titulação, sendo 05 (cinco) na área da Saúde Coletiva, 01 (um) na área de Saúde da Família e 01 (um) na área de Enfermagem do Trabalho. Observamos que a metade dos docentes têm a especialização como sua maior titulação, dados também semelhantes aos achados em uma pesquisa nacional (Wuillaume, 2000).

A titulação é importante e traduz a qualificação dos profissionais de saúde, visando garantir uma assistência de qualidade e capacitações, assim como as pós-graduação *lato sensu e stricto sensu* proporcionam embasamento científico para os profissionais desenvolverem suas funções. Os docentes quando qualificados são mais resolutivos frente às necessidades de saúde da sociedade, e ao aprimorarem o conhecimento científico com o desenvolvimento de competências e habilidades transformam a sua prática (Santos *et al.*, 2020).

Caracterizados como ensino-aprendizagem-trabalho em serviços representativos do SUS, os Programas de Residência em Saúde são conhecidos como o padrão-ouro dos cursos de especialização para profissionais da área (Ackerson & Stiles, 2018). Em geral, considera-se que o principal objetivo da Residência é o aperfeiçoamento da competência profissional adquirida durante a graduação, para suprir as lacunas e necessidades dos profissionais através de uma aprendizagem experiencial e reflexiva, capacitando o residente para atender as áreas prioritárias do SUS (Wildermuth; Weltin; Simmons, 2020; Silva & Dalbello-Araujo, 2019).

Em relação ao tempo de formado, 06 (seis) docentes possuem até 09 anos de formados, 02 (dois) docentes, entre 10 e 14 anos; e também 03 (três) dos entrevistados, há mais de 15 anos de formação. Houve uma variação entre 05 (cinco) a 20 (vinte) anos, corroborando com os achados com o estudo de Botti (2009). Os docentes, na grande maioria, atuam na área da Saúde da Família, desde o início das suas carreiras, sendo 06 (seis) profissionais atuando há 09 (nove) anos ou menos na área.

Algumas potencialidades em relação ao desenvolvimento da docência no PIR foram evidenciadas. Destaca-se que, em relação aos pré-requisitos para atuar como docente em um programa de residência, os participantes deste estudo encontraram-se conforme o Regimento Interno da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da FESF-SUS/FIOCRUZ (COREMU-FESF-SUS-FIOCRUZ), à qual está vinculada a Residência aqui avaliada, cuja estrutura do corpo de docentes obedece à exigência de graduação em saúde, no mínimo três anos de experiência e Pós graduação *lato sensu* na área de Saúde da Família (FESF-SUS, 2017; Brasil, 2005c).

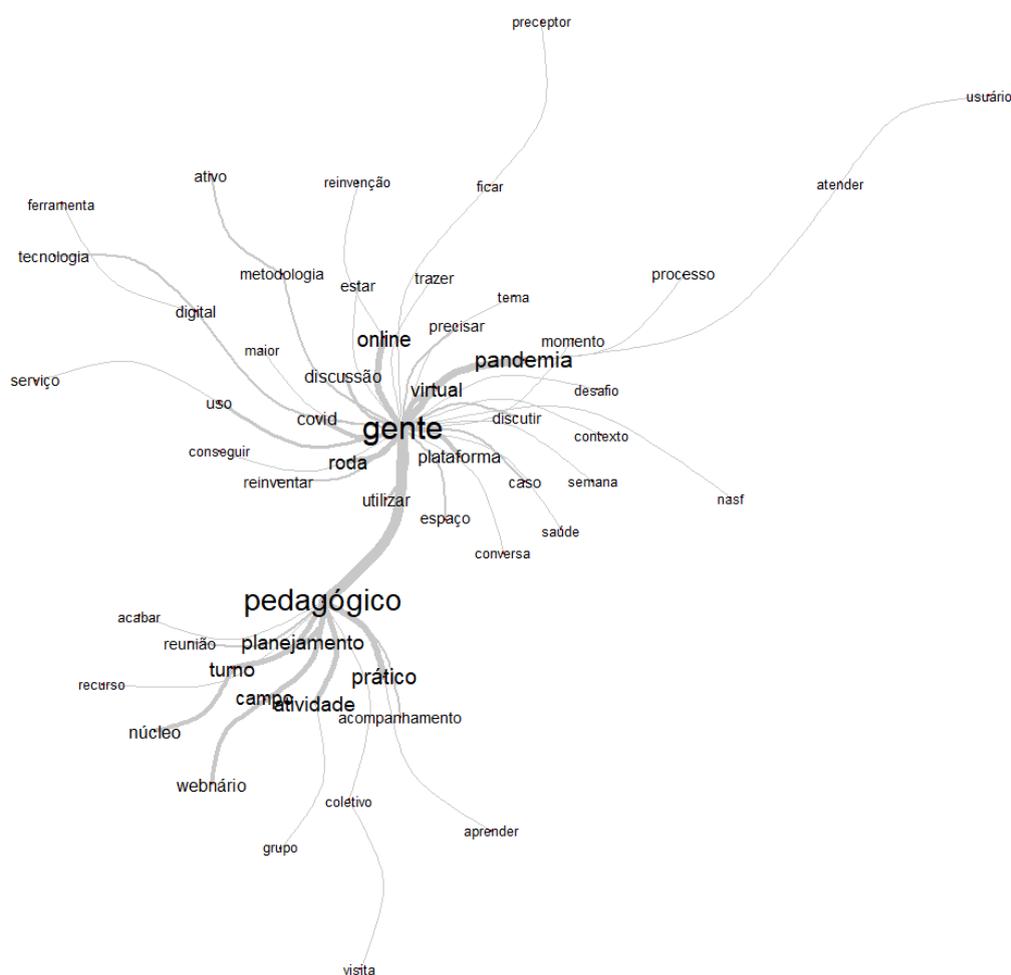
Tais pré-requisitos também foram citados em um estudo que avaliou a formação profissional em um Programa de Residência em Saúde, onde o tempo médio de formação dos preceptores foi de $18,67 \pm 10,38$ anos e o tempo médio de experiência foi de $6,99 \pm 6,66$ anos, apontando para a presença de preceptores com experiência e domínio em sua área de atuação (Carvalho Filho *et al.*, 2022).

Nesta perspectiva, a trajetória acadêmica e a experiência profissional, enquanto características pessoais do docente, fazem parte da sua competência para o desenvolvimento da atividade laboral, através do compartilhamento das experiências vividas e correlacionando-as com a prática do serviço (Rodrigues; Witt, 2022).

4.2 AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS DOS DOCENTES, NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

As práticas pedagógicas dos docentes, no contexto da pandemia da Covid-19, foram analisadas a partir da construção da árvore máxima de similitude e pela categorização dos termos presentes nos diversos elementos, sendo possível apreender as práticas pedagógicas docentes vivenciadas neste contexto, conforme Figura 3.

FIGURA 3 - Árvore Máxima de Similitude referente às práticas pedagógicas dos docentes, nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, no contexto da pandemia da Covid-19.



Fonte: Pesquisa das autoras (2023).

Na árvore máxima de similitude, conforme Figura 3, observamos que as palavras gente, pandemia, planejamento pedagógico, prático (referindo à prática pedagógica), plataforma virtual e acompanhamento pedagógico do residente ganharam destaque. A palavra gente é a mais centralizada, que pode ser substituída por docente (o docente falando de si próprio). Ela encontra-se interligada com planejamento pedagógico, acompanhamento pedagógico e pandemia, o que sugere possibilidades de mudança pedagógica durante o período pandêmico com maior interação entre a prática pedagógica dos docentes na formação dos residentes. Durante a pandemia da Covid-19, as práticas pedagógicas desenvolvidas pelos

docentes, precisaram de um maior tempo de planejamento pedagógico no processo de formação dos residentes.

Ademais, na sequência, emerge a palavra pandemia, mostrando que nesse período houve maior atenção, cautela e reflexão na execução das atividades dos docentes, necessitando de um tempo maior para o planejamento pedagógico, que foi realizado através das plataformas virtuais e os profissionais necessitaram se reinventar para apreender e utilizar a tecnologia virtual na execução do processo de ensino e de aprendizagem no contexto da Covid-19. Vale ressaltar que as palavras que mais sobressaem na árvore máxima de similitude estão relacionadas à prática pedagógica dos docentes, no contexto da Covid-19, desvelando que o processo de ensino e de aprendizagem foi intensificado e exigiu adaptações no cenário de prática do processo formativo dos residentes.

O recorte da nuvem de palavras (Figura 4) reitera o conteúdo das entrevistas e demonstra as semelhanças das palavras mais representativas dentro de cada corpus. Essa análise mostra que os profissionais entrevistados consideraram o termo gente (docente), o planejamento pedagógico, plataforma virtual, o residente e a pandemia como situações de evidência no seu trabalho.

FIGURA 4 - Nuvem de palavras referente às práticas pedagógicas, nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, no contexto da pandemia da Covid-19.



Fonte: Pesquisa das autoras (2023).

A nuvem de palavras das entrevistas origina-se da pergunta: Qual a prática pedagógica utilizada, no contexto da pandemia da Covid-19? Os termos gente, planejamento, pedagógico, atividade, plataforma, virtual e pandemia aparecem com maior centralidade na nuvem de palavras. Observamos que os termos com maior conectividade com a pandemia, são: gente e pedagógico, fazendo uma relação entre o docente e as atividades pedagógicas desenvolvidas com os residentes.

Os profissionais docentes precisaram adequar às práticas pedagógicas, frente ao contexto da pandemia da Covid-19 e isso, reverberou no processo de ensino e aprendizagem dos residentes. Isso pode ser demonstrado nas falas, no momento da entrevista:

[...] reinvenção da prática pedagógica, com necessidade de realizar o planejamento das atividades pedagógicas a gente precisou realizar reuniões online, com o uso dos recursos tecnológicos como zoom, meets, plataforma virtual (ENT 01).

[...] As práticas pedagógicas ocorreram de diversas formas, a gente utilizou algumas plataformas virtuais de encontro telepresencial, ofertadas pela residência, que construiu um ambiente de aprendizagem virtual, com uso de recursos tecnológicos e necessidade de planejamento pedagógico durante a pandemia (ENT 03).

[...] a gente teve que se reinventar, porque boa parte desses processos passaram a ser online (ENT 04).

[...] Na pandemia, a gente precisou se reestruturar, reinventar, fazer planejamento pedagógico, aprender sobre como lidar com as situações advindas da Covid-19 (ENT 10).

Os elementos básicos da ação docente estão relacionados ao ensinar, ao aprender e ao apreender e estes envolvem os métodos e estratégias de ensino-aprendizagem. As aproximações didático pedagógicas devem ser acessíveis e planejadas a fim de facilitar a aquisição do conhecimento. No entanto, algumas questões observadas provocam uma reflexão sobre a ação vivenciada, necessitando maior atenção e orientação para os docentes e residentes.

As instituições de ensino e de serviço devem proporcionar aos docentes a integração do conhecimento técnico-científico e do didático-pedagógico, sensibilizando os profissionais para trabalhar a interdisciplinaridade com reflexão crítica sobre os processos de trabalho de forma compartilhada através da Educação Permanente. Esta deve acontecer através de um planejamento com a participação dos docentes envolvendo a discussão do Projeto Pedagógico, o papel do docente, a dos processos de trabalho, o trabalho multiprofissional, as metodologias ativas, assim como o planejamento das atividades de ensino (Cavalcanti, 2021).

Em um período de pandemia, os serviços de saúde são expostos a situações críticas, onde se torna necessário adotar planos estratégicos que incluam ações imediatas e eficientes. É importante ressaltar a capacidade da integração dos cuidados de gestão e assistência, que permitiram aos profissionais de saúde transformarem suas práticas de trabalho, de modo a promover o acesso à saúde de forma integral por meio do cuidado interprofissional (Teixeira; Brandão; Casanova, 2022).

A formação pedagógica deve garantir aos docentes um processo que contribua para uma reflexão metódica e fundamentada no modelo de atenção à saúde. Deve também, proporcionar uma estratégia educativa que favoreça uma perspectiva emancipadora. Destaca-se que ao aperfeiçoar o processo de ensino-aprendizagem, qualificando os docentes, ocorre uma maior troca com os residentes e, conseqüentemente, terá como resultado um melhor atendimento para a população.

Ademais, o processo do ensino-aprendizagem tem passado por diversas modificações ao longo do tempo. Variadas metodologias e formas de realizá-lo são oriundas de contextos distintos que acompanham a transformação e evolução da sociedade, seja na área da saúde ou em outras áreas. A relação entre aquele que aprende e aquele que ensina perpassa por cenários que vão além dos ambientes educacionais e nos fazem refletir sobre a importância dessa temática e de como tem acontecido esse processo desde suas origens até às suas repercussões mais atuais (Borges; Alencar, 2014; Paiva *et al.*, 2016).

O isolamento social adotado como medida estratégica na redução de infecções fez com que o ensino *online* fosse uma alternativa das mais necessárias para a realização de atividades educativas. Esse formato é caracterizado pela interação de maneira síncrona (simultânea) e assíncrona (não simultânea) e foi, ao longo dos últimos anos, evidenciado pela possibilidade de transpor barreiras físicas e aumentar a capacidade de alcance no processo educacional (Oliveira; Cardoso; Santos, 2000).

Dentre as mudanças a nível mundial com relação ao uso da tecnologia, as metodologias ativas têm sido alternativas para o ensino remoto e para o modelo híbrido de ensino-aprendizagem. As propostas combinadas com metodologias ativas têm a vantagem de superar questões de tempo e espaço e permitem interação entre grupos, conforme destacamos nas falas dos entrevistados, a seguir:

[...] no serviço, a gente faz uso das metodologias ativas de aprendizado, fazemos construções, com uso de recursos online (ENT 06).

[...] a pandemia iniciou e a gente já não podia mais reunir tantas pessoas juntas, fazendo com que a atividade teórica fosse feita remotamente, com discussão de casos (ENT 11).

[...] são vários os espaços pedagógicos que se articulam e são complementares uns com os outros, e são guiados por docentes, com discussões de temas transversais e de uma perspectiva de uso de metodologias ativas de ensino e aprendizado, na perspectiva construtivista (ENT 08).

Importante destacar o papel do mediador entre as habilidades que objetiva estimular a produção de conhecimento e interação, para que os docentes encontrem diversas opiniões e buscas, minimizando a possibilidade do residente esperar por respostas prontas a partir das perguntas realizadas e assuntos abordados (Clementino; Souza; Hito, 2017).

O acesso às informações permite com mais flexibilidade o empoderamento informativo por cada parte envolvida no processo de ensino e de aprendizagem, e a partir daí, tem-se uma troca, como propõem as metodologias ativas, método utilizado durante a prática docente desta pesquisa, no contexto da pandemia da Covid-19.

Nessa perspectiva, exercer a docência, sobretudo em um Programa de Residência em Saúde, é uma atividade educativa desenvolvida no âmbito do trabalho e caracterizada pela intrínseca relação estabelecida entre a teoria e a prática, intercedida pelos preceptores e tutores. Neste processo de mediação do conhecimento destaca-se a importância em se constituir intencionalidade pedagógica que oriente à aprendizagem do residente (Missaka; Ribeiro, 2011).

Rocha e Ribeiro (2012) afirmam que a preceptoria é uma atividade que apresenta aspectos próprios da docência, pois o preceptor assume a responsabilidade da formação profissional e lida com o ensino da teoria diariamente, atribuindo ao preceptor o título de professor da prática. Para fazer a preceptoria é preciso estabelecer uma relação de interação de saberes, na qual ensinar e aprender encontram-se imbricados. É uma relação de um para um por um período de tempo limitado, no qual a experiência clínica é intensa e contribui para o desenvolvimento do conhecimento (Brathwaite; Lemonde, 2011). Nela o preceptor passa a compreender-se como aquele que, no exercício do processo educativo, propõe-se a intervir e transformar o acadêmico/residente sob a sua tutela em um profissional ciente da prática que precisará exercer (Silva; Esposito; Nunes, 2008).

Seja direta ou indiretamente, a preceptoria/docência necessita da relação entre o residente e o docente. Como podemos observar nos resultados, uns acreditavam que seja necessário um contato mais corpo a corpo, enquanto outros se posicionavam mais a distância, apostando nas discussões teórico-práticas sobre as condutas tomadas, com os cuidados que o período exigia de distanciamento.

[...] atender com os residentes, acompanhar os residentes em suas atividades de atendimentos individuais, em reunião da equipe, em visita domiciliar, registrar alguns elementos e dar feedback. Tinha a atividade de rodas de núcleo e webinários, que, na pandemia, eram realizadas online (ENT 08).

[...] Os residentes descreviam os casos clínicos, no turno pedagógico, e discutimos coletivamente; discutia as condutas, as reflexões que o colega adotou frente ao caso do outro, fazíamos a discussão a maior parte remotamente, não precisava todo mundo estar junto, mas quando estávamos, existia o distanciamento devido a pandemia, mas existia a troca entre nós (ENT 05).

É preciso compreender que a docência, como atividade educativa e de formação, necessita ser realizada com envolvimento e compromisso, para provocar naqueles que a vivenciam o prazer em construir o seu saber. Também porque os docentes precisam avaliar diariamente o desempenho dos residentes e para isso se faz necessário estar perto, manter uma relação próxima (Saucier *et al.*, 2012).

Acredita-se que devam ser seguidos passos, nos quais, ao longo da trajetória, os preceptores passam de papel central, na assistência ao paciente, para um papel mais de apoio

(Balmer *et al.*, 2008), pois o residente vai sentindo maior segurança em realizar a prática e o preceptor, maior segurança nas habilidades do residente.

Brathwaite e Lemnode (2011) identificaram, em seu estudo, que os estudantes desenvolvem habilidades clínicas e o conhecimento em um ambiente de trabalho positivo, enquanto que os docentes colaboram com a educação em serviço quando, em sua carga horária de trabalho, destinam tempo à preceptoria. Essa afirmação reforça a importância da preceptoria para a formação em saúde, mas também reforça a necessidade de os gestores das instituições de ensino, em seu planejamento estratégico, priorizar e viabilizar as ações de educação permanente nas suas instituições. Podemos observar nas falas seguintes:

[...] desenvolve o ensino e aprendizagem na unidade de saúde da família, porque essa unidade é uma unidade docente assistencial, então a gente promove alguns espaços pedagógicos dentro da unidade, turnos pedagógicos, rodas de campo, sessão clínica, educação permanente, dentre outras (ENT 02).

[...] o processo de ensino-aprendizagem, assim como o processo de preceptoria, ele acontece muito na integração do serviço, na própria prática do serviço, então a gente está em um programa de preceptoria em que os residentes assumem o serviço, com isso, boa parte do ensino-aprendizagem acontece ali, no momento em que o residente chama o preceptor para discutir o caso clínico nos espaços pedagógicos que ao realizar o cuidado exercita o aprender na prática do serviço, então eu diria que é um ensino, um processo de ensino e aprendizagem acontecendo na prática do serviço (ENT 04).

Nesse contexto, se faz necessário pensar na formação e/ou preparo pedagógico do docente, que atualmente exerce a docência de modo singular e particular, apoiado em experiências anteriores, pautadas na vivência de cada um. Há uma simultaneidade de funções na qual não se visualiza uma padronização das atividades, o que acentua a dificuldade em perceber o limite entre o trabalho que se pede e o que é realizado (Fajardo; Ceccim, 2010).

Ribeiro (2012) destaca que, os docentes revelam-se acessíveis às experiências de ensino e aprendizagem, e colocam ao dispor todo o seu conhecimento adquirido por meio das vivências prévias, mas precisam estar orientados para onde seguir e o que fazer. Esse processo de aprendizagem é configurado pelo compartilhamento de conhecimentos e responsabilidades, onde o residente precisa ser o protagonista em sua formação, sendo capaz de arguir e defender sua prática, sustentar cientificamente e transformar as rotinas das quais faz parte, com compromisso ético, enquanto que do outro lado, o preceptor carece despertar o fazer reflexivo sobre sua prática.

Andersson *et al.* (2013) destacam em seu estudo questionamentos de natureza cognitiva, afetiva e contextual que podem ajudar o preceptor a tornar a sua prática mais reflexiva, como: O que aconteceu? Onde, quando e por que isso aconteceu? O que você achou? Como você se sentiu? Qual foi a conduta que você tomou? Quais podem ser as

consequências? O que mais você poderia ter feito? Assim, concordando com Jesus e Ribeiro (2012) quando consideram que é necessário haver uma formação pedagógica para o exercício da preceptoria e que nela precisa estar clara sua finalidade, a compreensão acerca do significado de ensino-aprendizagem e da educação permanente no serviço.

