



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA**

**RICARDO MASSUDA OYAMA**

**RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19:  
experiências e vivências de residentes médicos e  
multiprofissionais em uma instituição do interior de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino  
Coorientador: Prof. Dr. Willian Fernandes Luna

**Botucatu  
2022**

RICARDO MASSUDA OYAMA

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19:  
experiências e vivências de residentes médicos e  
multiprofissionais em uma instituição do interior de São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de  
Botucatu, para obtenção do título de  
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino  
Coorientador: Prof. Dr. Willian Fernandes Luna

Botucatu  
2022

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

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 / Ricardo Massuda Oyama. - Botucatu, 2022

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista  
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de  
Botucatu

Orientador: Eliana Goldfarb Cyrino  
Coorientador: Willian Fernandes Luna  
Capes: 40602001

1. COVID-19 (Doença). 2. Educação em saúde. 3. Educação  
Interprofissional. 4. Internato e residência.

Palavras-chave: Covid-19; Educação em saúde; Educação  
interprofissional; Internato e residência.

RICARDO MASSUDA OYAMA

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19:  
experiências e vivências de residentes médicos e  
multiprofissionais em uma instituição do interior de São Paulo

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu-SP, como requisito para conclusão de Mestrado do curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Banca examinadora:

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Eliana Goldfarb Cyrino  
UNESP – Faculdade de Medicina de Botucatu

---

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Roseli Vernasque Bettini  
Faculdade de Medicina de Marília

Botucatu, 14 de outubro de 2022.

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde que trabalharam e não mediram esforços para cuidar de todos nós durante a pandemia.

## AGRADECIMENTOS

À Amanda Carvalho Dias, minha companheira, que nos conhecemos no meio do mestrado e da pandemia. Ali permaneceu e me conquistou com todo seu afeto, amor e carinho. Me ajudou muito quando eu mais precisava de apoio e incentivo para continuar escrevendo.

À minha mãe, Eunice Setsuko Massuda Oyama, que me ensinou o quanto os estudos são importantes, sempre me incentivando a continuar e não desistir dos meus sonhos. Nunca mediu esforços para eu continuar estudando.

Ao meu pai, Bento Kazuharu Oyama, que sempre batalhou muito para que eu pudesse ter todas as condições de estudar e ser um profissional melhor. Também nunca mediu esforços para eu continuar estudando.

Aos meus irmãos, Susy Akemi Massuda Oyama e Erick Suguio Massuda Oyama, que sempre acreditaram em mim e estiveram ao meu lado me apoiando e incentivando a continuar estudando.

À minha sobrinha, Linda Sayumi Viana Oyama, que me ensina a ser uma pessoa melhor com toda a sua força e coragem, mesmo sendo tão jovem.

À minha querida orientadora, Professora Dra. Eliana Goldfarb Cyrino, que me acolheu desde o início e me incentivou a estudar sobre a pandemia. Seu cuidado e amor em ensinar foram fundamentais para eu conseguir chegar até aqui, ainda mais em tempos de reuniões virtuais.

Ao meu querido coorientador, Willian Fernandes Luna, que tive a sorte de conhecer no início do mestrado e sempre me ajudou no que eu precisava. Sua dedicação e cuidado em me ensinar fizeram a diferença para concluir essa pesquisa.

À minha analista, Patrícia Turtelli, que me acompanha desde antes de iniciar esse mestrado, me ajuda a entender os difíceis caminhos do inconsciente, sempre acreditando e me ajudando a ser uma pessoa e profissional melhor.

À minha querida amiga Paula Sayuri Yanagiwara, que sempre me apoiou a continuar estudando e fica feliz com minhas conquistas. Essa dissertação não seria a mesma sem a sua revisão.

Ao meu querido amigo, Fernando Lucchesi, que fez ótimas contribuições para essa pesquisa, me incentivando a continuar estudando e escrevendo.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa “Desenvolvimento de tecnologia em Atenção Primária à Saúde”, que me proporcionaram excelentes contribuições ao conversarmos sobre esta pesquisa.

Ao Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva, à Faculdade de Medicina de Botucatu e à UNESP, pela oportunidade de desenvolver essa pesquisa junto à universidade.

À UNIVESP pela oportunidade de estudar e aprender sobre Educação à Distância e pela bolsa concedida.

Aos participantes desta pesquisa, que disponibilizaram um pouco do seu tempo para contribuir com suas experiências para a construção desse estudo. Os relatos de vocês me tocaram profundamente.

A todos os residentes em saúde, médicos e multiprofissionais, de todo o país, que me ajudaram com seus estudos e experiências sobre a pandemia, contribuindo para concluir esse estudo.

Minha eterna gratidão a todos e todas!

## RESUMO

A pandemia de Covid-19 trouxe impactos aos profissionais de saúde, inclusive aos residentes. O estudo busca compreender as experiências de residentes em saúde no primeiro ano da pandemia, a partir das vivências de afetos e emoções, analisando os impactos na formação desses profissionais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com entrevistas realizadas com residentes médicos e multiprofissionais matriculados no primeiro, segundo e terceiro ano, tendo como foco as narrativas dos residentes, com realização de análise temática de conteúdo. Participaram 14 residentes, sendo cinco de residências médicas e nove de residências multiprofissionais. Os resultados e discussão serão apresentados em quatro categorias, identificadas como 1) Medo de mim: os riscos assumidos na pandemia, 2) Desinformações e infodemia, 3) Processo de trabalho e organização da residência e 4) A construção da identidade profissional durante a residência em saúde no contexto da pandemia. Os residentes em saúde atuaram na linha de frente no enfrentamento da pandemia, sendo considerados profissionais vulneráveis devido à exposição ao vírus e ao sofrimento psíquico, como o medo do adoecimento. Sofreram os efeitos do distanciamento social, tanto como atitude para evitar a transmissão quanto pelos medos de familiares e pessoas de sua convivência, provocando solidão. O fenômeno da desinformação e infodemia dificultou o enfrentamento da pandemia diante das notícias falsas a respeito da veracidade e gravidade da doença, como o tratamento com medicamentos sem comprovação científica. Os programas de residência organizaram-se para manter a formação dos residentes no enfrentamento da pandemia, e isso trouxe percepções distintas com relação à própria formação, como sensações de prejuízos e aprendizados pelos participantes do estudo. Diante desse contexto de formação na pandemia de Covid-19, é importante considerarmos o período de transição na formação da identidade profissional do residente, devido à passagem de estudantes para profissionais, assim como o papel da residência na formação desses profissionais de saúde, demonstrando ser necessário o planejamento de ações para acolher e favorecer sua formação.

**Palavras-chave:** Covid-19. Educação em saúde. Educação interprofissional. Internato e residência.

## **ABSTRACT**

The Covid-19 pandemic has impacted health professionals, including residents. The study seeks to understand the experiences of health residents in the first year of the pandemic, based on the experiences of affections and emotions, analyzing the impacts on the training of these professionals. This is a qualitative research with interviews carried out with medical and multiprofessional residents enrolled in the first, second and third year, focusing on the residents' narratives, with thematic content analysis. Fourteen residents participated, five from medical residencies and nine from multiprofessional residencies. The results and discussion will be presented in four categories, identified as 1) Fear of me: the risks taken in the pandemic, 2) Misinformation and infodemic, 3) Work process and residency organization and 4) The construction of professional identity during residency health in the context of the pandemic. Health residents acted on the front line in facing the pandemic, being considered vulnerable professionals due to exposure to the virus and psychological suffering, such as the fear of illness. They suffered the effects of social distancing, both as an attitude to avoid transmission, and because of the fears of family members and people with whom they lived, causing loneliness. The phenomenon of misinformation and infodemics made it difficult to face the pandemic in the face of false news about the veracity and severity of the disease, such as treatment with medicines without scientific evidence. The residency programs were organized to maintain the training of residents in the face of the pandemic, and this brought different perceptions regarding their own training, such as feelings of losses and learning by the study participants. Given this context of training in the Covid-19 pandemic, it is important to consider the transition period in the formation of the resident's professional identity, due to the transition from students to professionals, as well as the role of residency in the training of these health professionals, proving to be necessary the planning of actions to welcome and favor their formation.

**Keywords:** COVID-19. Health Education. Internship and residency. Interprofessional Education.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Participantes do estudo segundo área de residência, ano de formação e gênero. Botucatu, 2021.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APS – Atenção Primária à Saúde  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
BAI – Beck Anxiety Inventory  
Caps AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CFM – Conselho Federal de Medicina  
Conass – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde  
Coreme – Comissão de Residência Médica  
Coremu – Comissão de Residência Multiprofissional  
Cras – Centro de Referência de Assistência Social  
CVV – Centro de Valorização da Vida  
CTA – Centro de Testagem e Acolhimento  
EPI – Equipamento de proteção individual  
ESF - Estratégias de Saúde da Família  
ESPIL – Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional  
FCMBB – Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu  
FMB – Faculdade de Medicina de Botucatu  
HC – Hospital das Clínicas  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
Nasf – Núcleo Ampliado de Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PICs – Práticas Integrativas Complementares  
RG – Registro geral  
Sameca – Ambulatório de Saúde Mental da Criança e do Adolescente do Hospital das Clínicas Unesp  
Sarad – Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas  
SARS – Síndrome respiratória aguda grave  
SUS – Sistema Único de Saúde  
Unesp – Universidade Estadual Paulista  
TCR – Trabalho de Conclusão de Residência  
TO – Terapeuta ocupacional  
UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva  
VD – Visita domiciliar

# Sumário

Apresentação .....	10
1. INTRODUÇÃO .....	13
1.1 Pandemia de Covid-19 .....	13
1.2 As Residências em Saúde.....	16
1.3 Residentes em saúde na linha de frente da pandemia .....	18
2. PERCURSO METODOLÓGICO .....	21
2.1 Caracterização da pesquisa .....	21
2.2 A pesquisa .....	22
2.3 Participantes e coleta de dados.....	25
2.4 Aspectos éticos.....	27
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
3.1 Medo de mim: os riscos assumidos na pandemia .....	28
3.2 Abandono, desinformações e infodemia.....	52
3.3 Fragmentação e frustração da experiência.....	71
3.4 Formação paradoxal de residentes em saúde no contexto da pandemia.....	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	130
REFERÊNCIAS.....	133
APÊNDICE A .....	140
APÊNDICE B .....	142

## Apresentação

Não me recordo exatamente quando ouvi pela primeira vez sobre a doença causada pelo novo coronavírus que havia sido encontrada na China, mas com certeza nunca tinha ouvido falar sobre uma situação parecida com a que estamos vivendo. Passado algum tempo e com a situação se tornando cada vez mais alarmante, comecei a me dar conta de que o que estava acontecendo era realmente algo perigoso e catastrófico.

Com a doença sendo encontrada pela primeira vez no Brasil em fevereiro e, posteriormente, com sua proliferação, tive uma sensação de impotência e arrependimento por não estar trabalhando na área da saúde e não poder ajudar no enfrentamento da pandemia que se iniciava.

Na época, em fevereiro de 2020, procurei a Professora Eliana para pensar um projeto de pesquisa de mestrado, para começar no ano de 2021. Tinha ideias de uma pesquisa na área de educação permanente em saúde, pois havia me aproximado bastante da temática durante minha formação enquanto residente em saúde da família, período no qual tive o prazer de conhecer a Professora Eliana no serviço de saúde em que ela estava como diretora, além de ter sido seu aluno na disciplina “O papel da Atenção Básica na Rede de Urgência e Emergência”.

Já em março, frente à mobilização das universidades para pensar estratégias de pesquisas com a temática de Covid-19, eis que fui surpreendido com um convite-chamado pela Professora Eliana para mudar de ares e pensar um projeto de pesquisa voltado para a urgência da pandemia. Sem pensar duas vezes aceitei de imediato o desafio, e corremos para escrever um projeto de pesquisa a tempo de poder me inscrever no mestrado, que seria no mesmo mês. Surgia aqui minha oportunidade de contribuir com um estudo diretamente relacionado à pandemia que estávamos começando a vivenciar.

Em relação à pandemia, busquei sempre me manter informado por meio de fontes seguras para poder orientar minha família e lembro-me de, junto de minha mãe, termos ficado muito preocupados e bravos com minha irmã e meu irmão, já que eles estavam prestes a viajar para o Japão, mesmo com o mundo sofrendo com as milhares de mortes causadas pela Covid-19.

Nossos argumentos foram em vão, e minha irmã acabou embarcando em um voo rumo ao Japão em meados de março de 2020 com escala em um dos poucos países ainda com fronteiras abertas na Europa. Restou-nos orientá-la a tomar medidas preventivas de higiene e autocuidado, não tirar a máscara de forma alguma e manter distanciamento das pessoas. Pouco tempo depois ela retornou para o Brasil e, por sorte, não se contaminou.

Meu irmão acabou não conseguindo viajar para o Japão, pois estava viajando pelo Brasil, e quando retornou todas as fronteiras estavam fechadas. Então ele permaneceu aqui conosco, o que foi um alívio para minha mãe e para mim também. Porém, alguns meses depois, em nova viagem, meu irmão voltou contaminado com Covid-19 e precisou fazer isolamento social em casa, o que gerou mais preocupação, angústia e medo em todos em minha família.

Com o avançar da pandemia pelo Brasil, minha maior preocupação passou a ser com a saúde de meus pais, que já se encontram acima dos 60 anos. Apesar de não terem nenhuma doença crônica, a essa altura da pandemia isso já não importava tanto, pois víamos que, mesmo não sendo do grupo considerado de risco, também poderia haver péssimas consequências se infectados.

Ao mesmo tempo, a pandemia gerava outra preocupação, manter aberto ou fechar o restaurante da família, no qual eu também trabalhava, mas independentemente da decisão tínhamos que assumir algum risco: nos contaminar ou decretar falência. Decidimos permanecer com o restaurante em funcionamento apenas com entregas, tomando as medidas de cuidado possíveis para manter todos em segurança. Mas seria isso possível, mediante tantas incertezas de uma doença desconhecida e tão perigosa?

O tempo foi passando, e a pandemia só piorava. Fui me esgotando com a postura negacionista do governo federal com a pandemia, ora afirmando ser só uma gripezinha, ora negligenciando as orientações de medidas sanitárias, incentivando as pessoas a não usarem máscaras, gerando aglomerações e divulgando notícias falsas a respeito de tratamentos medicamentosos sem comprovação científica.

Aos poucos as pessoas passaram a afrouxar as medidas sanitárias, quase como uma negação do perigo ou mesmo porque acreditavam no que o presidente dizia. Por outro lado, houve um reconhecimento importante do SUS, que lutava para garantir acesso da população a cuidados em saúde, e também dos profissionais da saúde pelos esforços feitos, atuando na linha de frente para salvar vidas, embora

estivessem em constante risco de se contaminarem e apresentando esgotamento físico e emocional.

A essa altura já não conseguia mais acompanhar os noticiários e me manter atualizado sobre a pandemia e também passei a sentir os impactos emocionais do distanciamento social.

Durante o início da pandemia conheci Amanda, e após algumas semanas decidimos nos encontrar, assumindo o risco e a culpa por descumprir o distanciamento social. Um encontro permeado de afeto e medo, porém passamos a compartilhar não apenas nossas angústias decorrentes da pandemia, mas também um lar e toda uma vida junto. Apesar dos riscos e negligência, esse foi um ótimo motivo para “furar a quarentena”.

Durante esse tempo também iniciei um novo trabalho como psicólogo em um Caps, dessa vez podendo contribuir também para o enfrentamento dos impactos da pandemia na saúde mental da população. Após três meses trabalhando, tive uma suspeita de ter sido contaminado por Covid-19, e, após realizar o teste e cumprir isolamento social, o resultado foi negativo.

Menos de um ano depois do início da pandemia, tivemos a felicidade de poder comemorar o avanço da ciência e o desenvolvimento de várias vacinas com eficácia comprovada contra a Covid-19, e devido à minha atuação no SUS tive a oportunidade de ser o primeiro da família a ser vacinado. Uma semana depois minha companheira também se vacinou, gerando um alívio por estarmos imunizados. Após três meses tomamos a segunda dose e pudemos ver também o avanço da vacinação para nossas famílias, o que nos deu uma esperança pela imunização e indícios de controle da pandemia.

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Pandemia de Covid-19

Um alerta notificado ao final do ano de 2019 às autoridades da Organização Mundial da Saúde (OMS) acerca de um surto de pneumonia em uma região da China indicava a gravidade do início de um desafio a ser enfrentado em escala global (CRODA; GARCIA, 2020).

A possibilidade de o surto espalhar-se e ultrapassar fronteiras nacionais apontava a urgência em se identificar o vírus causador do surto. Tratava-se de um novo coronavírus, denominado SARS-COV-2, um vírus causador de infecções respiratórias, de origem animal desconhecida, mas com suspeitas de que o início da transmissão tenha ocorrido em um mercado de frutos do mar e animais vivos na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China (CRODA; GARCIA, 2020; LANA *et al.*, 2020). Sua origem ainda permanece desconhecida, sendo alvo de investigações por pesquisadores.

Devido à sua rápida e elevada capacidade de contaminação em nível internacional, em 30 de janeiro de 2020 a OMS declarou-a como surto pandêmico e Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), nomeando como Covid-19 a doença causada pelo vírus SARS-COV-2 (CRODA; GARCIA, 2020; LANA *et al.*, 2020).

Em um estudo sobre a pandemia de influenza A (H1N1), Neumann *et al.* (2009, p. 93) descrevem a identificação da pandemia em seis fases distintas, segundo a OMS:

Fase 1 corresponde à circulação de vírus conhecidos em animais, sem que tenha havido qualquer relato de influenza humana a partir deles. Nesta fase o risco de doença em humanos é baixo. Se forem observados novos subtipos de vírus circulando em animais, isto pode significar um risco para os humanos (fase 2). Período de alerta de pandemia: se identifica uma ou várias pessoas contaminadas com um novo vírus de origem animal, mas ainda não há disseminação pessoa a pessoa (fase 3). Na fase 4 se identifica um ou vários grupos de pessoas com transmissão, mas com disseminação muito localizada. Na fase 5 se identifica contaminação de grupos maiores, mas a disseminação pessoa a pessoa segue sendo localizada. Período Pandêmico: há transmissão incrementada e permanente para a população em geral e não mais restrita a grupos (fase 6).

Em razão do alto potencial de transmissibilidade do novo coronavírus SARS-COV-2 entre humanos, o surto de Covid-19 foi classificado como período pandêmico característico da fase 6, uma vez que atingiu transmissão permanente e irrestrita em toda a população mundial. No entanto, a dificuldade ao se enfrentar essa nova ameaça aumentou, pois não era possível identificar a proporção de pessoas contaminadas, por não desenvolverem sintomas graves da doença, ou mesmo serem assintomáticos (MUNSTER *et al.*, 2020).

Em uma pandemia, é importante reduzir o risco de contaminação de novas pessoas por meio de medidas que diminuam o contato entre elas, sendo assim, a quarentena é uma importante medida de restrição de circulação de pessoas, buscando afastá-las de um possível contágio e avaliando seu estado de saúde, ou ainda com o isolamento de pessoas diagnosticadas com doenças contagiosas das pessoas não contaminadas (BROOKS *et al.*, 2020; PARMET; SINHA, 2020).

A quarentena foi implementada por diversos países ao longo da história para enfrentar pandemias, como em 2003 na China e Canadá com o surto da síndrome respiratória aguda grave (SARS), em 2014 em países da África Ocidental durante o surto de ebola (BROOKS *et al.*, 2020). Com o surgimento da Covid-19 ao final de 2019, a China e diversos países no mundo adotaram a quarentena como medidas para combater a transmissão do vírus (PARMET; SINHA, 2020).

O primeiro caso notificado no Brasil foi em 26 de fevereiro de 2020, segundo dados informados pelo Ministério da Saúde, e até a data de 08 de abril chegamos a 13.717 casos confirmados e 667 óbitos notificados, com uma letalidade de 4,9% (BRASIL, 2020b). Mais de dois anos depois os casos aumentaram para mais de 34 milhões, e os óbitos ultrapassaram mais de 680 mil (BRASIL, 2020b).

Na data de 06 de fevereiro de 2020, o Governo Federal sancionou a Lei nº 13.979, que impõe medidas ao enfrentamento da ESPII decorrentes do surto de Covid-19, como

isolamento; quarentena; realização compulsória de exames médicos, testes laboratoriais, coleta de amostras clínicas, vacinação e outras medidas profiláticas, tratamentos médicos específicos; estudo ou investigação epidemiológica; exumação, necrópsia, cremação e manejo de cadáver; restrição excepcional e temporária de entrada e saída do País, conforme recomendação técnica e fundamentada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por rodovias, portos ou aeroportos; requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa; e autorização excepcional e temporária para a importação de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem

registro na Anvisa, desde que registrados por autoridade sanitária estrangeira e previstos em ato do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020<sup>a</sup>, n. p.).

O Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 356, de 11 de março de 2020, que regulamentava e operacionalizava a Lei nº 13.979, autorizando “a separação de pessoas sintomáticas ou assintomáticas, em investigação clínica e laboratorial, de maneira a evitar a propagação da infecção e transmissão local”, buscando garantir a manutenção dos serviços de saúde (BRASIL, 2020c, n. p.).

Entretanto, frente ao desafio imposto pela Covid-19 e à preocupação com a alta transmissibilidade, Governos Estaduais adotaram medidas mais rígidas, como no Estado de São Paulo, a partir do Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020, que suspendia atividades consideradas não essenciais, como

I – o atendimento presencial ao público em estabelecimentos comerciais e prestadores de serviços, especialmente em casas noturnas, “shoppings centers”, galerias e estabelecimentos congêneres, academias e centros de ginástica, ressalvadas as atividades internas; II – o consumo local em bares, restaurantes, padarias e supermercados, sem prejuízo dos serviços de entrega e “drive thru” (SÃO PAULO, 2020, n. p.).

O mesmo decreto ainda estabelece as atividades consideradas essenciais e, portanto, que não poderão parar de funcionar durante o período de quarentena, como

1. saúde: hospitais, clínicas, farmácias, lavanderias e serviços de limpeza e hotéis; 2. alimentação: supermercados e congêneres, bem como os serviços de entrega (“delivery”) e “drive thru” de bares, restaurantes e padarias; 3. abastecimento: transportadoras, postos de combustíveis e derivados, armazéns, oficinas de veículos automotores e bancas de jornal; 4. segurança: serviços de segurança privada (SÃO PAULO, 2020, n. p.).

Por sua vez, era importante orientar medidas de prevenção e controle de infecção a serem adotadas pela população a fim de desacelerar a transmissão do vírus, como higienização das mãos, distanciamento social e quarentena, além de estabelecimento de protocolos de segurança nos serviços de saúde, até que se desenvolvessem tecnologias para viabilizar o tratamento, como medicamentos e vacinas (SÁFADI *et al.*, 2020)

O esforço de autoridades de Estado para manter o isolamento social reforçava a importância em não sobrecarregar o sistema de saúde com alto nível de contaminação do vírus em um curto período. Havia a necessidade do achatamento da

curva de infecção, distribuindo os casos ao longo do tempo, permitindo assim que o sistema de saúde obtivesse condições para atender todos os casos necessários, provocando o menor impacto possível na economia (CRODA *et al.*, 2020).