Nesse sentido, se faz necessário adotar um modelo que transcenda a simples transmissão de conhecimentos e que conduza os profissionais à reflexão sobre a prática e construção em si de um repertório de conhecimentos que lhes possibilite superar os obstáculos, aprender, proporcionar momentos educativos e transformar a sua prática. O processo de ensino e aprendizagem com essas perspectivas é complexo, pois demanda romper paradigmas seculares e requer a construção de novas práticas (Valente *et al.*, 2014).

Por fim, considerando a preceptoria uma prática educativa no trabalho, que requer ser realizada de modo a proporcionar aprendizado, e tomando como base alguns autores que trabalham essa temática (Brathwaite; Lemonde, 2011; Jesus; Ribeiro, 2012; Ribeiro, 2012), destaca-se alguns aspectos que precisam ser ponderados ao ‘fazer a preceptoria na prática’ e que foram corroborados pelos achados neste estudo, como:

- O preceptor precisa estar apto a realizar ações educativas que proporcionem aprendizagem ao residente, para isso é necessário uma formação adequada;
- O ambiente precisa ser propício à aprendizagem, no qual o residente e o preceptor se sintam apoiados e valorizados;
- É preciso que as relações e interações estejam fundamentadas na troca de saberes, cientes de que para esse processo educativo a responsabilidade sobre a aprendizagem é compartilhada entre os preceptores, residentes, professores, gestores e a comunidade;
- É imprescindível estabelecer uma aproximação entre o serviço e a academia, para que se fortaleça a relação do saber com o fazer.

O compromisso e a responsabilidade na prática da preceptoria leva os docentes a reconhecerem a importância de desenvolver modos e maneiras de ensinar que contribuam para potencializar o aprendizado dos novos profissionais. Por isso, manifestam a necessidade de buscar e mobilizar os conhecimentos necessários a uma prática educativa competente, de modo a qualificar a docência como uma prática educativa no trabalho.

A prática da preceptoria a partir da percepção dos docentes é vista como uma atividade dinâmica e por meio da qual residentes e preceptores compartilham o cuidado realizado diariamente nas suas atividades práticas, discutem os casos clínicos, planejam as intervenções e tomam decisões. Neste estudo, podemos observar nas falas dos docentes que:

[...] o programa da FESF já traz o modelo pré-formado de possíveis práticas pedagógicas e acaba que, o preceptor fica responsável pela atividade do turno pedagógico e que “obriga” o preceptor a ter um momento de discussão, mas além do turno pedagógico, tem também a roda de campo, a roda de núcleo, os webinários e assim por diante [...] (ENT 07).

[...] Faz acompanhamento de visitas domiciliares, de atividades coletivas que são conduzidas pelos residentes. [...]quando o residente está conduzindo, eu estou presente para ajudar nessa prática pedagógica deles com os usuários [...] (ENT 09).

[...] Eu acredito que o tempo investido na pandemia dos processos pedagógicos foi para o aprendizado sobre a covid-19 [...] a todo momento a gente tinha nota técnica nova, tudo era novo [...] a gente protegeu o turno de ensino e aprendizagem para que os residentes continuassem aprendendo sobre a construção do cuidado das diversas patologias e principalmente para atualização da Covid-19 (ENT 10).

As atividades pedagógicas citadas pelos docentes, durante a entrevista, foram:

- 1) Turno Pedagógico: Planejamento e mediação pedagógica voltado para reflexão, planejamento, avaliação, discussão de casos, análises e sínteses das situações vivenciadas no cotidiano pelos residentes do mesmo núcleo profissional da USF de lotação. Deve ser realizado em serviço e na perspectiva da educação permanente, conforme competências e desenho pedagógico do Programa;
- 2) Sessão Clínica: Atividade pedagógica com foco na discussão de casos clínicos na perspectiva multiprofissional com a finalidade de ampliação da clínica e construção de projetos terapêuticos singulares. A preceptoria tem função de mediação contribuindo com o aprofundamento do estudo de caso entre os residentes;
- 3) Roda de Campo: Atividade pedagógica multiprofissional voltada para a articulação teórico-prática das experiências vivenciadas no cotidiano dos serviços com os temas pertinentes à formação e previstos no perfil de competências do Programa. A preceptoria participa na co-facilitação do espaço, contribuindo com a mediação realizada pelo apoiador pedagógico de referência, alinhando com os acontecimentos do cotidiano do serviço, comprometendo-se com possíveis pactos para qualificação das práticas do seu núcleo profissional e do processo de trabalho do conjunto da equipe;
- 4) Roda de Núcleo: Atividade pedagógica voltada para a articulação teórico-prática e reflexão das experiências vivenciadas no cotidiano dos serviços, a partir do aprofundamento dos referenciais teóricos e outros conhecimentos sistematizados com os temas pertinentes à formação e previstos no perfil de competências do Programa. A

preceptoria participa na co-facilitação do espaço, contribuindo com a mediação realizada pelo apoiador pedagógico de núcleo de referência;

- 5) Orientação de produção textual: Orientar pedagogicamente as atividades acadêmicas como a construção de artigos, protocolos, relatos de experiências, atividades disparadas em turnos pedagógicos, sessões clínicas, rodas, trabalho de conclusão de residência, construção de trabalhos para eventos externos, entre outros;
- 6) Webnários: Planejamento, organização e mediação de webnário para discussão de temas transversais e/ou complementares à área de concentração da formação na Saúde da Família.

No atual processo colaborativo de interatividade, o docente deve assumir uma nova atitude no processo educacional, abstendo-se da postura de provedor de conhecimento e atuando como mediador. Sendo assim, é fundamental que o docente se torne mediador e principalmente orientador da aprendizagem mediada pelas novas tecnologias, criando novas possibilidades de ensinar e aprender. Segundo Moran (2000), o papel do docente é dividido em:

Orientador/mediador intelectual – informa, ajuda a escolher as informações mais importantes, trabalha para que elas sejam significativas para os alunos, permitindo que eles a compreendam, avaliem – conceitual e eticamente -, reelaborem-nas e adaptem-nas aos seus contextos pessoais. Ajuda a ampliar o grau de compreensão de tudo, a integrá-lo em novas sínteses provisórias.

Orientador/mediador emocional – motiva, incentiva, estimula, organiza os limites, com equilíbrio, credibilidade, autenticidade e empatia.

Orientador/mediador gerencial e comunicacional – organiza grupos, atividades de pesquisa, ritmos, interações. Organiza o processo de avaliação. É a ponte principal entre a instituição, os alunos e os demais grupos envolvidos (comunidade). Organiza o equilíbrio entre o planejamento e a criatividade. O professor atua como orientador comunicacional e tecnológico; ajuda a desenvolver todas as formas de expressão, interação, de sinergia, de troca de linguagens, conteúdos e tecnologias.

Orientador ético – ensina a assumir e vivenciar valores construtivos, individual e socialmente, cada um dos professores colabora com um pequeno espaço, uma pedra na construção dinâmica do “mosaico” sensorial-intelectual-emocional-ético de cada aluno. Esse vai valorizando continuamente seu quadro referencial de valores, ideias, atitudes, tendo por base alguns eixos fundamentais comuns como a liberdade, a cooperação, a integração pessoal. Um bom educador faz a diferença (p. 30 -31).

As práticas docentes no contexto pandêmico precisaram ganhar novas dimensões. Com isso, os docentes vivenciaram desafios no trabalho: utilização das ferramentas tecnológicas, internet com baixa velocidade, manuseio de computador, dispositivos móveis, gravação e edição de videoaulas, ambientes de interação virtual no Google Classroom, Meet,

Zoom sala de aula e plataformas, conforme relatado nas falas dos docentes no momento da entrevista:

[...] as salas de reuniões começaram a se desenvolver a partir da pandemia, porque antes era restrito a algumas instituições e isso começou a democratizar no período da pandemia e a gente começou a utilizar as plataformas tecnológicas ,como zoom e meets (ENT 01).

[...] permanência dos espaços pedagógicos, mas com uma outra tipo de oferta: à telepresencial, uma outra modalidade de ensino remoto (ENT 03).

[...] Um efeito colateral positivo, foi de impelir todo mundo a entrar no mundo das tecnologias de informação e comunicação; aprendendo e utilizando como ferramenta para o cuidado e teve que utilizar: WhatsApp, aplicativos, plataformas do Google, etc. (ENT 08).

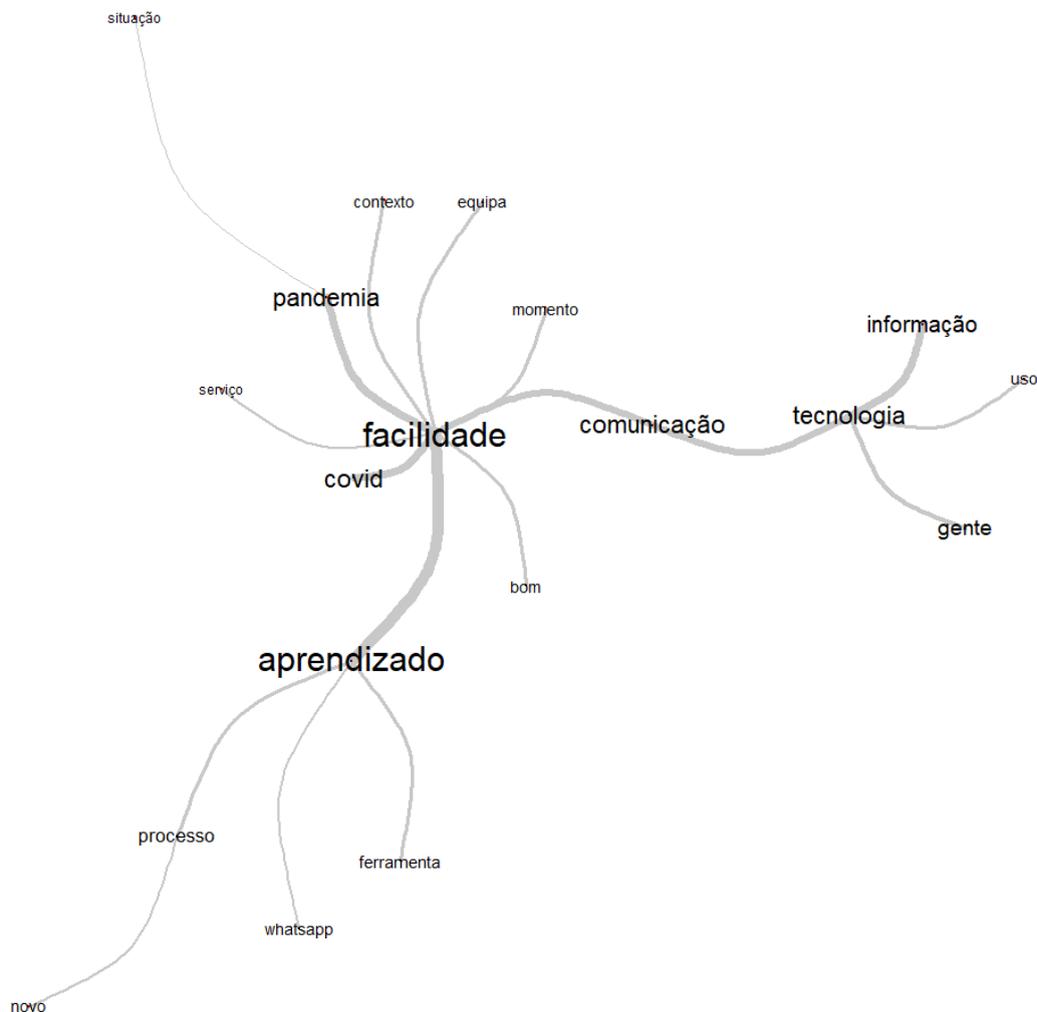
Em síntese, com o advento da pandemia do Covid -19, a educação precisou retomar suas atividades adotando um novo modelo, denominado ensino remoto. As salas de aulas passaram a ocupar um novo tipo de espaço tendo em vista as peculiaridades desta atividade. Nesse contexto, foi discutido o atual cenário em que os docentes dos PIR da FESF-SUS/Fiocruz têm vivenciado na atual conjuntura.

4.3 FACILIDADES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO, NO CONTEXTO DA COVID-19

Esta categoria denominada “Facilidades do Processo de Formação, no contexto da Covid-19” abarca um cenário adverso imposto pela maior crise sanitária já vista em todo mundo.

A Figura 5 a seguir, apresenta a árvore da similitude destacando as facilidades do processo de formação, no contexto da pandemia da Covid-19”.

FIGURA 5 - Árvore Máxima de Similitude referente às facilidades do processo de formação, nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, no contexto da pandemia da Covid-19.



Fonte: Pesquisa das autoras (2023).

O termo facilidade aparece na árvore máxima de similitude, indicando o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) como um aprendizado, frente a pandemia da Covid-19. A incorporação de tecnologias, como o uso do celular e do aplicativo de WhatsApp, foram fundamentais para que fosse possível o trabalho dos docentes, no processo formativo dos residentes. É possível reconhecer que o uso das TICs foram formas de facilidades para o enfrentamento da pandemia da Covid-19, sobretudo devido a aproximação em que os docentes e residentes possuíam com a ferramenta.

A crise sanitária desencadeada pela pandemia da Covid-19 fez com que o uso da criatividade emergisse para readequar a forma de trabalhar, realizando as atividades, os

atendimentos e orientações à comunidade, mantendo o distanciamento social e respeitando os protocolos de segurança impostos pelo MS, fazendo com que algumas atividades presenciais acontecessem remotamente.

O aprendizado é um aspecto positivo na nova forma de trabalhar frente ao contexto da pandemia da Covid-19. É o que apreendemos nas falas a seguir:

[...] A facilidade que a gente teve foi de se redescobrir e reinventar processos para gerar aprendizado [...] (ENT 01).

[...] possibilidade da gente ofertar algumas atividades de forma telepresencial, então isso não interrompeu o processo formativo dos residentes, devido ao aprendizado que os mesmos já possuíam com o uso da tecnologia [...] (ENT 03).

As falas dos docentes no contexto da pandemia da Covid-19 assinalam as descobertas, as trocas e o aprendizado que trouxe como possibilidades, a necessidade de incentivar os profissionais a desenvolverem a criatividade e promover processos de mudança pessoal e profissional.

É sabido que a pandemia do novo coronavírus (Covid-19) foi declarada como uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII) pela OMS, pois o vírus se espalhou por muitos países e territórios. A doença trouxe na sua essência as interfaces da informação no mundo globalizado: desterritorializado e sem barreiras de tempo e espaço (Rodrigues; Santos, 2020).

O processo de globalização da economia e da comunicação, a evolução das tecnologias e de uma consciência de mundialização em rede têm provocado mudanças acentuadas na sociedade, impulsionando o nascimento de novos paradigmas, modelos, processos de comunicação educacional e novos cenários de ensino e de aprendizagem digital (Garrison; Anderson, 2005). Contudo, ninguém, nem mesmo os (as) docentes que já adotavam ambientes *online* em suas práticas, imaginavam que seria necessário uma mudança tão rápida e emergencial, de forma quase obrigatória, devido à expansão da pandemia da Covid-19.

Neste momento, o processo educacional remoto é viabilizado, trazendo, além da conexão, a percepção do quanto o mundo tecnológico tem a contribuir em todo método de ensino-aprendizagem, ao qual Fantin (2011, p. 28) ressalta sobre a importância das tecnologias digitais para a sociedade, abrindo espaço para a reflexão sobre o papel que as mídias têm desempenhado na contemporaneidade e na formação dos sujeitos, em destaque aqui, para os residentes (Filatro; Cavalcante, 2019, p. 18 - 19).

Pós-pandemia, o que se espera é que as novas dimensões da tecnologia na educação, amparadas pelas políticas públicas do Estado em seus diferentes níveis e esferas (federal, estadual, municipal), determinadas pelas demandas socioculturais e econômicas, assumam um papel colaborativo e propulsor para a difusão do conhecimento, para a socialização do saber e para a disseminação da cultura digital inserida nas práticas pedagógicas da sociedade atual (Rodrigues; Santos, 2020).

Com o advento da pandemia da covid-19, os docentes e residentes precisaram se adaptar a essa nova realidade, reorganizando a sua rotina no serviço e assumindo uma postura mais independente sobre o processo de aprendizagem. Nessa perspectiva, buscamos adequar essas atividades ao novo modelo de ensino de caráter emergencial, remoto e temporário, utilizando os recursos tecnológicos como ferramentas para realização das atividades, permitindo aos profissionais aliar tecnologia e reflexão de forma prática. O foco principal é dar continuidade ao processo de ensino-aprendizagem, levando aos profissionais em formação propostas pedagógicas que favoreçam o protagonismo e a autonomia.

O ensino remoto trouxe a oportunidade de descobrir e inovar vivências pedagógicas; docentes e residentes têm desenhado novos processos, metodologias, caminhos para aprender de forma interativa e colaborativa, em que a qualidade está condicionada a diversas variáveis que impactam nas oportunidades de acesso às tecnologias, de desenvolvimento de habilidades e de participação nas dinâmicas da cultura digital (Rodrigues; Santos, 2020). Hoje, todas essas tendências levam-nos a crer que a internet e a educação a distância são grandes aliadas no desenvolvimento das atividades de processo de ensino-aprendizagem durante esta pandemia.

No campo da educação em saúde percebemos que a tecnologia contribui para aprimorar e dinamizar as ações pedagógicas e possibilitar uma nova forma de trabalhar o processo de ensino e de aprendizagem. As tecnologias digitais representam um impacto no tocante à leitura e à escrita, transformando novos espaços em novas possibilidades de informação e comunicação.

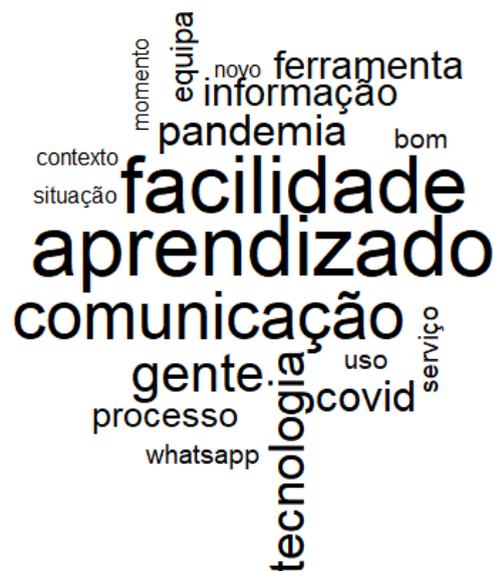
Nesse contexto, Cavalcante (2010, p. 2) ressalta a relevância do poder multiplicador das TICs que, a cada momento, fazem com que os indivíduos se depararem com novas linguagens, ferramentas, formas de expressão e comunicação.

A prática pedagógica com artefatos tecnológicos digitais prevê procedimentos indispensáveis à ação do (a) docente. Os artefatos tecnológicos digitais devem servir para potencializar as práticas pedagógicas e, para isso, é necessário mudar paradigmas. Como afirma Behar (2009, p. 1), “pode-se dizer que o atual momento é de transformação, no qual os paradigmas presentes na sociedade precisaram sofrer mudanças nas relações, necessidades e

nos desafios sociais”. Entretanto, precisamos da figura do docente e do residente para realizar a interlocução interpessoal.

A nuvem de palavras (Figura 6) referente às facilidades do processo de formação, no contexto da pandemia da Covid-19 revelam que a palavra facilidade seguida de aprendizado e comunicação estão centralizadas em destaque, e próximo encontramos as palavras: “tecnologia”, “informação”, “pandemia”, “covid”, “ferramenta”, entre outras.

FIGURA 6 - Nuvem de palavras referente às facilidades do processo de formação, nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, no contexto da pandemia da Covid-19.



Fonte: Pesquisa das autoras (2023).

As palavras representadas na nuvem de palavras apresentam semelhanças entre as respostas das entrevistas sinalizando a interrelação entre os textos de cada corpus.

As facilidades encontradas no processo de formação dos residentes, no contexto da pandemia da Covid-19 foram: aprendizado e comunicação gerado pelo domínio da tecnologia que coaduna o pensar dos docentes.

O papel do docente é o de gestor do processo, o responsável pela “sala de aula virtual”. A essência do seu trabalho inicial é a de sensibilizar os residentes para a importância do conteúdo, mostrando entusiasmo e atenção aos interesses dos mesmos. A internet possui recursos que facilitam a motivação dos residentes, é possível criar uma forma de ensino mais interativa e dinâmica e, conseqüentemente, mais produtiva para todos os envolvidos, especialmente, considerando a aproximação com as ferramentas de TIC dos atores envolvidos no processo.

Ademais, o que facilita o processo de ensino-aprendizagem é a capacidade de comunicação autêntica do docente, de estabelecer relações de confiança com os residentes, pelo equilíbrio, competência e simpatia com que atua. Observamos que a prática pedagógica foi executada no espaço virtual.

O ano de 2020 foi um ano em que todos os profissionais docentes precisaram se reinventar, pensar nas possibilidades de um ensino remoto e reorganizar todo o planejamento previsto e que já tinha sido iniciado. De forma súbita, foi necessário refletir sobre o pensar, o fazer para garantir um acompanhamento pedagógico aos residentes, valorizando o seu processo de ensino e de aprendizagem.

Passado o impacto da suspensão das atividades teóricas, chegou o momento de agir e de conhecer as possibilidades e limitações que o momento exigia, além de decidir quais estratégias adotar. A reflexão e o trabalho em equipe dos docentes trouxe a possibilidade de integração entre o saber pedagógico e o ambiente virtual.

Para entender o significado de ensino remoto foram necessárias buscas e novas aprendizagens, colaborando para essa compreensão as palavras do professor Tomazinho (2020, p. 2) de que “em cenários de incerteza, todos são novatos...”. Essa frase foi constatada pelos docentes, no sentido de explicitar a imprecisão do momento e a necessidade de contínuo aprendizado.

Também deve aproveitar as novas possibilidades, convidativas, promissoras e diversificadas que as TICs representam para a formação dos residentes (Karsenti, 2010, p. 339) e esta tecnologia foi colocada em prática durante a pandemia da Covid-19. O entendimento das mudanças no ensino é imperativo para sua adaptação ao contexto de

pandemia da Covid-19. Isso porque, a partir da vivência e/ou contato com demais experiências, é possível verificar quais principais métodos e TICs estão sendo utilizados e quais aqueles mais efetivos para a promoção da continuidade do ensino, de forma a garantir sua qualidade (Costa *et al.*, 2021).

As facilidades do processo formativo dos residentes, sob a ótica dos docentes, no contexto da pandemia da Covid-19 é uma categoria que trouxe nas falas dos entrevistados a importância da comunicação para o aprendizado dos residentes. Podemos observar nas seguintes falas:

[...] foi a possibilidade da gente ofertar atividades de forma telepresencial, online, não interrompeu o processo formativo dos residentes, com uso de tecnologia de informação e da metodologia ativa (ENT 03).

[...] os encontros não presenciais que facilitam o processo de ensino-aprendizagem, as ferramentas de tecnologia em saúde para o investimento na educação em saúde, uso de tecnologia de informação e das metodologias ativas (ENT 08).

[...] o docente tem a oportunidade de participar de maneira mais ativa, tanto ensinando quanto aprendendo (ENT 09).

Encontra-se nas falas dos entrevistados a percepção de que o fato de terem maior autonomia, permitiu que pudessem expressar diferentes concepções, de maneiras variadas na forma de realizar as atividades. O fato de já possuir o conhecimento no manuseio das tecnologias de informação, facilitou no processo de ensino e de aprendizagem do residente.

Ademais, a reflexão crítica é o catalisador para que o conhecimento teórico possa ser atrelado à prática e a associação entre a informação e como os profissionais utilizam esse conhecimento para fazer sentido no cotidiano e dia a dia de trabalho. É necessário, ainda, que em sua prática pedagógica, o docente trabalhe vários aspectos do residente, como a sua afetividade, suas percepções, sua expressão, seus sentidos, suas críticas, individualidade e sua criatividade (Rodrigues; Santos, 2020).

Nesse sentido, evidencia-se o uso das TICs como uma facilidade no processo de ensino e de aprendizagem dos residentes, contribuindo para a adequação da prática pedagógica ao processo de aprendizagem no contexto pandêmico. Isso porque é possível verificar as possibilidades de aplicação das metodologias de ensino durante esse período, bem como conhecer a eficácia e o contexto que cada uma delas melhor se insere, e, dessa forma, contribuir para a continuidade da aprendizagem de forma eficaz e com qualidade.

Dentre as falas relacionadas às dificuldades do processo formativo dos residentes, no contexto da pandemia da Covid-19, destacamos:

[...] Foi um período desafiador, aprender a lidar com demandas de sintomáticos covid, com a suspensão das atividades coletivas e visitas domiciliares, com necessidade de melhor organização do serviço da unidade (ENT 01).

[...] O desafio é grande, principalmente, no acompanhamento das atividades assistenciais do residente, devido ao distanciamento provocado pela pandemia [...] (ENT 02).

[...] As dificuldades foram aquelas impostas pelo cenário epidemiológico, muita demanda assistencial, adoecimento de vários residentes e de outros profissionais também do serviço, impactava diretamente na assistência e também na formação pedagógica do residente (ENT 03).

[...] As atividades coletivas ficaram suspensas, precisamos reorganizar o serviço para dar conta das demandas da Unidade (ENT 05).

[...] Houve muitos desafios por conta desse distanciamento entre os residentes e os preceptores por conta do fazer, aumentou as nossas atribuições, as questões voltadas para a construção de trabalho e reorganização do serviço (ENT 10).

Desta forma, Araújo *et al.* (2021) ao analisarem as condições objetivas e subjetivas vivenciadas por docentes universitários brasileiros frente ao trabalho remoto emergencial, identificou várias dificuldades, dentre elas as mesmas do presente estudo.

Segundo Santana (2015), os docentes desenvolveram o trabalho no processo formativo dos residentes com limitações de atendimentos, do distanciamento e das visitas domiciliares aos acamados, trazendo uma mudança nas estratégias de execução da sua prática. Ademais, o distanciamento incide na redução de ações de promoção e prevenção à saúde, diminuição do vínculo entre os profissionais e usuários e implementação de novas estratégias para o desenvolvimento do trabalho dos docentes e residentes, durante a pandemia da Covid-19.

Diante da imprevisibilidade do novo coronavírus, foi preciso adotar algumas medidas para conter o avanço da pandemia, como manter distanciamento entre as pessoas, com necessidade de reorganização dos serviços de saúde com a redução da quantidade de profissionais por setor, tendo que realizar escala de rodízio dos residentes com os docentes. Podemos observar na seguinte fala: “[...] a gente precisou trabalhar escalonado na pandemia, fazendo rodízio entre os profissionais, devido a necessidade do distanciamento” (ENT 11). Isso foi visto como uma dificuldade pelos docentes, no processo de ensino e de aprendizagem dos residentes, porque os mesmos tiveram que assumir uma sobrecarga de atividades, exclusivamente sobre Covid-19, não tendo oportunidade de assistir a outras condições patológicas.

Contudo, no estudo de Rocha *et al.* (2021), o distanciamento social foi considerado um método eficaz para reduzir os indicadores de morbimortalidade e foi uma estratégia

implementada pelos diversos países no mundo em busca de minimizar e diminuir as contaminações pelo coronavírus e conseqüentemente não levar à sobrecarga dos serviços de saúde com os casos de internações, evitando, assim, o colapso do sistema de saúde. Sendo assim, o distanciamento pode ter prejudicado o aprendizado no processo formativo dos residentes, quanto a outras comorbidades, mas proporcionou o aprendizado em situação de crise. Vale salientar que o distanciamento se fez necessário para reduzir a morbimortalidade da população.

Nesta categoria, foi aprofundada a reflexão sobre as dificuldades de formação durante a pandemia no processo de trabalho e na organização dos serviços do PIR. Como vimos nos relatos dos docentes do PIR, foi necessário mudanças na organização do serviço e das atribuições de cada profissional de saúde. Além disso, foi discutido sobre o trabalho em saúde e como são compreendidos a produção do cuidado e os processos de trabalho, conceitos tão necessários para entendermos as mudanças provocadas na formação dos residentes durante a pandemia.

Assim, o processo de trabalho é compreendido para além das técnicas ou protocolos estabelecidos nos serviços de saúde, sendo desenvolvido por meio das relações sociais e determinado pelos meios de produção, como as tecnologias, materiais ou imateriais, de modo que devem ser investigadas as necessidades de saúde em torno das quais as ações devem ser tomadas para se alcançar qualidade de vida individual e coletiva (Santos; Pinto, 2017). Diante disso, considera-se importante compreender o processo de trabalho tendo em vista a necessidade de saúde da população.

A produção do cuidado em saúde depende necessariamente da colaboração do trabalho coletivo, incorporando as ferramentas e recursos disponíveis pelos diferentes campos de saber em busca da construção do cuidado, que em seu processo estará permeado de conflitos e tensões presentes no cotidiano da produção de saúde (Merhy; Franco, 2008). Durante a pandemia, a colaboração coletiva foi visível nos processos de trabalho no PIR.

As residências em saúde podem ser entendidas como uma possibilidade de tensionar e provocar mudanças no processo de produção de cuidado, uma vez que incorporam saberes e conhecimentos que podem auxiliar na construção de um novo modelo de processo de trabalho. Os docentes e residentes, diante do cenário da pandemia, tiveram o cronograma de atividades alterado devido à necessidade de evitar aglomerações nos locais dos serviços de saúde, a fim de não propagar o vírus e preservá-los de uma exposição maior, mas houve a percepção de prejuízos na formação devido à dificuldade na interação com a equipe de saúde e à restrição de atividades grupais. Conforme corrobora nas falas dos entrevistados:

[...] houve muitos desafios por conta desse distanciamento entre os residentes e os preceptores, [...] aumentou as nossas atribuições, as questões voltadas para a construção de trabalho (ENT 10).

[...] ficou comprometida esse acompanhamento da prática, tipo visitas estavam suspensas, atividades coletivas suspensas (ENT 06).

[...] ficaram suspensas durante a pandemia as atividades coletivas, atividades em grupo, as visitas domiciliares, desorganizando e desequilibrando a assistência (ENT 05).

Segundo essas narrativas dos entrevistados, podemos identificar uma importante dificuldade encontrada para realizar o trabalho durante a pandemia devido às restrições que impediram a aproximação entre os profissionais, a criação de vínculos entre a equipe e a identificação de potencialidades do serviço de saúde, indicando a fragilidade da produção de um cuidado humanizado.

O estudo de Rosa *et al.* (2022), que busca avaliar o impacto da pandemia na formação de médicos residentes de dois hospitais universitários do oeste do Paraná, indica que os participantes de 12 áreas distintas de programas de residência médica perceberam algum grau de prejuízo em sua formação durante a pandemia, ainda que tenha havido reorganização na distribuição das atividades e atendimentos aos pacientes com Covid-19, triagem e atividades internas, na tentativa de minimizar impactos negativos na formação.

No caso deste estudo de Rosa *et al.* (2022), as unidades de saúde hospitalares, decidiram interromper serviços ambulatoriais no início da pandemia, visando a organização do serviço para o atendimento dos casos de Covid-19 que possivelmente chegariam para serem atendidos, visto que em outras localidades do país a situação já estava se agravando, sendo necessário o deslocamento de residentes para áreas mais urgentes, mesmo que isso indicasse atuar na linha de frente, em condições insalubres e de maior risco.

Outro estudo, de Nóbrega *et al.* (2021), apresenta o relato de experiência e vivência de residentes em Medicina de Família e Comunidade na reorganização e reestruturação do processo de trabalho na APS para o enfrentamento à pandemia de Covid-19, na USF Integrada de Altiplano, no município de João Pessoa, estado da Paraíba. Após reunião realizada entre residentes e preceptores, foi definido um protocolo de atendimento para os casos de síndrome gripal, auxiliando no fluxo de encaminhamentos no município, que contribuiu para a reorganização da rede e diminuição da superlotação nos serviços de saúde referência de Covid-19, como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais. Este estudo coaduna com os achados desta pesquisa, no que tange a necessidade da reorganização do serviço e criação do fluxo de atendimento para Covid-19.

A APS desenvolve ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, estratégias essenciais para a diminuição da gravidade de doenças e conseqüentemente de internações hospitalares, objetivo a ser alcançado também durante o período pandêmico, pois as internações acarretam a sobrecarga dos serviços de alta complexidade e do sistema de saúde pública (Geraldo; Farias; Sousa, 2021). Entretanto, inicialmente, a APS não recebeu insumos para a realização dos testes para a identificação da Covid-19, culminando com a necessidade de encaminhamento para as unidades de média complexidade dos casos suspeitos. Posteriormente, viu-se a necessidade quanto a descentralização dos testes, para que a APS identificasse e encaminhasse, apenas, os casos mais complexos. Ademais, as unidades de referência para síndrome gripal ficaram sobrecarregadas, mas obtiveram maior resolutividade (Silva *et al.*, 2021).

Para que o sistema de saúde tenha um bom desempenho no contexto pandêmico, é necessário que a rede de atenção à saúde esteja articulada, com a adoção de protocolos para orientar as ações em todos os níveis de atenção, bem como o desenvolvimento das potencialidades remotas, como teleatendimentos, reorganização do fluxo na rede de atendimentos e redefinição de papéis a serem desempenhados por cada serviço e nível de atenção, de forma a abrir novas possibilidades de acesso ao sistema de saúde (Daumas *et al.*, 2020).

A reorganização dos serviços e o remanejamento das atividades planejadas, se fizeram presentes no cenário pandêmico, exigindo que os docentes e residentes buscassem alternativas para desenvolver estratégias que viabilizassem a continuidade do trabalho e tiveram que se adaptar com o uso de modalidade de cuidado não presenciais, como a teleconsulta.

Experiência semelhante foi relatada por um Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), no qual foi necessário adaptar o processo de trabalho para restringir o acesso de pessoas às Unidades de Saúde (US), através da orientação quanto ao risco de contaminação e importância em realizar o isolamento social, o que provocou desgaste na reorganização do processo de trabalho (Oyama, 2022).

Neste estudo, pudemos observar que alguns docentes demonstraram maior dificuldade em se adaptar na execução de suas atribuições, uma vez que passaram a realizar funções diferentes daquelas para as quais foram qualificados, e a que estavam acostumados no seu fazer cotidiano, como nas orientações e organização do fluxo de pacientes no serviço de saúde.

Uma outra dificuldade encontrada neste estudo foi a prática de atuação interprofissional que ficou prejudicada devido às restrições no distanciamento social e na modalidade de ensino remoto, impedindo a interação presencial dos residentes. Assim, a educação interprofissional é definida como uma abordagem teórico metodológica que oportuniza o aprendizado colaborativo, no qual o princípio está orientado na construção conjunta entre duas ou mais profissões para o aperfeiçoamento dos cuidados e serviços (Freire Filho, 2021).

Para aprofundarmos o campo da educação interprofissional, devemos também conceituar o trabalho interdisciplinar, prática inerente à formação dos profissionais de saúde nos Programas de Residência. Por sua vez, a interdisciplinaridade é entendida como “uma nova combinação de elementos internos e o estabelecimento de canais de trocas entre os campos em torno de uma tarefa a ser desempenhada conjuntamente” (Furtado, 2007, p. 241-242), ou seja, as relações entre as disciplinas são horizontalizadas, buscando integrar os diferentes conhecimentos em direção a um tema comum por meio da universalização dos discursos.

Complementando o conceito de interdisciplinaridade, Campos (2000b) aprofunda a construção teórica das práticas profissionais enquanto núcleos e campos, em que núcleo pode ser compreendido como a especificidade identificada em cada profissão ou área de saber, havendo um acúmulo de conhecimentos que determinam sua atuação; por sua vez, campo pode ser definido como “um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (Campos, 2000a, p. 220). Durante a pandemia, o trabalho interprofissional demonstrou sua necessidade e importância para responder aos desafios, além de expor as fragilidades e as dificuldades encontradas pelas equipes de saúde em realizar ações interprofissionais.

Complementando, Campos (2000b), os conceitos de Campo e Núcleo contribuem para tratar da necessidade de articular diferentes competências e responsabilidades de maneira a combinar a necessidade de polivalência e, ao mesmo tempo, de especialização, assim como de lidar com a autonomia e a definição de responsabilidades no trabalho em saúde. Estes conceitos guardam estreita relação com o de interdisciplinaridade que adotamos e ajudam a analisar a sua expressão nas práticas profissionais. O núcleo seria "o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão" e o campo dos "saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões". Esses conceitos possibilitam evidenciar os processos de cooperação e de mutação de cada profissão face às exigências do trabalho (Scherer; Pires; Jean, 2013).

Observamos que alguns entrevistados trouxeram falas complementares sobre dificuldade no processo formativo dos residentes no contexto da pandemia da Covid-19, agregando sentimentos de cansaço, ansiedade e medo, tais como:

[...] alguns residentes adoecidos, outros com medo de contrair a doença (ENT 01).

[...] necessidade de reorganização da unidade com criação do fluxo covid, reverberando no cansaço e medo dos residentes contraírem a doença (ENT 08).

[...] tinha que reformular toda a nossa prática, muitos dos residentes eram a primeira experiência profissional, sensação de ansiedade, angústia (ENT 11).

De acordo com os estudos de Brooks *et al.*, 2020; Qiu *et al.*, 2020; Lima, A. A., *et al.*, 2020 & Van-Bavel *et al.*, 2020, os sentimentos como ansiedade, estresse, angústia e tristeza estão relacionados à duração do isolamento social, de modo que a soma desses sentimentos pode ser atribuída a alguns fatores como o medo de contrair a doença, a preocupação com a própria saúde e de entes queridos. Borba *et al.* (2020) ainda acrescenta que o acúmulo de tarefas contribui para o sentimento de insatisfação.

Desta forma, observamos que os PIR trouxe como dificuldades a reorganização do serviço, distanciamento social que contribuiu com o cansaço, medo e a ansiedade.

5 PRODUTO TÉCNICO

Como produto final desta pesquisa, foi elaborado um guia prático-pedagógico com orientações sobre as práticas pedagógicas nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade (PIR), no contexto da pandemia da Covid-19, como resultado desta dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana, em Feira de Santana-BA. O objetivo deste produto foi auxiliar os docentes dos PIR da FESF/FIOCRUZ na prática pedagógica para formação dos residentes. Inicialmente, foi apresentado sobre a visão geral para a formação em saúde na modalidade residência; em seguida, foi abordado sobre os Programas Integrados de Residências; posteriormente sobre a definição, objetivos e atribuições da preceptoria e apoiador pedagógico; sobre a agenda da preceptoria e apoiador pedagógico; sobre o processo de trabalho na Unidade de Saúde da Família; as atividades pedagógicas; sobre as Unidades de Aprendizagem e formação por competências e, por fim, sobre as orientações frente ao contexto da Covid-19 e após a mesma.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA



**GUIA PRÁTICO-PEDAGÓGICO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA
COVID-19**



Feira de Santana - Bahia

2023



FICHA TÉCNICA



Universidade Estadual de Feira de Santana

Dr.^a Amali de Angelis Mussi

Reitora

Dr.^a Evanilda Santana Carvalho

Vice-Reitora

Dr.^a Silvone Santa Barbara Santana

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Dr. Antônio César Oliveira de Azevedo

Diretor do Departamento de Saúde

Dr.^a Cláudia Cerqueira Graça Carneiro

Coordenadora do Mestrado Profissional em
Saúde Coletiva (MPSC)

Dr.^a Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues

Vice-coordenadora do Mestrado Profissional em
Saúde Coletiva (MPSC)

Giani dos Santos Alves Barreto

Mestranda

Prof.^a Dr.^a Maria Yaná Guimarães Silva Freitas

Orientadora

Giani dos Santos Alves Barreto

Arte e Diagramação

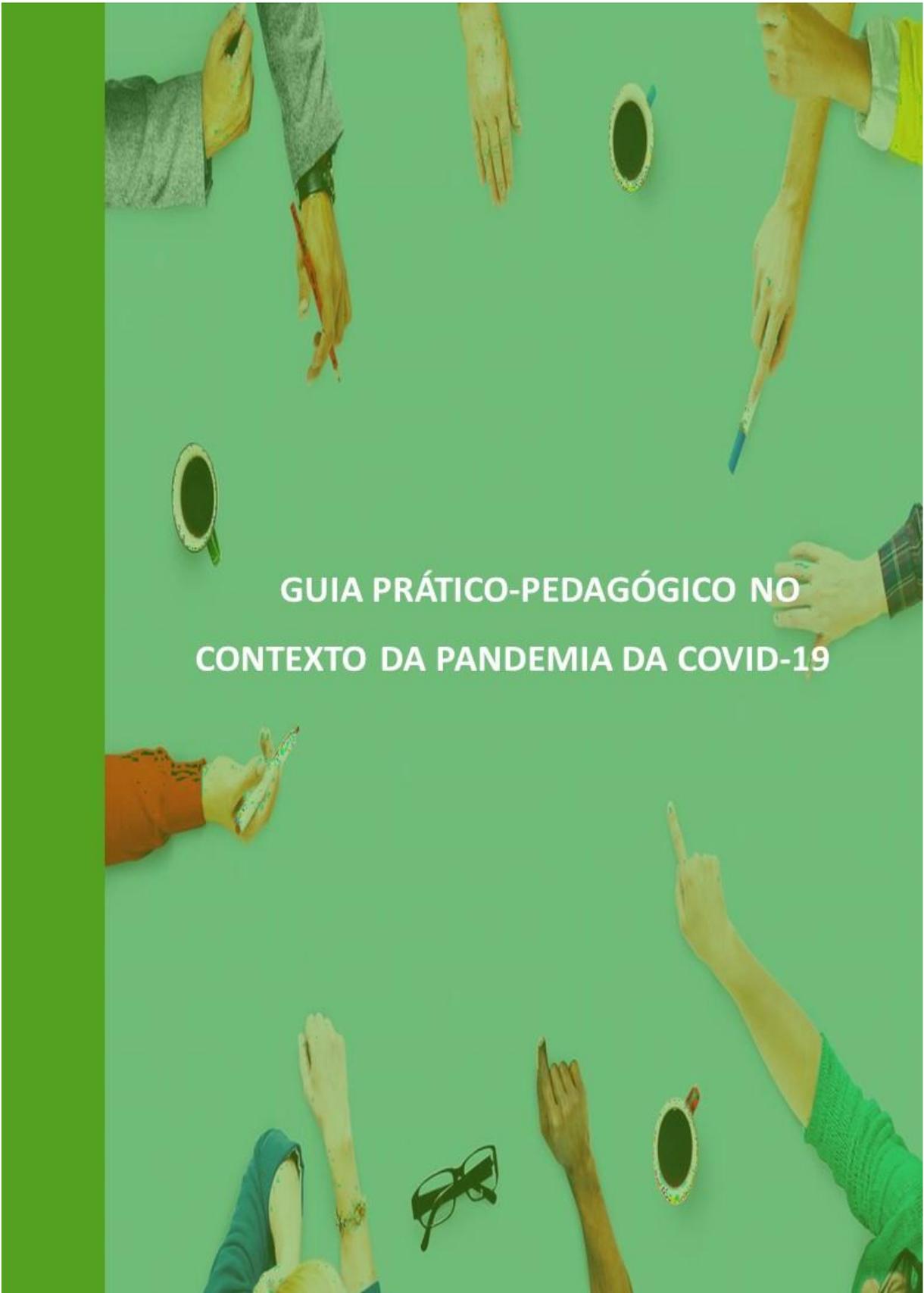
APRESENTAÇÃO

Este guia prático-pedagógico com orientações sobre as práticas pedagógicas nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade (PIR), no contexto da pandemia da Covid-19, foi elaborado como resultado da dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana, em Feira de Santana-BA.