Durante a pandemia de influenza A (H1N1), verificou-se que o sistema público de saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), sofreu impactos severos com o aumento da demanda por atendimento, além de busca desordenada, acarretando a sobrecarga dos serviços de emergências e hospitalares, o que demonstrou a dificuldade em se construir uma logística de atendimento conforme a gravidade da doença e os encaminhamentos para os serviços de acordo com sua complexidade (NEUMANN *et al.*, 2009).

Pandemias como a de Covid-19 estão testando a capacidade de organização dos sistemas de saúde do mundo todo, inclusive do SUS, uma vez que sua rápida transmissão e a gravidade dos casos têm exposto as necessidades urgentes de investimentos para o fortalecimento desses sistemas. Experiências recentes no Brasil, como a pandemia de H1N1, evidenciaram a consolidação e a importância do SUS, da vigilância epidemiológica e de importantes centros de pesquisa, como a Fiocruz, devido à sua capacidade de resposta frente aos desafios, particularmente do novo surto de Covid-19 (CRODA *et al.*, 2020; CRODA; GARCIA, 2020).

## **1.2 As Residências em Saúde**

A residência é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* caracterizada como uma formação por meio do treinamento em serviço, considerada de padrão elevado devido à qualificação proporcionada aos profissionais de saúde (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Inicialmente foi reconhecida a partir da experiência médica, na qual o residente deveria morar na instituição local onde realizaria sua formação, dedicando-se integralmente ao hospital, porém esse requisito de moradia na instituição foi excluído, mas a dedicação integral permanece ainda hoje nos programas de residência médica e multiprofissional (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Os programas de residência médica são reconhecidos como estratégia eficaz de treinamento em serviço, que conta com a supervisão técnica de um professor tutor. A residência médica surgiu pela primeira vez nos Estados Unidos em 1889, na Universidade Johns Hopkins, com o objetivo de treinar ex-internos médicos residentes

em quesitos como responsabilidade progressiva nos cuidados pré e pós-operatórios, execução de cirurgias, função a qual era executada anteriormente pelo médico assistente (MARTINS, 2005).

No ano seguinte, em 1890, foi implantado o sistema de Residência Médica para especialização em Clínica Médica, e os primeiros Programas em Residência Médica foram reconhecidos e credenciados apenas por volta de 1933 nos Estados Unidos, por meio da Associação Médica Americana (MARTINS, 2005).

Já a residência médica aqui no Brasil surge entre 1944/1945 na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), com o Programa de Residência Médica em Ortopedia (MARTINS, 2005).

Por sua vez, a Residência Multiprofissional em Saúde foi instituída pela primeira vez no Brasil em 1976, na cidade de Porto Alegre, realizada pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde e Centro de Saúde Escola Murialdo, sendo desenvolvida na atenção básica, onde contava com a participação de profissionais como assistentes sociais, enfermeiros, médicos e médicos veterinários (SILVA, 2018).

Essa experiência abriu caminho para a regulamentação, em 2005, da residência multiprofissional em saúde como modalidade de formação teórica e técnica para atuação no SUS, e em 2010 há uma expansão dos programas no Brasil (SILVA, 2018).

A Residência em Saúde caracteriza-se como estratégia de reformulação no processo de formação dos profissionais de saúde, tendo como objetivo atender as necessidades que o SUS demandava, estando os programas de residência comprometidos com a consolidação dos princípios e diretrizes para a construção do sistema público de saúde (CECCIM, 2010).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Unesp de Botucatu teve início no ano de 2003 e foi o primeiro programa de residência multiprofissional em saúde a ser implementado pela Faculdade de Medicina de Botucatu, composto de profissionais médicos e enfermeiros, e em 2006 outras categorias profissionais foram incorporadas, como dentista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico.

A partir dessa experiência, a Unesp passaria a implementar nos anos subsequentes outros programas de Residência Multiprofissional em Saúde, nas áreas de Saúde do Adulto e Idoso, incorporando profissionais de saúde da enfermagem,

farmácia, fisioterapia, nutrição e psicologia, bem como o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, contando com participação da enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, além também de programas de residência uniprofissional em saúde, como enfermagem obstétrica, enfermagem em cuidados críticos, física médica em medicina nuclear, radiodiagnóstico e radioterapia.

### **1.3 Residentes em saúde na linha de frente da pandemia**

Os casos de contaminação entre profissionais de saúde, inclusive os residentes, era outra preocupação durante o surto de Covid-19, dificultando o enfrentamento pelos serviços de saúde devido ao elevado número de casos e à escassez de equipamentos de proteção individual (EPI).

Um estudo realizado na China por Kang *et al.* (2020) demonstrou que equipes médicas de Wuhan, epicentro da Covid-19, sofreram impactos na saúde mental decorrentes da enorme pressão que vivenciaram no campo de trabalho, apresentando sintomas psiquiátricos, além de o desempenho no combate da pandemia ter sido prejudicado, demonstrando a necessidade do desenvolvimento de estratégias que possam identificar e minimizar os efeitos psicológicos negativos a curto e longo prazo.

Embora se tenha conhecimento da importância de trabalhar aspectos psicológicos com as equipes de saúde, Chen *et al.* (2020) identificaram dificuldades em implementar intervenções psicológicas em profissionais de saúde de hospitais na China, uma vez que apresentaram bastante resistência em aderir às ações, priorizando seu compromisso enquanto profissionais de saúde no cuidado dos pacientes, além de preocupação com familiares e escassez de equipamentos de proteção.

Diversas pesquisas começaram a ser desenvolvidas em busca de investigar os impactos da pandemia nos residentes em saúde, uma vez que estes tiveram papel fundamental no enfrentamento da pandemia. Estudo desenvolvido em Brasília identificou que residentes médicos que apresentavam ansiedade decorrente do medo e das incertezas com a pandemia passaram a considerar trocar de especialidade (BRASIL *apud* DANTAS, 2021b).

Os residentes em saúde encontram-se em processo de formação profissional e têm sua aprendizagem baseada em treinamento em serviços de saúde, possuindo

características muito específicas que devem ser consideradas durante o planejamento de sua formação, principalmente em um contexto como o vivenciado na pandemia.

O contexto da pandemia exigiu que as residências em saúde no Brasil se organizassem junto aos serviços de saúde para redirecionar suas ações para o enfrentamento dos impactos da Covid-19, na linha de frente, sendo necessário adaptar todo o planejamento dos Programas de Residências em Saúde, incluindo suas atividades de ensino para a modalidade remota.

O Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Brasil Conta Comigo, que teve como objetivo fortalecer o SUS para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, tendo como uma de suas ações estratégicas a criação da Portaria nº 580, de 27 de março de 2020, que buscou mobilizar os profissionais de saúde residentes de áreas médicas e multiprofissionais, a fim de ampliar a assistência aos usuários do SUS em todos os níveis de atenção, disponibilizando uma bonificação a todos os residentes, além de garantir aos residentes informações para manejo clínico da Covid-19 e equipamentos de proteção individual (BRASIL, 2020d).

Diante disso, o presente estudo propõe-se a compreender a experiência e a vivência de residentes em saúde no enfrentamento da pandemia, uma vez que são profissionais de saúde que atuaram na linha de frente assistencial e, portanto, tiveram impactos em sua formação devido às mudanças provocadas em seu processo de aprendizagem.

Sendo assim, é importante identificar as estratégias de autocuidado em saúde mental adotadas pelos residentes em saúde em período de pandemia de Covid-19; identificar impactos das informações e recomendações de autoridades do Estado, acerca da pandemia de Covid-19, na atuação dos profissionais de saúde; identificar dificuldades no processo de trabalho percebidas pelos residentes em saúde durante a pandemia de Covid-19; e identificar estratégias de sobrevivência e solidariedade em relação à equipe e aos próprios residentes.

Dessa forma, este estudo justifica-se pela necessidade de compreensão dos impactos da pandemia na formação de residentes em saúde, especificamente dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) da Universidade Estadual Paulista (Unesp), uma vez que sua aprendizagem ocorre por meio de treinamento em serviço, sendo de extrema relevância o aprofundamento acerca da temática para construir estratégias de

enfrentamento em situações semelhantes, além de contribuir com o registro histórico dessa experiência.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

### 2.1 Caracterização da pesquisa

Esta pesquisa tem por objetivo compreender a experiência e a vivência dos impactos da pandemia de Covid-19 em residentes em saúde, dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista (Unesp).

Botucatu é um município brasileiro localizado no interior do Estado de São Paulo, com população de 127 mil habitantes aproximadamente, segundo censo do IBGE realizado em 2010. Em 1963 foi inaugurada a Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB<sup>1</sup>). Em 1974 foi incorporada à Unesp, sendo referência nacional e internacional em ensino, pesquisa e extensão, e oferece cursos de graduação e pós-graduação *lato sensu*, como residência médica, especialização, aprimoramento profissional e residência multiprofissional, e *stricto sensu* em várias áreas.

Em 1969, instalam-se no Hospital das Clínicas da FCMBB os primeiros programas de residência médica, nas áreas de cirurgia, clínica médica, pediatria e dermatologia<sup>2</sup>. A Residência Médica, nessa configuração atual, institui-se em 7 de julho de 1981, com a Lei 6.932, e caracteriza-se por um treinamento em serviço, como modalidade de ensino em nível de pós-graduação destinado apenas a graduados em medicina, sob supervisão de profissionais qualificados na área designada (NUNES, 2004).

Da mesma forma, a Residência Multiprofissional em saúde, regulamentada em 30 de junho de 2005 por meio da Lei 11.129, tem por objetivo abranger a formação dos profissionais para o fortalecimento do SUS, caracterizando-se por uma formação em serviço, em nível de pós-graduação *lato sensu*, em que os profissionais de saúde, exceto médicos, buscam garantir o compromisso com os pilares constituintes do SUS, como integralidade e interdisciplinaridade, ampliando a compreensão do conceito de saúde (SILVA, 2018).

---

<sup>1</sup> Atual Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB).

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina de Botucatu. Edição Comemorativa dos 25 anos de sua fundação, 1988.

## 2.2 A pesquisa

A pesquisa caracteriza-se por uma investigação qualitativa, que, segundo Minayo (2002), é aquela que busca compreender um fenômeno dos processos que correspondem ao mais íntimo das relações humanas, ou seja, suas motivações, crenças, valores e atitudes, aquilo que não é possível quantificar ou mensurar.

A metodologia qualitativa aplicada à saúde busca estudar o significado do fenômeno para um indivíduo ou coletivo, revelando, assim, o modo de organização de suas vidas, suas vivências e as representações dessas experiências de vida, inclusive os cuidados em saúde (TURATO, 2005).

Na coleta de dados, foi dada valorização ao enfoque narrativo, especialmente em uma das questões, com objetivo de “obter acesso aos sentidos atribuídos e à experiência dos indivíduos e de seus esquemas interpretativos no que concerne à realidade da vida cotidiana, com enfoque no adoecimento humano” (LIRA; CATRIB; NATIONS, 2003, p. 59).

Assim, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, com foco nas narrativas dos residentes, e foi utilizado um roteiro para orientar as entrevistas, elaborado a partir de questões formuladas pelo autor desta pesquisa (Apêndice B).

A entrevista semiestruturada define-se por ser uma técnica de investigação a partir de perguntas contidas em um roteiro previamente definido pelo pesquisador, podendo orientar a narrativa a partir do interesse e objetivo da pesquisa e evitando que o entrevistado saia do tema a ser investigado, além de ter como vantagens a flexibilidade na duração e possibilidade de aprofundar determinados assuntos (BONI; QUARESMA, 2005).

Por sua vez, a narrativa busca compreender com profundidade o fenômeno a ser investigado, com a emergência das histórias de vida do sujeito em questão ou do atravessamento de situações vivenciadas no cotidiano. A narrativa deve contar com a menor interferência possível do pesquisador, uma vez que o participante precisa resgatar e reconstruir um momento importante de sua vida, podendo surgir sentimentos ainda não experimentados acerca da situação relatada (MUYLEAERT *et al.*, 2014).

A narrativa caracteriza-se por sua capacidade de desenvolver uma história mesmo muito tempo depois de seu acontecimento, diferentemente de transmitir uma informação que perde seu valor após ser comunicada. O narrador busca compartilhar

sua própria experiência, agregando às histórias relatadas por outros narradores e que serão absorvidas em sua própria narrativa (BENJAMIM, 1994).

Contar histórias sempre foi a arte de contá-las de novo, e ela se perde quando as histórias não são mais conservadas. Ela se perde porque ninguém mais fia ou tece enquanto ouve a história. Quanto mais o ouvinte se esquece de si mesmo, mais profundamente se grava nele o que é ouvido. Quando o ritmo do trabalho se apodera dele, ele escuta as histórias de tal maneira que adquire espontaneamente o dom de narrá-las (BENJAMIM, 1994, p. 205).

Sendo assim, a entrevista semiestruturada e a narrativa são técnicas que se complementam e podem ser utilizadas em investigações qualitativas para aprofundar o conhecimento acerca de um mesmo objeto.

Bondía (2002) pode auxiliar a aprofundar a compreensão do conteúdo a ser investigado com o conceito de experiência, definido como aquilo que nos toca, o que nos acontece, não um simples passar pelas coisas cotidianas.

A experiência também não pode ser definida como o simples ato de se informar, uma vez que a informação por si só não possibilita o aprender com a experiência, ou seja, não basta passar o tempo todo em busca de estar bem-informado, pois nada garante que será tocado com a informação. Sendo assim, é necessário separar informação de experiência. E o saber da experiência, “é necessário separá-lo de saber coisas, tal como se sabe quando se tem informação sobre as coisas, quando se está informado” (BONDÍA, 2002, p. 22).

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (BONDÍA, 2002, p. 24).

“O saber da experiência se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana”, segundo Bondía (2002, p. 26), ou seja, aquilo que se aprende com a maneira que lidamos com os acontecimentos da vida e os sentidos atribuídos ao que nos acontece, singularmente e subjetivamente.

A partir dos conceitos mencionados de narrativa, experiência e saber da experiência, podemos nos apoiar nesses autores para aprofundar a investigação que

é objeto deste estudo, isto é, as repercussões da pandemia de Covid-19 em residentes em saúde.

Os dados obtidos foram submetidos a uma análise qualitativa mediante a Técnica de Análise de Conteúdo temática, que, segundo Gomes (2019), tem como foco os temas presentes em um relato, podendo ser representados por uma palavra, frase ou resumo, compreendidos como unidades de registro.

No presente estudo optamos por manter os registros o mais completo possível para garantir a essência dos relatos e conservar a contextualização dos conteúdos, processo de análise definido por Gomes (2019) como unidades de contexto.

O processo de análise dos dados seguiu os procedimentos metodológicos proposto por Gomes (2019), e inicialmente os conteúdos das entrevistas foram decompostos em partes e submetidos à categorização, inferência, descrição e interpretação, não necessariamente de modo linear ou sequencial, uma vez que a interpretação ocorre ao longo de todo o processo de análise.

A análise de conteúdo temática pressupõe o cumprimento de algumas etapas, como a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (GOMES, 2019).

Sendo assim, com os dados já coletados e transcritos manualmente, em um primeiro momento da análise realizamos a leitura exaustiva do material, em busca de obter uma compreensão geral, passando a impregnar-se por todo o conteúdo, a fim de absorver todos os significados que os participantes pretendiam transmitir por meio das entrevistas.

Em seguida passamos para a exploração e análise do material, definidas por Gomes (2019, p. 83) como

- a) distribuir trechos, frases ou fragmentos de cada texto de análise pelo esquema de classificação inicial (escolhido na primeira etapa); b) fazer uma leitura dialogando com as partes dos textos da análise, em cada classe (parte do esquema); c) identificar, através de inferências, os *núcleos de sentido* apontados pelas partes dos textos em cada classe do esquema de classificação; d) dialogar os *núcleos de sentido* com os pressupostos iniciais e, se necessário, realizar outros pressupostos; e) analisar os diferentes núcleos de sentido presentes nas várias classes do esquema de classificação para buscarmos temáticas mais amplas ou eixos em torno dos quais podem ser discutidas as diferentes partes dos textos analisados; f) reagrupar as partes dos textos por temas encontrados; g) elaborar uma redação do tema, de modo a dar conta dos sentidos dos textos e de sua articulação com o(s) conceito(s) teórico(s) que orienta(m) a análise.

Finalmente, na última etapa de análise, obtém-se um resultado por meio de uma síntese interpretativa, em que os temas são dialogados com objetivos, questões e pressupostos da pesquisa (GOMES, 2019).

### **2.3 Participantes e coleta de dados**

O autor desta pesquisa foi o responsável por realizar as entrevistas, e estas foram realizadas via *Skype* e *Google Meet* devido à situação em que o país se encontrava, de enfrentamento da pandemia de Covid-19, seguindo orientações de distanciamento social, a fim de manter a segurança do participante e do pesquisador.

Todas as entrevistas foram realizadas em encontro único, com duração média de 50 minutos, e foram gravados conteúdos audiovisuais para registrar as entrevistas e auxiliar nas transcrições. Entretanto, os conteúdos visuais não foram utilizados na análise dos dados, mas foram essenciais para aproximar pesquisador e participantes durante as entrevistas realizadas remotamente. Todos os conteúdos gravados foram destruídos após transcrições na íntegra.

Após as transcrições, os nomes reais dos participantes foram substituídos por nomes fictícios para garantir o sigilo e anonimato dos entrevistados.

O critério de seleção dos participantes foi feito por meio de amostra não probabilística, definido como bola de neve, o qual utiliza cadeias de referência, ou seja, a amostra é construída a partir de informantes-chaves identificados como sementes, os quais auxiliam o pesquisador a potencializar os contatos a serem convidados para a pesquisa. Em seguida, as sementes indicam outras pessoas de sua rede de contatos que possam vir a participar da pesquisa, e de modo sucessivo a amostra vai se definindo e aumentando gradativamente (VINUTO, 2014).

As sementes do presente estudo foram participantes indicadas por professores ou trabalhadores dos serviços de saúde onde os residentes realizaram estágios durante o período da pandemia.

Antes de iniciar a coleta de dados, foi realizado um piloto da entrevista para avaliar a potencialidade das perguntas formuladas no roteiro, bem como dificuldades na realização da entrevista por meio de aplicativo eletrônico de videochamada. Após realização do teste-piloto, não foram identificadas dificuldades na realização da entrevista, e foram iniciados os convites aos participantes para a coleta de dados.

As entrevistas foram iniciadas assim que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e realizadas durante o período de junho de 2020 a fevereiro de 2021.

Foi utilizada a técnica da saturação, que pode ser compreendida como um procedimento a ser adotado para interromper a coleta de dados, uma vez que se percebe repetição de conteúdo ou se atinge o objetivo do pesquisador (MINAYO, 2017).

Os participantes foram contactados por aplicativo de mensagem em aparelho telefônico e convidados a participarem da pesquisa. Houve cinco convites recusados para participar do estudo, por indisponibilidade de tempo ou interesse, além de não ter havido retorno de alguns convites.

Para este estudo foi dada preferência por especializações consideradas áreas básicas da saúde, como nos programas em área médica em Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, e nos programas em área multiprofissional como Saúde da Família, Saúde Mental e Saúde do Adulto e Idoso.

O Quadro 1 apresenta a caracterização dos participantes relativos ao Programa da Residência, o ano da residência que estavam cursando no momento da pesquisa, a idade e o gênero autodeclarado.

**Quadro 1 – Participantes do estudo segundo área de residência, ano de formação, idade e gênero (Botucatu, 2021).**

Residência	Número de Residentes	Ano R*	Idade	Gênero	Categoria profissional
Medicina de Família e Comunidade	2	1 R1, 1 R2	26; 29	F	2 Medicina
Pediatria	3	1 R1, 1 R2, 1 R3	27; 28; 32	M; F; F	3 Medicina
Saúde da Família	4	2 R1, 2 R2	23; 24; 25; 26	M; F; F; M	1 Psicologia; 1 Fisioterapia; 1 Enfermagem; 1 Nutrição
Saúde Mental	3	2 R1, 1 R2	24; 25; 25	F; M; F	1 Enfermagem; 2 Psicologia;
Saúde do Adulto e Idoso	2	2 R2	25; 26	M	1 Farmácia; 1 Psicologia

Fonte: produção do próprio autor.

\*R – O número seguinte após a letra R representa o ano que estava cursando da residência.

Foram convidados profissionais residentes em saúde de Programas de Residência Médica e Multiprofissionais, matriculados no primeiro, segundo e terceiro ano, totalizando 14 entrevistas com participantes dos gêneros feminino e masculino, com idade entre 23 e 32 anos, com predomínio da faixa etária de 24 a 26 anos (recém-formados).

## **2.4 Aspectos éticos**

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP), da Unesp – Campus Botucatu, e aprovado conforme parecer consubstanciado nº 3.994.204, visando assegurar condições éticas e responsáveis com o participante, bem como manter o sigilo e evitar quaisquer prejuízos a este, de acordo com Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Anteriormente ao início das entrevistas, os participantes foram orientados quanto aos aspectos éticos e à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi composto de 14 participantes, e em relação ao gênero nove se autodeclararam como mulher cis e cinco como homem cis. Quanto à raça, cor e etnia, 12 se autodeclararam brancos e dois como pardos; em relação ao estado civil durante o momento da entrevista, 13 se autodeclararam solteiros e um em união estável. Nenhum dos participantes tinha filhos, e todos eram brasileiros.

Os dados apresentados a seguir foram submetidos a uma análise mediante a técnica de análise de conteúdo temática, buscando identificar os sentidos e significados presentes nos relatos dos participantes do estudo. Dessa forma, após leitura e exploração do material, os dados foram decompostos em quatro categorias temáticas, descritas a seguir.

#### 3.1 Medo de mim: os riscos assumidos na pandemia

*“estamos vivendo um momento singular de experiência traumática coletiva, em que a emergência do outro é também a nossa” (ANDRADE, 2020, p. 88).*

A primeira categoria, nomeada como “Medo de mim: os riscos assumidos na pandemia”, apresenta as vivências dos residentes com a chegada da pandemia no Brasil e no contexto da residência, demonstrando as emoções e afetos, como medos, solidão e angústia, expressos nos diversos relatos obtidos.

O medo pode ser explicado pela psicanálise como um afeto que se confunde em sua compreensão, pois o termo “*angst*”, utilizado por Freud em seus trabalhos, foi traduzido com diferentes significados, podendo corresponder a angústia, medo ou ansiedade (VANIÉR, 2006).

Isso se assemelha ao que os residentes vivenciaram no período pandêmico. Os afetos e emoções predominantes no início da pandemia foram se entrelaçando em momentos de paralisia frente ao medo provocado pela pandemia, ao medo da morte e também ao medo de se contaminar e transmitir para outras pessoas, além da angústia decorrente da necessidade e dever de estar como um profissional de saúde trabalhando na linha de frente.

O medo pode ser tanto em relação a um objeto específico quanto a nenhum objeto, ou seja, a relação com o perigo pode ser no sentido de um estado de disposição e preparação frente a um perigo real ou a um perigo de ordem subjetiva (KLEIN; HERZOG, 2017).

O perigo do vírus era real e concreto, existia a possibilidade de se infectar e evoluir ao óbito, assim como viver uma experiência traumática na pandemia e intensificar o sentimento de culpa pela possibilidade de infectar algum familiar e sentir-se responsável por seu adoecimento.