O objetivo deste produto é auxiliar os docentes dos Programas Integrados de Residências da Fundação Estatal Saúde da Família/Fundação Oswaldo Cruz (FESFSUS/Fiocruz-BA), na prática pedagógica para formação dos residentes.

Inicialmente, apresentamos sobre a visão geral para a formação em saúde na modalidade residência; em seguida, falamos sobre os Programas Integrados de Residências; posteriormente quanto a definição, objetivos e atribuições da preceptoria e apoiador pedagógico; abordamos sobre a agenda, no que tange as atribuições semanais e mensais da preceptoria e apoiador pedagógico; processo de trabalho na Unidade de Saúde da Família; sobre as atividades pedagógicas; as Unidades de Aprendizagem e formação por competências e, por fim, sobre as orientações frente ao contexto da Covid-19 e após a mesma.





**GUIA PRÁTICO-PEDAGÓGICO NO
CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19**

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

B262g Barreto, Giani dos Santos Alves
Guia prático-pedagógico no contexto da pandemia da covid-19/
Giani dos Santos Alves Barreto – 2023.
48 f.: il.

Produto educacional apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde
Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, orientado por
Maria Yaná Guimarães Silva Freitas, 2023.

1. Prática profissional. 2. Pandemia COVID-19. I. Título.

CDU 614.254:616-022.6

Renata Aline Souza Silva - Bibliotecária - CRB-5/1702

SUMÁRIO

**1- VISÃO GERAL PARA A
FORMAÇÃO EM SAÚDE NA
MODALIDADE RESIDÊNCIA**

7-9

**3- DEFINIÇÃO, OBJETIVOS
E ATRIBUIÇÕES DA
PRECEPTORIA E
APOIADOR
PEDAGÓGICO**

14-17

**5- PROCESSO DE TRABALHO
NA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

23-26

**7- UNIDADES DE
APRENDIZAGEM E
FORMAÇÃO POR
COMPETÊNCIAS**

30-31

**2- PROGRAMAS
INTEGRADOS DE
RESIDÊNCIAS
FESFSUS/FIOCRUZ-BA**

10-13

**4- AGENDA DA PRECEPTORIA
E APOIADOR
PEDAGÓGICO**

18-22

6- ATIVIDADES PEDAGÓGICAS

27-29

**8- ORIENTAÇÕES FRENTE AO
CONTEXTO DA COVID-19**

32-46

REFERÊNCIAS

47



***1- VISÃO GERAL PARA A
FORMAÇÃO EM SAÚDE NA
MODALIDADE RESIDÊNCIA***

8

Os programas têm por visão aproximar atividades acadêmicas, os serviços de saúde e a comunidade, na perspectiva da formação profissional para fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) e da qualificação para atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio do estímulo ao pensamento crítico e reflexivo, à criatividade, à construção da autonomia para tomada de decisões com responsabilidade e estímulo ao trabalho em equipe.

Neste sentido, o processo de ensino-aprendizagem concretiza na abordagem construtivista, na utilização de metodologias ativas de ensino e na avaliação baseada no perfil de competências.



O residente é exposto a diferentes demandas e necessidades de saúde individuais, coletivas, das famílias e da comunidade, o que leva ao surgimento de dúvidas, inquietações e incertezas na condução da produção do cuidado (Figura 1).



Figura 1 - Sujeitos do processo de ensino-aprendizagem que atuam nos Programas Integrados de Residências.

Observamos que o formato de atuação dos Programas de Residências estimulam a cooperação técnica, a integração entre o docente, residente, profissionais e comunidade.



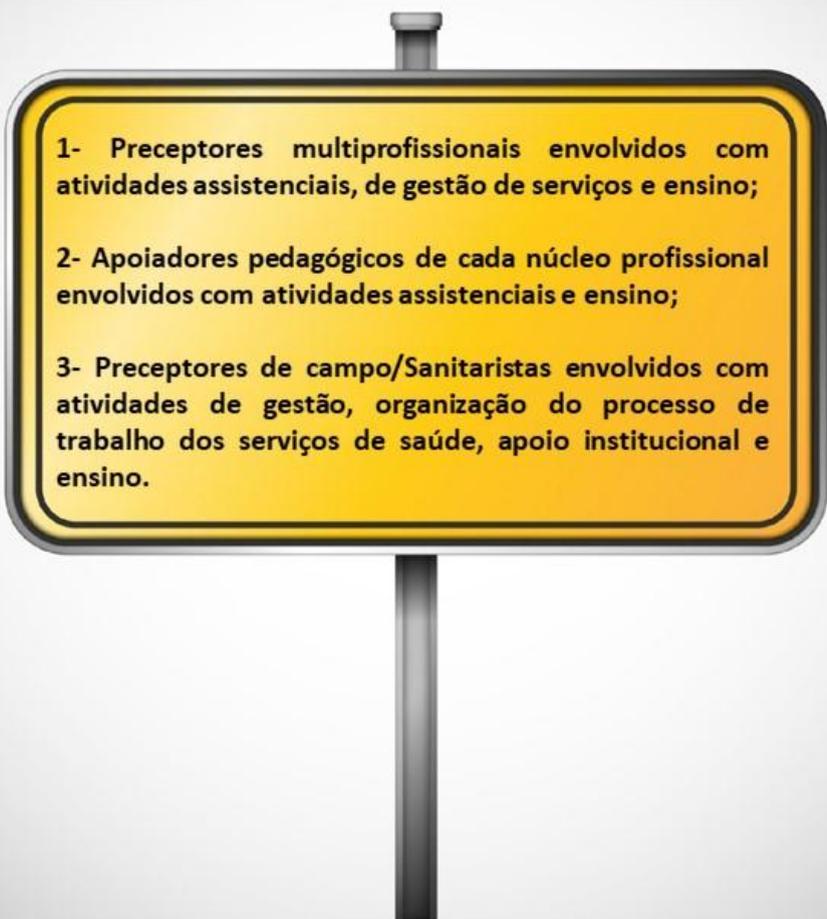
***2- PROGRAMAS
INTEGRADOS DE
RESIDÊNCIAS
FESFSUS/FIOCRUZ-BA***

11

Os Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade são compostos pelas seguintes categorias profissionais: medicina, enfermagem, odontologia, educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia e sanitarista.

Estes programas atuam na Estratégia Saúde da Família no Município de Salvador/BA.

A estrutura pedagógica de acompanhamento dos residentes é composta por (Figura 2):

- 
- 1- Preceptores multiprofissionais envolvidos com atividades assistenciais, de gestão de serviços e ensino;
 - 2- Apoiadores pedagógicos de cada núcleo profissional envolvidos com atividades assistenciais e ensino;
 - 3- Preceptores de campo/Sanitaristas envolvidos com atividades de gestão, organização do processo de trabalho dos serviços de saúde, apoio institucional e ensino.

Observamos que a coordenação dos Programas Integrados de Residências executam um papel de integração entre o apoiador pedagógico, preceptorias de campo e de Saúde da Família, profissionais, comunidade e residentes, tendo como premissa o ensino-aprendizagem e reconhecendo as potencialidades do SUS.



Figura 2- Estrutura de acompanhamento pedagógico dos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade.

13

✓ Cada Unidade Docente-Assistencial tem o suporte de uma equipe de até cinco preceptores, de núcleo e campo, que têm responsabilidades sanitárias com a população e pedagógicas com os residentes. A equipe de preceptoria assiste de 1 a 4 equipes de Saúde da Família (EqSF).

✓ O acompanhamento pedagógico da preceptoria acontece no horário de funcionamento do serviço para todos os residentes. Os docentes acompanham a prática profissional dos residentes no cotidiano dos serviços e no desenvolvimento das competências de campo e núcleo para atuação na APS. Ressalta-se que os preceptores apoiam no processo de ensino-aprendizagem dos residentes do seu núcleo profissional e, também, das demais categorias.

✓ O programa dispõe de Apoio Pedagógico de Núcleo (APN). O foco do docente é no apoio à preceptoria-residente, acompanhar a prática profissional do seu núcleo no cotidiano dos serviços e o desenvolvimento dos aspectos clínicos e gerenciais, a partir do perfil de competências estabelecidas neste Programa.





3- DEFINIÇÃO, OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES DA PRECEPTORIA E APOIADOR PEDAGÓGICO

15

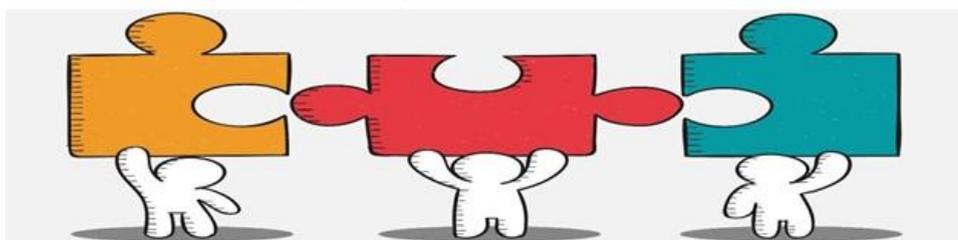
Neste tópico, serão detalhadas as definições, objetivos e as atribuições a serem desenvolvidas pela equipe docente do Programa.

3.1 Preceptoría de Campo

Definição: Profissional de saúde de referência inserido no campo de práticas da residência e responsável pelo acompanhamento pedagógico das residentes sanitaristas e pela função de apoio institucional às equipes Saúde da Família na organização do processo de trabalho no que se refere à dimensão de campo.

Objetivo: Apoiar o desenvolvimento das competências de campo dos residentes para atuação na ESF e a organização do processo de trabalho das equipes.

Atribuições: Acompanha a prática profissional dos residentes no cotidiano dos serviços e o desenvolvimento das competências campo (planejamento estratégico, territorialização, acolhimento à demanda espontânea, análise da situação de saúde, organização da agenda dos serviços, avaliação e monitoramento e outros objetos fundamentais para qualificação da Saúde da Família).

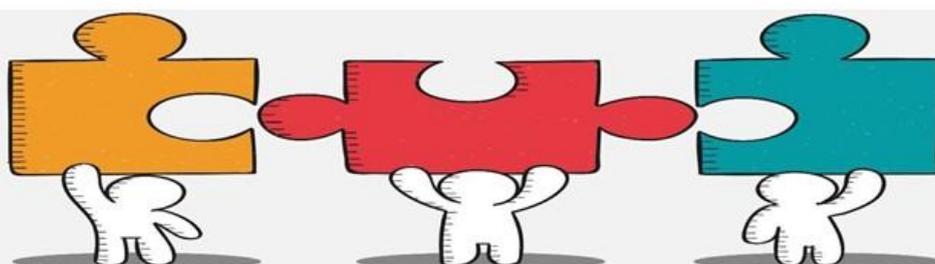


3.2 Preceptoría da Saúde da Família

Definição: Profissional de saúde inserido nos campos de práticas da residência e responsável pelo acompanhamento pedagógico dos residentes nas atividades assistenciais, de gestão do serviço e ensino.

Objetivo: Apoiar o desenvolvimento das competências profissionais dos residentes para atuação nas EqSF.

Atribuições: Atua *in loco* nas dimensões da produção do cuidado (aspectos técnicos, assistenciais, de gestão, políticos, sociais, afetações que derivam do encontro do profissional-usuário). Acompanha a prática profissional cotidiana dos residentes da sua USF de referência, assiste os residentes do seu núcleo e demais categorias profissionais.

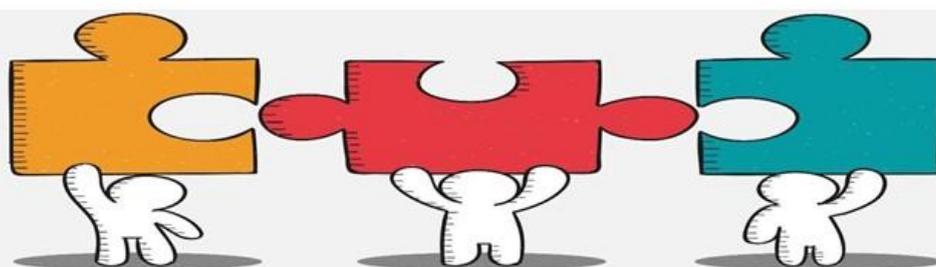


3.3 Apoiador Pedagógico de Núcleo

Definição: Profissional de saúde de referência para as ações específicas de cada categoria profissional atuante nas USF.

Objetivo: Apoiar o desenvolvimento das competências de núcleo dos residentes para atuação nas EqSF.

Atribuições: Acompanha a prática profissional do seu núcleo no cotidiano dos serviços e o desenvolvimento das competências clínicas e gerenciais.





4- AGENDA DA PRECEPTORIA E APOIADOR PEDAGÓGICO

O acompanhamento pedagógico dos espaços teóricos e práticos do Programa é organizado a partir das atividades previstas no processo de trabalho da APS, discriminadas pelas seguintes agendas:

4.1 Agenda semanal para preceptoria da Equipe Saúde da Família (EqSF)

Composição:



10 turnos administrativos, sendo:

- 1 turno de reunião de equipe;
- 1 turno de atenção domiciliar;
- 1 turno pedagógico (cada preceptor com seu núcleo profissional);
- 1 turno de atividade coletiva;
- 1 turno reunião do colegiado gestor + resolução de demandas de gestão do serviço + reunião de preceptoria;
- 2 turnos de acolhimento à demanda espontânea e consultas com residentes;
- 1 turno de Educação Permanente/Sessão Clínica/Reunião de Unidade;
- 2 turnos de trabalho não presencial (TNP) na USF voltado para planejamento e avaliação das atividades pedagógicas, preenchimento dos instrumentos de avaliação dos residentes, estudo autodirigido e encontros com a coordenação.

20

4.2 Agenda semanal para preceptoria de Núcleo Ampliado Saúde da Família (NASF-AB)



Composição:

10 turnos administrativos, sendo:

- 2 turnos de reunião de equipe do NASF-AB e/ou espaço pedagógico e/ou planejamento das atividades;
- 2 turnos reunião de EqSF (cobrir todas as equipes SF em média em dois meses);
- 1 turno reunião do colegiado gestor (dividir as USF com R2) + resolução de demandas de gestão + reunião de preceptoria;
- 1 turnos de atenção domiciliar e/ou turnos de atividade coletiva;
- 1 turno de consultas agendadas e/ou acolhimento à demanda espontânea;
- 1 turnos de Educação Permanente/Sessão Clínica/Reunião de Unidade;
- 2 turnos de trabalho não presencial na USF voltado para planejamento e avaliação das atividades pedagógicas, preenchimento dos instrumentos de avaliação dos residentes, estudo autodirigido e encontros com a coordenação.

4.3 Agenda mensal da preceptoría

- 4 horas de planejamento pedagógico com APN por mês. Atividade de apoio à preceptoría e de planejamento das atividades do núcleo profissional com participação das APN e preceptores do mesmo núcleo profissional, conforme cronograma disponibilizado pelo programa;
- 8 horas de formação com docentes e coordenação, conforme cronograma disponibilizado pelo programa.

4.4 Agenda mensal da preceptoría (fora do horário administrativo)

- Participação em Seminários Pedagógicos do programa;
- Acompanhamento de atividades no território com a comunidade (campanhas, atividades educativas, mobilização, entre outros) a ser realizada um sábado por mês.

4.5 Agenda semanal para Apoiador Pedagógico de Núcleo

- 8 Turnos de acompanhamento de campo do núcleo: atenção domiciliar, atividade coletiva, acolhimento à demanda espontânea, atendimentos individuais e compartilhados;
- 1 turno pedagógico (apenas para APN Educação Física, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia com seu núcleo profissional).



4.6 Agenda mensal dos Apoiadores Pedagógicos de Núcleo

- 4 horas de planejamento pedagógico com APN, por mês. Atividade de apoio à preceptoria e de planejamento das atividades do núcleo profissional com participação das APN e preceptores do mesmo núcleo profissional, conforme cronograma disponibilizado pelo programa;
- Orientação de trabalhos de conclusão de residência;
- Participação na avaliação processual dos residentes;
- Participação em Rodas e Seminários Pedagógicos do programa;
- Acompanhamento de atividades no território com a comunidade (campanhas, atividades educativas, mobilização, entre outros) a ser realizada um sábado por mês, quando necessário;
- Planejamento, organização e mediação de Rodas de Núcleo e Seminários para discussão de temas núcleo da área de concentração da formação. Um (1) sábado por mês, conforme cronograma disponibilizado pelo programa.

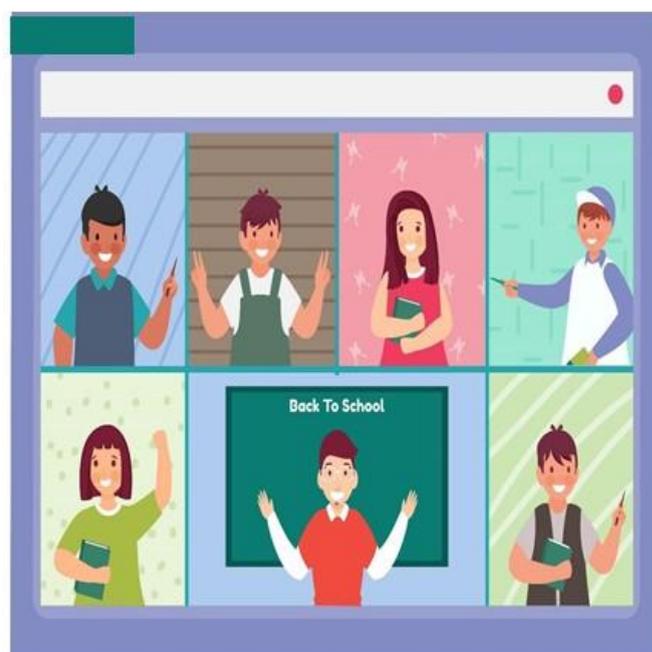




***5- PROCESSO DE TRABALHO
NA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA***

O processo da formação é realizado com base nos princípios e diretrizes do SUS e da APS, a partir da práxis da Saúde da Família. As práticas envolvem atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas à equipe, em todos os ciclos de vida.

As atividades desenvolvidas e o detalhamento da agenda semanal que organiza a distribuição da carga horária prática no serviço de saúde são detalhadas nos Quadros 1 e 2.



Quadro 1. Atividades práticas desenvolvidas na USF

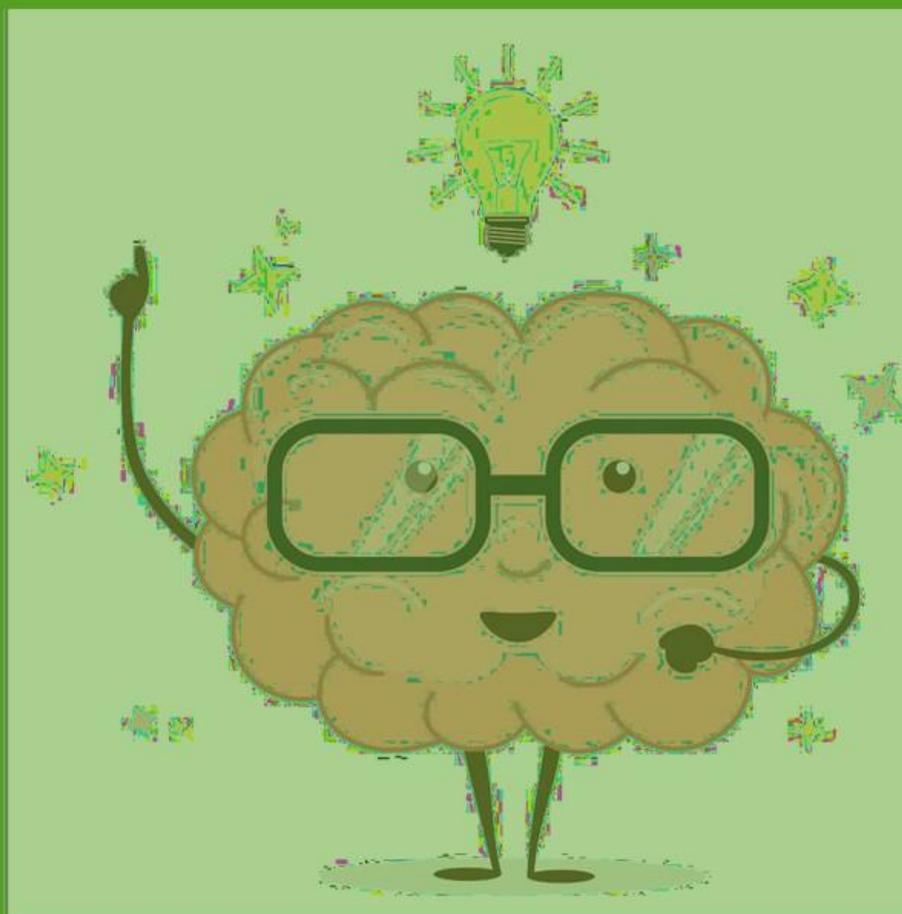
Ação	Descrição
Acolhimento à Demanda Espontânea	Assistir os usuários em demanda espontânea com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos.
Atenção Domiciliar	Assistir os usuários e famílias que possuam problemas/necessidades de saúde e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma USF, para busca ativa ou atendimento individual ou realizar o cuidado compartilhado e/ou ações de vigilância em saúde no domicílio.
Atendimento Individual e Compartilhado	Consulta clínica realizada por um ou mais profissionais para um usuário/família.
Atividades Coletivas	São ofertas assistenciais a grupos de usuários que favorecem a troca de experiências entre os atores envolvidos a partir da educação popular, e de outros diferentes métodos. Estes grupos são formados com base na identificação de problemas do território (UFSC, 2018).
Reunião de Equipe	Encontro semanal para acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho.
Unidades de Produção	Espaços que são realizados procedimentos técnicos, curativos, administração de imunobiológicos e medicamentos e, esterilização de materiais.
Reunião de Unidade	Encontro mensal para acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da USF, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho.

Quadro 2. Agenda Semanal e disposição das atividades práticas

SEMANA 1							SEMANA 2					
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
MANHÃ	Acolhimento Agenda Programada	Atenção Domiciliar	Acolhimento Agenda Programada	Acolhimento Agenda Programada	Atividade Coletiva	Portfólio, estudos e cursos autodirigidos	Acolhimento Agenda Programada	Atenção Domiciliar	Acolhimento Agenda Programada	Acolhimento Agenda Programada	Atividade Coletiva	Espaço Pedagógico
TARDE	Acolhimento Agenda Programada	Espaço Pedagógico	Reunião de Equipe	Acolhimento Agenda Programada	Espaço Pedagógico	Portfólio, estudos e cursos autodirigidos	Acolhimento Agenda Programada	Espaço Pedagógico	Reunião de Equipe	Acolhimento Agenda Programada	Acolhimento Agenda Programada	Portfólio, estudos e cursos autodirigidos
NOITE	Portfólio, estudos e cursos autodirigidos						Portfólio, estudos e cursos autodirigidos					

SEMANA 3						SEMANA 4						
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
MANHÃ	Acolhimento Agenda Programada	Atenção Domiciliar	Acolhimento Agenda Programada	Acolhimento Agenda Programada	Atividade Coletiva	Portfólio, estudos e cursos autodirigidos	Acolhimento Agenda Programada	Atenção Domiciliar	Acolhimento Agenda Programada	Acolhimento Agenda Programada	Atividade Coletiva	Espaço Pedagógico
TARDE	Acolhimento Agenda Programada	Espaço Pedagógico	Reunião de Equipe	Acolhimento Agenda Programada	Reunião USF	Portfólio, estudos e cursos autodirigidos	Acolhimento Agenda Programada	Espaço Pedagógico	Reunião de Equipe	Acolhimento Agenda Programada	Espaço Pedagógico	Portfólio, estudos e cursos autodirigidos
NOITE	Portfólio, estudos e cursos autodirigidos						Portfólio, estudos e cursos autodirigidos					





6- ATIVIDADES PEDAGÓGICAS

As atividades práticas e teórico-práticas estão relacionadas à práxis em serviço, de acordo com as especificidades da área de concentração e das categorias profissionais da saúde.

As ofertas pedagógicas favorecem a construção da autonomia profissional, valorização do conhecimento prévio dos residentes e a integração dos sujeitos envolvidos nos campos de prática e formação.

Estas atividades contemplam a assistência (atendimentos individuais e compartilhados, visitas domiciliares, acolhimento à demanda espontânea, atividades coletivas); gestão (reuniões de equipe, de unidade e de comunidade, conselho local em saúde), educação (espaços de educação permanente, sessões clínicas, atividades educativas com usuários).

As atividades teóricas são desenvolvidas por meio de estudos individuais e em grupo com orientação docente com base no perfil de competências e na identificação de lacunas de aprendizagem dos residentes observadas durante as práticas na USF e território.

O Programa dispõe das seguintes atividades pedagógicas: rodas pedagógicas, turnos pedagógicos de núcleo, sessões clínicas e seminários. A descrição das ofertas, objetivo e periodicidade dos encontros são apresentadas no Quadro 3.



Quadro 3. Descrição das atividades pedagógicas dos Programas de Residências

Atividades Pedagógicas	Descrição	Objetivo
Roda de Campo	Momento teórico-prático multiprofissional que será desenvolvido com intuito de aprofundamento de temáticas de campo e sua interlocução com as diretrizes de organização do processo de trabalho na Saúde da Família, nas reuniões de equipe. Referência pedagógica: Preceptoria de Campo	Estimular reflexões e transformações no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família no serviço e território.
Roda de Núcleo	Momento teórico de núcleo que será desenvolvido com intuito de aprofundamento de temáticas específicas da categoria profissional e sua interlocução com a práxis na Saúde da Família. Referência pedagógica: Apoiador Pedagógico de Núcleo	Apoiar a qualificação da clínica específica de cada categoria profissional, em articulação com o Turno Pedagógico.
Seminários	Momento teórico que será desenvolvido com intuito de aprofundamento de temáticas transversais à Atenção Primária à Saúde e de temáticas da clínica do núcleo e sua interlocução com a práxis na Saúde da Família.	Apoiar o desenvolvimento de competências de Campo e Núcleo na ESF.
Sessão Clínica	Momento teórico-prático que será desenvolvido com intuito de troca de experiências, aprendizado mútuo e discussão de casos em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar com suporte e mediação docente.	Propiciar a discussão de casos clínicos na perspectiva multiprofissional com a finalidade de ampliação da clínica, construção de projetos terapêuticos singulares e desenvolvimento de competências para gestão do cuidado.
Turno Pedagógico	Momento teórico-prático de núcleo que será desenvolvido com intuito de apoiar a qualificação das especificidades de cada categoria profissional. Referência pedagógica: Preceptoria	Proporcionar a qualificação da clínica específica a partir do processamento e reflexão das situações vivenciadas pelos residentes no cotidiano do serviço.





***7- UNIDADES DE
APRENDIZAGEM E FORMAÇÃO
POR COMPETÊNCIAS***

O processo formativo do Programa é organizado a partir de Unidades de Aprendizagem (UA) desenvolvidas a partir de ciclos trimestrais e em consonância com a formação por competências (Quadro 4).

Para o desenvolvimento das competências relacionadas a área de concentração, os docentes conduzirão o processo de formação e a avaliação dos residentes, apoiando o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, em cada unidade de aprendizagem.

Quadro 4. Conceitos Importantes

Dimensão	Descrição
Conhecimento	Conjunto de conteúdos obtidos predominantemente por meio de exposição, leitura e reelaboração crítica que possibilitam ao profissional o domínio cognitivo de um saber e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação (intervenção – entendida como ação direta de cuidado ou educação em saúde).
Habilidade	Conjunto de práticas adquiridas sobretudo por demonstração, repetição e reelaboração crítica que fornecem ao profissional o domínio psicomotor, a perícia de um saber fazer e a capacidade de tomar decisões e resolver questões no seu campo de atuação (intervenção).
Atitude	Conjunto de comportamentos adquiridos por intermédio de observação, introjeção e reelaboração crítica que conferem ao profissional o domínio ético e afetivo de um saber ser e saber conviver, além da capacidade de tomar decisões e de solucionar problemas na sua área de atuação (intervenção).





8- ORIENTAÇÕES FRENTE AO CONTEXTO DA COVID-19



COVID-19
CORONAVIRUS
CORONAVIRUS
CORONAVIRUS
CORONAVIRUS

O Programa acompanha as orientações das autoridades sanitárias e complementa ou reforça as orientações para os cidadãos, docentes e residentes nos seguintes aspectos:

Para os cidadãos:

- Tomar todos os cuidados relativos à higienização das mãos, lavando com água e sabão com frequência e/ou usando álcool a 70%;
- Para os Residentes e Corpo Pedagógico que usam transporte público, orienta-se: Manter álcool em gel/ spray 70% em bolsa; passar o álcool antes de entrar e logo que sair do ônibus; não tocar nos olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas; manter as janelas abertas; limpar com álcool objetos tocados frequentemente nesses meios, como o celular;



- Restrição de contato físico como apertos de mão, abraços e beijos;
- Etiqueta respiratória: cobrir o nariz e a boca ao tossir ou espirrar, preferencialmente com o antebraço e, caso use as mãos, lavar imediatamente depois; se usar lenço, que seja descartado no lixo logo após o uso e logo em seguida, lavar as mãos;
- Usar sempre máscaras em caso de sintomas respiratórios;
- Não fazer estoque de alimentos e outros insumos em casa para evitar o desabastecimento repentino e aumento dos preços, o que prejudica ainda mais a população de classe econômica menos favorecida que não tem condição de fazer esse estoque e tornando-a ainda mais vulnerável;
- Manter a calma e serenidade sabendo que é uma doença de rápida proliferação e com risco à população vulneráveis.



Para os Residentes e docentes:Das atividades teóricas:

➤ Suspender as atividades teóricas presenciais, em casos emergenciais de crise sanitária;

Desta forma teremos:

➤ Em caso de necessidade de isolamento social por algum agravo de transmissão respiratória, as atividades teóricas serão desenvolvidas de forma on line;

➤ Fora essa situação excepcional, as atividades pedagógicas serão presenciais para estimular a vivência e o aprendizado baseado nas atividades práticas em campo.

Lembramos que a participação nessas atividades, bem como as entregas decorrentes de cada uma delas no prazo determinado pelo docente é igualmente obrigatória e contará como parte da carga-horária da residência.

Das atividades práticas:

- Considerando a natureza do nosso trabalho, as responsabilidades éticas e sanitárias que temos enquanto profissionais de saúde diante do contexto epidemiológico, vamos manter as atividades práticas assistências com alguns cuidados necessários para a preservação individual e coletiva:
- As atividades práticas em serviço serão mantidas, mas as agendas devem ser ajustadas para evitar exposição dos trabalhadores e usuários, bem como realizarmos ações de controle da epidemia;
- Os residentes com sinais ou sintomas respiratórios devem permanecer em casa e comunicar imediatamente à preceptoria e equipe de trabalho para que reorganizem as agendas do serviço;
- Devem tomar as medidas recomendadas para o cuidado individual junto aos serviços de saúde para verificar a necessidade de afastamento prolongado;
- Residentes e preceptores gestantes, idosos ou com complicações clínicas que possam deixá-los mais vulneráveis, devem reforçar o uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individuais (EPI);
- Realizar reunião com o colegiado gestor da US, uma vez por semana, para atualização do plano de contingenciamento.



➤ Equipamentos de Proteção Individual (EPI):

Profissional da triagem de sintomáticos: máscara, touca, avental ou jaleco, sapato fechado, luva.

Profissional para atendimento dos sintomáticos: máscara, touca, avental ou jaleco, sapato fechado, luva.

Odontologia: no atendimento de urgências indicado uso de máscara N95.



Cabe ressaltar que o uso da máscara é individual e obrigatório sempre que se estiver em ambiente coletivo, compreendido como local destinado à permanente utilização simultânea por várias pessoas, fechado ou aberto, privado ou público, bem como nas suas áreas de circulação, nas vias públicas e nos meios de transporte.

Portanto, é obrigatória a utilização de máscara pelos profissionais e usuários para ingresso e permanência nos serviços, sendo eles responsáveis por sua correta utilização, troca e higienização. Lembramos que mesmo com máscara o distanciamento mínimo obrigatório deve ser mantido.



Para os cuidadores e gestores do cuidado na Saúde da Família:

Algumas orientações preliminares:

- As atividades coletivas que reúnem muitos usuários devem ser evitadas. Os usuários devem ser comunicados para que não compareçam ao serviço sem necessidade;
- Os atendimentos individuais, sempre que possível, devem ser realizadas com janelas abertas;
- Todos os eventuais cancelamentos de ofertas assistenciais devem ser comunicados aos usuários com o máximo de antecedência;
- As reuniões de equipe devem ser evitadas. Nestes horários, os profissionais devem aproveitar para fazer os registros, notificações ou manterem o atendimento às demandas assistenciais;
- As equipes devem produzir e afixar nas USF materiais com instrutivos à população quanto às medidas de proteção individual e coletiva;
- Os acompanhantes, sempre que possível, devem ser orientados a permanecerem na área externa da Unidade;



- As equipes devem criar uma escala de profissionais para realizarem o acolhimento inicial dos usuários antes de entrarem no serviço, identificando aqueles com sintomas respiratórios (sintomas como febre, tosse, falta de ar, catarro, nariz entupido ou coriza, olhos vermelhos ou dor de garganta ou dificuldade para engolir). Esses usuários devem ser colocados em uma sala específica na Unidade, após receberem as orientações de etiqueta respiratória e uso de máscaras. Os idosos devem ter prioridade no atendimento. Além desses profissionais responsáveis pelo acolhimento inicial, outros profissionais devem estar sinalizados com crachás específicos sendo identificados para atender os usuários que precisarão de atendimento, para evitar que entrem na mesma lógica do acolhimento das outras necessidades de saúde. Os consultórios para atendimento dessas demandas devem estar reservados somente para essa finalidade;
- Os procedimentos odontológicos devem ser realizados de acordo com as orientações de biossegurança, mas devemos atentar que as atividades de responsabilidade dos profissionais odontólogos não estão restritas ao consultório odontológico e, portanto, devem realizar as atividades previstas na organização do serviço como todos os demais profissionais.



As atividades coletivas estão suspensas e os usuários comunicados para retornar após este período.

As visitas domiciliares serão avaliadas caso a caso, sendo orientado que somente sejam realizadas visitas inadiáveis, e o paciente com maior necessidade seja monitorado por contato telefônico. No caso de visitas urgentes, os profissionais devem ir acompanhados dos familiares, usar EPI e evitar visitas prolongadas.



Os turnos pedagógicos dos residentes estão temporariamente suspensos no formato presencial e serão liberados nessa carga horária para realizar atividades planejadas pela preceptoria para realização à distância, havendo necessidade de entregar os produtos dessas atividades para contabilizar carga horária.

As reuniões de equipe, unidade e comunidade estão suspensas, estando os turnos livres para organização do processo de trabalho (monitoramento de casos por telefone, listas dos grupos prioritários, planejamento, revisão de prontuário) e digitação de consolidado e do e-sus. As atividades da unidade neste período estarão condicionadas a escala pactuada com a preceptoria.

Diante do que vivemos, precisamos fazer ajustes em nossas agendas no que se refere às atividades regulares de acompanhamento de campo, atividades de planejamento e ofertas pedagógicas. Estamos preocupadas em garantir o apoio aos serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia e manter o suporte aos residentes, preceptores, apoiadores, cuidando da segurança individual e coletiva, conforme Quadro 5.

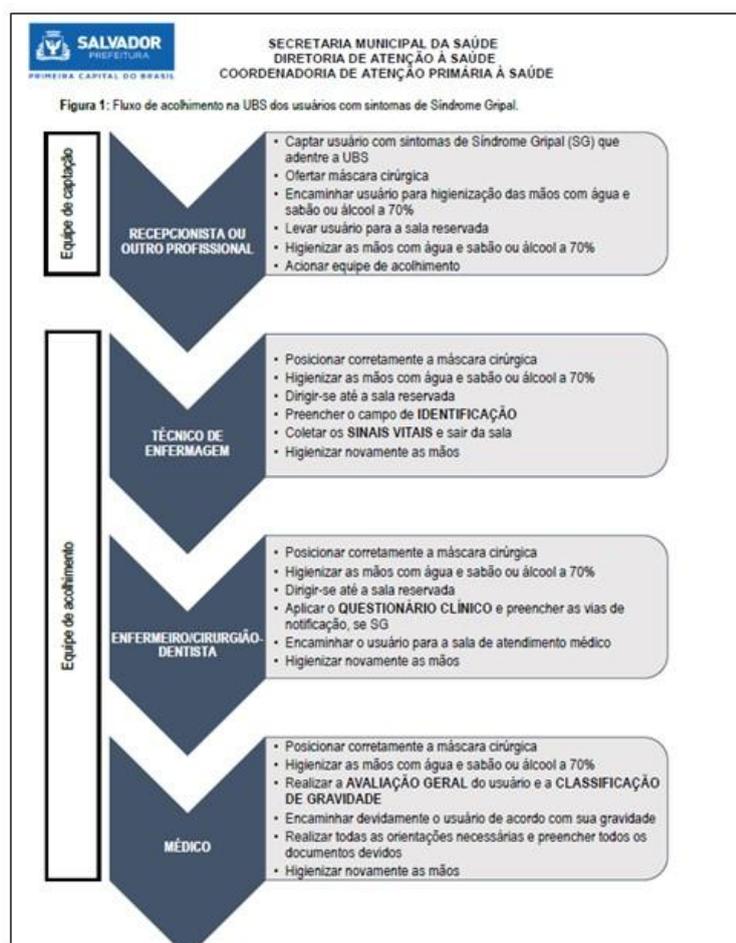


Quadro 5. Exemplo de agenda semanal frente ao contexto da pandemia da Covid-19

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
M A N HÃ	SINTOMÁTICOS	SINTOMÁTICOS	SINTOMÁTICOS	SINTOMÁTICOS	ILHA VACINA 1
	ACOLHIMENTO	ACOLHIMENTO	ACOLHIMENTO	ACOLHIMENTO	ILHA VACINA 1:
	ATENDIMENTO	ATENDIMENTO	ATENDIMENTO	ATENDIMENTO	ILHA VACINA 1
	ILHA VACINA 2	ILHA VACINA 2	ILHA VACINA 2	ILHA VACINA 2	
	ILHA DE VACINA1	ILHA VACINA 1	ILHA DE VACINA1	ILHA VACINA 2	ILHA VACINA 1
	URGÊNCIAS	URGÊNCIAS	URGÊNCIAS	URGÊNCIAS	
	ODONTOLÓGICAS	ODONTOLÓGICAS	ODONTOLÓGICAS	ODONTOLÓGICAS	
T A R D E	SINTOMÁTICOS	SINTOMÁTICOS	SINTOMÁTICOS	SINTOMÁTICOS	ILHA VACINA 1
	ACOLHIMENTO	ACOLHIMENTO	ACOLHIMENTO	ACOLHIMENTO	ILHA VACINA 1
	ATENDIMENTO	ATENDIMENTO	ATENDIMENTO	ATENDIMENTO	ILHA VACINA 1
	ILHA VACINA 2	ILHA VACINA 2	ILHA VACINA 2	ILHA VACINA 2	
	ILHA DE VACINA1	ILHA DE VACINA1	ILHA DE VACINA1	ILHA DE VACINA1	ILHA VACINA 1
	URGÊNCIAS	URGÊNCIAS	URGÊNCIAS	URGÊNCIAS	
	ODONTOLÓGICAS	ODONTOLÓGICAS	ODONTOLÓGICAS	ODONTOLÓGICAS	

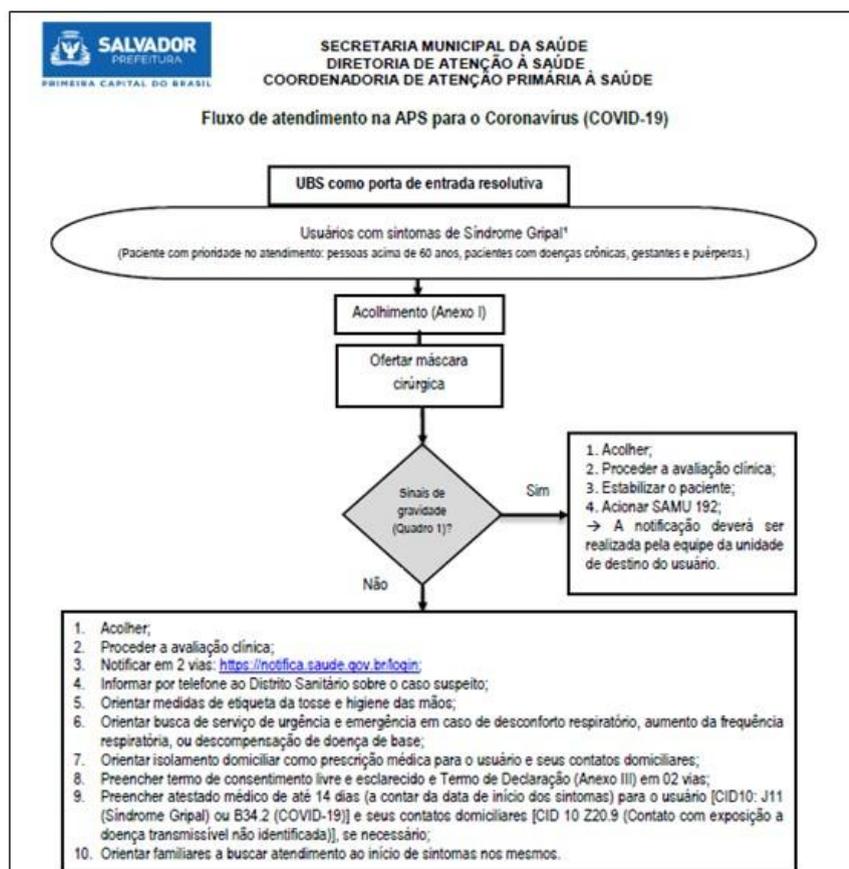


Figura 3 - Fluxo de acolhimento na Unidade de Saúde dos usuários com sintomas de Síndrome Gripal.