As residências em saúde, com início no mês de março no Brasil, coincidiram com a confirmação dos primeiros casos do novo coronavírus no país, em um momento que ninguém estava preparado para lidar com a gravidade e consequências de uma pandemia, e parecia difícil acreditar que seria tão catastrófica e traria tamanha destruição tão rápido.

A partir do momento que os residentes em saúde foram inseridos nos serviços, passaram a estar expostos ao risco de contaminação com o vírus SARS-COV-2, despertando diferentes formas de medos, angústias e incertezas, os quais foram vivenciados ao longo da pandemia, causados pelo medo de se contaminar e se deparar com a finitude, de ser um potencial transmissor do vírus, contaminando familiares e pessoas próximas, além da angústia da solidão provocada pela necessidade do distanciamento social.

O despreparo emocional dos residentes para lidar com os riscos no início da pandemia no Brasil, em meados de março, misturava-se com o despreparo da residência e dos serviços de saúde em organizar uma rotina em que pudessem trabalhar com segurança em meio a tanta angústia que os permeava.

*Bianca (R1, enfermeira em Saúde da Família): Ah, é difícil falar, porque foi muito de repente as coisas, mesmo que a gente soubesse que ia chegar. A gente nunca acha que vai acontecer de verdade, aí quando acontece a gente fica um pouco assustado. E, principalmente, a gente tá inserido 60 horas semanais no serviço, a gente tá mais exposto aos riscos da pandemia. Então, não só eu, mas como meus colegas, a gente ficou um pouco assustado com relação a isso. O risco de estar contaminado, os riscos que a gente teria estando inserido na Unidade de Saúde, que é um lugar que tem muito residente, muito profissional, gerando aglomeração. Enfim, foram várias angústias, ainda tem várias angústias que permeiam a gente, e por sinal hoje a gente tá discutindo sobre isso. Mas, enfim, foi basicamente um susto, e muita dúvida gerou nesses últimos tempos, e geram na gente.*

No relato a seguir, outra residente indica não acreditar que o vírus se espalharia tão rapidamente e que chegaria até o Brasil. Imersos em sentimento de insegurança e medo, os residentes em saúde tentavam lidar com o próprio medo do vírus e também viam a necessidade de se prepararem como profissionais de saúde para lidar com o medo do outro, que rapidamente chegou até os serviços de saúde onde atuavam.

*Natalia (R2, médica em Medicina de Família e Comunidade): Bom, acho que no comecinho de tudo ninguém acreditava que ia chegar aqui, né? Não sei, eu tinha essa impressão, achava que ia ficar na China, que era uma coisa que ia ser controlada, acho que eu pensei que fosse ser igual o H1N1. Mas aí depois a gente viu que começou a virar um negócio sério, eu comecei a ficar um pouco mais assustada. Eu fiquei muito assustada no começo, acho que por estar inserida num serviço de saúde mesmo, né? Não mais como acadêmica, por mais que eu seja residente, eu era médica mesmo ali. Então, eu acho que me assustou um pouco essa mudança de rotina, do cotidiano, de atendimento dos pacientes, e também um pouco essa questão de a gente ter que se manter firme, a gente como médico, como profissional de saúde, ter que assumir uma postura firme porque as pessoas estavam desesperadas. Então achei difícil, no começo foi bem difícil pra mim. Eu sou uma pessoa muito calma, sabe? Mas no começo eu fiquei realmente assustada.*

Com o relato a seguir, podemos identificar uma percepção de maior impacto emocional em alguns grupos de residentes. A residente afirma que outras pessoas estavam muito angustiadas e confusas com o início da pandemia, entretanto, não é possível ter uma clareza acerca do impacto em si mesma, contradizendo-se em sua fala, pois refere ter sentido um susto inicialmente, mas finaliza indicando não ter se abalado com a chegada da pandemia.

*Milena (R2, nutricionista em Saúde da Família): Primeiramente eu... primeiro eu senti um susto. Todo mundo ficou muito assustado, eu não me lembro de ter ficado assustada, mas eu me lembro de que era uma coisa importante, que a gente ia passar por um processo de mudança, e que ia simplesmente mudar completamente a nossa rotina, enquanto profissional da área da saúde, tanto quanto residente. No começo a gente teve muitas reuniões, tô lembrando agora aqui. Foi bem cansativo até, pra tentar alinhar, pra tentar entender, as pessoas estavam muito angustiadas. Tipo, a cada momento, a cada 20 minutos era uma coisa diferente, a cada meia hora aparecia uma orientação nova, aí a gente montava uma escala, e não era nada daquilo, muda tudo, a gente vai fazer tal coisa, o Nasf<sup>3</sup> vai se organizar de tal forma, ou não, não é nada disso. Então foi bem assim, no começo, na primeira e segunda semana eu senti muito essa incerteza total, geral. As pessoas muito abatidas mesmo, a coordenação da residência, os gestores do serviço, as pessoas com as quais eu tive contato, bem angustiadas, bem aflitas. Mas eu assim, entendendo a gravidade, mas*

---

<sup>3</sup> Nasf – Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

*pessoalmente eu não senti que eu fiquei emocionalmente muito abalada. Tipo, é isso, beleza, é o que tem pra agora, vamos, a gente vai se adaptar e vamos trabalhar nisso.*

Na fala a seguir podemos identificar uma relação ambígua com a Covid-19, como querer ser infectada, acreditando que não desenvolverá um quadro grave da doença, mas também indicando uma preocupação e medo muito maior com o outro do que consigo mesma. Inicialmente, quando ainda pouco se sabia sobre o novo coronavírus, sobre o potencial de anticorpos que cada pessoa infectada poderia desenvolver e o tempo de imunidade que teria até poder ser contaminada novamente, confundiu a percepção de risco da população, diminuindo a preocupação com a contaminação e exposição.

*Beatriz (R3, médica em Pediatria): Olha, eu acho que especialmente na minha situação nunca tive muito medo por mim, mas a gente... eu particularmente fiquei e ainda tenho, desde que a pandemia começou, eu sinto que existe um medo em mim que eu não tinha antes, em relação aos outros. Então eu tenho uma preocupação em dobro, eu sou sempre um potencial contaminante pras outras pessoas. Eu não sei te descrever uma situação específica onde eu tive medo de ter me contaminado, tiveram várias, porque as crianças espirram na nossa cara, tosem na nossa cara, vomitam, então isso é habitual pra pediatra, mas muito mais cuidado, muito mais medo com os acompanhantes das crianças, com o nosso entorno, com os nossos colegas. Eu moro em Botucatu, minha família é daqui, minha mãe é daqui, eu não moro com ela desde antes da residência, mas a gente se via com muita frequência, e eu nunca mais encostei nela desde março, a gente ainda se vê uma vez por mês, de máscara pra caminhar juntas, mas eu não entro mais na casa dela, a gente não se abraça, não se beija, por um medo dela e por um potencial risco meu de contaminá-la. Eu já testei algumas vezes, sempre negativo, mas eu nunca consigo vê-la no dia seguinte que eu testei. Então eu nunca tenho a garantia de que entre o teste e o nosso encontro eu não estou contaminada. Então esse medo, ele existe, claro que ele não tem mais a mesma dimensão, a coisa vai passando, e a gente vai elaborando, mas não sei nem se a palavra é medo, mas o cuidado redobrou, especialmente com as pessoas à volta, comigo mesmo eu confesso que já tive vontade algumas vezes de pegar, “ah pronto, agora peguei”.*

Assim como no relato anterior, a fala a seguir indica uma contradição acerca do medo provocado pela Covid-19, pois, ao mesmo tempo que havia uma preocupação com a disseminação do vírus, a residente não se sentiu tão solitária por ainda poder continuar trabalhando na residência, passando a entender o impacto da pandemia mais como a necessidade de cuidado redobrado do que de medo paralisante.

Celina (R2, psicóloga em Saúde Mental): *Eu fiquei bastante assustada desde o começo, eu lembro exatamente o dia em que eu me toquei de que tava acontecendo uma pandemia, que tava chegando no Brasil, foi num domingo, inclusive é uma história engraçada, porque a gente saiu pra comemorar o aniversário de um amigo, e eu fiquei em choque, eu falei “gente, tá chegando, tá chegando o negócio no Brasil”, e no outro dia tudo fechou, tiveram os alertas. Eu fiquei com muito medo no começo, mas era um sentimento um pouco ambíguo, porque, por mais que eu tivesse muito medo, eu tava muito grata por ter um motivo pra sair de casa, como sendo profissional da saúde eu tivesse um passe livre pra tá na rua, pra ver outras pessoas. Então eu fiquei bastante tensa, mas acho que se eu não tivesse na residência, não tivesse na saúde pública, não tivesse trabalhando, eu acho que poderia ter sido mais angustiante, porque tá em contato com as pessoas, com as notícias, ter um motivo pra eu sair de casa me fez muito bem, então as primeiras semanas foi de muito medo, misturado com essa sensação, aí o medo foi tomando... na verdade, foi perdendo lugar o medo, e eu fui acho que entendendo melhor o cuidado, não tanto medo, não tanta tensão, mas muito mais cuidado. E acho que foi um pouco isso, foi uma sensação ambígua, inicialmente, foi o choque, mas tava grata de poder sair também, de tá na rua.*

É possível perceber que as primeiras impressões da pandemia foram muito diversas e singulares, pois nos primeiros meses os casos seguiram aumentando, e, quanto mais o vírus se aproximava dos locais de trabalho, o perigo de se infectar tornava-se mais real, e o medo ia aumentando constantemente, tomando proporções desconhecidas e alarmantes em todos que estavam expostos nos serviços de saúde e provocando um clima de pânico e tensão.

Bianca (R1, enfermeira em Saúde da Família): *Teve uma funcionária, uma técnica, que foi afastada por Covid, a mãe dela teve contágio, foi positivo, ela provavelmente vai positivar, porque ela tá com muito sintoma, e mais quatro funcionários foram afastados por sintomas de Covid, e, assim, a equipe tá apavorada, parece que caiu a ficha de que tá uma pandemia mesmo, sabe? Porque bateu na nossa porta, e os funcionários estão sendo afastados. Então o clima nessa semana foi um clima de pânico, de verdade. O pessoal não tava bem, o pessoal não tava querendo exercer suas funções, não queria ficar na pré-consulta pra receber os pacientes. Então tá bem difícil. E, agora que tem essa questão lá de caso positivo, a gente fica assustado, a gente fica com medo, tem aquela pressão de tá passando pra casa, então tá mais ou menos isso. E eu acredito que muitos de nós, profissionais de saúde, a gente tá com esse medo. Um medo constante de contaminar e de contaminar outras pessoas, é difícil. Acho que é isso que mudou na minha vida.*

Ao abordar os afetos despertados em pacientes que se encontravam em análise psicológica durante a pandemia, os autores a seguir descrevem o medo da morte provocado pela Covid-19 e a impossibilidade de ver o perigo concretamente.

No confinamento provocado pela Covid-19, os pacientes falam do medo incessantemente, especialmente do medo da morte, a própria e a dos entes queridos. É incrível que na pandemia o medo da contaminação pelo vírus, esse enigmático inimigo da vida humana, surge quase indistinguível da angústia: pois há o objeto que se teme, mas onde está ele? A invisibilidade do vírus esvanece o objeto que se teme e ao mesmo tempo o torna onipresente, produzindo o sufocamento característico da angústia. Quando medo e angústia se homogeneízam, prestando-se a uma inédita confusão afetiva, os sujeitos reagem de formas diferentes: com perplexidade, negacionismo ou aturdimento (JORGE; MELLO; NUNES, 2020, p. 586).

Podemos verificar por meio dos relatos que houve residentes que, apesar do medo intenso de se infectar, conseguiram manter um controle emocional e exercer a função e responsabilidade que se esperavam deles enquanto profissionais de saúde. Entretanto, alguns residentes demonstraram bastante insegurança e, tomados pelo medo, tiveram muita dificuldade em compreender que o momento exigia de todos flexibilidade e adaptação.

A residência em saúde possui a característica de reunir profissionais de saúde com um desejo enorme em aprender, sedentos por atuar e poder colocar em prática tudo o que estudaram, e a pandemia realçou a necessidade e vontade em poder contribuir no enfrentamento dos impactos provocados.

Os residentes atuaram na linha de frente durante a pandemia de Covid-19 e tiveram que lidar com os riscos constantes de contaminação, desencadeando efeitos na própria saúde mental e na atuação enquanto profissional de saúde residente, dificultando o enfrentamento das adversidades provenientes da pandemia.

Os profissionais de saúde passaram a sofrer constantemente com questões decorrentes da pandemia e que são consideradas importantes fatores de adoecimento psíquico, como os descritos a seguir:

medo de ser infectado, adoecer e morrer; possibilidade de contaminar seus familiares; exposição à morte em larga escala e a não vivência do luto por colegas de profissão/conhecidos; distanciamento dos entes queridos; atenção extrema e constante nas técnicas de trabalho; além do aumento da carga de trabalho devido ao afastamento de profissionais com Covid-19 (SILVA-FREIRE *et al.*, 2020).

O medo pelo risco de contaminação demonstrava ser tão intenso a ponto de os residentes apresentarem sofrimentos psíquicos, como crises de pânico e ansiedade generalizada, advindos do medo de desenvolver uma condição grave com a Covid-19 e vir a ter um desfecho fatal, ou também pelo medo de infectar outras pessoas,

levando ao adoecimento mental e, em alguns casos, necessitando de suporte medicamentoso.

Carol (R1, médica em Medicina de Família e Comunidade): *Então, isso tudo foi muito frustrante, até o momento que eu adoeci, eu tive um ataque de pânico na Unidade, porque eu tava com medo de ter o Covid. Isso aconteceu, porque eu comecei a ler relatos de médicos, jovens hígidos, como é o meu caso, que tinham complicado com coronavírus muito rápido, e sem a gente ter aquela explicação, e aí eu tive taquicardia sustentada, que precisou de medicação pra abaixar, e passei dois dias afastada da residência por isso. Às vezes sinto que a ansiedade sobe especialmente quando eu me coloco em situações de, entre aspas, “risco”, que é quando eu faço a triagem, quando eu tô lá na triagem, e esse medo de pegar a doença, pra mim, tem duas partes, que é o medo de pegar a doença e eu desenvolver alguma coisa grave, mas isso eu acho que vem de um aspecto muito mais ansiogênico próprio meu, do que alguma coisa funcional, claro que é um medo racional, eu imagino, ter coronavírus, mas o meu medo, e eu acho que é o medo de muitos médicos que eu conversei, é que a gente fica ansioso, então a gente começa do medo normal, que é você ter o coronavírus, você começa “ah vou ter coronavírus e vou morrer”, e coisas que não fazem sentido daí, da lógica racional, da medicina. E o outro segundo medo meu, e é o medo de todos os médicos, é passar pra algum familiar, passar pra outras pessoas. Eu atualmente moro sozinha, mas eu moro com o meu namorado em outra cidade, então eu tenho medo de passar pra ele, que ele passe pra família dele. Então esse distanciamento sobre o distanciamento acaba pesando.*

O medo da morte é justificado pelo elevado número de mortes no mundo, que até fevereiro de 2022, segundo a OMS, contabilizava quase 6 milhões, e em setembro de 2021 a OMS divulgou dados indicando que até 180 mil profissionais de saúde morreram de Covid-19 em todo o mundo, e no Brasil a estimativa era de que até 13.600 profissionais de saúde podem ter morrido de Covid-19 (WHO, 2021).

O Conselho Federal de Medicina no Brasil mantém uma página (<https://memorial.cfm.org.br/>) apresentando o número de médicos que vieram a óbito por Covid-19, aproximando-se de 900 profissionais até a data de fevereiro de 2022 (CFM, 2022).

A dúvida desencadeada pela possibilidade de estar infectada frequentemente gerava confusão para outra residente, uma vez que os sintomas de pacientes contaminados com o vírus SARS-COV-2 eram semelhantes aos de uma crise de ansiedade.

Lavínia (R1, fisioterapeuta em Saúde da Família): *Mas quando eu soube dessas funcionárias eu tive no final de semana sensação de falta de ar. Eu até fiquei “meu deus, será que eu tô?”. Mas aí eu respirei, eu falei “não, deve ser a ansiedade”, porque também a falta de ar é um dos últimos sintomas, eu não apresentei nem febre nem*

*nada, porque parece que quando você tem o sintoma você esquece que é profissional da saúde e esquece de todas as etapas, né? Mas aí eu me acalmei e vi que era só um ataque de ansiedade mesmo.*

Em um estudo no estado do Rio Grande do Norte, que buscou avaliar os fatores associados à ansiedade em residentes multiprofissionais durante a pandemia, os autores aplicaram questionário contendo variáveis sociodemográficas e um instrumento de avaliação dos níveis de ansiedade, denominado *Beck Anxiety Inventory* (BAI). Identificaram que a maioria dos residentes que participaram do estudo trabalhou em setores diretamente relacionados a casos confirmados ou suspeitos de Covid-19 e, embora tenha recebido treinamento específico para Covid-19, não sentia segurança técnica e científica para continuar prestando cuidado (DANTAS *et al.*, 2021a).

O mesmo estudo (DANTAS *et al.*, 2021a) ainda identificou que a maioria dos residentes sofreu assédio psicológico e moral, e os residentes mais jovens, com idade entre 21 e 25 anos, apresentaram a maior proporção de níveis de ansiedade moderado/grave e necessidade de tratamento psicológico e uso de psicofármacos após a entrada na residência, podendo indicar a presença de prejuízos psicossociais e laborais e comprometendo a assistência aos pacientes com Covid-19.

O estudo ainda comparou os resultados da pesquisa com outro estudo que utilizou o mesmo instrumento de avaliação de níveis de ansiedade em residentes multiprofissionais e residentes médicos em períodos não pandêmicos e concluiu que os níveis de ansiedade foram menores neste estudo, indicando que a pandemia pode aumentar a intensidade da ansiedade, o que pode exigir dos residentes maior capacidade de adaptação em períodos de crise sanitária (DANTAS *et al.*, 2021a).

O fato de os níveis de ansiedade moderado/grave serem maiores nos residentes mais jovens pode estar relacionado com alguns fatores, como o início de carreira, a inexperiência profissional e a busca por desenvolvimento de habilidades teóricas e técnicas durante a residência, além de se encontrarem em fase de adaptação à rotina de trabalho, podendo apresentar maior insegurança técnica e dificuldades para lidar com conflitos cotidianos durante a pandemia (DANTAS *et al.*, 2021a).

As residências em saúde médicas e multiprofissionais são conhecidas pelas exigências de dedicação exclusiva, com carga horária semanal de 60 horas durante o período de 2 anos ou mais, dividindo-se entre atividades teóricas e teórico-práticas, e

estes são fatores suficientes para justificar exaustão física e emocional, que se intensificaram com as consequências advindas da pandemia, podendo se relacionar com a necessidade de acompanhamento psicológico durante o seu percurso (DANTAS *et al.*, 2021a).

O relato a seguir indica que mesmo profissionais de saúde que em sua formação e atuação tiveram experiência com situações de exposição e risco a contaminação por doenças infecciosas, quando o novo coronavírus começou a se disseminar, apresentaram muita insegurança e medo por estarem lidando com algo desconhecido e perigoso.

*Bianca (R1, enfermeira em Saúde da Família): O medo tá constante. Mas eu acho que o contágio iminente foi mais agora, essa semana realmente a gente ficou mais assustada, de verdade, porque são muitos funcionários sendo afastados, nas outras situações, tipo, foi o que eu falei, eu mandei um áudio essa semana pro pessoal, que os psico, o pessoal da nutri, as fisioterapeutas, querendo ou não têm uma prática diferente de nós, enfermeiras, a gente tem que... quando a gente tá no hospital a gente tá acostumado o tempo inteiro a lidar com MRSA, a lidar com bactéria multirresistente, e, tipo, tá lá no leito do paciente, tipo, o tempo todo, tentando... tendo esse risco de contágio por bactéria. Então é meio que... esse negócio é nossa rotina. Então eu tô meio que acostumada com essa questão de contágio, mas com relação ao Covid mesmo, quando caiu a ficha de verdade, tá muito tenso com relação aos profissionais da saúde agora. Segunda-feira eu falei, eu não sei o que fazer, com certeza, se eu não tô infectada, eu não sei quem vai tá.*

Os residentes são inseridos nos serviços de saúde e passam a acompanhar os entraves e dinâmicas do processo de trabalho dos profissionais de saúde locais que são responsáveis pelos setores. No estudo de Silva-Freire *et al.* (2020), um relato de experiência de residentes enfermeiras busca compartilhar suas percepções e observações em hospitais referências no atendimento a pacientes com Covid-19 e aponta a sobrecarga de trabalho, medo, estresse e insegurança vivenciados nos locais de trabalho, aumento do número de profissionais de saúde infectados com o vírus e conseqüentemente o elevado número de óbitos, assim como os sentimentos de frustração e impotência frente às perdas diárias de pacientes e o medo do desamparo num possível caso de contaminação (SILVA-FREIRE *et al.*, 2020).

As residentes relatam as dificuldades na atuação nos hospitais, mais especificamente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), uma vez que passam a ser responsáveis por pacientes com quadros muito graves, e o início da formação na residência pressupõe certa inexperiência, tornando sua atuação mais desafiadora no

contexto pandêmico, o que exige rápida adaptação ao processo de trabalho nas UTIs e a necessidade de buscar conhecimento para auxiliar em suas práticas e não sucumbir com as pressões psicológicas causadas pela pandemia (SILVA-FREIRE *et al.*, 2020).

Moraes-Filho *et al.* (2021) realizaram um estudo com 979 participantes que buscou identificar as emoções vivenciadas pelos profissionais de saúde durante a pandemia, e os sentimentos mais frequentes foram medo, ansiedade, tristeza, e em menor frequência desespero, preocupação, incerteza e esperança.

Outro estudo também investigou as reações e sentimentos de profissionais da linha de frente no atendimento a pacientes internados com suspeita de Covid-19 e identificou sentimentos positivos, como motivação e vontade de contribuir no combate à Covid-19, mas também estavam presentes sentimentos de medo, ansiedade, obrigação, preocupação com a morte, tristeza, discriminação, isolamento, preconceito, incerteza e dúvidas em relação ao futuro (PAULA *et al.*, 2021).

Um estudo chinês indica que maior exposição a pacientes com Covid-19 pode representar maior probabilidade de desenvolver sofrimento mental, em relação aos que foram menos expostos (KANG *et al.*, 2020). Outro estudo identificou, por meio de aplicação de questionário semiestruturado, os impactos da pandemia do novo coronavírus na saúde mental dos residentes multiprofissionais no Brasil, demonstrando que, apesar de a maior parte dos residentes não estar exposta diretamente ao risco de contaminação, apresentou instabilidade emocional, níveis elevados de estresse, temor do contágio, cansaço e desgaste físico e emocional relevantes devido à possibilidade de se contaminar e transmitir para a família (WITCZAK; PEREZ; RODRIGUES, 2022).

Os profissionais de saúde estão entre os grupos considerados mais vulneráveis a desenvolver sofrimento psíquico em contextos de pandemia, uma vez que se encontram em constante pressão no serviço de saúde, e estudos apontam que aqueles que atuam na atenção primária podem correr maior risco de infecção, sendo importante o monitoramento e rastreamento de ansiedade, depressão e ideação suicida, bem como o desenvolvimento de estratégias que visem cuidar precocemente de sua saúde mental (ORNELL *et al.*, 2020).