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde - Salvador / BA - Nota Técnica 05/ 2020.

Figura 4 - Síntese do Acolhimento realizado na USF - Salvador-Bahia.



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde - Salvador/ BA - Nota Técnica 05/ 2020.

Figura 5 - Readequação do atendimento em USF, no período da pandemia do Covid-19.

TRIAGEM Realizada por qualquer profissional		
ADE 1 Fluxo sintomático	ADE 2 Demanda espontânea	MCE Pacientes agendados
Febre Tosse Coriza Cefaleia Dispneia Mal-estar e mialgia	Atendimento médico/enfermeiro/ dentista da equipe de referência do dia	Atendimento médico/enfermeiro/ da equipe de referência do dia
Teste rápido (Covid-19) < 3 dias	Não realiza teste rápido	
Apresenta alguma queixa aguda?	Sim - Paciente é direcionado ao atendimento médico Não - Paciente é orientado a retornar quando completar o período mínimo	
> = 3 dias e < 7.....	Realiza o teste rápido - paciente é direcionado ao atendimento médico	
> 7 dias	Sem indicação para o teste rápido - paciente é direcionado ao atendimento médico.	



REFERÊNCIAS

- GIANNINI, D. T.; AFONSO, D. H.; DA SILVEIRA, L. M. Construção Colaborativa de um manual: estratégia no processo ensino e aprendizagem na residência. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, 2012; Suplemento 11.
- FROM; HORTALE, V. A.; DOS SANTOS, G. B.; BOTTI, S. H. O. A preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na Atenção Primária – análises das publicações brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2015; 39(2):316-327.
- PEREIRA, R. C. A.; DE OLIVEIRA, K. K. A aprendizagem reflexiva como meio para a formação do docente. **IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade**, Brasília, 2013.
- CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. **Apoio Institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde**. Trab. educ. saúde [online]. 2014, 12(1), pp.29-50.
- SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde - Diretoria de Atenção à Saúde Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica DAS/APS – Novo Coronavírus Nº 05/2020, de 09 de abril de 2020** - Orientações para organização da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento ao Novo Coronavírus (COVID-19) no município do Salvador.
- SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde - Diretoria de Atenção à Saúde Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica DAS/APS – Novo Coronavírus Nº 09/2020, de 23 de junho de 2020** - Orientações para a Reorganização do Processo de Trabalho da Atenção Primária.
- SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde - Diretoria de Atenção à Saúde Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica DAS/APS – Novo Coronavírus Nº 11/2020, de 07 de julho de 2020** - Orientações para organização da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento ao Novo Coronavírus (COVID-19) no município do Salvador.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, percebemos pelas narrativas dos docentes que, devido à pandemia da Covid-19, a atuação da prática durante a formação dos residentes sofreu alterações significativas no planejamento, necessitando se reinventar enquanto profissional de saúde para atender as demandas presentes em cada contexto de trabalho e de aprendizagem.

A reorganização do planejamento das atividades dos residentes foi inevitável, porém extremamente necessária diante do cenário de distanciamento social e mudanças para a modalidade de ensino remoto, para priorizar o bem-estar e saúde de todos os atores envolvidos no contexto da residência e na produção do cuidado em saúde, sendo necessário resiliência dos docentes e residentes para que todos tivessem a experiência de trabalhar em ciclos reduzidos em todos os atendimentos.

Nesse ínterim, o processo de trabalho dos docentes e residentes foi se reestruturando de maneira que as demandas dos residentes pudessem ser atendidas gradativamente, buscando minimizar os prejuízos na formação devido aos impactos da pandemia. Destarte, para associar a teoria à prática, se tornou necessário reavaliar e adequar os planejamentos educacionais e de biossegurança feitos para os semestres letivos.

Além disso, entendemos que a contribuição da equipe multiprofissional de residentes durante a pandemia foi fundamental para o fortalecimento das equipes de saúde da família, colaborando para a garantia de acesso à saúde, aos direitos sociais, à integralidade do cuidado e à longitudinalidade do acompanhamento em saúde de usuárias (os), além de oferecer espaços de cuidado aos profissionais.

Compreendemos, também, a relevância dessas experiências no processo formativo, enquanto especialistas em saúde da família, principalmente durante essa grande crise sanitária global. Além de ser veículo de divulgação científica acerca da pandemia a trabalhadores e usuários da unidade de saúde, a residência multiprofissional, enquanto processo formativo, permitiu a vivência no território no sentido orgânico e visceral, e essa vivência possibilitou suscitar e apoiar ações de saúde no espaço fora do serviço.

No sentido de reduzir aglomerações, foi consensual o uso da estratégia quanto à suspensão e/ou restrição de agendas e de demanda espontânea, procedimento que se dava por meio do acolhimento, cujo objetivo é promover o acesso e atender às necessidades dos usuários de acordo com as demandas apresentadas e recursos disponíveis na APS.

Mesmo sabendo das implicações com as eventuais suspensões/restrições do atendimentos de demanda espontânea e de marcações, é preciso reconhecer que a readequação

no serviço de atendimento foi essencial para suprir as demandas dos pacientes sintomáticos diante de um momento de incertezas e terapêuticas no que tange a pandemia do Covid-19.

Vale ressaltar que, no enfrentamento da pandemia, o cuidado com os pacientes foi mantido em todas as suas formas possíveis, na tentativa de garantir a atenção aos potenciais riscos, em especial às infecções virais respiratórias, seja por meio da realização de testes para confirmação do quadro viral, seja pela divulgação de informações quanto ao cuidado e ao isolamento social, com orientações aos familiares, e também sobre o autocuidado, resultando, pois, em uma responsabilidade de todos.

A realização deste estudo levou à compreensão de que, quanto mais eficiente e eficaz for o cuidado à saúde nas USF, mais capacitados estarão os profissionais para o enfrentamento de novas patologias, conforme a humanidade presenciou com a Covid-19, que exigiu das equipes de saúde a reinvenção da sua prática, em função de um vírus desconhecido, mas tendo sempre em vista a humanização no cuidado à saúde da pessoa humana, como um contributo para o acúmulo de conhecimentos na área da saúde.

Reiteramos ainda que, mesmo que o modelo hospitalocêntrico permaneça como um projeto em disputa, essa pandemia revelou a importância da atuação da APS no processo de prevenção, promoção e proteção à saúde em crises sanitárias. Além disso, destacamos que o vínculo com o território é a base do cuidado, fortalecendo a autonomia da população para a garantia de direitos constitucionais.

Portanto, entendemos ser fundamental reafirmar, constantemente, uma formação em saúde que combata a necropolítica, que defenda a saúde enquanto direito, comprometida ética e politicamente com os preceitos do SUS, afinada com os avanços tecnológicos de informação e comunicação, enfrentando a epidemia de fake news no campo da saúde e direitos humanos, além de estar atenta às iniquidades sociais, fortalecendo assim a APS enquanto ordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

Demarca-se que na residência, o aprendizado em serviço propicia que o residente desenvolva a prática de forma crítica/reflexiva, sendo o oferecimento do aporte teórico indispensáveis, tornando-se assim, uma parte fundamental no processo de formação que não pode ser interrompido. Destaca-se que durante a transição, houve motivação por parte dos docentes e dos residentes. Nesse sentido, espera-se que este estudo contribua, de modo geral, para a divulgação do programa da FESF-SUS/Fiocruz e como base para novas pesquisas, estudos e aplicabilidade prática que versem sobre o tema.

Posto isso, a análise permitiu identificar as circunstâncias de adversidade que ocorreram no período das pactuações e repactuações dos cenários de prática nos PIR da

FESFSUS/Fiocruz, durante a pandemia ocorrida pela Covid-19. Os serviços tiveram que se reorganizar para o atendimento a Covid-19 e os residentes foram inseridos em locais que apontavam necessidades de apoio. Apesar de terem ocorrido movimentos de pactuação em tempos rápidos, a inserção e organização dos residentes nas equipes ocorreram em tempos diferentes, mas em todos os cenários foi possível observar movimentos de aproximação, organização de processo de trabalho, construção coletiva e integração.

Confirma-se que a integração ensino-serviço é uma estratégia de educação permanente em saúde, considerando a articulação entre os atores dos serviços e das instituições de ensino, provocando o desenvolvimento de um olhar crítico-reflexivo para o serviço, correlacionando com a vida cotidiana e o dia a dia dos territórios, desenvolvendo espaços de escuta, troca de saberes, de processos ensino-aprendizagem, de resolução de problemas e crescimento.

Nos caminhos do SUS, a nossa viagem não acaba, sempre construiremos os itinerários da integração ensino-serviço e da Educação Permanente em Saúde, buscando olhar para o que já se viu, valorizando cada passo, vendo o que não foi visto, traçando novas estratégias, entendendo que o fim de cada fase é apenas o começo de outra. Nos caminhos do SUS, é preciso recomeçar. Sempre!

Dentre os resultados desta pesquisa, destaca-se que foram necessárias inovações para a manutenção das atividades de ensino, no âmbito do processo formativo dos residentes, durante a pandemia. Dentre elas, a suspensão das atividades teóricas presenciais, que passaram a ocorrer de modo remoto, e a manutenção das atividades práticas dos residentes.

As dificuldades enfrentadas foram o desconhecimento da doença, a suspensão das aulas teóricas presenciais, a readequação para aulas remotas, o medo, a insegurança, as privações, as tensões, o isolamento, o distanciamento social, as perdas irreparáveis de pessoas, de profissionais de saúde, o desafio gigante, luta incessante e desleal contra o inimigo invisível.

Como outra contribuição, este estudo trouxe a proposta de um guia prático-pedagógico denominado: “Orientações sobre as práticas pedagógicas nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade (PIR), no contexto da pandemia da Covid-19”, com o objetivo de auxiliar os docentes do PIR da FESF/FIOCRUZ na sua prática pedagógica no processo formativo dos residentes, que também podem ser utilizados em outras situações de crise e no cotidiano da residência. Frente a essa conjuntura, a autora conclui que docentes e residentes caminhem juntos em busca de possibilidades de manutenção das atividades educacionais nas situação de excepcionalidade, sendo necessário se adaptarem a um novo modo de ensino, pois não se

tinha a certeza sobre a trajetória desse vírus ou quando novos tipos de doenças possam atrapalhar os padrões estabelecidos na educação e nos estágios práticos.

Por fim, a expectativa da autora deste trabalho é que a pesquisa contribua para enriquecer o tema e aprimorar o processo de ensino-aprendizagem dos residentes, além de fornecer subsídios para discussões e estudos futuros acerca de impactos causados em situações de crise no processo formativo. Assim, ainda que tenha esta pesquisa desvelado informações e conhecimentos importantes acerca da temática, admite-se que lacunas podem ter sido deixadas, face ao período de pandemia, altamente inconstante que impôs várias limitações, como já fora citado anteriormente, e ao tempo para sua realização, tal como a complexidade do processo de ensino-aprendizagem analisado.

Sendo assim, podemos perceber a necessidade de inovação e de mudanças metodológicas, tendo em vista a melhoria do processo de ensino-aprendizagem. Portanto, o período remoto trouxe oportunidades diversas de novos aprendizados e vivências que estimulam a reflexão e a autocrítica aos docentes.

REFERÊNCIAS

ACKERSON, K.; STILES, K. A. Value of nurse residency programs in retaining new graduate nurses and their potential effect on the nursing shortage. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, v. 49, n. 6, p. 282-288, 2018.

ALMEIDA, I. M. Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID-19 e respostas à pandemia. **Rev. Bras. Saúde Ocup.** São Paulo, v. 45, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.140>>. Acesso em: 22 abr. 2022.

ANDERSSON, C. S.; DANIELSSON, A.; HOV, R.; ATHLIN, E. Expectations and experiences of group supervision: Swedish and Norwegian preceptors' perspectives. **Journal of Nursing Management**, v. 21, p. 263-272, 2013. Disponível em: <[http: DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01398.x](http://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01398.x)>. Acesso em: 03 abr. 2023.

ARAÚJO, M. da P. N.; BARROSO, R. da R. F.; MACHADO, M. L.; CUNHA, C. de M.; QUEIROZ, V. A. de O.; MARTINS, P. C.; SANTANA, M. L. P. de. Residência é residência, trabalho é trabalho: estudo quali-quantitativo sobre o trabalho remoto de professores universitários durante a pandemia da COVID-19. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 9, p. e24310918068, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18068>>. Acesso em: 7 jul. 2023.

ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. Gestão comunicativa e democrática para a integralidade e humanização do cuidado em saúde: desafios. In: PINHEIRO, *et al.* (Org.). **Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS /CEPESC/ LAPPIS/ABRASCO, p. 225-239, 2013.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde (PGTES)**. Salvador: SESAB, 2011.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Relatório Anual de Gestão 2013**. Salvador: SESAB, 2014.

BARRETO, R. S.; RIBEIRO, A. M. V. B.; SERVO, M. **Software Iramuteq em pesquisas qualitativas no campo da saúde: possibilidades de análises e limites do seu uso**. In: ALENCAR, T. O. S.; CARVALHO, E. S. S.; SILVA, S. S. B. (org.). **Tendências Metodológicas na produção do conhecimento em políticas e gestão em saúde**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2021. v. 1, p. 157-172.

BARRÊTO, D. S.; MELO NETO, A. J.; FIGUEIREDO, A. M.; SAMPAIO, J.; GOMES, L. B.; SOARES, R. S. Programa Mais Médicos e residências de Medicina de Família e Comunidade: estratégias articuladas de ampliação e interiorização da formação médica.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 23, Supl. 1, p. e180032, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180032>>. Acesso em: 07 jun. 2023.

BALMER, D. F.; SERWINT, J. R.; RUZEK, S. B.; GIARDINO, A. P. Understanding pediatric resident continuity preceptor relationships through the lens of apprenticeship learning. **Medical Education**, v. 42, p. 923-929, 2008. Disponível em: <http: DOI: [10.1111/j.1365-2923.2008.03121.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03121.x)>. Acesso em: 03 abr. 2023.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. Lisboa, 2016.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

BEHAR, P. A. **Modelos pedagógicos em educação a distância**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BORBA, R. C. N.; TEIXEIRA, P. P.; FERNANDES, K. D. O. B.; BERTAGNA, M.; VALENÇA, C. R.; SOUZA, L. H. P. Percepções docentes e práticas de ensino de ciências e biologia na pandemia : uma investigação da Regional 2 da SBEnBio. **Revista de Ensino de Biologia da SBEnBio**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 153–171, 2020. Disponível em: <<https://renbio.org.br/index.php/sbenbio/article/view/337>>. Acesso em: 7 jul. 2023.

BORDENAVE, J. D. A pedagogia da problematização na formação dos profissionais de saúde. **Folha de São Paulo**, p. 1-9, 2003.

BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em revista**, v. 3, n. 4, p. 119-143, 2014.

BOTTI, S. H. de O. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>>. Acesso em: 05 jan. 2022.

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000100005>>. Acesso em: 05 jan. 2022.

BRASIL. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. **Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências.** Disponível em: <[decreto-80281-5-setembro-1977-429283-normaatualizada-pe.pdf](#) (camara.leg.br)>. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988. Disponível em: [Constituição \(planalto.gov.br\)](#). Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, 1996.**

BRASIL. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Ministério da Saúde. 1998. **Diário Oficial da União,** Brasília, 08 out. 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html>. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Parecer CNE/CES nº 1.300/01, de 7 de novembro de 2001. **Dispõem sobre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em farmácia e odontologia.** 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRASIL. Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, de 7 de agosto de 2001. **Dispõe sobre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição.** 2001b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRASIL. Parecer CNE/CES nº 1.314, de 7 de novembro de 2001. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em psicologia.** 2001c. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1314.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004. **Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS).** 3. ed. rev. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Portaria interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005. **Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências.** 2005b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192>. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRASIL. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. **Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS.** 2005c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde, 2006. 414p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação na Saúde. Brasília, 13 a 15 de outubro de 2008. In: Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde, 3., 2008, Brasília. **Anais eletrônicos.** Brasília: [s.n.], 2008. Disponível em: <<https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica/iii-seminario-nacional-de-residencias-multi-profissionais-em-area-profissional-da-saude>>. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192>. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. Resolução do CNRMS n. 2, de 13 de abril de 2012. **Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde.** 2012a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192>. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília: DF, n. 12, p. 59, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRASIL. Resolução nº 5 de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília: DF, n. 217, p. 34, nov. 2014. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília: DF, n. 98, p. 44-46, 24 mai. 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinetedo-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>>. Acesso em: 12 ago. 2023.

BRASIL. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Regulamenta o item XIII. 4 da Resolução nº 466/12, que prevê resolução complementar tratando das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília: DF, n. 135, p. 55, 2018. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica - **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Portaria nº 580, de 27 de março de 2020. **Dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil conta comigo – residentes na área da saúde” para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (Covid-19)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n%20580-de-27-de-marco-de-2020-250191376>>. Acesso em: 15 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.598, de 15 de julho de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, Ed. 133, Seção 1, p. 58, 16 jul. 2021.

BRATHWAITE, A. C; LEMONDE, M. Team Preceptorship Model: A solution for students’ clinical experience. **International Scholarly Research Network ISRN Nursing**, Toronto, Canadá, v. 2011, p. 1-7. Disponível em: <<http://DOI:10.5402/2011/530357>>. Acesso em: 03 abr. 2023.

BROOKS, S. K.; WEBSTER, R. W.; SMITH, L. E.; WOODLAND, L.; WESSELY, S.; GREENBERG, N.; RUBIN, G. J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912-920, 2020. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)>. Acesso em: 7 abr. 2023.

BUENO, A. J. A. B. **Uma análise por meio do *software* iramuteq de teses e dissertações defendidas entre 2007 e 2017 com a temática filmes comerciais no ensino de ciências**. 2018. 95 p. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências e educação Matemática) – Programa de Pós - Graduação em Ensino de Ciências e Educação Matemática, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2018.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Laboratório de Psicologia Social de Comunicação e Cognição. Universidade Federal de Santa Catarina. **Tutorial para uso do *software* de análise textual IRAMUTEQ**. 2013. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em: 8 mai. 2023.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000a. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v5n2/7093.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2023.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000b.