Diante do desconhecimento de estratégias de tratamento das complicações da Covid-19, esforços são concentrados em amenizar o sofrimento dos pacientes e mitigar os impactos causados pela doença, como buscar a redução da contaminação

e proporcionar um cuidado humanizado. Entretanto, os profissionais de saúde que se encontram na linha de frente podem vir a adoecer emocionalmente, e precisa ser considerado o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para auxiliá-los em suas rotinas de trabalho, durante e após o contexto pandêmico (ORNELL *et al.*, 2020).

Os profissionais de saúde são extremamente exigidos a realizarem seus trabalhos mesmo com os riscos a que estão expostos, podendo desenvolver transtornos psiquiátricos como transtorno de estresse pós-traumático, estresse, ansiedade, depressão e síndrome de burnout, e devido ao alto índice de contaminação também há conseqüentemente os afastamentos, que por sua vez desencadeiam sobrecarga e longas jornadas de trabalho, somando-se a escassez de EPIs e insegurança em trabalhar com condições precárias de recursos e infraestrutura (ORNELL *et al.*, 2020; KANG *et al.*, 2020).

O início da residência para os ingressantes do primeiro ano coincidiu com o começo da pandemia, o que trouxe muita dificuldade na adaptação às repentinas mudanças no planejamento, pois houve mudanças na carga horária, nos atendimentos presenciais e nas atribuições aos residentes, muitas vezes precisando se deslocar para funções que não se sentiam preparados tecnicamente para exercer, sentindo-se inseguros e injustiçados por precisarem cumprir uma demanda que não reconheciam como exclusiva do residente.

*Dante (R1, psicólogo em Saúde Mental): Nas duas primeiras semanas a gente fez territorialização da cidade. Então a gente passou por vários equipamentos, foi conhecendo, conhecendo equipes, aí duas semanas depois a gente já iniciava, efetivamente, com toda a carga horária, fazendo todos os campos planejados. E aí numa segunda-feira, que era pra começar, começou assim, “tragam jalecos, usem máscaras, a gente vai reduzir a carga horária de vocês pela metade”, e é isso, se virem. Foi bem difícil assim no começo, porque eu não sou daqui. Então me acostumar, montar casa, reconhecer o espaço, onde que eu tô, o que que é essa residência, a que que se propõe, porque o edital é uma coisa, e a realidade é bem diferente. Eu já tinha vindo preparado pra trabalhar 60 horas, o que foi uma coisa boa da pandemia, ter a carga horária reduzida pela metade nesse começo, agora já voltou, mas nesse começo ter a carga horária reduzida foi muito bom. Eu tava vindo desde o fim da graduação com empregos de uma carga horária bem menor, de 20 a 25 horas, e pensar as 60 horas assim foi uma coisa... me deu mais tempo também até começar essa carga horária pesada, me deu mais tempo pra eu me acostumar com o espaço, com os profissionais que eu ia trabalhar. Mas o começo foi bem difícil viu, muita desinformação, muita informação cruzada pela pandemia, quanto tempo fica de máscara, quanto tempo não fica, o que pode fazer e o que não pode, se pode atender ou não pode, presencial ou não, e é uma dificuldade minha assim, enquanto profissional, enquanto usuário de fazer consulta por aqui (online), as*

*minhas terapias tão sendo bem dificultosas, e eu não tô atendendo ninguém por teleatendimento, porque eu não consigo, não dá, pra mim não rola, tenho muita dificuldade.*

À medida que a pandemia de Covid-19 foi tomando proporções alarmantes no cenário nacional, em meados do mês de junho de 2020, preocupações com o contágio e a morte foram se intensificando e rapidamente despertaram intensos sentimentos de medo e solidão decorrentes do risco iminente de contaminação e necessidade de distanciamento social imposto para a preservação da vida. Alguns relatos dos residentes em saúde expressam a preocupação e o medo de familiares se contaminarem, além do medo de contaminar pessoas próximas, como amigos e familiares, e o sentimento de solidão decorrente do distanciamento social, como na fala a seguir:

*Amanda (R1, médica em Pediatria): Nossa, senti muito medo. Primeiro porque eu tô a quase 800, 900 quilômetros de casa. Então, assim, eu gasto 10, 10 horas e meia pra chegar em casa. Diferente de onde eu morava, que 5 horinhas eu tava em casa, pegava o carro e ia. Então eu fiquei, a minha preocupação número 1 era como estava a minha família. Como eu disse, eu tenho uma vó que é enfermeira e ainda trabalhava. Minha grande preocupação era “minha vó vai parar? Ela vai ser afastada?”. A minha outra vó também é viva e tem algumas comorbidades, como Alzheimer, pressão alta, síndrome do pânico, então outro problema. Então minha primeira grande preocupação foi com a minha família. Minha segunda preocupação era eu me contaminar e contaminar outras pessoas, então eu tenho um namorado, ele é médico também, mas ele não tá fazendo residência. Por ele não tá fazendo residência, ele vinha muito me visitar. Quando ele vinha me visitar, voltava pra casa, ele ia pra casa dos pais, então tudo isso gerava muita ansiedade, tipo, falava pra ele “não, não vem me visitar, porque eu posso te contaminar”, e inicialmente ele não tava trabalhando, hoje ele já tá. Mas inicialmente ele não tava trabalhando, e aí eu falava “ai, será que eu vou contaminar a minha família ou o meu namorado e a família dele, ou, não sei, a porteira aqui do prédio”, tudo isso a gente fica com muito medo, de tá passando pras pessoas, e acho que a última coisa foi de se sentir muito sozinha, porque, querendo ou não, quando a gente chega num lugar novo, a gente quer fazer novas amizades, quer conhecer, a gente se ajuda muito. Eu tinha já uma conhecida, que era minha R2, e a gente não se conheceu, a gente não fez confraternizações pra se encontrar. Fez uma bem no início, antes da pandemia, mas assim, a gente acabou não... “ah vamos fazer uma confraternização do final do estágio, vamos numa pizza pra gente se conhecer”. Não teve isso, então a gente acabou ficando bem isolados uns dos outros. Apesar do meu grupo de R1 igual ser bem unidos, da gente tá se ajudando e tal, eu, por exemplo, não conheço... não trouxe a maioria dos meus amigos que eu gostaria na minha casa, entendeu? De fazer alguma coisinha, então eu acho que são esses pontos, sabe, que mais pegam, da gente se sentir muito*

*isolado, muito sozinho, ainda mais longe da família, então, nossa, era, assim, uma luta diária.*

Manter as medidas de cuidado, como uso de EPI e fazer distanciamento social, poderia passar uma sensação de controle da situação, mas não diminuía a tensão e o medo de se contaminar, pois estavam constantemente próximos de casos suspeitos de infecção com SARS-COV-2, havendo o risco de contaminar familiares que não estavam expostos ao vírus.

*Lavínia (R1, fisioterapeuta em Saúde da Família): Isso no começo. Depois eu acho que eu fui me acostumando, não sei se essa é a palavra, com o dia a dia do uso dos EPIs, do distanciamento, de tomar cuidado, e a neura foi saindo assim, foi se dissipando aos poucos, e hoje... na verdade há duas semanas, teve dois suspeitos na Unidade, dois casos suspeitos e mais duas pessoas foram afastadas, então foram quatro pessoas afastadas. As quatro pessoas colheram o swab e só uma deu positivo, porque a mãe dela também deu positivo, então os outros três deram negativo, mas enquanto o resultado não saía eu entrei de novo naquela de “ai meu deus, a gente tá exposto o tempo todo”, né? E eu morei fora, então eu morava sozinha lá em Santos, mas agora que eu voltei pra Botucatu eu tô morando com os meus pais, então dá um certo medo de trazer isso pra eles. Eles fazendo o distanciamento, e eu continuando trabalhando, então traz um pouco de uma angústia, assim, sabe? Mas isso eu tô conseguindo por enquanto levar. É uma montanha russa. Às vezes você surta, aí você volta ao normal, você surta e volta ao normal.*

As mudanças na rotina eram inevitáveis, e o medo constante de ser um potencial transmissor do vírus forçava-os a fazer o distanciamento social, privando-se de encontrar familiares e isolando-se no ambiente doméstico.

*Natalia (R2, médica em Medicina de Família e Comunidade): Ah, a minha vida mudou muito, assim, eu moro sozinha aqui, então a minha válvula de escape era sair um pouquinho, caminhar, às vezes ir na academia, sair pra correr, isso falando individualmente. Então isso pra mim foi muito ruim, não poder sair, eu fiquei com medo de sair na rua, até mesmo como profissional da saúde, que recomendava pra ficarem em casa, eu acho que não era muito adequado eu sair, mesmo que fosse ao ar livre. Então eu acabei ficando muito reclusa, e isso me dá muita angústia, não gosto de ficar muito tempo em casa, eu gosto de sair, e também na questão de ficar sozinha aqui, não poder voltar pra minha casa, ficar longe da minha família, ter medo de chegar perto da minha família e tudo o mais. Então pra mim acho que essa mudança foi a que mais me impactou. [...] Eu acho que ter medo mesmo de fazer mal pros familiares e de não poder sair de casa foi o que mais mudou assim na minha vida, porque de resto na rotina de trabalho acabou ficando na mesma, ir todos os dias trabalhar.*

Embora alguns relatos indiquem que a preocupação maior era com a transmissão para familiares, havia também o caso de pessoas que tinham muito medo

de se contaminar e morrer por ser do grupo de risco, indicando que os riscos e o medo do vírus eram muito singulares. No início da pandemia, a maioria dos óbitos ocorria em pessoas que apresentavam algum histórico de doença clínica, e caso viessem a se infectar poderiam desenvolver maior gravidade, correndo sérios riscos, passando a ser considerados grupos de risco. Trabalhar como profissional de saúde no enfrentamento da pandemia já se caracterizava risco devido à grande exposição ao vírus SARS-COV-2, e estar em um grupo de risco poderia potencializar o perigo, provocando muito medo em quem estivesse nessa posição.

Sofia (R1, enfermeira em Saúde Mental): *Eu tinha bastante medo de pegar o Covid, eu sou do grupo de risco, eu tenho asma, bronquite, além de ser obesa. [...] assim, eu levei isso, e as pessoas, “não, não vai ser afastada, vai continuar”. Então eu tinha bastante medo de pegar, ainda tenho, mas eu tinha mais medo ainda da minha família, não voltar pra casa, ficar só aqui em Botucatu, era bem difícil, assim. Todo mundo com medo, era um medo generalizado, assim, acho que agora a gente tem menos medo, acho que é porque a gente sabe se cuidar mais, mas antes não, a gente ficava às vezes seis horas na porta e ficava as seis horas sem ir no banheiro, sem beber água, porque a gente tinha medo de ir no banheiro e acabar relando no avental, relando na máscara, a gente passou um período sem ter EPI. Na primeira campanha de vacinação não tinha máscara pra todo mundo, então a gente acabou vacinando sem máscara a população. Então eles davam prioridade mesmo pros profissionais contratados, assim, e não davam muita prioridade pros residentes. Então foi bem difícil.*

O medo da morte pode ser definido como um medo compartilhado entre os seres humanos e os animais devido ao instinto de sobrevivência presente na evolução das espécies, porém apenas os seres humanos convivem com a consciência inevitável de que a morte chegará em algum momento, e temos que sobreviver com essa consciência da morte iminente e aterrorizante (BAUMAN, 2006).

Diante da imprevisibilidade do novo coronavírus, foi preciso adotar algumas medidas para conter o avanço da pandemia, como manter distanciamento entre as pessoas, forçando a reorganização dos serviços de saúde e não mais permitindo a presença de dois profissionais de saúde juntos no mesmo local, por meio de escalas e rodízio entre os funcionários locais e residentes.

O distanciamento social é considerado um método muito eficaz para reduzir os indicadores de morbimortalidade e é 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 (ROCHA *et al.*, 2021).

Essa nova organização provocou não apenas um distanciamento físico, mas também um distanciamento afetivo, uma vez que cada um passou a atuar sozinho em um programa de residência que pressupõe uma atuação interprofissional. Além disso, muitos não se cruzavam e não se reconheciam mais nos serviços de saúde, uma vez que passaram todos a usar máscaras e EPIs que desconfiguravam os traços afetivos, como as dores e alegrias de um encontro.

O distanciamento das funções específicas de cada categoria profissional de saúde trouxe sentimentos profundos de frustração, pois tinham enorme expectativa, ao entrarem na residência, de aprenderem a trabalhar em equipe, de desenvolverem habilidades grupais e interdisciplinares, porém o desafio foi sair da zona de conforto e enfrentarem rotinas desgastantes de organização de fluxo de pacientes dentro dos serviços de saúde, e ressignificar seus papéis profissionais enquanto residentes em saúde atuantes no enfrentamento da pandemia.

O cumprimento das medidas sanitárias, como o distanciamento social, era imprescindível, mas podemos perceber que o impedimento em encontrar a família acarretou a falta de informações sobre as condições de saúde dos familiares que se contaminaram com o vírus, e o medo de familiares morrerem era muito assustador, despertando sensação de impotência frente ao perigo da doença.

*Sofia (R1, enfermeira em Saúde Mental): E durante a pandemia os meus pais contraíram Covid, em maio, meu pai, minha mãe e minha irmã, e como eu não tava indo pra casa eu acabei não pegando. O meu pai trabalha na Fundação Casa e teve um surto dentro da Unidade dele, 14 profissionais pegaram, meu pai acabou pegando e levando pra casa, meu pai, ele é do grupo de risco também, tem asma e acabou indo pra hospital e tudo mais, mas isso eu só fiquei sabendo depois. Eu soube que eles estavam com Covid, mas as complicações que teve eles não me passaram, eu fiquei sabendo quando eles melhoraram, e foi assim, um período muito difícil pra mim, porque em sã consciência eu largaria tudo e iria embora pra casa, dane-se o Covid, eu tenho que cuidar do meu pai e da minha mãe. E nesse momento os residentes me colocaram na real, assim, “o que que você vai fazer lá? Você não pode fazer nada por eles, você não tem a cura, você pode dar um apoio moral pra eles, dar um apoio aí, mas você pode dar daqui também”. E foi um momento que eles não me deixaram sozinha, a gente acabou meio que se fortalecendo assim, eu acho que esse apoio assim entre a gente foi muito importante, sabe? Do sentir mesmo que a pessoa não tá bem, de uma conversa. Mas eu acho que foi isso assim, de um apoiar o outro mesmo, de ir além do coleguismo, de virar uma amizade mesmo, de um sustentar o outro, tem um psicólogo na minha miniequipe, daí eu falei que vários momentos a*

*gente teve terapia grupal ali, psicanálise grupal, a T.O. [terapeuta ocupacional] também fazia atividade de relaxamento com a gente, alongamento, PICs também que o psicólogo faz, aurículo, então a gente seguiu bem a onda por conta dessa ajuda que um deu pro outro.*

Durante a pandemia o aspecto do papel social dos profissionais de saúde passou a ser muito destacado pelas mídias, concedendo-lhes uma importância e responsabilidade muito grande ao trabalharem no enfrentamento da pandemia na linha de frente. No entanto, em um país onde o trabalhador da saúde é desvalorizado, é necessário reconhecer a importância que tiveram durante a pandemia, mas ainda assim destacando suas singularidades enquanto seres humanos que também carregam seus anseios, medos e preocupações.

Sendo assim, os profissionais de saúde buscaram corresponder a uma expectativa socialmente imposta, resultando em uma sobrecarga emocional e física, e isso indicava uma dificuldade em entrar em contato com o próprio sofrimento emocional, negando o próprio medo e angústia, ou algumas pessoas realmente foram menos afetadas pelo medo na pandemia?

Fato é que os profissionais de saúde foram formados e treinados para lidar com a doença no outro, e poucas vezes são abordados o próprio adoecimento e suas fragilidades.

No próximo relato é possível perceber uma preocupação e angústia muito maior em relação ao adoecimento de conhecidos e pessoas próximas, demonstrando certa dificuldade em reconhecer os riscos e fragilidades do próprio adoecimento, reforçando a ideia abordada anteriormente.

*Roberto (R2, médico em Pediatria): Assim, eu não me senti... não foi algo que me abalou, eu acho que se eu tivesse que contar algo na minha saúde mental que tenha me abalado nesse tempo de pandemia foi ver alguns colegas doentes, eu acho que nesse sentido que foi algo que, que gera uma angústia, ver professores, amigos de amigos falecendo. Perdendo colegas de trabalho de certa forma, mas de forma indireta, porque não perdi nenhum colega muito próximo, então eu acho que no início da pandemia aí, algo que foi um pouco forte nesse sentido é da gente se sentir um pouco incapaz de combater o vírus, mas a gente foi aprendendo a tratar à medida que as pessoas foram morrendo. Hoje a gente trata muito melhor, a gente sabe como começar um tratamento, diferente de como era no começo, onde ainda tinham muitas condutas e nem todas davam certo. Acho que existe uma angústia num sentido de ter visto pessoas próximas se contaminarem, principalmente dentro do hospital e no contexto de trabalho médico.*

Deve-se considerar que o adoecimento emocional dos profissionais de saúde não se dá apenas devido ao medo da própria morte, mas também pela sobrecarga no cuidado com pacientes em estados críticos decorrentes das complicações da Covid-19. Os pacientes chegam em condições diversas nos serviços de saúde, e a evolução dos casos também é muito variável, podendo vir a óbito muito rapidamente ou ter seu tratamento estendido por um período muito longo, causando desgastes emocionais e físicos nos profissionais responsáveis pela sua vida.

Para se enfrentar uma situação de crise é necessário que o profissional de saúde tenha condições para manter um equilíbrio mental, pois o esgotamento físico e mental dificulta que se exerça o cuidado de outra pessoa, podendo gerar condições inseguras tanto para si próprio quanto para quem estiver sob seu cuidado (SANTOS; ALMENDRA; RIBEIRO, 2020).

O relato a seguir descreve a urgência do atendimento ao sofrimento psíquico e a necessidade em recorrer ao acolhimento em saúde mental, reconhecendo a importância de se buscar apoio especializado para enfrentar as consequências que se apresentavam da pandemia.

*Bianca (R1, enfermeira em Saúde da Família): Ah, terça-feira que fui fazer acolhimento lá na saúde mental, eu fui fazer acolhimento, terça-feira agora eu tenho uma outra consulta com a psicóloga, e daqui duas semanas eu tenho consulta com o psiquiatra, que é o novo psiquiatra lá, mas eu busquei ajuda, sim, busquei e já tô buscando tratamento também, já peguei os telefones daquela clínica social que a psicóloga me deu. Eu vou esperar receber e eu já vou fazer uma reorganização pra essa clínica, pra eu começar a ingressar, mas até o momento eu tô sendo acompanhada lá na saúde mental, pela psicóloga, não pelos residentes.*

O acompanhamento profissional para cuidar da própria saúde mental permitiu reconhecer o período de fragilidade decorrente das consequências da pandemia, indicando a dificuldade em ter que lidar com o próprio sofrimento psíquico e as exigências em querer corresponder às expectativas e demandas direcionadas aos profissionais de saúde.

*Carol (R1, médica em Medicina de Família e Comunidade): Eu faço terapia. Eu faço terapia já há alguns anos, porque já tive um episódio de depressão, então eu sempre faço acompanhamento com a minha terapeuta, porque eu entendo que é um período de fragilidade, eu já fazia antes do ataque de pânico, já tava fazendo, e quando eu tive eu continuei fazendo, porque eu entendo que quando a gente se dedica à medicina de verdade, então é difícil de você modular o quanto que você consegue dar, o quanto que você consegue receber, o nível de*

*ansiedade de cobrança que você tem dentro de si. Então eu acho essencial pros cuidadores serem cuidados.*

O cuidado em saúde mental dos profissionais de saúde deve ser viabilizado nos serviços de saúde por meio de estratégias de promoção e prevenção de agravos, com profissionais capacitados da área que possam formar equipes de suporte psicológico, com ofertas de ações de acolhimento e atendimento à crise, primeiros cuidados psicológicos, seja presencial ou on-line, serviços de telemedicina, reconhecendo a necessidade de se estruturar uma rede de cuidados visando a saúde dos profissionais de saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

O relato a seguir indica a importância em ter recebido suporte profissional em saúde mental, não apenas durante a pandemia, mas também em sua formação na graduação, possibilitando a manutenção de um vínculo importante de cuidado, mesmo quando foi necessário adaptar para um acompanhamento virtual, o que veio a ser um imperativo em tempos de distanciamento social.

*Amanda (R1, médica em Pediatria): Então, é... graças a deus eu tenho uma psicóloga desde a minha faculdade, ela é lá de onde estudei, então desde o meu quinto ano de faculdade, porque eu acho que foi o mais importante na minha graduação e no meu, no mercado de trabalho mesmo, na atuação nesse um ano que eu fiquei trabalhando sozinha, ela me acompanhou virtualmente, então eu já estava acostumada com o método virtual, e vai fazer... vou fazer quatro anos que eu tô com ela e... então, assim, foi imprescindível, sabe? Foi fundamental.*

É preciso muito cuidado ao analisar as estratégias de cuidado adotadas por alguns residentes deste estudo, pois se devem considerar as desigualdades ao acesso a um tratamento psicoterápico particular, ao qual poucos têm acesso devido ao custo elevado na maioria das vezes, sendo necessário o desenvolvimento de ações nos serviços de saúde pública, buscando minimizar os impactos decorrentes do enfrentamento da pandemia, tanto ações individuais quanto coletivas, prezando por todos os cuidados necessários para não se expor a riscos de contaminação.

Além do cuidado consigo mesmo, os residentes demonstraram cuidado e preocupação também com o profissional ao lado, buscando informações sobre o estado emocional deste quando se cruzavam no local de trabalho, justificados pela pandemia, mas também pelo risco de adoecimento psíquico do profissional de saúde.

*Roberto (R2, médico em Pediatria): Houve algumas... Eu não tive nenhuma iniciativa nesse sentido, a não ser a iniciativa de em todo tempo procuro ir perguntando nos corredores, olhando no olho, "E aí,*

*cê tá bem? Como é que você tá? Como é que são as coisas?”, porque paralelo a esses tempos de pandemia nós tivemos casos de suicídio dentro do hospital, então foi algo que me marcou muito. Acredito que não tinha relação com a pandemia, mas aí tenho tido zelo nesse sentido, de sempre tá olhando no olho, tá perguntando, independente da intimidade que eu tenho com o colega, “E aí, mano, você tá bem? Como que você tá?”, e aí essa preocupação, mas eu vi algumas iniciativas por parte de alguns professores de montar grupos com psicólogos com alguns alunos, pra alguns professores, porque no começo da pandemia houve alguns professores que ficaram muito ansiosos, ficaram com muito medo por já estarem atendendo em outros municípios e verem gravidade de casos, principalmente em criança aí, tem vindo muitos casos. Então eu vi alguns professores entrarem em pânico, então um pouco da iniciativa, dessa conversa, que na verdade acabou se gerando um projeto mesmo.*

O sofrimento psíquico dos profissionais de saúde foi acolhido com muito cuidado, demonstrando preocupação, responsabilidade e afeto, ressaltando a importância do vínculo e da confiança ao se permitir ser cuidado nos momentos de fragilidade.

*Carol (R1, médica em Medicina de Família e Comunidade): Eu acho interessante que, dentro da Unidade, às vezes um tá muito mal, um tá tendo uma crise de ansiedade, um tá tendo uma crise de choro, hoje um tá tendo um dia muito difícil, um familiar que ficou doente, ou outro funcionário ficou doente, todo profissional de saúde que eu entro em contato tão fragilizados, e em alguns momentos você tá melhor, e a sua equipe de enfermagem vai tá fragilizada, em alguns outros momentos você tá pior, e os seus colegas vão tá ali pra segurar pra você. Quando eu tive a minha crise, eu fui muito acolhida pelo resto da equipe, e assim como várias outras pessoas tiveram crises e foram acolhidos pela equipe. Então a gente tem essa unidade, mas é interessante que tá todo mundo muito fragilizado.*

Ser profissional de saúde durante a pandemia e estar trabalhando diretamente na linha de frente tornava-os potenciais transmissores do vírus SARS-COV-2, ocasionando situações de desconforto e sensação de preconceito dos familiares que sentiam muito medo em se aproximar.

*Natalia (R2, médica em Medicina de Família e Comunidade): Eu senti um pouco [de preconceito], eu senti um pouquinho de familiares principalmente, que não queria que a gente chegasse perto por ser médico, mais assim, a família do meu namorado ficou com medo. Depois de um tempo, passado acho que quase dois meses a gente acabou se encontrando com algumas pessoas, e elas não queriam tocar no mesmo garfo, ou no mesmo objeto que eu tinha tocado, mas eu não me senti ofendida nem nada, acho que é uma questão de medo mesmo, então acho que é compreensível.*

O relato a seguir reforça a percepção do preconceito sofrido pelos profissionais de saúde residentes, pois eram identificados como potenciais transmissores do vírus não apenas no local de trabalho, mas em qualquer lugar que frequentassem, até mesmo em um posto de combustível.

Bianca (R1, enfermeira em Saúde da Família): *Toda hora [sinto preconceito por ser profissional da saúde]. Toda hora. Quando a gente vai no posto, aí o jaleco tá dobrado no banco do passageiro, ou quando tá nas costas, quando eu tiro que eu vou colocar pra lavar, aí eu vou no posto abastecer, e os caras já olham meio torto, tipo, “ah, profissional de saúde”. Quando eu falo pros meus amigos que são daqui, não são de Botucatu, e eu falo que eu tô inserida nessa questão, o pessoal fica me perguntando toda hora, “nossa você tá bem?”, como se eu estivesse prestes a morrer a qualquer momento. De verdade, me perguntam toda hora, se eu tô bem, como que eu tô, se eu testei, tipo... toda hora mesmo. E eu mesma, às vezes eu fico pensando, mercado quando eu vou fazer compra, eu fico tipo “ah, tomara que ninguém saiba que eu sou profissional da saúde”, porque o pessoal vai começar a se afastar de mim, sabe? Ai, pelo amor de deus, não encontre paciente, deus me acuda, sabe? Pra não encontrar ninguém que eu conheça, porque vão pensar o que eu tô fazendo no mercado, sendo que eu posso fazer compra. Eu tomo as medidas de higiene possíveis. Então é isso que eu sinto. Mas, nossa, no posto de gasolina é sempre, sempre, sempre.*

Em um estudo sobre as repercussões da pandemia na estigmatização e preconceito, as autoras Paixão *et al.* (2021) utilizam o conceito de estigma do sociólogo Erving Goffman, definido pela ideia da diferença entre pessoas “normais” e “estigmatizados”, ou seja, em tempos de pandemia, há a discriminação de pessoas infectadas ou que mantêm contato com pessoas doentes e aqueles que acreditam não estar contaminados.

O estudo ainda indica que as profissionais da enfermagem sofrem mais preconceito e estigmatização por trabalharem longas jornadas na linha de frente, diretamente com casos confirmados, sendo consideradas potenciais transmissoras do vírus (RIBEIRO; ROBAZZI; DALRI, 2021). É importante reforçar a necessidade de se tratar com respeito, solidariedade e compaixão aqueles que estão se arriscando para cuidar de pessoas adoecidas pelo vírus (PAIXÃO *et al.*, 2021).

A falta de contato e interações sociais desencadeava forte sensação de solidão, assim, a tecnologia passou a ser um recurso importante para diminuir o distanciamento físico e os sentimentos advindos da solidão.

Amanda (R1, médica em Pediatria): *Eu sempre fui uma pessoa muito social, então de não ter... me sentir sem amigos, às vezes falar assim “nossa, tudo que eu queria era uma reunião com os meus amigos, jogar alguns jogos de tabuleiro, assistir algum filme”, e não tinha como,*

*então, querendo ou não, alguns métodos virtuais são ótimos, a gente faz alguns jogos, mas é suficiente, então, é... esse foi um aspecto que eu trabalhei muito com ela [psicóloga], da parte da solidão.*

A rotina passou a ser exclusivamente voltada ao trabalho, e a necessidade de evitar interação social e o contato físico passou a restringir o círculo social a parceiros de trabalho que também se encontravam em constante risco pela exposição ao vírus SARS-COV-2. Dividir moradia com alguém poderia ser um fator protetor para o enfrentamento da solidão em tempos de pandemia, e, em algumas situações, morar sozinho poderia indicar um fator de risco, sendo necessário adotar estratégias para diminuir o sentimento de solidão, como se encontrar após o trabalho para unir aqueles que se sentiam solitários.

*Beatriz (R3, médica em Pediatria): Também são variados, cada um responde de uma forma, mas acho que no contexto geral existiram dois movimentos, porque inicialmente todo mundo, acho que não só os residentes, mas as pessoas vivendo na pandemia tendiam a se afastar, evitar os contatos, nos primeiros meses eu era do hospital pra casa, da casa pro hospital, realmente sem contato, evitando ao máximo, e teve um momento que eu senti que essa exaustão, essa solidão de só se ver no trabalho, só daquele jeito, a gente entra numa sala de prescrição com cinco ou seis médicos, que sempre se veem todos os dias e não se abraçam, totalmente diferente de antes, eu senti que rolou um pouco o oposto, assim, teve fase em que os residentes, eu ouvia muito isso entre eles, “ah, a gente tá junto todos os dias, não muda nada a gente se ver em casa agora à noite”, então começaram a tentar se buscar, né? Particularmente, como eu não moro sozinha, eu moro com o meu namorado, eu não tinha tanto essa questão, eu acho que morando sozinho na pandemia deve ter sido muito mais difícil pra algumas pessoas, então eu não era essa pessoa que buscou esses grupos, mas eu via nos meus colegas uma necessidade muito grande de tarem em conjunto, de tarem juntos em outros momentos fora do trabalho.*

Em outras situações, o encontro fora do local de trabalho era evitado, pois as pessoas já se sentiam bastante expostas inevitavelmente dentro do hospital, e por algum momento foi priorizada a segurança em não se expor ou expor outras pessoas ao risco de contaminação fora do trabalho.

*Felipe (R2, farmacêutico em Saúde do Adulto e Idoso): É uma relação estranha, porque a gente tinha um contato ali mínimo nos setores de trabalho e tal, só que ao mesmo tempo a gente tava com uma limitação de se encontrar fora do setor do serviço, porque isso caracterizava um risco, né? Porque a gente tava tudo dentro de um hospital. Então ao mesmo tempo que a gente tava ali, porque era obrigado estar ali, a partir do momento que a gente tá fora desse setor era uma opção, não é algo que é obrigatório a gente tá fazendo, então isso foi uma coisa que eu fiquei pensando bastante, tanto que eu me limitei ao máximo o*

*contato fora do setor do hospital, fora do ambiente hospitalar pra me encontrar com outras pessoas.*

O relato a seguir demonstra que o medo de se infectar e transmitir para outras pessoas era constante, porém com o passar do tempo e exaustos de fazer o distanciamento social, percebemos contradições em situações nas quais o residente passa a flexibilizar a rigidez de medida sanitária e o distanciamento social, decidindo aos poucos assumir alguns riscos e voltar a encontrar alguns familiares.

*Felipe (R2, farmacêutico em Saúde do Adulto e Idoso): Nos primeiros momentos sim, mas mais relacionado com a visita dos meus pais, assim. Não de me contaminar ou de ser infectado e por mim mesmo, mas mais pelo contato com outras pessoas e também porque em Botucatu... é que agora atualmente eu tô em Campinas, né? Mas em Botucatu eu morava com pessoas que... com mais pessoas na casa, né? Então na verdade era um medo que passava dentro de mim, um medo de contaminar outras pessoas que não tinham a ver com a minha atividade em si. Mas por algum tempo eu fiquei sem visitar meus pais, mas depois de um tempo que eu fui vendo... fui mantendo as medidas de precaução eu fui visitá-los, mas mesmo assim eu mantinha o uso de máscara, a gente... em relação à alimentação a gente fazia separado. O medo acho que sempre tava ali, escondido ali um pouco, sim. Na verdade, acho que era mais uma questão de precaução mesmo, de prevenção mesmo, de evitar um possível dano, né?*

As mudanças na rotina de trabalho impediam de encontrar até mesmo aqueles que trabalhavam no mesmo local e turno, indicando os impactos sofridos pelo distanciamento social e os sentimentos de solidão frente à dificuldade em compartilhar as vivências durante a pandemia.

*Bianca (R1, enfermeira em Saúde da Família): A gente mal tem tempo de ir até a copa e tomar um café e conversar entre nós, residentes. Então, por exemplo, tinha uma colega que é colega minha, a enfermeira da saúde mental, eu não a vi durante dois meses, e ela estava comigo nos mesmos dias que eu.*

Aqueles que buscavam seguir de maneira mais rígida as orientações do distanciamento social passavam a sentir os impactos na própria saúde mental, pois tinham que lidar com a contradição entre preservar a vida e descumprir o distanciamento social para se reunir com os amigos, desencadeando crises existenciais, como na fala seguinte.

*Celina (R2, psicóloga em Saúde Mental): Senti, e porque, inicialmente, eu falo que eu não fiquei mal, eu não fiquei mais ansiosa, mas eu tinha uns rompantes de crise existencial, eu sentia que essa questão de tá próxima de morte e de desastre fazia com que eu me questionasse bastante, eu senti que eu fiquei mais existencialista, assim, mais reflexiva, minha análise girava em torno disso várias vezes, e o que*

*me custou muito a minha saúde mental foi que eu me distanciei muito dos meus amigos durante esse período, justamente porque eu tava mais focada em fazer esse distanciamento, esse distanciamento, algumas outras pessoas não muito, então pra mim isso foi seguindo diferente, e eu acabei ficando mais isolada mesmo, isso me afetou um pouco, porque eu sempre tive vontade de fazer as coisas que todo mundo tava fazendo, mas eu ainda prezava pelo distanciamento social, e isso me afetou.*

Os impactos na saúde mental estavam associados ao medo da pandemia, mas não apenas ao risco de contaminação. Somavam-se a isso o medo da desumanização e a impossibilidade de socializar com as pessoas que trabalhavam lado a lado diariamente.

*Celina (R2, psicóloga em Saúde Mental): Eu acho que uma coisa que me marcou muito também pra mim, e vem marcando, é novamente esse paradoxo, a gente trabalhou menos horas, mas o cansaço subjetivo de trabalhar com EPI e com essa ameaça constante foi muito grande. Então é... teve uma reportagem da Eliane Brun, que é uma jornalista, e ela faz com uma moça que trabalhou na Etiópia, do médico sem fronteiras, é uma psicóloga que trabalhou na Etiópia durante o surto de ebola, e aí ela fala muito desse medo de estar com outros humanos, como você acolhe alguém, não podendo chegar perto, não podendo ver o rosto da pessoa, não podendo sorrir pra pessoa, e eu acho que a pandemia me marcou muito nesse sentido, porque a gente ficava muito cansado, e não tinha escape, então no trabalho era difícil, não podia tá com as pessoas, não podia compartilhar um bolo, uma comida, eu sentia que não tinha por onde escoar esse estresse de tá com máscara, de tá com EPI, de não poder ver o rosto das pessoas.*

A pandemia também será lembrada pela marca deixada nos rostos de cada um, não apenas pelo uso obrigatório de máscara como forma de proteção, mas também pela descaracterização dos traços físicos, impedindo de reconhecer o rosto das pessoas que estavam bem à sua frente.

*Celina (R2, psicóloga em Saúde Mental): Ah, e uma outra coisa que foi bastante marcante pra mim, é porque as outras residentes passavam em ciclos, e aí teve uma residente da obstetrícia que entrou, e, na verdade ficaram duas, elas ficaram três meses na Unidade, então no total seis meses, elas entraram pra trabalhar comigo, e, como a gente só usava máscara, eu nunca tinha visto o rosto delas, e eu não conseguia saber quem era, eu conversava com elas o dia inteiro, eram amigas próximas de trabalho da residência, a gente tava cinco dias da semana e a gente conversava sobre muita coisa, e eu não sabia o rosto delas, aí um dia uma delas me pediu pra seguir na rede social, e eu fiquei em choque, porque eu vi o rosto dela, eu não reconheci, eu falei "quem é essa?", e era uma moça que trabalhava do meu lado há meses. Isso foi bem bizarro também.*

O distanciamento físico desencadeou também um grande distanciamento afetivo, pois ao se cruzarem no serviço era como se não se conhecessem, ainda que

fossem residentes do mesmo programa que trabalhavam no mesmo local, indicando uma percepção muito solitária no enfrentamento da pandemia, em que cada um buscava fazer o que achava melhor para si.

*Milena (R2, nutricionista em Saúde da Família): Cada residente tem feito como acha melhor, ou como entende que dá conta de fazer. Pelo menos é assim que eu tô percebendo. Mas, assim, como a gente não se encontra mais, a gente não se vê mais, é raro a gente se encontrar. Então a gente não sabe mesmo direito o que tá acontecendo, a gente não sabe como que tá pras outras pessoas. Às vezes eu encontro com algum outro residente lá no Centro de Saúde, é estranho assim, parece que a gente nem se conhece, sabe? Um distanciamento grande mesmo que eu tô sentindo.*

O afrouxamento das medidas de prevenção como distanciamento social e aglomeração aumentava o risco de contaminação provocando conflitos ao encontrar familiares devido a possibilidade de transmissão do vírus.

*Felipe (R2, farmacêutico em Saúde do Adulto e Idoso): Teve uma comemoração de um aniversário de uma residente, e aí a gente se reuniu em algumas pessoas pra tomar um café à tarde, só que eu ia encontrar os meus pais no final de semana, eu já tinha combinado, e aí isso gerou muita tensão assim com a minha companheira, com a minha parceira, e com meus pais também, fiquei com bastante receio, gerou discussões e tal, e isso foi um dos momentos que eu pensei, “vou tentar me controlar em relação a essas reuniões assim”, foi a única vez que eu percebi que fugiu um pouco do controle, que acho que foi num momento que tava, que tinha passado aquele primeiro baque da pandemia, de ninguém conhecer nada, e começar a afrouxar um pouco as coisas, e aí eu acabei cedendo um pouco nesse sentido, mas depois isso gerou muita tensão.*

O desgaste provocado pela pandemia trouxe consigo um sentimento de impotência diante do desafio que estava à frente do residente em saúde, que em meio a tantas mudanças precisava buscar seu espaço enquanto profissional de saúde, porém em muitos momentos se encontrou desprovido de sentido em suas práticas profissionais, e perplexo pelo medo desejava não estar ali, precisava se sentir protegido do perigo.

Mas como se proteger efetivamente do vírus uma vez que havia escassez de EPIs? O mundo inteiro estava enfrentando as consequências devastadoras da Covid-19, e todos buscavam se proteger. Quem pudesse deveria ficar em casa, esse era o lema. Trabalhar em home office, evitar encontros presenciais, aglomerações, aulas foram canceladas, parte dos comércios e outros serviços foi fechada, foi então declarado que apenas os serviços considerados essenciais deveriam funcionar, e todos os serviços de saúde foram convocados ao enfrentamento da pandemia.

E os residentes, onde se encontravam diante dessas restrições? São matriculados em programas de pós-graduação, então são estudantes? Já são profissionais de saúde formados, portanto, deveriam trabalhar na linha de frente no enfrentamento da pandemia? Questões que foram surgindo no início da pandemia e que provocaram dissenso entre os próprios residentes e também entre os serviços de saúde e coordenação dos programas de residência.

De qual forma os serviços de saúde e programas de residências poderiam ter se organizado para passar mais segurança e despertar interesse dos residentes, de maneira que pudessem desenvolver habilidades técnicas que suprissem as carências em suas formações e ao mesmo tempo possibilitar o cuidado com os pacientes? Talvez os gestores e coordenadores também estivessem paralisados frente ao medo e decidiram optar pela segurança da vida de todos, mesmo que isso causasse o descontentamento dos residentes.

### **3.2 Abandono, desinformações e infodemia**

A segunda categoria apresenta o tema das “Desinformações e infodemia”, na qual serão demonstradas as repercussões das desinformações no contexto pandêmico, as divulgações de notícias falsas e os impactos nas atuações dos profissionais de saúde residentes, além das estratégias adotadas por cada um para lidar com o fenômeno da infodemia.

Segundo a Opas (2020), a desinformação pode ser compreendida como uma estratégia deliberada e intencional para enganar por meio da divulgação de informações falsas e imprecisas, e a infodemia caracteriza-se pelo aumento expressivo na cobertura de informações relacionadas a um único assunto, podendo se disseminar muito rapidamente em tempos pandêmicos, como uma espécie de vírus, porém não está necessariamente vinculada à divulgação de notícias falsas, mas acaba por dificultar a verificação da qualidade da informação.

Podemos considerar que a pandemia de Covid-19 provocou uma infodemia relacionada aos aspectos de sua origem, às suas causas, às formas de tratamento e aos mecanismos de propagação do vírus (OPAS, 2020). Esse fenômeno da infodemia pode provocar uma grande confusão e agravar as consequências dos impactos durante a pandemia de Covid-19, podendo causar ansiedade, depressão, sobrecarga e exaustão emocional, além de dificultar que profissionais de saúde encontrem

informações confiáveis ou mesmo fazer com que sejam prejudicados nas tomadas de decisão (OPAS, 2020).

O início da pandemia de Covid-19 desencadeou uma enorme produção de informações pelas mídias e redes sociais acerca dos riscos, formas de prevenção e cuidado, no entanto, proporcionalmente, o consumo de informações de qualidade produzidas e divulgadas por fontes confiáveis passou a provocar emoções difíceis de serem administradas. A fala a seguir indica a busca por estratégias para se manter bem-informada, de modo a não se sobrecarregar tanto, evitando absorver informações que não traziam contribuições para a prática profissional.

*Amanda (R1, médica em Pediatria): Eu procurava nem assistir tanto noticiário, televisão. Eu gostava de assistir muitas lives do Atila, porque aí ele falava uma visão real do que estava acontecendo, mas as notícias mais sensacionalistas me faziam mal, então eu não assistia de jeito nenhum. Era bem difícil. Eu, no quesito informações, a televisão eu não ligava, eu não gostava de ver noticiário, tal. O que eu fazia? Pela manhã eu abria, tipo, Folha de São Paulo, ou algum outro meio de notícia, G1. Eu acabei me associando à Sociedade Brasileira (de Pediatria), então eu via algumas notícias tipo “como o Covid se manifesta na criança” e tal, então eu lia algumas informações desse tipo. Me desliguei completamente da política. Eu sei que não é algo certo, a gente tem que tá sempre antenado, mas eu estava passando muita raiva, então eu não... dei uma desligada, mas era difícil, porque são muitas informações e traz muita ansiedade, então eu dei uma controlada nesse quesito.*

Delgado *et al.* (2021) mapearam em uma pesquisa de revisão o conhecimento científico sobre as repercussões da infodemia na saúde mental de adultos e idosos no contexto da pandemia e encontraram a presença de ansiedade, depressão, estresse e o medo entre os sintomas mais frequentes relacionados à infodemia.

Manter-se bem-informado durante a pandemia era um desafio, pois nem toda informação produzida era confiável ou de qualidade. Consumir muita informação, seja de fontes científicas, seja pela mídia ou redes sociais gerava muita ansiedade e sentimentos de desânimo devido aos impactos devastadores causados pela pandemia.

*Carol (R1, médica em Medicina de Família e Comunidade): Então, entre os meus grupos de médicos, são muitos artigos, eu recebia muitos artigos no WhatsApp, e alguns artigos eu sabia que eram confiáveis, e alguns artigos não pareciam tão confiáveis assim, porque não saíram em grandes papers, mas eram assim, por causa da novidade do vírus eu os lia. E também eu vi muita coisa, eu acho que isso mais como pessoa, no Twitter, no Instagram, no Facebook, mas aí relatos pessoais, de pessoas que eu conheço, ou conhecidos de conhecidos, e eu acho que eles eram muito mais ansiogênicos do que*

*os papers que eu lia, apesar de que eles, os artigos também têm uma certa... um caráter um pouco desolador, porque é uma doença nova. Nunca vai ser uma doença animadora de ler sobre o coronavírus, por enquanto.*

O fenômeno das Fake News não é exclusivo da pandemia e já fazia parte das estratégias de desinformação há muito tempo. No entanto, a pandemia impulsionou uma série de iniciativas visando combater a desinformação pelos meios de comunicação, seja pela internet, por meio de redes sociais, ou pela mídia convencional em telejornais (TEIXEIRA; MARTINS, 2020).

Os profissionais de saúde também buscaram desenvolver estratégias para combater a desinformação, como se pode perceber no relato de experiência de Souza *et al.* (2020), no qual apresentam as experiências, percepções e inferências de uma ação de educação em saúde na temática da Covid-19 por meio das mídias de comunicação social, *Instagram*, *Facebook* e *WhatsApp*, demonstrando a importância da iniciativa, uma vez que contribuiu com a verificação de notícias falsas e compartilhamento de informações com conteúdos comprovados cientificamente, consequentemente diminuindo os riscos e impactos provocados pela desinformação.

De acordo com os relatos dos residentes neste estudo, é possível perceber que durante a pandemia muitos deles buscaram se informar por meio de redes sociais, assim como grande parte da população, e diante disso, após muita pressão para impedir a circulação de conteúdos falsos, a OMS realizou uma parceria junto às redes sociais, como *Facebook*, *Instagram*, *WhatsApp*, entre outras, frente à necessidade de se desenvolverem estratégias de combate à desinformação, resultando na criação de um recurso tecnológico que encaminhava o usuário dos aplicativos a uma base de dados da OMS toda vez que acessava algum conteúdo relacionado à Covid-19, além da remoção de conteúdos com informações falsas, por exemplo, uma publicação de Jair Bolsonaro afirmando, sem comprovação científica, a eficácia de medicamento para o tratamento da Covid-19 (COSTA; NÓBREGA; MAIA, 2021).

O grande consumo de informações provocado pela ansiedade em querer entender mais sobre o novo coronavírus não impediram a surpresa ao entender que a gravidade em que o mundo se encontrava levaria muito mais tempo para se resolver, trazendo junto uma sensação de desmotivação e desgaste emocional. Embora as redes sociais tenham surgido nos relatos como principais fontes de informação sobre a pandemia, houve também uma busca importante em fontes científicas como artigos

e profissionais de saúde especialistas que trouxessem uma perspectiva mais objetiva e com informações verídicas.