CARVALHO FILHO, A. M.; SANTOS, A. A.; WYSZOMIRSKA, R. M. A. F.; GAUW, J. H.; GAIA, I. M. S. R. S.; HOULY, R. M. Formação na Residência Médica: visão dos preceptores. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 2, p. e052, 2022.

CARVALHO, L; NASSIF, L. P; XAVIER, L. L. COVID-19 e Desigualdade no Brasil. **CEBES**, 2020.

CASTELLS, M. A.; CAMPOS, C. E. A.; ROMANO, V. F. Residência em Medicina de Família e Comunidade: atividades da preceptoria. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 3, p. 461-469, 2016.

CAVALCANTE, L. de F. B. **Gestão do comportamento informacional apoiada na cultura organizacional e em modelos mentais**. 2010. 240 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação). Marília: Faculdade de Filosofia e Ciências, Programa de Pós - Graduação em Ciência da Informação, Marília.

CAVALCANTI, P. A. **Educação [livro eletrônico]: teorias, métodos e perspectivas: vol. IV**. Curitiba, PR: Artemis, 2021. Cap 19. Disponível em: <http://DOI.10.37572/EdArt_161221477>. Acesso em: 7 abr. 2023.

CECCIM, R. B.; MENESES, L. B. D. A.; SOARES, V. L.; PEREIRA, A. J.; MENESES, J. R. D.; ROCHA, R. C. D. S.; ALVARENGA, J. D. P. O. **Formação de formadores para residências em saúde: Corpo docente-assistencial em experiência viva**. Rede UNIDA, 2018.

CLEMENTINO, A.; SOUZA, C. S. M.; HITO, S. C. **Metodologias Ativas como facilitadora da construção do conhecimento no Ensino Superior EAD**. Investigação Científica. No prelo 2017.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Brasília, 2020.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2016.

COSTA, R.; LINO, M. M.; SOUZA, A. I. J.; LORENZINI, E.; FERNANDES, G. C. M.; BREHMER, L. C. F.; VARGAS, M. A. O.; LOCKS, M. O. H.; GONÇALVES, N. Ensino de Enfermagem em tempos de COVID-19: como se reinventar nesse contexto?. **Texto contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 29, 2020. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0002-0002>>. Epub 08 Jun 2020. Acesso em: 19 de fev.de 2022.

COSTA, T. G.; COSTA, T. G.; GIESTA, J. P.; NETO, A. C. O uso das tecnologias de informação e comunicação como facilitadoras do ensino remoto emergencial no contexto epidêmico da Covid-19. **HOLOS**, [S. l.], v. 3, p. 1–24, 2021. DOI: 10.15628/holos.2021.11665. Disponível em: <<https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/11665>>. Acesso em: 15 jun. 2023.

COSTA, W. A.; SANTANA, V. R. A implementação dos Programas Integrados de Residências (FESF/Fiocruz) na Região Metropolitana de Salvador. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2483, 2021. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2483>>. Acesso em: 7 jul. 2022.

DAUMAS, R. P.; SILVA, G. A.; TASCA, R.; LEITE, I. D. C.; BRASIL, P.; GRECO, D. B.; CAMPOS, G. W. D. 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, p. e00104120, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>>. Acesso em: 6 jun. 2023.

DEMO, P. Pesquisa: método e cidadania. **Ser Social**. v. 9, p. 33-52, 2001.

ENGSTROM, E.; MELO, E.; GIOVANELLA, L.; MENDES, A.; GRABOIS, V.; MENDONÇA, M. H. M. D. Recomendações para organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19. Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. **Observatório COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 12p.

FAJARDO, A. P.; CECCIM, R. B. **O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde**. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

FANTIN, M. Mídia-educação: aspectos históricos e teórico-metodológicos. **Olhar de professor**, v. 14, n. 1, p. 27-40, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas2.uepg.br/index.php/olhardeprofessor/article/view/3483>>. Acesso em: 18 jun. 2023.

FARIA, L.; QUARESMA, M. A.; PATIÑO, R. A.; SIQUEIRA, R.; LAMEGO, G. Integração ensino-serviço-comunidade nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no sul da Bahia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2018. Epub, 04 Jun, 2018.

FERNANDES, M. N. S. **Prazer e Sofrimento no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde.** 118 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.50300>>. Acesso em: 20 ago. 2021.

FERRAZ, F.; BACKES, V. M. S.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; PRADO, M. L. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 113-128, 2012a. Disponível em <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1488>>. Acesso em: 18 fev. 2022.

FERRAZ, F.; VENDRUSCOLO, C.; KLEBA, M. E.; PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: Convergência entre educação e humanização. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 482-493, 2012b. Disponível em <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1488>>. Acesso em: 18 fev. 2022.

FERREIRA, A. P.; BORDIN, D.; CABRAL, L. P. A.; GRDEN, C. R. B.; ZANESCO, C.; FADEL, C. B. Percepção de residentes sobre a residência multiprofissional em saúde: um aporte para o fomento da qualidade do ensino superior. **Braz. J. of Develop.** Curitiba, v.5, n.11, 2019. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/4332/4062>>. Acesso em: 19 ago. 2021.

FESF-SUS. Fundação Estatal Saúde da Família. **Projeto Político Pedagógico.** Programas Integrados de Residências FESF-SUS/FIOCRUZ, 2017.

FESF-SUS. Fundação Estatal Saúde da Família. **Manual de atribuições da Preceptoría, Apoio Pedagógico e Coordenação.** Programas Integrados de Residências FESF-SUS/FIOCRUZ, 2018.

FEUERWERKER, L. C. M. N. In: RIBEIRO, V. M. B. **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde.** Juiz de Fora: UFJF, p. 24-29, 2011.

FILATRO, A.; CAVALCANTI, C. C. **Metodologias inovativas na educação presencial, à distância e corporativa.** São Paulo: Saraiva, 2019.

FREIRE FILHO, J. R. **O impacto da pandemia da covid-19 na educação interprofissional e no trabalho colaborativo em saúde.** In: SOUZA, R. M. P. (org.). A educação

interprofissional e o trabalho colaborativo no enfrentamento da pandemia da covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011b.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 22, p. 239-5, maio/ago. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200005>>. Acesso em: 07 abr. 2023.

GARRISON, D.; ANDERSON, T. **El e-learning en el siglo XXI. Investigación e práctica**. Barcelona: Octaedro, 2005.

GERALDO, S. M.; FARIAS, S. J. M.; SOUSA, F. O. S. A atuação da Atenção Primária no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e42010817359, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17359>>. Acesso em: 7 jun. 2023.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo, **Atlas**, 2002. p. 175.

HAUBRICH, P. L. G.; SILVA, C. T.; KRUSE, M. H. L.; ROCHA, C. M. F. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como locus privilegiado da educação permanente em saúde. **Saúde Redes**. v. 1, n. 1, p. 47-56, 2015.

HECKERT, A. L.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. p. 14-28.

HERNANDES, E. S. G.; VIEIRA, L. Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental. **A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à Covid-19**. 2020. Disponível em: <<http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulhertrabalhadoras-d-a-sade-no-enfrentamento-covid-19>>. Acesso em: 8 mai. 2023.

JESUS, J. C. M.; RIBEIRO, V. M. B. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.

36, n. 2, p. 153- 161, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000400002>>. Acesso em: 03 abr. 2023.

JUNGLES, R. P.; MARTINS, B. L.; MACHADO, P. F. Reflexões acerca das percepções dos profissionais residentes sobre um programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, [S. l.], v. 10, p. 193–209, 2021. DOI: 10.24302/sma.v10.3553. Disponível em: <<https://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/3553>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

KARSENTI, T. **As tecnologias da informação e da comunicação na pedagogia**. In: GAUTHIER, C.; TARDIFF, M. (Orgs.). *A Pedagogia: Teorias e práticas da Antiguidade aos nossos dias*. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 327 -350.

KASTRUP, V. A. Aprendizagem da Atenção na Cognição Inventiva. In: KASTRUP, V.; TEDESCO, S.; PASSOS, E. **Políticas da cognição**. Porto Alegre: Sulina, p. 156-176, 2008.

KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G. *Cadernos do preceptor: história e trajetórias*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS-UERJ; ISC- UFF; **ABRASCO**, 2014.

LIMA, A. A.; NASCIMENTO, R. Z.; NUNES, I. C. M.; SILVA SANTANA, V. V. R. Alterações psicológicas durante o isolamento social na pandemia de covid-19: revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 2, p. 754-762, 2020. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497965721011>>. Acesso em: 06 jun. 2023.

LIMA, A. C. B.; BEZERRA, S. M. M. S. Preceptorial em um Programa de Residência Hospitalar: significados e contribuições na ótica de enfermeiros preceptores. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 16, p. e466111637951, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i16.37951. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37951>>. Acesso em: 15 jun. 2023.

LIMA, D. S.; LEITE FILHO, J. A. D.; GURGEL, M. V. S. A.; AGUIAR NETO, A. F.; COSTA, E. D. F. M.; MAIA FILHO, F. X. F.; JUNIOR, M. A. F. R. Recomendações para cirurgia de emergência durante a pandemia do COVID-19. **J. Health Biol Sci**. Fortaleza, v.8, n.1, p. 1-3, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3176/0>>. Acesso em: 18 fev. 2022.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 61, p. 421–434, abr. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0316>>. Acesso em: 07 mai. 2023.

MARTINS, G. D. M. *et al.* Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 3, p. e57046, 2016.

MEIRA, M. de O. B.; SANTOS, J. E.; SANTANA, J. A. T. **Residência Multiprofissional em Saúde: Construção de uma estratégia de formação de recursos humanos**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2022.

MELO, R. M. *et al.* Experiência da Residência Multiprofissional Regionalizada como Educação Profissional em Saúde. **Revista Acadêmica GUETO**, v.5, n.12, 2018.

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.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2007.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. de S; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, p. 29-74, 2009.

MERHY, E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 348-352.

MEYER, D. E.; FÉLIX, J.; VASCONCELOS, M. F. F. Por uma educação que se movimenta como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 859-871, 2013.

MINAYO, M. C. Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. In: _____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, p. 09-30, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MISSAKA, H; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007-2009. **Rev. bras. educ. méd.**,

Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/xNWktz37p8hgZSYjScdPCKv/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 26 mar. 2023.

MITRE, S. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J. M.; MORAIS-PINTO, N. M. D.; MEIRELLES, C. D. A. B.; PINTO-PORTO, C.; HOFFMANN, L. M. A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Rio de Janeiro: **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008.

MORAN, J. M. Ensino e aprendizagem inovadores com tecnologias. **Informática na educação: teoria & prática**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, 2000. DOI: 10.22456/1982-1654.6474. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/InfEducTeoriaPratica/article/view/6474>>. Acesso em: 14 abr. 2023.

MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 4, p. 439-444, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000400015>>. Acesso em: 12 fev. 2022.

NÓBREGA, E. D.; VIEGAS, T. R. S. F.; FRANÇA, R. C. S.; FRANÇA, R. M. S. Relato de experiência da residência em medicina de família e comunidade frente à pandemia covid-19. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 71, p. 9268-9277, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i71p9268-9277>>. Acesso em: 7 jun. 2023.

NUNES, C. A.; VILASBÔAS, A. L. Q. (Orgs.). **10 Anos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: contando uma história**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA); Escola Estadual de Saúde Pública/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (EESP/SESAB), 2006.

OLIVEIRA MAIA, J. K.; REBOUÇAS, E. R. N.; COSTA, A. M. T.; JÚNIOR, A. J. L. A.; LEMOS ARAÚJO, T. Residência Multiprofissional: contribuições durante a pandemia: Multiprofessional Residence: contributions during the pandemic. **Cadernos ESP**. Ceará. v. 14, n. 1, p. 128-132, 2020. Disponível em: <<https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/365>>. Acesso em: 25 abr. 2022.

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. 90068-90083, 2020. Disponível em: <<https://revistas.mpmcomunicacao.com.br>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

OLIVEIRA, K. S.; CARDOSO, P. H. G.; SANTOS, L. C. Possibilidades e desafios da educação à distância em tempos de pandemia da covid-19. **Anais VII CONEDU** - Edição Online, Campina Grande: Realize Editora, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report-1**. 2020. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/china/novelcoronavirus-2019-ncov-situation-report-1-21-january-2020>. Acesso: 15 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil, 2020**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em: 15 abr. 2022.

OYAMA, Ricardo Massuda. **Residências em saúde na pandemia de covid-19: experiências e vivências de residentes médicos e multiprofissionais em uma instituição do interior de São Paulo**. 2022. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/237291>>. Acesso em: 22 abr. 2023.

PAIVA, M. R. F.; PARENTE, J. R. F.; BRANDÃO, I. R.; QUEIROZ, A. H. B. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 2, p. 145-156, 2016.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. (Orgs.) **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2ª edição. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ, ABRASCO, p. 5-16, 2011.

PINTO, I. C. D. M.; ESPERIDIÃO, M.; SANTOS, L.; SILVA, I. V.; SOARES, C. L. M.; VIANA, S.; ANJOS, D. D. Produção Científica sobre trabalho e educação na saúde no Brasil, 1990-2010. In: _____ *et al.* (Orgs.). **Trabalho e Educação na Saúde: a produção técnico científica**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural**: Faculdade de Medicina de Minas Gerais, 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v22.1-009>>. Acesso em: 12 fev. 2022.

QIU, J.; SHEN, B.; ZHAO, M.; WANG, Z.; XIE, B.; XU, Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. **General psychiatry**, v. 33, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://gpsych.bmj.com/content/33/2/e100213>>. Acesso em: 06 jun. 2023.

RAMOS, A. S. **Introdução: a trajetória da residência multiprofissional em Saúde no Brasil. 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: 15 fev. 2022.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. do. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

RIBEIRO, A. M. V. B.; SERVO, M. L. S. Uso do *software* IRAMUTEQ em estudos com representações sociais. In: MISSIAS-MOREIRA, R.; FREITAS, V. L. C.; ROCHA, J. C. C. **Representações sociais na contemporaneidade**. Curitiba: Editora CRV, 2019. cap. 3, p. 45-57.

RIBEIRO, E. C. O. Exercício da preceptoria: espaço de desenvolvimento de práticas de educação permanente. **Rev do Hosp Univ Pedro Ernesto UERJ**, v. 11, n. 1, p. 77-81, 2012.

RIBEIRO, K. R. B. **Residências em saúde: saberes de preceptor no processo ensino-aprendizagem**. (Tese doutorado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. 226p.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. do. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 1, p. 161-165, 2013.

ROCHA, D. D. M.; SILVA, J. S.; ABREU, I. M. D.; MENDES, P. M.; LEITE, H. D. C. S.; FERREIRA, M. D. C. S. Efeitos psicossociais do distanciamento social durante as visitas por coronavírus: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE01141, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR01141>>. Acesso em: 7 jun. 2023.

ROCHA, H. C.; RIBEIRO, V. B. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 03, p. 343-350, set. 2012. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-52712012000500008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar. 2023.

RODRIGUES, C. D. S.; WITT, R. R. Mobilização e estruturação de competências para a preceptoria na residência multiprofissional em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. e00295186, 2022.

RODRIGUES, J. M. C.; SANTOS, P. M. G. Reflexões e desafios das novas práticas docentes em tempos de pandemia. **João Pessoa: Editora do CCTA, 2020.**

ROSA, I. O.; ANDRADE, R. H. F.; NETO, M. B.; ARAÚJO, A. C. F.; GUZZI, G. S. Impacto da pandemia do COVID-19 em dois serviços de Residência médica no Oeste do Paraná / Impacto da pandemia do COVID-19 em duas residências médicas Serviços de residência médica no Oeste do Paraná. **Revista Brasileira de Revista de Saúde**, [S. l.] , v. 5, n. 1, pág. 765–777, 2022. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/42674>>. Acesso em: 7 jun. 2023.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

SALVADOR. PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** Salvador: SMS, 2018, 231p.

SALVADOR, A. S.; MEDEIROS, C. D. S.; CAVALCANTI, P. B.; CARVALHO, R. N. D. Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. **Rev Bras Cienc Saude** [serial da internet]. v. 15, n. 3. p. 329-38, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10834>>. Acesso em: 18 jan.2022.

SANTANA, T. S. **Estresse no processo de trabalho de supervisão do enfermeiro na unidade de emergência hospitalar.** 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência.** São Paulo: Cortez, 2013.

SANTOS, F. A. **Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.** Dissertação (Mestrado em Ciências). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, 2010. 104p.

SANTOS, L.; PINTO, I. C. M. **Práticas de saúde e formação de profissionais: os desafios contemporâneos e as contribuições da obra de Ricardo Bruno.** In: AYRES, J. R.; SANTOS, L. Saúde, Sociedade e História. São Paulo: Hucitec, 2017.

SANTOS, R. S.; MOURÃO, L. C.; ALMEIDA, A. C. V. D.; SANTOS, K. M. D.; BRAZOLINO, L. D.; LEITE, I. C. D. M. O conflito armado e os impactos na saúde dos

trabalhadores que atuam na Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/sausoc/a/p7b79RPNX4W6Yh7rrHqwc3k/?lang=pt>>. Acesso em: 7 abr. 2023.

SAUCIER, D.; PARÉ, L.; CÔTÉ, L.; BAILLARGEON, L. How core competencies are taught during clinical supervision: participatory action research in family medicine. **Medical Education**, v. 46, p. 1194–1205, 2012. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/medu.12017>>. Acesso em: 25 mar. 2023.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3203–3212, nov. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100011>>. Acesso em: 7 jun. 2023.

SHULMAN, L. S. Those Who Understand: Knowledge Growth in Teaching. **Educational Researcher**, v. 15, n. 2, p. 4-14, 1986. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/1175860>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

SILVA, C. A.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1240-1258, out. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9MkjpJphRF3RqWmb9bwRQxS/abstract/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SILVA, C. T. **Educação Permanente em saúde como um espaço intercessor de uma residência multiprofissional: estudo de caso**. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Santa Maria, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsm.br/handle/1/7359>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SILVA, C. T.; TERRA, M. G.; KRUSE, M. H. L. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a Educação Permanente em Saúde. **Texto Contexto Enferm.** v. 25, n. 1, p. 1-9, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-0707201600002760014>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

SILVA, G. T. R.; ESPOSITO, V. H. C.; NUNES, D. M. Preceptoria: um olhar sob a ótica fenomenológica. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 460-465, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/zBwXLRccd5Q5J4kDQSSXtxP/?lang=en>>. Acesso em: 26 mar. 2023.

SILVA, J. A. M. da; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saude soc.**, São

Paulo, v. 20, n. 4, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400018>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

SILVA, L. S.; NATAL, S. Residência Multiprofissional em Saúde: análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2019, v. 17, n. 3 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00220>>. Epub 04 Jul 2019. Acesso em: 20 fev. 2022.

SILVA, Q. T. A.; CABALLERO, R. M. S. A Micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: Devir-residência. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, p. 36-61, 2010.

SILVA, W. R. S.; DUARTE, P. O.; FELIPE, D. A.; SOUSA, F. D. O. S. A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. e00330161, jan. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00330>>. Acesso em: 7 jun. 2023.

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 116-120, abr./jun. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.210215>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

SOARES, C. L. M.; VILASBÔAS, A. L. Q.; NUNES, C. A.; SANTOS, L. **Residência em Saúde Coletiva com concentração em planejamento e gestão em saúde: a experiência do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia**. 2019. Disponível em: <<https://repositoriodev.ufba.br/handle/ri/29859>>. Acesso em: 7 jun. 2023.

SOCIEDADE HÓLON. **Relatório das atividades no Complexo Comunitário Vida Plena - Pau da Lima - Janeiro/Fevereiro 2014**. Salvador, 2014.

TEIXEIRA, M. B.; BRANDÃO, A. L.; CASANOVA, A. Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia da Covid-19: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família. In: **Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia da Covid-19: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2022. p. 189-189.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

TOMAZINHO, P. **Ensino Remoto Emergencial: a oportunidade da escola criar, experimentar, inovar e se reinventar**. 2020. Disponível em: <<https://www.sinepe->

rs.org.br/noticias/ensino-remoto-emergencial-a-oportunidade-da-escola-criar-experimentar-inovar-e-se-reinventar>. Acesso em: 20 jun. 2023.

VALENTE, G. S. C.; CORTEZ, E. A.; CAVALCANTI, A. C. D.; COSME, F. S. M. N.; GONCALVES, L. C. Nursing mentoring in primary care: building skills from practice. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 7, p. 3047-3058, set. 2014.