*Carol (R1, médica em Medicina de Família e Comunidade): Psicologicamente, foi bem ruim pra mim, bem cansativo, bem exaustivo, porque no começo... quando começou eu ainda não tinha noção da gravidade, e eu estudei muito, todos os dias eu chegava em casa... eu já estava estudando desde dezembro, né, sobre isso, lendo as coisas que saíam. Quando chegou com toda força total na segunda semana de março, que começaram a quarentena, eu comecei a estudar tudo que saía, tudo, tudo, tudo. Porque eu, como residente, eu acho que a gente tem essa vontade de aprender, a gente chega com vontade de aprender, e aí como tinha o Covid eu falei “vou aprender tudo que tiver sobre Covid”, então eu saí lendo tudo, entrevista, vendo coisas no YouTube, lendo “papers” em inglês, do New England Journal of Medicine, vendo coisas de casts, vendo opinião de especialistas, vendo live de infectos, e eu comecei a ler e ler e eu fui percebendo a gravidade da situação e a durabilidade da situação. Então, enquanto muitas pessoas achavam que em julho as coisas estariam melhor, eu sabia que no final de março que a gente não ia sair disso até 2021. Então eu acho que perceber isso sozinha, tão rápido, foi desgastante, e eu via vários médicos também nessa situação, que os médicos tinham uma visão diferente da população, familiares e amigos, as pessoas mais leigas não tinham da situação.*

O prolongamento da pandemia somado ao término indefinido tornava a busca e o acesso por informações uma atividade intermitente, sendo necessário lidar com a angústia e ansiedade provocadas pela divulgação de notícias falsas, que tinham o simples objetivo de desinformar a população.

*Celina (R2, psicóloga em Saúde Mental): No começo eu tava bastante preocupada, bastante em choque, eu consumia muita notícia, eu consumia podcast diário da Folha, que era “Plantão coronavírus”, e o outro podcast da Folha que chama “Café da manhã”, que normalmente também era sobre coronavírus. Eu não assisto televisão, mas eu tô na internet e o tempo inteiro eu consumia notícia no começo, e aí eu lembro quando começou a desandar mesmo, lá por junho, julho, que a gente viu que não ia durar pouco tempo, que não tinha como ficar acompanhando o número de mortes diariamente, e também quando eu vi que estava me angustiando, eu parei um pouco, eu larguei mão de acompanhar, mas eu passei por momentos de bastante raiva, ao ler Fake News, às vezes eu ficava muito sensível lendo essas notícias também, ficava “meu deus, não é possível”, acho que foi em ondas assim, às vezes eu me aproximo mais pra saber o que tá acontecendo, às vezes menos.*

Novamente identificamos a necessidade da adoção de estratégias de sobrevivência, como o afastamento de redes sociais e das notícias, devido à evolução da pandemia, que exigia muita coragem dos residentes para se manterem informados

e conseguirem lidar com a própria angústia causada pelas perdas e com os impactos causados pelo descontrole da doença.

Felipe (R2, farmacêutico em Saúde do Adulto e Idoso): *Acho que num primeiro momento eu acompanhava bastante assim, num primeiro momento era constante até pra saber se tinha uma diminuição, se tava sendo controlada, mas a partir de um momento, vendo os números aumentarem e as pessoas morrerem, aí isso foi me abalando um pouco, aí naturalmente eu fui deixando de acompanhar, de buscar notícias sobre, de buscar informações sobre, foi uma coisa que eu acabei me distanciando um pouco, de redes sociais no geral, teve momentos que eu desinstalei redes sociais, deixei de acompanhar algumas redes sociais, mas não só pela pandemia, por uma questão também por tá mais isolado acabar usando mais as redes sociais, e isso me incomodou um pouco por estar deixando de fazer outras atividades, às vezes de tanto ficar acompanhando as notícias, fissurado nas questões e deixar de fazer algumas outras coisas que eu gostaria de fazer, e aí eu meio que fui me afastando também.*

A qualidade das informações divulgadas pelos veículos de comunicação provocava muita angústia aos que optavam por se manterem informados sobre a pandemia, uma vez que as notícias eram responsáveis por comunicar a evolução da gravidade com que o vírus se espalhava e levava a óbito milhares de pessoas diariamente em todo o mundo, indicando total descontrole e pessimismo.

Os profissionais de saúde encontraram-se desorientados e encarando novamente sentimento de impotência frente à tragédia, uma vez que o próprio sofrimento se misturava com o sofrimento apresentado pelos pacientes.

Bianca (R1, enfermeira em Saúde da Família): *Meu pai brinca que ele tem que assistir ao Jornal Nacional de máscara, ele fala. Eu percebo que tem muita informação, mas tipo... toda hora, só desgraça, não falam tipo, por exemplo, as conquistas que acontecem, de pacientes que são idosos que conseguem sobreviver, eles não informam, é só notícia ruim o tempo todo, e eu acredito que a população já tá adoecida por estar em isolamento, estar sofrendo um tipo de adoecimento por tá querendo trabalhar e não conseguir, o pessoal tá adoecendo, eu peguei ontem... eu fiz um acolhimento ontem de uma pessoa em sofrimento psíquico gravíssimo, por ela ter sido demitida por causa dessa questão do Covid, porque a empresa fechou, e ela não sabe o que fazer, eu tive que fazer encaminhamento pro Cras<sup>4</sup>, porque ela tava desesperada, ela não tem nenhuma renda. Aí você já tá num sofrimento por causa disso e você liga a televisão, que deveria ser uma distração, e aí você só vê desgraça o tempo todo, tipo gente morrendo. Acho que tem limite, as coisas têm que ser informada, mas não do jeito que tá sendo o tempo todo, tipo, só desgraça, tem que falar as coisas boas também. E eu acredito também que deveria ter uma transparência melhor, sabe, com relação às informações. Foi o que eu te falei, em Botucatu tem muita informação boa, mas agora as*

---

<sup>4</sup> Cras – Centro de Referência de Assistência Social.

*informações já tão começando a ter conflitos. Então tem que ter uma clareza melhor nisso. Então eu fico preocupada, acho que minha maior preocupação é do adoecimento das pessoas.*

Além da estratégia de sobrevivência de se afastar do excesso de notícias ruins sobre a pandemia, pois ver o sofrimento do próximo desencadeava também um sofrimento em si, a alternativa encontrada por alguns residentes era aprofundar o conhecimento científico por meio de estudos que pudessem auxiliar na compreensão e atuação profissional, utilizando uma perspectiva mais racional como estratégia de enfrentamento, uma vez que já se encontravam emocionalmente fragilizados devido ao trabalho diário.

*Daniel (R2, psicólogo em Saúde da Família): Eu parei de assistir jornal em abril, maio, mais ou menos, e agora eu voltei mais a assistir e ler notícias sobre a Covid, mas no começo assim, que começou aquele pico de nervoso, que as coisas começaram a fechar mesmo, que foi todo mundo obrigado a usar máscara, eu parei, parei, e falei assim, não, eu não vou conseguir lidar com o sofrimento dos outros, com o meu sofrimento e mais esse monte de notícia ruim. Então eu fui me informando sobre como funcionava a doença, como prevenia, isso desde o começo, muita falação, principalmente dentro do posto, o pessoal saía falando, às vezes esse tipo de informação, até número de casos vinha mais pela galera do posto, más notícias, informação, eu não li, tava lendo algumas coisas soltas na internet, parei de mexer em Facebook e essas coisas, porque tava me dando muita ansiedade, e parei assim, foi um momento de impacto da informação, comecei a ler outras coisas, me informar de outras coisas, pensar outras coisas, coisas que não envolvessem aquilo que eu tava vendo todo dia também, né? Eu tava lá na porta da Unidade de Saúde, a tenda tava lá fora, então todo dia tinha quatro ou cinco sintomáticos, e aí fazer aquele protocolo básico, dar a máscara, sentar, preenche, e aí é aquela coisa, mais um, mais dois, mais cinco, dependendo do dia era um monte, pessoal do Centro de Saúde até brincava que eu tinha dedo podre na tenda, porque era eu entrar naquela porta que aparecia sintomático de Covid. Então foi uma escolha de preservação, não me informar daquilo que eu já tava vendo todo dia, sabe? E aí eu acabei vendo outras coisas, acabei indo pra outros campos assim, muito sobre cultura, ler jornal em si eu parei, mas lendo técnica psicológica, lendo poesia, mas notícia mesmo não, tava fugindo. Mas acho que é isso, de informação eu acho que é isso. Hoje em dia que eu comprei uma TV, então agora eu acabo assistindo mais, acabo assistindo a TV Tem, que eu assisto as notícias da região e eu consigo ter uma noção de como que a gente tá também em número, em ações de política pública, mas sempre em doses baixas.*

A fala a seguir também ilustra um início de absorção do máximo de informações possíveis sobre a pandemia, porém com o passar do tempo se foi buscando o afastamento das mídias devido à saturação de notícias, limitando-se a se informar por meio de atualizações locais.

Sofia (R1, enfermeira em Saúde Mental): *Então, no começo eu via todo jornal que eu podia. Eu tinha até notificação no meu celular de Covid. Hoje, quanto menos jornal eu assisto, melhor. Tento nem ligar muito a televisão na hora do jornal, porque, se a gente precisa ficar sabendo de alguma coisa, vai chegar até o posto um informe, a gente vai ficar sabendo, alguma atualização ali, porque isso me estressava muito, eu assistia ao Jornal Nacional, depois eu não dormia, eu ficava apavorada. Então, foi uma coisa assim que eu cortei bastante. Não fiquei leiga de tudo, algumas coisas eu assisto, da região pra ver o número de casos, se tá aumentando, mas eu parei assim, acho que em abril eu não aguentava mais assistir TV, porque tinha aqueles informes de hora em hora. Daí eu falei não, chega, senão eu vou surtar antes da hora, e acabei parando, não soube lidar muito bem com as informações, não. O número de mortes só subia, pensava “já era, vai morrer todo mundo”, daí, pra parar com essa loucura de pensamento assim, eu parei de assistir, fiquei bem leiga assim com as notícias.*

Para compreendermos a realidade dos impactos provocados pela pandemia, é necessário considerarmos o sofrimento emocional desencadeado por discursos negacionistas dos governantes por meio da divulgação de notícias falsas e do descaso com a vida e a saúde pública. O sofrimento emocional passou a provocar reações de distanciamento dos meios de comunicação, como redes sociais e telejornais, como estratégia para suportar a angústia pelas mortes e o negacionismo.

Para a psicanálise, nosso psiquismo busca afastar tudo aquilo que gera desprazer, angústia e tensão, ou seja, de maneira inconsciente procuramos negar a realidade para sobreviver a uma determinada circunstância que estamos vivendo (KLAJNMAN, 2021).

Durante o período inicial da pandemia, todos se sobrecarregaram com a quantidade de informações sobre a Covid-19, levando ao afastamento das notícias de mortes e dos riscos de contágio como forma de lidar com o insuportável imposto pela realidade e mantendo esse conteúdo recalçado e negado, embora se soubesse que nos encontrávamos em uma catástrofe (KLAJNMAN, 2021).

O mecanismo de defesa da negação é definido como “a evitação da consciência de aspectos da realidade exterior que sejam difíceis de encarar pela desconsideração de dados sensoriais” (GABBARD, 2016, p. 41), rejeitando aquilo que é traumático e buscando se defender de uma realidade externa insuportavelmente perturbadora (GABBARD, 2016). Esse mecanismo de defesa tem sua formação a partir de conteúdos inconscientes, considerados como defesas primitivas, ou seja, em nível hierárquico tem uma classificação mais imatura ou patológica, quando estamos sob uma situação estressante, porém podemos diferir da supressão, que é quando a

decisão em não permitir a expressão de sentimentos ocorre de maneira consciente, considerada uma defesa madura e saudável (GABBARD, 2016). As narrativas obtidas indicam que os residentes procuraram evitar conscientemente a sobrecarga de informações durante a pandemia, indicando mais maturidade na tomada de decisão para não adoecerem frente às dificuldades que se apresentavam.

As fontes oficiais de informação, como o Ministério da Saúde, diante de todas as interferências do presidente da república, com as constantes trocas de ministros de saúde e contradições nas orientações à população, também eram motivo de muita angústia e sofrimento, e o afastamento das notícias da pandemia surgia como solução para sobreviver.

*Sofia (R1, enfermeira em Saúde Mental): O que mais me estressava assim no começo eram os pronunciamentos do Bolsonaro. Eu via que o Bolsonaro ia se pronunciar eu já ficava nervosa, e daí saía o pronunciamento, só decadência, nenhuma proteção aos profissionais da saúde, é Ministro da Saúde que não parava. Então aquilo foi me angustiando, assim, mas eu procurava, sim, fontes oficiais, tanto da prefeitura daqui de Botucatu, que eu sempre procurava saber, quanto da minha cidade também. Mas assim, do contexto mundial, eu parei de ver até de fonte oficial, porque não dava, é muito gente morrendo, eu não sei... eu acho que a gente que é da saúde, a gente se coloca muito no lugar da pessoa e da família, né? E quando falava mais um, não é mais um, é mais uma família que perde alguém, né? E não só mais alguém, às vezes já é a terceira, quarta pessoa da família que tá morrendo, né? Então isso me deixava bem angustiada, e eu acabei parando.*

Em um editorial publicado em maio de 2020 na Revista The Lancet (2020), intitulado “Covid-19 in Brazil: So What?”, é abordada a situação da pandemia no Brasil, e o discurso do presidente Bolsonaro no qual ele indaga “E daí? O que você quer que eu faça?”, bem como as repercussões desse discurso no descontrole da pandemia no país indicavam o desrespeito pela vida e pelas medidas sanitárias com que a situação foi encarada, o caos no Ministério da Saúde, com as demissões de ministros, a ausência de medidas que viabilizassem garantias aos trabalhadores que permanecessem em isolamento social, o que veio a causar um enorme alvoroço entre a população e os profissionais de saúde que tentavam combater os impactos da pandemia.

A fala a seguir também indica a falta de confiança e de credibilidade que o governo federal provocou com as mudanças no Ministério da Saúde e divulgação de notícias sem nenhuma comprovação científica, como uso de medicações preventivas, tornando-se necessário buscar fontes de informações científicas qualificadas.

Carol (R1, médica em Medicina de Família e Comunidade): *Até a saída do ministro da saúde, o Mandetta, eu via os números. Assim que o Mandetta saiu eu parei de consumir os números dados pelo Ministério e os protocolos dados pelo Ministério da Saúde, porque eu não acredito nesse governo, eu sou contra esse desmonte do SUS feito pré Covid, e eu acho que o Bolsonaro faz um desfavor falando da cloroquina, daquela forma tão irreal, então eu não sinto que aquilo traz alguma... agrega no meu conhecimento científico. Eu procuro Sociedades Brasileiras das Comunidades, das especialidades, da minha, Medicina de Família e Comunidade, da de pneumo, infecto, essas notícias, esses artigos eu continuo lendo, esses números, essas coisas que saem deles.*

Os impactos causados pela pandemia em escala mundial foram distintos e com resultados diversos de acordo com as estratégias adotadas por cada governo, variando das medidas comprovadamente científicas, como distanciamento social e isolamento dos infectados, ao polo extremo do negacionismo da ciência e do tratamento precoce, como uso de medicações sem comprovação científica.

De acordo com estudo de Almeida-Filho (2021, p. 216-217),

foram identificados quatro modelos (tipo-ideal) de enfrentamento da pandemia: (I) controle e bloqueio das cadeias de transmissão (vigilância epidemiológica); (II) redução do contágio por NPI (quarentenas, redução radical de interação social – *lockdown*); (III) mitigação dos danos (retaguarda hospitalar intensiva); (IV) isolamento vertical (*focused protection*) => imunidade de rebanho. [...] Países que empregaram o modelo I, isolado ou em combinação com o modelo II, como a China, Coreia do Sul, Uruguai, Nova Zelândia e Noruega, obtiveram melhores resultados no controle da pandemia. Países que seguiram o modelo II, frequentemente em combinação com o modelo III, como a maioria dos países da União Europeia (Alemanha, Portugal, Espanha, França e Holanda), e alguns países da América do Sul, como Argentina e Chile, e da África, obtiveram grande variação de resultados, constantemente sem sustentação dos controles epidemiológicos. Países que seguiram basicamente o modelo III, em algumas etapas incorporando elementos ou fases do modelo IV, como a Inglaterra, Bélgica, Suécia, México, Peru e Colômbia, em geral alcançaram resultados negativos. Países que apostaram no modelo IV, com alguns elementos do modelo II, como Estados Unidos da América (EUA), Rússia, Índia e Brasil, são exemplos de fracasso no controle da pandemia.

O governo federal contribuiu para a disseminação de Fake News por meio de publicações diretas do presidente em suas redes sociais, pronunciamentos e lives para seus seguidores, além de censurar a divulgação dos dados relacionados ao avanço da pandemia no país, como número de casos e óbitos diários. Diante do apagão de informações sobre a pandemia, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) desenvolveu um meio para divulgar os dados epidemiológicos por

meio de parceria com a imprensa, reunindo as informações de todo o território nacional (SOARES *et al.*, 2020).

As influências políticas do governo federal no Ministério da Saúde, com as constantes trocas de ministros, e as divulgações de notícias falsas levaram ao descontrole dos casos e a dificuldades no manejo da pandemia. A exaustão dos residentes participantes desta pesquisa, provocada pelo acúmulo de informações absorvidas, era nítida, entretanto, a pandemia revelou um lado de compreensão dos próprios limites, sejam limites externos, em relação à impossibilidade de se apreender tudo sobre a Covid-19, uma vez que a realidade demonstrou que a ciência descobria, produzia e divulgava informações sobre a evolução da doença muito mais rapidamente do que era possível acompanhar, ou também sobre os limites internos, em relação à sobrecarga de responsabilidades assumidas enquanto trabalhadores da linha de frente no combate à pandemia, aproximando-se de um adoecimento psíquico devido a ultrapassar e desrespeitar os próprios limites.

*Beatriz (R3, médica em Pediatria): No início eu acho que eu passei os dois primeiros meses inteiro ouvindo podcasts, notícias e vendo o Mandetta todos os dias, no pouco tempo que o residente tem livre eu tava tentando me atualizar sobre, e por ser uma doença nova é uma demanda nova. Então tiveram momentos de exaustão nesse aspecto de saúde mental, “nossa, não tô a fim de ver essa aula agora e não ter essa mesma disposição e de ficar nessa tecla”, algumas amigas até me zoavam, porque eu ficava vendo o Mandetta todos os dias e ouvindo podcasts todos os dias, e era o tema, a minha família, a gente combinava de se ligar por vídeo, já que a gente não tava se vendo, e só falava-se de pandemia, e dentro do hospital a gente só vivia pandemia, que é máscara, máscara o tempo todo, a N95 é muito desagradável, dói e tudo, então nesse aspecto é bem saturado. Depois de um momento eu parei, o Mandetta saiu, e eu saí junto com ele, mas a gente, acho que teve uma fase, não foi o meu caso, mas tive colegas de residência que ficaram muito exauridos, alguns precisaram dar uma pausa, mesmo não sendo a residência mais puxada, conhecida, como outras, né? Ela foi realmente mais intensa nos primeiros dois meses, e eu precisei... porque não era só... era uma cobrança minha, comigo, em relação a estar informada, então informada em relação a como tava o país e informada em relação à doença, todos os dias à noite eu pesquisava, algum artigo novo sobre alguma coisa, mas era inalcançável, porque todo dia a China publicava alguma coisa, existia algum país com alguma coisa nova, enfim, a sensação de impotência é muito ruim quando a gente não dá conta de um estudo, com o tempo a gente aprende dentro da área da saúde que a gente nunca vai saber tudo daquela coisa que já existe, mas na pandemia isso ficou muito escancarado, porque era muita novidade. Então existia essa demanda minha pra tá tentando estar sempre atualizada, isso é uma coisa muito minha, porque eu sou extremamente chata nesse ponto de exigência, virginiana, enfim, e existia essa cobrança de fora, foram os dois primeiros meses, pra mim*

*foi bem complicado, porque eu era muito buscada, eu sou uma pessoa que sou sempre muito disponível via WhatsApp, tô sempre tentando responder, tento nunca atrasar uma mensagem, meus amigos me conhecem assim, minha família me conhece assim, e geralmente amigos de amigos que não me conhecem e me procuram, eu sou muito procurada enquanto pediatra pra tirar dúvidas, eu sou muito disponível sempre, e na pandemia isso ficou muito ruim, porque eu recebia áudios todos os dias, de gente, “ah, tô tossindo, tô espirrando”, ou gente querendo cloroquina, pedindo receita, e eu no início tentava explicar cientificamente tudo que eu sabia ou que não sabia, e tentei responder, até que uma eu... uma hora que eu falo, demorou muito pra cair a ficha, porque eu tava ficando muito exausta de tentar sempre estar disponível, me atualizando, atualizando os outros, e daí foi bom, porque eu tive que aprender a dar um limite, meu pra mim e pros outros. Então foi uma fase que eu comecei a cortar, eu não consigo não responder, mas até aqui eu não vou mais ficar trocando, não tô podendo mais fazer isso, pode procurar um outro médico, enfim. Pessoalmente foi bom pra eu aprender esse momento, porque eu tenho dificuldade de falar não, tinha muito mais, já mudou bastante, mas em relação a esse acúmulo de informações, não deve ter sido só comigo, ficar procurando artigos, ficar tentando se atualizar, acho que é um pouco de como essa área, também um pouco da competitividade que a medicina traz naturalmente, te ensina a viver nesse modus operandi, e a pandemia urgenciou isso, mas eu também me sentia, eu não lembrava disso, mas você perguntando eu lembrei dessas mensagens, de como eu fiquei exaurida com o “zap” por exemplo, chegar final de semana e eu falar “não posso mais ficar respondendo”, por ter sido muito buscada, então eu acho que foram os dois lados assim.*

A fala seguinte indica que ter sido capaz de reconhecer e respeitar os próprios limites trouxe mais equilíbrio nas estratégias de busca e absorção das informações, não se sobrecarregando além de sua capacidade emocional, mas ainda assim mantendo-se bem-informada com qualidade e preservando sua saúde mental.

*Beatriz (R3, médica em Pediatria): Ah, acho que ficaram mais orgânicas, mais saudáveis, eu não deixei de ver, mas não fazia parte do meu ritual do dia, porque eu acordava e enquanto arrumava a cama tava ouvindo um podcast que já me atualizava. Então ficou de fato mais orgânico, acho que eu via uma vez por semana, buscava, continuei procurando os artigos, continuei estudando, mas focando muito mais, dependendo do que eu tava encontrando no hospital ou do que eu via, mas acho que a relação com a informação... a informação continuou ali, ela não mudou, acho que mudou a minha forma de buscá-la e como eu tava acumulando, e eu achei que a partir de um momento isso parou de fazer sentido pra mim. Então, continuei lendo boletins, acompanhando, não é uma coisa que... claro, os números angustiam, porque são pessoas, e é triste o jeito que a gente tá, mas ficou com muito mais naturalidade assim, naturalidade no sentido de ser mais saudável, eu acho.*

A rápida transmissão de informações facilitada pelo compartilhamento e divulgação pelas mídias e redes sociais sobrecarregou a todos devido à falta de critérios acerca da quantidade e qualidade das notícias veiculadas. A busca desesperada por soluções e receitas milagrosas para a cura da Covid-19 levou à disseminação de muitas notícias alarmantes, sem comprovação científica, além de todo o esforço realizado para descredibilizar a gravidade da doença, que, ao invés de contribuir no enfrentamento da pandemia, vinha a confundir mais a população e também os profissionais de saúde que acabavam se informando por mídias informais, sendo necessário se apropriar de instrumentos como protocolos para amenizar a própria angústia durante sua prática.

Natalia (R2, médica em Medicina de Família e Comunidade): *Eu acho que foi uma coisa que era de se esperar no começo, considerando que a gente vive num mundo muito cheio de informações, e elas se disseminam de uma forma muito rápida, então eu acho que era de se esperar que isso acontecesse, mas eu acho que isso foi prejudicial em algum momento, foi um “boom” de informações, então eu não sei qual que era a veracidade delas, eu acho que muitas pessoas, inclusive profissionais de saúde, se basearam em informações que não eram comprovadas, ou que mais serviam pra causar algum tipo de pânico do que realmente contribuir pra alguma coisa, isso é uma coisa que eu vejo até hoje, até agora isso tá acontecendo, ver as pessoas divulgarem algumas coisas que não têm nenhuma contribuição na prática, não ajudam a resolver os problemas das pessoas, ou não melhoram o serviço, só servem mesmo pra causar algum tipo de alarde, não que a gente não tenha que ter ciência dos números, mas eu acho que tem muita coisa que a gente tem que estar informado, eu acho que no começo, que foi muita informação, eu acho que as pessoas perderam um pouquinho a sensatez em algum momento, perderam um pouquinho do discernimento na hora de avaliar mesmo quais eram as informações que deveriam ser repassadas. Então eu particularmente, no começo, tava lendo tudo, depois comecei a me desesperar, que não tava conseguindo acompanhar a quantidade de informações, e aí depois eu comecei a me basear só naquilo que eu achava que era mais palpável, com aquilo que era mais condizente com a nossa realidade, comecei a seguir os manuais do Ministério da Saúde, por mais que tivesse uma bagunça, era o protocolo, e alguns dados que eu considereei que eram mais fiéis à nossa realidade, que pudessem ajudar melhor, ajudar de uma forma mais eficaz pro nosso serviço.*

No entanto, a ampla divulgação de informações sobre a pandemia de Covid-19 e a aplicação de protocolos no atendimento aos pacientes sintomáticos não refletiam na compreensão e na aplicação pela população das orientações, como prevenção do contágio, importância de medidas de higiene e de distanciamento social, realização de testes de Covid-19, provocando confusão e angústia aos profissionais de saúde.

Bianca (R1, enfermeira em Saúde da Família): *Ah, eu acho que no começo as informações que vinham do Ministério da Saúde tava suprindo o que a população demandava, tanto que a gente percebe que a população tá informada a respeito da Covid, se você perguntar pra qualquer pessoa como que é a transmissão, como que é o contágio, como que tem que se prevenir, todo mundo sabe, aí fazer já é outra história (risos), pessoal não faz. E com relação a Botucatu, é como eu já te falei, no começo tava muito bom, as pessoas tavam informadas, mas, por exemplo, uma coisa que as pessoas não sabem até hoje quais os critérios pra realização dos testes, tanto do teste rápido como do teste do swab. Porque Botucatu fala que tá sendo feito em massa, mas as pessoas não sabem, e eu mesma... o protocolo segue... fala que a pessoa que tem sintoma gripal ela vai pra uma Unidade, se ela tem os sintomas ela vai ficar afastada por cinco dias e vai fazer o swab lá, e a central Covid vai ligar pra marcar esse swab, só que não tá sendo feito isso na realidade. Teve profissional da saúde que não foi testado, tá com sintoma e não foi testado, tem profissional que fez o teste rápido e deu negativo e não vai fazer o swab, sendo que o swab é o teste pra confirmar a Covid, o teste rápido só vai identificar se você teve ou não contato. Então isso agora tá um pouco... as informações tão meio jogadas, ninguém sabe ao certo o que é, até nós, profissionais, não sabemos.*

Embora houvesse muitas críticas sobre a quantidade e qualidade com que as informações eram divulgadas, a fala seguinte indica a importância da adoção de critérios para filtrar o conteúdo e aplicar em orientações para a população, uma vez que nem todos tinham o mesmo acesso e condições de avaliar a veracidade dessas informações.

Bianca (R1, enfermeira em Saúde da Família): *Ah, quando, assim, pra coisas acadêmicas, coisas clínicas mesmo, tipo Covid, novas informações, eu procuro ir tanto pelos portais do Ministério da Saúde, que eles têm soltado algumas recomendações, tem aquele protocolo da Atenção Básica da Covid, que tá sempre sendo atualizado, eu sempre tô dando uma olhada, e também eu tenho buscado artigos científicos com relação a isso. Na semana retrasada, eu e minhas R2s, a gente tava fazendo busca de artigo científico pra gente tentar se embasar, e foi muito bom, foi produtivo. Também as informações que os alunos tão trazendo lá da Faculdade de Medicina são muito boas, são resumidas, a gente consegue passar pra população, eu imprimi "mosquitinhos", sabe, lá na minha Unidade, com as próprias imagens que eles fizeram pra deixar lá na Unidade, pros pacientes pegarem e levarem pra casa, porque é bom, nem todo mundo tem acesso a Instagram, querendo ou não, muita gente tem, mas muita gente também não tem, a dona Mariazinha lá da minha vizinha, que tem 80 anos, que vai no posto pra ver a dor dela, não tem acesso a Instagram. Então eu imprimi lá na minha Unidade.*

Nos primeiros meses de 2020, as pessoas que procuravam atendimento em saúde traziam muitas dúvidas em relação às implicações da Covid-19, por vezes perguntas que nem a própria ciência sabia responder naquele momento, pois tudo

ainda estava em investigação, e a cada dia que passava a orientação poderia mudar. No entanto, como veremos no relato a seguir, estar bem-informada era fundamental para manter a tranquilidade e o equilíbrio ao atender um paciente angustiado e preocupado consigo e com a própria família.

Amanda (R1, médica em Pediatria): *Olha, dentro da pediatria não, eu acho que a gente se saiu super bem, sabe? Porque, por exemplo, lá em crianças é... mais grave, pode contaminar a família e tudo mais, a gente recebia as informações dentro do hospital de protocolos, de orientações pra dar pros pais, de atestados, tudo mais, e a gente seguia aquilo, então, assim, pra gente as informações ficaram mais claras, porque nossos chefes passavam pra gente. Lógico que até sair um protocolo, até a gente ter uma orientação, né, mais palpável, foi muito difícil, porque as mães já chegavam e falavam assim “ai, doutora, como que é na criança”, como se a gente tivesse que saber tudo, e aí gerava um pouco de ansiedade, um pouco de insegurança, mas a gente sempre tenta, né, fazer o que é melhor, assim, o que... tranquilizar, eu penso que, se nós, profissionais de saúde, já estamos assustados, imagina as famílias, né? Eu sempre pensei assim. Se eu que sei filtrar as minhas informações já estou assustada, imagina quem acredita em tudo que lê. Então eu tentava tranquilizar mais as mães, as avós do que gerar um pânico a partir disso. Mas é, são coisas que a gente vai lidando no dia a dia, né? Eu sinto que cada dia era uma nova, um novo pensamento, um novo desafio, então, por exemplo, a gente mudava muito de estágio, né? Então aí, eu vou pra neonatologia, aí as mães “meu filho vai nascer, ele vai ter proteção pro Covid?”. Você tinha que explicar o que você sabia. Aí você ia pro pronto-socorro, aí chegava uma mãe com uma criança de seis anos, “ai, ele tem asma, e aí, doutora?”. Então, tinha essas coisas que a gente tinha que ter um pouco de jogo de cintura, sabe?*

Em um estudo de Galhardi *et al.* (2020), os pesquisadores identificaram que, das notícias falsas compartilhadas em relação à pandemia, 65% ensinavam métodos caseiros para prevenir o contágio da Covid-19, 20% ensinavam métodos caseiros de cura da doença, e para 4,3% a doença era uma estratégia política, e a Fake News mais compartilhada foi de que “água fervida com alho servia como tratamento para o coronavírus”. Os autores ainda indicam que as declarações do presidente da república do Brasil têm relação direta com as desinformações e contribuíram para confundir a população acerca da transmissão da doença.

O estudo ainda aponta a influência de outro líder político, o então presidente dos Estados Unidos, que sugeriu a ingestão de desinfetante como método para neutralizar o vírus e no tratamento de pessoas infectadas, o que desencadeou o aumento de intoxicações provocadas pela ingestão de desinfetantes (GALHARDI *et al.*, 2020).

A fala a seguir reforça a importância de o profissional de saúde estar bem-informado, pois vivenciar uma pandemia de uma doença sobre a qual pouco se sabia desencadeou uma onda de questionamentos sobre a capacidade da ciência em conseguir explicar as formas adequadas de cuidado individual e coletivo.

*Celina (R2, psicóloga em Saúde Mental): Assim, eu acho que principalmente o período que a gente ficou na porta, fazendo essa recepção das pessoas, a gente via de tudo, então via os usuários da Unidade indo tirar umas dúvidas que a gente achava que fosse muito claro que é mentira, assim, e a gente tinha que fazer umas orientações muito óbvias, muito básicas, do tipo tem que usar máscara, sim, não é verdade que a máscara não funciona pra nada, ajuda a gente em alguma coisa, e ficar atualizando também, eu sentia que eu tinha que me atualizar pra dar essas informações corretas pro pessoal, teve um momento que não foi indicado usar máscara, porque as pessoas tavam procurando máscara cirúrgica e tava faltando pros profissionais de saúde, aí depois falaram “ah, então acho que a de pano é legal”, e aí as pessoas vinham perguntar isso, e o tempo todo eu sentia que o óbvio tinha que ser dito, era óbvio pra gente, mas não pra população em geral, e que muita gente ficava na defensiva. Então, muita gente ia tomar a vacina da gripe achando que ia proteger da Covid, então acho que foi a maior taxa de vacinação esse ano passado, porque as pessoas começaram a se cuidar mais. E essa questão de perguntar “ah, mas e a ivermectina, cloroquina...”, então acho que principalmente estando na Atenção Básica a principal forma que a gente pode contribuir foi passando informação com fontes científicas.*

O profissional de saúde precisava compreender a complexidade em que se encontrava e saber o momento de ser flexível para lidar com situações que poderiam causar conflitos com o paciente, pois, independentemente do que o paciente acredita ser verdade sobre a Covid-19, é necessário pensar em estratégias de cuidado, respeitando as crenças do paciente.

*Nelson (R2, psicólogo em Saúde do Adulto e Idoso): Nossa, me lembro de um paciente que eu atendi que tinha uma posição bem de direita politicamente, ele falava isso no atendimento e ele atribuía a melhora dele ao uso da ivermectina, uso da cloroquina, enfim, ele tinha toda uma lógica, não julgo, mas, enfim, julgo, falava dentro dessa perspectiva política dele e ele não tinha nenhuma dimensão do suporte que ele tava tendo ali do Covid em relação à dificuldade respiratória, porque eu fui atender ele por uma interconsulta, porque teve uma crise de pânico diante da insuficiência respiratória que ele tava começando a ter mais grave, e aí isso gerava muita ansiedade, e a equipe queria que manejasse isso da melhor forma pra que ele não tivesse mais desconforto respiratório, e foi um atendimento que a gente conseguiu trabalhar algumas coisas, mas que eu via que claramente eu precisava trazer alguns dados em relação ao que vinha acontecendo. Então ele tinha toda uma construção de que as pessoas falam x, y do Covid, “mas, você viu, eu tô aqui, né? É possível, eu tomei a medicação antes, acho que isso ajudou”, e aí fui trazendo alguns dados de realidade do que tava acontecendo também, de como*

*era. Então assim, acho que como profissional de saúde a gente precisava saber pra orientar se alguém perguntasse ou se isso atravessasse o nosso trabalho. Então eu usava isso como estratégia nos atendimentos ou na orientação que eu poderia ter que dar.*

Devido ao cenário pandêmico mundial e à corrida por medidas que combatessem a doença, governantes pressionaram a comunidade científica a adotar o uso de medicações sem comprovação científica, e em 17 de março de 2020, no início da pandemia no Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou uma nota informando não ser recomendado nenhum tratamento antiviral específico, no entanto, indicou o uso off-label de medicamentos como cloroquina ou hidroxicloroquina em casos graves (CAPONI *et al.*, 2021).

O termo off-label é utilizado para definir a prática do uso de medicamentos cuja indicação não é aprovada pela Anvisa, agência reguladora dos registros de medicamentos no Brasil, e, portanto, não constam na bula por não terem apresentado resultados eficazes que justifiquem sua aprovação e inclusão (ANICETO, 2019).

Diante disso, o CFM reforçou posteriormente que o uso de medicamentos como cloroquina e hidroxicloroquina estava autorizado e, embora estes ainda estivessem em fase de testes e proibidos em outros países, o CFM isentou os médicos de quaisquer infrações éticas durante a pandemia, abrindo caminho para que a decisão de usar ou não os medicamentos coubessem aos profissionais médicos e aos pacientes (CAPONI *et al.*, 2021).

Assumir um posicionamento que prezasse pelo conhecimento científico durante a pandemia poderia levar ao debate sobre o processo de validação do conhecimento científico, ocasionando um desgaste enorme em ter que justificar a importância da ciência.

*Beatriz (R3, médica em Pediatria): Eram muitas informações, e esse xeque o tempo inteiro, porque o tempo inteiro vinham pessoas não da área ou de outras coisas questionando, o que reproduziu aí na mídia macro aconteceu de fato no micro, de pessoas muito próximas que não são da área tentarem também questionar, “mas se a gente tá na pandemia, porque que a gente tem que ficar seguindo os passos pra comprovar se funciona ou não, vamos testar”, e, enfim, isso foi uma coisa que no início eu tentei, eu coloquei uma energia, eu achei que eu poderia participar desses debates e, depois de um momento, eu já falei “bom, tem alguns que valem a pena, tem alguns que não tanto”, mas é muito difícil um residente, talvez alguns médicos consigam com mais facilidade, mas dentro da academia o médico residente de um hospital, ainda mais um hospital como a Unesp, que preza tanto a questão científica mesmo, a gente tá o tempo inteiro publicando,*

*estudando, é muito difícil você deixar de lado a medicina baseada em evidências, eu não consigo.*

As próximas falas indicam a prática do off-label em contexto hospitalar e sugerem a interferência de questões políticas pelo presidente na busca pelo uso de medicações sem comprovação científica no tratamento preventivo para a Covid-19, levando profissionais e serviços de saúde à sua utilização, embora refutadas pela ciência.

*Felipe (R2, farmacêutico em Saúde do Adulto e Idoso): Ah, acho que afetava mais numa questão política assim, do presidente tá apoiando às vezes alguma coisa que não era verdade, e as pessoas começavam a se questionar, tanto que dentro do hospital começou a se utilizar hidroxicloroquina, e aí depois realmente viram que não era algo que era funcional, que não era eficaz, aí isso afetou, mas não foi uma coisa que eu me importei tanto, não foi uma coisa que chegou a influenciar muito a minha vida assim.*

O desespero e a ausência de respostas para o tratamento da Covid-19 e o fato de os médicos estarem amparados pelo CFM ao serem isentos de infrações éticas no caso de uso de medicações off-label fizeram com que até mesmo um médico residente utilizasse medicações sem comprovação científica como uso profilático para tratar familiares.

*Roberto (R2, médico em Pediatria): A gente tinha o exemplo da vacina pra que algo seja, algo validado como verdade na ciência exige todo um processo, de testar aquela hipótese, de testar aquele sofisma, de colocar ele a prova, de fazer muitos testes, então a ciência, ela sempre vai tá um passos atrás da opinião popular, então eu tenho essa questão do não científico e do científico, e aí foi bem complicado essa situação, porque pra falar com a família era algo assim que eu ficava pesando os apesares, e acaba usando, o que é não científico se pode trazer algum benefício. Eu vou dar um exemplo, aí, foi a ivermectina de uso profilático durante o vírus que poucas pessoas, ainda não se sabe realmente, alguns defenderam, outros não defenderam. E eu tive alguns professores que tomaram e são muito idosos e passaram pelo vírus, e aí a gente fica assim, com a opinião de médicos que não é algo científico, mas que quando se passa da sua família ainda vindo de um remédio que não faz mal, em geral, assim, a gente acabou, eu acabei, assim, até trazendo pros meus pais, tratando eles dessa forma, minha mãe teve Covid, então eu acabei indo pra algo às vezes não científico naquele momento.*

Durante a pandemia de Covid-19, alguns medicamentos passaram a ser utilizados por meio de uma combinação conhecida como “tratamento precoce” ou “kit-covid”, como a hidroxicloroquina ou cloroquina associada à azitromicina, à ivermectina e à nitazoxanida, complementadas com suplementos de zinco e vitaminas C e D. Todos os medicamentos citados tiveram suas vendas aumentadas, seja por

prescrição médica ou automedicação, e, embora não houvesse nenhuma comprovação científica de sua eficácia, o seu uso foi incentivado até mesmo por profissionais médicos e autoridades públicas, como Ministério da Saúde e o presidente da república (MELO *et al.*, 2021).

Pesquisadores de diversas instituições de pesquisa em saúde no Brasil, um conjunto que foi denominado “Coalizão Covid-19 Brasil”, realizaram um estudo envolvendo pacientes hospitalizados com suspeita ou confirmação de Covid-19 para avaliar a segurança e eficácia do uso de hidroxicloroquina e azitromicina e concluíram que o uso dos medicamentos, combinados ou não, não promoveu melhora no estado clínico em comparação com o tratamento padrão (CAVALCANTI *et al.*, 2020)

Diante dos discursos de propagação de Fake News, verificamos outra forma de negação. Diferentemente de um mecanismo de defesa inconsciente, aqui vemos o negacionismo como uma estratégia deliberada de mentira, uma negação dos fatos ocorridos na pandemia. O discurso negacionista defende medidas ineficazes contra a Covid-19, não reconhece a gravidade da pandemia e minimiza os impactos no sistema de saúde (CAPONI *et al.*, 2021).

Oposto ao método científico, no qual se busca validar todo tipo de conhecimento para respaldar a eficácia de tratamentos, vacinas e medicamentos, o discurso negacionista questiona o conhecimento científico e defende o valor de qualquer opinião como verdade (CAPONI *et al.*, 2021).

As notícias falsas acerca de tratamentos sem eficácia adentraram o âmbito familiar, e as relações afetivas passaram a ser conturbadas, uma vez que desencadeavam muitos debates e discussões entre quem desacreditava da veracidade da doença e quem trabalhava diariamente no enfrentamento da pandemia.

*Sofia (R1, enfermeira em Saúde Mental): Olha, as não científicas davam bastante raiva, porque meus pais acreditavam (risos). Então no começo assim, pro meu pai sair de máscara... o meu pai só tomou proporção da realidade assim mesmo, depois que ele teve a Covid, ficou ruim, teve que ficar hospitalizado e tudo mais, porque antes ele, “não, não é nada”, ia pra mercado sem máscara e chegava em casa e sentava no sofá com a roupa da rua e tudo mais, e eu surtando assim, né? Isso me deixava bem nervosa, porque minha família não via... só via as coisas não científicas, e a gente tendo contato o tempo inteiro, né, de protocolo, de atualização, do que a gente deve fazer, e a máscara de tecido não adianta, agora a máscara de tecido adianta, e acaba saindo as notícias falsas, com o presidente também divulgando algumas coisas de remédio, teve parente meu que comprou não sei quantas ivermectina, sabe assim? E tomou, e eu fiquei “gente do céu”, distribuiu pra família inteira. Acho que o que mais me deixava nervosa era da minha família acreditar nas notícias que não eram tão verídicas.*

*E daí eu era tachada como a surtada, “ah, lá vem a Sofia com esse papo chato dela de conhecimento científico, do que a ciência tá falando”. Mas acho que o meu maior conflito, assim, com essas notícias foi esse, assim, das pessoas não terem noção, porque tem gente que acredita nas burrices que eles tão falando.*

A disseminação de informações nos serviços de saúde, tivessem veracidade científica ou não, provocou um pânico em profissionais de saúde e usuários, e a dificuldade de comunicação entre a equipe para organizar o processo de trabalho se agravou pela ausência de reuniões de equipe, problema este que foi contornado pelas redes sociais e conversas informais ao longo do dia de trabalho.

*Natalia (R2, médica em Medicina de Família e Comunidade): A gente tem um problema na nossa Unidade, eu acredito que... desculpa, eu não sei se tá sendo correto o que eu tô falando, mas eu acho que foi um decreto municipal, se não me engano, que as Unidades não podem ter reunião de equipe, isso é muito anterior até quando eu entrei na residência, eu não sei se eu tô sendo equivocada nisso, mas eu acho que é isso, então a gente não pode ter reunião de equipe, e não tem um horário pra discutir isso, que seria muito importante, eu acho. Então a gente tem um grupo no WhatsApp, que querendo ou não é informal, e ali naquele grupo muitas informações eram jogadas, sem critério, que as pessoas recebiam e elas compartilhavam, e não se sabia direito a fonte disso. Então a gente teve muito problema assim no começo. No começo da pandemia isso foi muito caótico pra todo mundo, porque por um lado a gente precisava se reorganizar pra manter o serviço bem estruturado e eficaz, também tinha essa questão do pânico e da disseminação de notícias que não eram muito concretas. Então faltou que acho num primeiro momento ter um espaço pra equipe se organizar, discutir, se reunir e ver realmente o que a gente tava fazendo. Eu senti falta disso no começo, eu achei que ficou um pouquinho meio que cada um fazendo uma coisa, e a gente não conseguia se organizar, então foi um pouquinho caótica. No começo, eu digo, nas duas primeiras semanas da pandemia, depois eu acho que a gente conseguiu se organizar de alguma forma, mas não houve nenhum momento oficial pra gente fazer isso, foi assim, na hora do almoço, fica aí mais meia horinha e a gente vai conversar um pouco sobre isso, não foi um horário de reunião mesmo.*

Diante da necessidade de se elaborar um planejamento para enfrentar as desinformações durante a pandemia, a prioridade dos gestores dos serviços de saúde deveria ser a comunidade, por meio de estratégias como iniciativas solidárias, éticas e proativas, em parceria com profissionais da comunicação para auxiliar na qualidade e transparência das informações veiculadas em mídias sociais (MENDONÇA, 2021).

É preciso conhecer cada território, identificar as potencialidades e fragilidades presentes, o que deve ser definido no planejamento e quem pode ser o escolhido como transmissor de informações estratégicas.

Durante a pandemia tivemos o exemplo da comunidade de Paraisópolis, bairro localizado na periferia da cidade de São Paulo, com aproximadamente 100 mil habitantes e um desafio incalculável para enfrentar a pandemia diante de tamanha desigualdade social, quando ficar em casa não era uma opção, muito menos isolar pessoas infectadas, pois havia família de oito pessoas dividindo dois cômodos. Diante disso, cientes dos desafios e dificuldades que enfrentariam com a ausência do Estado, uma vez que não havia um plano nacional de coordenação no enfrentamento da pandemia, a própria comunidade buscou traçar estratégias com os recursos disponíveis e organizou ações assistenciais para distribuir cestas básicas, materiais de higiene e de proteção, contando com diversos voluntários e outras pessoas envolvidas na organização da União dos Moradores e do Comércio de Paraisópolis, atuante há 35 anos e que conta com o líder comunitário Gilson Rodrigues, o pilar para o sucesso das ações realizadas na comunidade (VIEIRA, 2020).