VAN-BAVEL, J. J.; BOGGIO, P. S.; CAPRARO, V.; CICHOCKA, A.; CIKARA, M.; CROCKETT, M. J.; WILLER, R. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. **Nature human behaviour**, v. 4, n. 5, p. 460-471, 2020. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41562-020-0884-z>>. Acesso em: 06 jun. 2023.

VIEIRA, M. C. **Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Bahia** [dissertação]. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2017.

WILDERMUTH, M. M.; WELTIN, A.; SIMMONS, A. Transition experiences of nurses as students and new graduate nurses in a collaborative nurse residency program. **Journal of Professional Nursing**, v. 36, n. 1, p. 69-75, 2020.

WUILLAUME, S. M. **O processo ensino-aprendizagem na Residência Médica em Pediatria: uma análise.** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

YANNOULAS, S. C. Feminização ou Feminilização? Apontamentos em torno de uma categoria. **Temporalis**, [S. l.], v. 11, n. 22, p. 271-292, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/1368>>. Acesso em: 24 abr. 2023.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

DURAÇÃO: Início _____ Fim _____

NÚMERO DO PARTICIPANTE: _____

IDADE: _____ SEXO: _____

TITULAÇÃO: _____

FORMAÇÃO PROFISSIONAL: _____

TEMPO DE FORMADO: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Conte um pouco de sua trajetória profissional;
2. Você tem ou recebeu alguma formação pedagógica para atuar como docente dos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade (PIR) da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS)/Fiocruz. Se sim, comente sobre essa formação.
3. Relate como acontece o processo de ensino-aprendizagem nos PIR da FESF-SUS/Fiocruz.
4. Fale sobre as práticas pedagógicas que você utiliza/utilizou no processo formativo dos residentes, no contexto da pandemia da Covid-19.
5. Fale sobre as facilidades e dificuldades encontradas no processo formativo dos residentes, no contexto da pandemia da Covid-19. Leve em consideração sua prática como docente e entendimento construído sobre o tema até o momento.

APÊNDICE B - CARTA DE SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Ilmo Sr. Alan Jonh de Jesus Costa

Coordenador Geral dos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS)/Fiocruz

Eu, Maria Yaná Guimaraes Silva Freitas, Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS, pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada **“RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: processo ensino-aprendizagem no contexto da Covid-19”**, venho solicitar autorização para que a pesquisadora Giani dos Santos Alves Barreto, discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da UEFS, possa realizar coleta de dados nessa Instituição. Essa pesquisa tem como objetivo analisar o processo de ensino-aprendizagem nas Residências em Saúde, por meio dos olhares dos docentes, no contexto da pandemia da Covid-19. Além disso, pretende-se, com os resultados, colaborar com a produção científica sobre a prática e a formação do profissional de saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS).

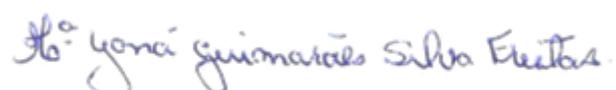
A pesquisa será realizada junto aos docentes, profissionais vinculados a essa instituição e utilizará a estratégia do discurso do sujeito coletivo para coleta, tratamento, análise e interpretação dos dados. A técnica utilizada para coleta dos dados será a de entrevistas, mediante aquiescência do participante do estudo.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo e serão obedecidos todos os quesitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/2012 e

580/2018 que trata da Pesquisa com Seres Humanos. Salientamos, ainda, que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelas pesquisadoras através dos contatos: (71) 99336-5345 ou pelos e-mail: giani.alves@gmail.com ou yana@uefs.br

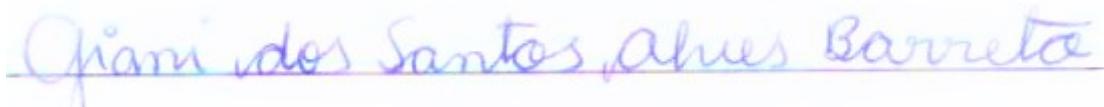
Certas de sua compreensão e colaboração, agradecemos antecipadamente.

Feira de Santana, 18 de maio de 2022.



Profª Drª Maria Yaná Guimarães Silva Freitas

Coordenadora da Pesquisa



Mestranda Giani dos Santos Alves Barreto

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Giani dos Santos Alves Barreto (pesquisadora responsável), mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UEFS, e a Professora Dra Maria Yaná Guimarães Silva Freitas (pesquisadora orientadora) lhe convidamos para participar da pesquisa “**RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: processo ensino-aprendizagem no contexto da Covid-19**”, que objetiva analisar o processo de ensino-aprendizagem nas Residências em Saúde, por meio dos olhares dos docentes, no contexto da pandemia da Covid-19. Será solicitado que você responda algumas perguntas em local, data e horário a serem estabelecidos por você, de modo a não interferir no seu processo de trabalho. Utilizaremos um aparelho digital para a gravação da entrevista, na qual será ouvida, transcrita e arquivada no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), por um período de cinco anos, e após esse período serão destruídos. Você, se desejar, poderá ler a transcrição dos relatos para constatação de sua fala. Os benefícios da pesquisa são fornecer subsídios para a elaboração de conhecimentos na área da docência dos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade (PIR) da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS)/Fiocruz, bem como conhecer e identificar os processos de ensino-aprendizagem nos PIR, na perspectiva de proporcionar subsídios de orientação para a sua prática e a de outros docentes, no contexto pandêmico, podendo assim ser uma ferramenta norteadora e de apoio para os profissionais de saúde que atuam na prática da docência. O estudo oferecerá riscos mínimos para você, mas poderá causar desconforto ou constrangimento no momento das entrevistas, além do risco de comprometimento do seu tempo de trabalho. Além disso, estaremos disponíveis para escuta o tempo que achar necessário. Após esse momento, a pesquisadora poderá agendar outro momento com você para concluir a entrevista, se assim houver necessidade. Sua participação nesta pesquisa não trará implicações legais de nenhuma ordem e os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme as Resoluções nº466/12, nº510/2016 e nº580/2018 do Conselho Nacional de Saúde. Esclarecemos que a sua

participação será voluntária, sendo que, dessa forma, não receberá remuneração. Você terá a plena liberdade para recusar em participar em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalidade. Certificamos que em nenhum momento o seu nome será divulgado, garantindo o anonimato e o sigilo de suas informações, respeitando a sua integridade moral, social e cultural. Não haverá despesas para você participar da pesquisa e se porventura houver, será ressarcido. A coleta de dados e a entrevista acontecerá na Unidade de Saúde da Família (USF) que você trabalha e será realizada de acordo com a sua disponibilidade e você tem direito de escolher a data e hora para responder a entrevista. Cada entrevista terá uma duração média de 35 (trinta e cinco) minutos. Ao término da pesquisa divulgaremos os resultados em seminário realizado na Secretaria Municipal de Saúde, tendo como público alvo os profissionais da atenção básica, e dentre eles, a Equipe de Saúde da Família da sua unidade. O trabalho será apresentado em evento científico nacional e internacional e publicada em forma de artigo científico ou livro. Se necessitar de esclarecimentos em qualquer momento da pesquisa, você pode entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (71) 99336-5345, (75) 3161-8162 ou dirigir-se a Av. Transnordestina, S/N, Bairro Novo Horizonte, Campo Universitário, Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, NUPISC, CEP: 44.036-900, Feira de Santana – BA, módulo 6. Se sua dúvida for por parte ética, deve buscar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, no qual é responsável por toda pesquisa que envolve seres humanos, sendo criado para garantir que seus valores culturais, éticos, sociais, morais e religiosos sejam respeitados, buscando reduzir todo e qualquer risco relativo a pesquisa. Você pode entrar em contato através do telefone (75) 3161-8124, e-mail cep@uefs.br ou dirigir-se a Av. Transnordestina, S/N, Bairro Novo Horizonte, UEFS, Módulo I – Módulo Administrativo 17, CEP: 44.036-900, Feira de Santana – BA. Horário de funcionamento: Segunda a sexta-feira: 13h30 – 17h30. Caso concorde em participar, pode confirmar sua autorização assinando este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que será entregue em duas vias, sendo que uma das vias ficará com você e a outra via será guardada pela pesquisadora.

Feira de Santana, ____ de _____ de 2022.

Participante da pesquisa

Giani dos Santos Alves Barreto
Pesquisadora Responsável

ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



CARTA DE ANUÊNCIA

A Coordenação Geral dos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) declara apoio à realização da pesquisa intitulada "RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: processo ensino-aprendizagem no contexto da Covid-19" a ser realizada através de entrevista semiestruturada e grupo focal com os docentes dos Programas Integrados de Residências da FESF-SUS. O trabalho será desenvolvido por Giani dos Santos Alves Barreto, vinculada à Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), sob orientação da Profª. Dra. Maria Yaná Guimarães Silva Freitas.

O trabalho tem como objetivo analisar o processo de ensino-aprendizagem nas Residências em Saúde, por meio dos olhares dos docentes, no contexto da pandemia da Covid-19. Além disso, pretende-se, com os resultados, colaborar com a produção científica sobre a prática e a formação do profissional de saúde para o SUS.

Considerando o contexto de pandemia pelo novo coronavírus, COVID-19, todas as entrevistas e grupos focais deverão ser realizadas de forma a assegurar o distanciamento físico e as medidas de higiene preconizadas pelas autoridades sanitárias.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e da responsabilidade como pesquisadora da referida Instituição Proponente, concedemos anuência para seu desenvolvimento. Fica autorizada a divulgação dos nomes dos serviços de saúde em relatórios e futuras publicações.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e nº 580/2018 o projeto somente poderá iniciar, mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em pesquisa.

Solicita-se que, ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para os gestores e interessados onde se desenvolveu o estudo. No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Salvador, 18 de Maio de 2022.

Alan Jonh de Jesus Costa
Msc. 2018
Coordenador do Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família
FESF-SUS / FIDOC02

Alan Jonh de Jesus Costa

Alan Jonh de Jesus Costa
Coordenador Geral
Programas Integrados de Residência de Medicina de Família e Comunidade e
Multiprofissional em Saúde da Família / FESF-SUS

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: processo de ensino-aprendizagem no contexto da Covid-19

Pesquisador: GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59449322.6.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.659.744

Apresentação do Projeto:

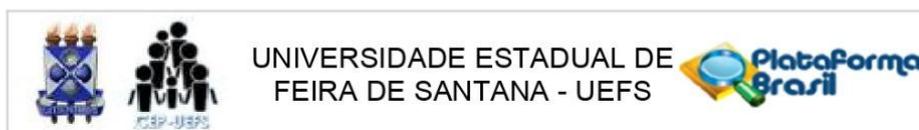
Trata-se de Projeto apresentado ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva como pré requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, do mestrando GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO sob orientação Profª Drª Maria Yaná Guimarães Silva Freitas.

Trata-se de apreciação do retorno às pendências emitida pelo parecer 5.546.131 CEP/UEFS de 26 de julho do presente.

As informações dos itens apresentação do projeto, objetivo da pesquisa e avaliação dos riscos e benefícios foram retiradas do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1935488.pdf" anexada em 10 de agosto de 2022.

O pesquisador apresenta o resumo da pesquisa: "Introdução: O estudo trata da integração ensino-serviço no fortalecimento da formação profissional na perspectiva dos cursos de residências em saúde contribuir para mudanças na atuação profissional e na gestão, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivos: Tem por objetivo geral analisar o processo de ensino-aprendizagem nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade (PIRSF) da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por meio dos olhares dos docentes, no contexto da pandemia da Covid-19. Metodologia: Propõe-se uma pesquisa descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa, cujos sujeitos de pesquisa serão os

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.659.744

docentes vinculados aos PIRSF da FESFSUS/Fiocruz. O campo do estudo será em 04 Unidades de Saúde da Família (USF) da cidade de Salvador/BA. A técnica de coleta de dados serão realizadas através de entrevistas semi-estruturadas, além do grupo focal, constituído por 15 docentes e observação não participante (reuniões e encontros presenciais). A análise de dados será realizada através do método de Análise de Conteúdo de Bardin. Considerações: Espera-se a partir desta pesquisa poder aperfeiçoar as práticas de saúde nos PIRSF da FESF-SUS/Fiocruz e qualificar os profissionais docentes, a fim de compreender seus limites e possibilidades para o fortalecimento do SUS, especialmente neste contexto da pandemia da Covid-19."

"Critério de Inclusão:

Farão parte os docentes que estão, no mínimo, há dois anos vinculados à instituição e no exercício da atividade desde o início do programa, constituindo um total de 15 docentes, sendo 07 preceptores distribuídos em 03 médicos, 02 enfermeiros, 01 odontólogo e 01 professor de educação física; 04 preceptores de campo/sanitaristas; e, 04 apoiadores pedagógicos de núcleo.

Critério de Exclusão:

Como critério de exclusão serão os docentes que ingressaram no PIRSF após o início das atividades do programa, em fevereiro de 2020, bem como os residentes, trabalhadores de saúde e os usuários, por não fazerem parte do objeto desta pesquisa."

Total de 15 participantes

Objetivo da Pesquisa:

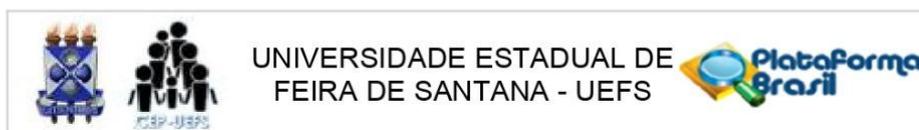
"Objetivo Primário:

Analisar o processo de ensino-aprendizagem nos Programas Integrados de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade (PIR) da FESF-SUS/Fiocruz, por meio dos olhares dos docentes, no contexto da pandemia da Covid-19.

Objetivo Secundário:

1) Conhecer a trajetória dos docentes que orientam a formação dos residentes dos PIR, ofertado pela FESF-SUS/Fiocruz; 2) Compreender as práticas pedagógicas utilizadas pelos docentes no processo formativo dos residentes, no contexto da pandemia da Covid-19; 3) Discutir as facilidades e dificuldades do processo de formação dos residentes, na ótica dos docentes, no contexto da pandemia da Covid-19."

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.659.744

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

A pesquisa não trará implicações legais de nenhuma ordem e os procedimentos utilizados obedecerão aos critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos. Os procedimentos que serão utilizados poderão oferecer riscos mínimos tais como cansaço, desconforto e incômodo ao relembrar aspectos da trajetória profissional dos participantes que possam trazer desconforto. A qualquer momento, se houver incômodo ou surgir um atendimento durante a entrevista, poderá pedir a pesquisadora para interromper a entrevista, sem que haja riscos e prejuízos. Além disso, a pesquisadora estará disponível para escuta o tempo que achar necessário.

Benefícios:

O estudo fornecerá subsídios para a elaboração de conhecimentos na área da preceptorial/docência dos PIR da FESF-SUS/Fiocruz. Da mesma forma, os benefícios nesta pesquisa estarão relacionados à possibilidade de conhecer e identificar os processos de ensino e de aprendizagem na residência, na perspectiva de proporcionar subsídios de orientação para a prática dos docentes, podendo ser uma ferramenta norteadora e de apoio para os profissionais de saúde que atuam na prática da docência e para o PIR da FESF-SUS/Fiocruz."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância social e segue os preceitos éticos de pesquisa

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

vide conclusões ou pendências e lista de inadequações

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata da apreciação das respostas às pendências seguida da análise

Pendências:

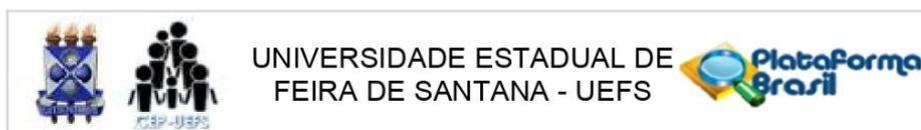
-Sobre os instrumentos de pesquisa: Apresentar os instrumentos de pesquisa em arquivos na versão doc. e pdf. em separado.

Resposta: Os instrumentos de pesquisa foram apresentados em arquivos na versão doc. e pdf. em separado, na plataforma.

Análise pendência atendida

- Substituir a informação de sujeito de pesquisa por participante da pesquisa. 4) Resolução CNS nº

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.659.744

466 de 2012 substituiu o termo "sujeito de pesquisa" (previsto na Resolução CNS n° 196 de 1996) por "participante de pesquisa". Contudo, o termo antigo é ainda frequentemente encontrado nos Termos de Consentimento. Entende-se que a terminologia adotada pela Resolução CNS n° 466 de 2012 e a Resolução CNS n° 510 de 2016 deva ser empregada em todos os documentos do protocolo de pesquisa, incluindo o Registro de consentimento Livre Esclarecido-RCLE:

Resposta: Foram substituídos a informação de sujeito de pesquisa por participante da pesquisa. (Projeto de Pesquisa: Páginas 04, 21, 27, 28, 30 e 33).

Análise pendência atendida

- Sobre o RCLE/TCLE:

1) Consta no TCLE que todas as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador responsável/pessoa por ele delegada e pelo participante/responsável legal. E apresenta um espaço no final das páginas para essas rubricas (conforme Item IV.5.d da Resolução CNS n° 466 de 2012):

Resposta: Foi reduzida para apenas uma (01) página o TCLE;

Análise Pendência atendida

2) Esclarecer o tempo que ele gastará na entrevista e onde ela será realizada, se o participante não tiver local de escolha:

Resposta: Alteração realizada no Projeto de Pesquisa: páginas 37 e 65 e no documento do TCLE;

Análise Pendência atendida

3) Para manter a integridade do documento, é necessário que a numeração das páginas seja feita de acordo com o exemplo: 1 de 5 ou 1/5:

Resposta: alteração realizada no documento do TCLE.

Análise Pendência atendida

- Resolução CNS n° 580/2018 - Fazer referência e cumprir com a resolução:

Resposta: Resolução referenciada no Projeto de Pesquisa, páginas: 43, 51, 60 e 65 e alterada nos instrumentos do TCLE, DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO E INFRAESTRUTURA, SOLICITAÇÃO ASSINADA PELO

PESQUISADOR RESPONSÁVEL, TERMO DE COMPROMISSO PESQUISADORA, TERMO DE COMPROMISSO PESQUISADORA

ORIENTADORA, APÊNDICES – INSTRUMENTOS COLETA DE DADOS.

Análise pendência atendida

Salvo melhor juízo todas as pendências foram atendidas não foram encontrados óbices éticos podendo ser aprovado.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.659.744

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme norma operacional 001/2013 e a Resolução nº 466/12 e 510/2016 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1935488.pdf	10/08/2022 15:10:37		Aceito
Outros	APENDICE_ROTEIRO_OBSERVACAO_NAO_PARTICIPANTE.pdf	10/08/2022 15:02:43	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Outros	APENDICE_ROTEIRO_OBSERVACAO_NAO_PARTICIPANTE.doc	10/08/2022 15:02:09	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Outros	APENDICE_ROTEIRO_GRUPO_FOCAL.pdf	10/08/2022 15:01:34	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Outros	APENDICE_ROTEIRO_GRUPO_FOCAL.doc	10/08/2022 15:00:58	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Outros	APENDICE_ROTEIRO_ENTREVISTA_SEMIESTRUTURADA.doc	10/08/2022 15:00:29	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Outros	APENDICE_ROTEIRO_ENTREVISTA_SEMIESTRUTURADA.pdf	10/08/2022 14:59:44	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Outros	APENDICE_CARTA_SOLICITACAO_A_NUENCIA_INSTITUCIONAL.pdf	10/08/2022 14:58:30	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Outros	APENDICE_CARTA_SOLICITACAO_A_NUENCIA_INSTITUCIONAL.doc	10/08/2022 14:57:40	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	10/08/2022 14:37:46	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Declaração de concordância	Termo_Concordancia_Desenvolvimento_Projeto_Pesquisa.pdf	10/08/2022 14:37:15	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	10/08/2022 14:36:42	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.659.744

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_SCLARECIDO.docx	10/08/2022 14:33:57	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_SCLARECIDO.pdf	10/08/2022 14:32:57	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	SOLICITACAO_PESQUISADORA_RES_PONSAVEL.pdf	10/08/2022 14:31:08	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTA_RESPOSTA_PENDENCIA_CE_P.pdf	10/08/2022 14:30:25	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA_PESQUISA.pdf	10/08/2022 14:29:15	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_5546131.pdf	10/08/2022 14:27:39	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_PESQUISA_DORA_ORIENTADORA_MARIA_YANA.	10/08/2022 14:23:18	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_PESQUISA_DORA_GIANI_BARRETO.pdf	10/08/2022 14:20:26	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_INSTITUICAO_INFRAESTRUTURA.pdf	10/08/2022 14:19:53	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURA_PESQUISA_GIANI_BARRETO.pdf	10/08/2022 14:18:44	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	07/06/2022 20:28:12	GIANI DOS SANTOS ALVES BARRETO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 22 de Setembro de 2022

Assinado por:
Wânia Silveira da Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br