Assim como os líderes comunitários, os profissionais de saúde deveriam ser eleitos para trabalhar como comunicadores sociais, de maneira a estabelecer um vínculo de confiança com a população, compartilhando saberes e práticas, auxiliando-os na identificação de notícias falsas ou imprecisas, por meio de uma comunicação dialógica, com linguagem acessível, mediada por essas lideranças, buscando aproximar o conhecimento científico e estimulando a autonomia da comunidade em encontrar soluções por meio da participação social e uma consciência sanitária coletiva (MENDONÇA, 2021).

Essa talvez também tenha sido uma grande dificuldade identificada durante a pandemia. Expostos aos riscos do coronavírus e carentes de uma liderança que coordenasse ações estratégicas de enfrentamento, os residentes expressaram seus sentimentos de desamparo e frustrações ao se depararem com o cenário caótico de desinformações e infodemia, mas puderam compartilhar ações e conhecimentos para auxiliar em suas práticas profissionais, ressaltando a potência do encontro na residência.

### **3.3 Fragmentação e frustração da experiência**

A terceira categoria, “Processo de trabalho e organização das residências”, traz as vivências dos residentes nos serviços de saúde e as estratégias definidas por cada campo de estágio, o que indica situações muito distintas conforme o programa de

residência e a categoria profissional, além dos sentimentos de desamparo vividos pelos residentes em relação à falta de apoio das coordenações dos programas de residência.

Nesta categoria será aprofundada a reflexão sobre os impactos da pandemia no processo de trabalho e na organização das residências em saúde. Como veremos nos relatos dos residentes, os programas de residência médica e multiprofissional sofreram profundas mudanças na organização das atividades e atribuições de cada profissional de saúde.

Antes disso, no entanto, precisamos discutir 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 profissionais de saúde residentes durante a pandemia.

O processo de trabalho é composto de um conjunto de poderes e interesses dentro de um sistema complexo que nem sempre deixa explícito suas intencionalidades, embora os agentes de saúde responsáveis determinem as escolhas tecnopolíticas a serem implementadas no contexto da saúde. Sendo 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 (MENDES-GONÇALVES *apud* SANTOS; PINTO, 2017).

Todo trabalho só pode ser investido de sentido se considerar a ação intencional do trabalhador sobre o que busca alcançar, que ferramentas tem ao seu alcance, como as utiliza e o modo como organiza o seu uso, ou seja, como o trabalhador utiliza suas ferramentas-máquina, seus conhecimentos e saberes tecnológicos e as relações com todos os outros trabalhadores que participam da produção de cuidado (MERHY; FRANCO, 2008).

Assim, o processo de trabalho pode ser compreendido como a interação entre as diferentes tecnologias disponíveis na área da saúde, utilizadas pelos trabalhadores e que determinarão a produção do cuidado. As tecnologias do trabalho são descritas como tecnologias duras – que são centradas em máquinas e instrumentos –, tecnologias leve-duras – que são os conhecimentos técnicos – e as tecnologias leves – que se encontram na dimensão relacional (MERHY; FRANCO, 2008).

A depender do modo como são utilizadas essas tecnologias, podem resultar na reprodução de um modelo hegemônico centrado no trabalho morto, direcionado para procedimentos duros, dependentes de equipamentos e máquinas, ou reinventar outro modelo de cuidado, voltado para o trabalho vivo, em ato, na produção de vínculos, acolhimentos e buscando o cuidado com o outro, compreendendo suas necessidades (MERHY; FRANCO, 2008).

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).

As residências em saúde podem ser entendidas como uma possibilidade de tensionar e provocar mudanças no processo de produção de cuidado, uma vez que incorporam diferentes saberes e conhecimentos que podem auxiliar na construção de um novo modelo de processo de trabalho.

Os residentes em saúde, diante do cenário da pandemia, tiveram o cronograma de atividades alterado devido à necessidade de evitar aglomerações nos locais dos serviços de saúde, a fim de não 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.

*Bianca (R1, enfermeira em Saúde da Família): Primeiro, tem muito funcionário que é muito difícil de lidar e que você precisa ter manha, jogo de cintura, e muito funcionário que tá apavorado com essa questão do Covid também. E essa atribuição muito regrada com as nossas escalas no Covid não possibilitava que a gente tivesse contato com os outros profissionais, entendeu? Então, por exemplo, se o educador físico tava na porta, ele iria ver quem tava na porta, ele não consegue sair pra ir lá no telefone, não consegue ir lá na assistente social pra ver como ela tá, não consegue ir na farmácia pra ver quem são os funcionários da farmácia, porque a gente tem que cumprir estritamente a escala Covid e só. Então, assim, acho que basicamente isso, a gente não teve nem como se inserir lá no Centro de Saúde, entendeu? Porque não tinha esses espaços mesmo, porque a gente começa a criar vínculo com a equipe a partir do momento que a gente começa a participar de atividades com eles. Então, se eu tô lá na porta, como que eu vou criar vínculo com a pessoa que tá na receita, sendo que eu não consigo sair de lá, entendeu? Então eu percebo que seja por causa disso. Na realidade nenhum residente da Saúde da Família gosta do Centro de Saúde, o pessoal tem pavor de passar lá, criou um trauma. O Centro de Saúde tem muito problema, mas também tem muitas potencialidades, que por causa dessa questão do Covid a gente não conseguiu analisar as questões boas que o Centro de*

*Saúde tem, como são os grupos, tem a oportunidade maior de fazer atendimento compartilhado, mas isso não tá rolando por causa da Covid.*

Segundo essa narrativa da residente em Saúde da Família, podemos identificar uma importante dificuldade encontrada para se 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 o empobrecimento da produção de um cuidado humanizado.

Há também uma percepção de prejuízo maior para os residentes ingressantes do primeiro ano, devido ao deslocamento de suas funções como residentes para a atuação na linha de frente no combate à pandemia, que não estava inicialmente programada.

*Amanda (R1, médica em Pediatria): Eu acho que, dos residentes, os que mais sofreram, todas as áreas, foram os R1, porque ainda tavam adaptando e foram pegos de surpresa. E agora a gente foi escalado, tem agora uma escala pra gente atuar fora da pediatria, então, da gente atuar na coleta do swab de Covid, atuar em alguns ambulatórios Covid, essas coisas que não tava na nossa grade de residência, mas como a gente recebeu um auxílio, a gente tá na linha de frente, a gente antes de tudo é médico, antes de pediatra a gente é médico, então a gente tem que aceitar, mas eu acho que se a gente for fazer uma escala, assim, houve prejuízo pra pediatria, mas a parte adulta com certeza sofreu bem mais.*

O relato a seguir descrito por uma residente do terceiro ano corrobora o relato anterior no tocante às diferenças percebidas acerca do impacto na formação de acordo com o período em que cada um se encontrava na residência, além da percepção de vivências distintas em aspectos como a cidade em que residiam, local do estágio e período em que estavam cursando a residência, ou seja, o relato a seguir indica a percepção de sentir poucos impactos em sua atuação e formação por se sentir segura em uma posição privilegiada, mas ainda assim se preocupando com aqueles que estavam sendo mais afetados.

*Beatriz (R3, médica em Pediatria): Então, eu falo de um lugar bem privilegiado nessa história toda. Primeiro porque Botucatu foi uma cidade, em relação a muitas outras do nosso entorno, bastante privilegiada no contexto da pandemia, embora tenhamos tido vários casos, o hospital precisou mudar a estrutura em muitas coisas, mas não foi uma cidade onde isso foi mais intenso. Eu não sei se você chegou a entrevistar residentes médicos de outras cidades, mas eu tenho amigos de São Paulo que a vivência que eles tiveram e a vivência que eu tive foram bem diferentes, e privilegiado também por eu já estar no R3, então interferiu muito menos no meu... interferiu no meu dia a dia, eu vou falar um pouquinho disso, da minha vivência*

*enquanto pessoa mesmo, mas em termos do trabalho em si, carga horária, ou de modificações de escala, o R3, o meu último ano, sofreu muito menos do que o R1, porque tive menos cortes na minha formação do que o R1 precisou ter, por conta da pandemia muita coisa parou. Então foi um lugar mais privilegiado, e eu falo desse lugar, eu acho que não é experiência unânime dos residentes, inclusive deve ser bem pequena perto dos outros residentes, de outras áreas inclusive.*

A fala seguinte confirma a descrição feita anteriormente, na qual são destacados maiores prejuízos a residentes que estão no início do curso, devido a mudanças na rotina de trabalho, entretanto, a residente relata a percepção de não ter se sentido amparada no momento mais crítico da pandemia.

*Amanda (R1, médica em Pediatria): Tanto é que a gente, assim, recebeu algumas críticas, algumas reclamações dos R+ e a gente fez uma carta de desabafo, sabe, falando que a gente tava sozinho nessa, que a gente precisava do apoio deles, não de ficar recebendo críticas o tempo todo, tal, e eles atenderam muito bem essa nossa reclamação, porque eles já tavam acostumados, e R3, a vida é mais tranquila, os estágios são mais tranquilos, então, assim, eu acho que, dos residentes, os R1 foram os mais prejudicados, mas da parte profissional tem outras equipes que foram bem mais prejudicadas do que a gente, e comparando ainda a parte adulto com a parte pediátrica eu acho que a parte adulto com certeza foi bem mais... ainda mais agora, porque a gente acha que tá se resolvendo, aí vai lá, lota a UTI.*

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 92% dos 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, a universidade, junto de unidades de saúde hospitalares, decidiu interromper serviços ambulatoriais no início da pandemia, visando se preparar para os casos de pacientes com Covid-19 que possivelmente chegariam para serem atendidos, visto que em outras localidades do país a situação já vinha 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.

*Beatriz (R3, médica em Pediatria): Mas aconteceu isso da pandemia, acho que as coisas demoraram um pouco pra chegar aqui, e eu lembro quando a cidade resolveu parar, quando a Unesp resolveu entrar mais em alerta, e as coisas ambulatoriais... a gente tem uma grande parte da pediatria que é ambulatorial, a gente acompanha crianças não de*

*urgência e emergência, nem de UTI em ambulatórios, em milhares de especialidades, e a Unesp resolveu parar esses ambulatórios bem cedo, logo no início, na primeira quinzena de março, pra nós ainda é um pouco estranho, porque não era uma coisa muito concreta, o vírus aqui a gente tinha tido poucos casos, mas a gente já entendia desse cuidado, e eu particularmente inserida na área da saúde e tendo trabalhado em Manaus, tenho muito contato ainda com o pessoal de Manaus, e lá a coisa ficou feia muito mais rápido, então eu tinha bastante consciência de como as coisas poderiam caminhar. Em termos de rotina as coisas mudaram um pouco inicialmente, porque acreditou-se que a gente ia precisar ser mais recrutado, mais usado, então aumentaram o nosso número de plantões, aumentaram um pouco carga horária, ficou um pouco mais intenso nesse aspecto, tiraram a gente dessas fases ambulatoriais e colocaram mais pra triagem de Covid, quanto pra emergência, fomos mais usados nesse começo. Acho que foi mais uma conduta expectante armada assim, vamos ver o que vai acontecer e se preparar. Nesse ponto assim, a gente teve mais práticas de carga horária, não tão ainda intensas na vivência, com o tempo posteriormente, claro, a gente foi acostumando com os EPs, com a mudança real do trabalho no dia a dia, a vida ficou bem mais desconfortável no hospital depois que a pandemia começou, não tenho dúvidas, isso porque eu, como pediatra, atendo casos de outras coisas também, mas existem residências que são só mais respiratórias, otorrino que tá sempre mexendo com a via aérea, que o tempo inteiro era um risco. No nosso caso a gente tem pacientes que não são respiratórios, isso não é o tempo todo um risco, mas a pediatria, ela teve essa questão, esse diferencial, porque as crianças, a grande maioria delas eram assintomáticas e a maioria delas transmissoras, então, mesmo a gente não atendendo um suspeito de Covid, a gente tava o tempo inteiro paramentado, o tempo inteiro paramentando ou desparamentando, e isso mudou bastante a nossa rotina, tanto em tempo de atendimento quanto estresse mesmo, de “ah nossa, não lavei a mão aqui e passei a mão não sei aonde”, e isso o tempo todo acaba mexendo mais, hoje a gente já tira mais de letra, mas inicialmente isso foi uma das coisas que mais mexeu no nosso dia a dia dentro da residência.*

O relato seguinte demonstra que o deslocamento inicial do residente médico, das atividades que estavam planejadas dentro da residência para uma atuação na linha de frente da pandemia, considerada mais urgente, se deu devido à necessidade de profissionais qualificados que pudessem ajudar frente à demanda apresentada, indicando compreensão de sua importância enquanto profissional de saúde e residente.

*Carol (R1, médica em Medicina de Família e Comunidade): Eu acho que agora retomou, nos dois primeiros meses eu senti que não tava muito organizada, mas era porque os meus professores são tutores da Saúde Pública, então eles mesmo tinham muitas coisas pra fazer. Então um dos motivos de eu acabar caindo tanto na saúde mental e ficando tão parada no Covid era por isso, porque a gente não tinha sentado e criado estratégias pra que eu conseguisse manter as minhas atividades no meio do coronavírus. Eu acabei me inserindo na*

*Saúde do Adulto, na triagem do Covid, porque era onde eu era necessária, então eu atuei como médica, e não como residente. Mas depois se organizou, eu achei que rapidamente, e sempre me mantendo segura, eu acho que a residência me mantém muito segura, eu não tenho do que reclamar nisso. Eu nunca tive falta de EPIs, nunca tive falta de comunicação com meus preceptores, isso não aconteceu.*

O relato de experiência de Costa e Carneiro Filho (2021) apresenta a vivência de residentes médicos em medicina de família e comunidade no município de Anápolis, estado de Goiás, e demonstra a necessidade de reorganização das atividades devido à pandemia em virtude de assegurar que todos os envolvidos nos serviços de saúde estivessem em segurança, garantindo a continuidade de atividades teórico-práticas e buscando minimizar os prejuízos na formação dos residentes. É importante destacar ainda que as decisões ocorreram entre preceptores, coordenação da residência e os próprios residentes, demonstrando uma importância da participação coletiva nos caminhos a serem trilhados.

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 atendimento e encaminhamentos no município, contribuindo para a reorganização da rede e diminuindo a superlotação nos serviços de saúde referência de Covid-19, como UPAs e hospitais. Os residentes do primeiro ano também atuaram em USFs para substituir profissionais afastados do trabalho devido à infecção por Covid-19.

Aqui faremos um destaque importante para o papel da Atenção Primária à Saúde (APS), local de atuação e aprendizagem de todos os residentes médicos e multiprofissionais participantes deste estudo, selecionados intencionalmente devido à relevância em sua formação.

A APS é considerada a responsável pela coordenação do cuidado e possui condições de alcançar a maioria da população brasileira, uma vez que se encontra capilarizada através das Estratégias de Saúde da Família (ESF), o que demonstra grande capacidade e potencialidade de resolução de problemas de saúde devido a sua proximidade territorial e vínculos longitudinais com a população que acessa o serviço de saúde (GERALDO; FARIAS; SOUSA, 2021).

Além disso, a APS desenvolve ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, estratégias essenciais para a diminuição do agravamento de doenças e consequentemente 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).

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, reorganizando o fluxo na rede de atendimentos e redefinindo os 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).

Passada a fase inicial de desorganização das atividades planejadas da residência, os profissionais de saúde residentes, como nutricionistas e psicólogos, puderam buscar alternativas, desenvolver estratégias que viabilizassem a continuidade do trabalho e se adaptaram em modalidades de cuidado não presenciais, mas que permitiram um cuidado diante do adoecimento provocado pela pandemia.

Milena (R2, nutricionista em Saúde da Família): *Tem um aspecto também que algumas categorias profissionais têm a possibilidade de fazer um atendimento não presencial. Nem todas têm, porque tem categorias profissionais que precisam do corpo, manipular o corpo, mas tem categorias profissionais que não, a minha é uma delas. Eu sou nutricionista, e a gente pode fazer atendimento não presencial. Então saiu uma nova resolução do meu Conselho dizendo que a gente pode fazer desde o primeiro atendimento não presencial, que foi uma mudança que o próprio Conselho fez pra poder garantir a atuação, a continuidade da atuação do nutricionista nesse momento de pandemia. E aí a gente fez essa proposta lá no Centro de Saúde pra minha tutora, e aí foi conversado também com a coordenação, e agora a gente tá fazendo esse atendimento não presencial, a nutrição. A psicologia também tá com um serviço na saúde mental, um serviço telefônico, tipo um CVV, que as pessoas ligam, não é bem um acompanhamento, é mais um serviço pra acolhimento de demandas de saúde mental. Então essas duas áreas seguem encontrando novos caminhos, que eu sinto que a pandemia veio pra desorganizar muita coisa. Porque é isso, no começo foi todo mundo meio que esse susto, aí depois de um mês, um mês e meio... tá, então a gente tem que se adaptar, porque eu não sei quando vai voltar, se vai ou quando vai voltar ao normal. O que a gente pode fazer com a nossa realidade atual? E aí foi esse movimento de propor outros caminhos, que tá sendo bem rico, tá sendo de muita aprendizagem também.*

Frente às necessidades urgentes de respostas ao crescente número de diagnósticos, algumas categorias profissionais, como medicina e enfermagem, apresentavam-se com mais condições e preparo técnico para auxiliar nos atendimentos, e isso despertou uma sensação de impotência e falta de sentido em outros profissionais que precisaram ser remanejados em suas funções.

*Daniel (R2, psicólogo em Saúde da Família): Tiveram alguns conflitos entre os residentes mesmo, de pensar como que a gente devia tá atuando. Então a gente teve que fazer muita reunião, porque teve gente que tava com medo, não entendia muito bem. A gente, num primeiro momento, a Unidade ficou um pouco receosa com os residentes, principalmente os R1, que eram novos lá e não tinha um vínculo, tavam chegando agora, e aí não tinha EPI pra todo mundo, ou... na verdade tinha EPI pra todo mundo, mas era muito EPI por dia usado, teve alguns conflitos nesse sentido. Alguns residentes se sentiram meio que um estorvo, ou não fazia sentido estarem lá. Alguns residentes queriam ficar na Unidade, e outros já não sabia se fazia sentido a prática deles, porque de fato mudou muito a nossa prática. O que a gente podia fazer, muita gente teve um sentimento de impotência. Acho que foi uma coisa que causou bastante no começo.*

Em diversos momentos a impotência despertava nos residentes fortes sentimentos de desesperança, ao se depararem com as consequências dramáticas que a pandemia estava provocando nas famílias, que se desorganizavam frente ao medo e à insegurança de ter alguém adoecido.

*Dante (R1, psicólogo em Saúde Mental): Mas acho que em relação à residência, em relação ao ser psicólogo nesse momento, talvez também tenha sido isso, sim, lidar com o luto da pandemia, e é muito difícil, porque às vezes não é nem um luto consolidado, às vezes é uma pessoa internada, entubada, há alguns meses já, que você vai conversar com o familiar, esses dias inclusive eu fiz uma visita domiciliar que talvez tenha sido uma das mais marcantes. Eu fiz uma visita domiciliar pra um cara de 40 anos, que morava junto com os pais, a mãe tava internada há mais de dois meses, entubada, você vê que, assim, que é desolador, é muito difícil de injetar esperança, de injetar ânimo, na família como um todo, pessoas muito cronicadas, fazendo uso de álcool de uma forma muito perigosa, e, assim, uma família que tem estrutura, não é nada, nossa, vamos... não, é assim, você perceber que um vírus consegue desestabilizar uma família de quatro ou cinco pessoas daquela maneira, sabe? Acabar com o autocuidado da própria família mesmo, parar de pensar na limpeza, parar de pensar na arrumação, também sem ter muito o que fazer, sem poder visitar a pessoa, sem poder, de estar sempre com as mãos amarradas, acho que isso causou muito impacto em mim, tem causado ainda, né? É uma família que eu continuo acompanhando e que tem causado, a gente já tem melhoras, a pessoa já saiu da UTI<sup>5</sup>, já voltou pra casa, então isso eu acho que impacta bastante, eu acho, com certeza foi o que mais me impactou, com toda certeza. Você não*

---

<sup>5</sup> UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

*tem muita ferramenta, você não tem muito o que fazer, com aquilo que tá sendo dado, você tem que pensar formas de aceitar aquilo, de uma forma saudável, o que é muito difícil, eu acho.*

Embora no relato anterior o residente tenha narrado toda a potência de sua experiência profissional, em outros momentos é possível perceber a dificuldade em compreender as necessidades de reconfigurar a própria prática individual para auxiliar na recomposição da ordem dentro do serviço de saúde.

*Dante (R1, psicólogo em Saúde Mental): Mas acho que de começo foi isso, muita cabeçada. Ah, muito tempo também na porta do Centro de Saúde, que foi muita maldade da equipe do serviço, não sei se em algum momento eles vão reconhecer isso. Mas muita gente também foi afastada por estar no grupo de risco, e eles acabaram colocando os residentes pra fazer trabalho de porteiro, trabalho de ficar medindo febre, de ficar fazendo triagem, e a minha formação não é muito voltada para a saúde como um todo. Então, quando a pessoa chega falando assim, tô um pouco tonto ou tô com tosse, o que que eu posso fazer, assim? Não tenho formação alguma pra pensar isso, nem muito pra olhar, vinham com aquelas feridas, eu falava “ah, não, não sei”. Aí depois de muita insistência e muita desobediência também, eu reconheço que foi muita desobediência, principalmente da minha parte, assim, de falar que não vou ficar, põe técnico, põe enfermeiro, sabe? Tem um monte de gente aí mais capacitada, que é do serviço mesmo, que tem esse vínculo com o serviço, aí depois de muito tempo agora eu só tô um período na porta, da semana, o que foi uma vitória, depois de ficar na porta de segunda a sexta quase. Mas acho que de começo foi isso, assim, acho que esses foram os pontos mais difíceis de lidar também, os pontos mais positivos também nesse percurso de início.*

A diversidade de categorias profissionais dos residentes implica a necessidade de configurações distintas conforme as habilidades e necessidades dos serviços de saúde. Alguns residentes tinham o entendimento de que não deveriam ser expostos e lutavam para serem mantidos em isolamento social em suas casas. Outros acreditavam que deveriam contribuir com os serviços de saúde no enfrentamento da pandemia e de fato contribuíram, desenvolvendo estratégias de cuidado remotos, como abertura de canal telefônico para acolhimento em situações de crise em saúde mental e consultas para acompanhamento nutricional.

Trabalhos semelhantes foram descritos pelas autoras Santos, Almendra, Ribeiro (2020), que por meio de um relato de experiência expuseram a importância de um dispositivo de acolhimento por meio de linha telefônica para atender as urgências das crises emocionais provocadas pela pandemia nos profissionais de saúde de um hospital, indicando os efeitos positivos de se identificarem precocemente as angústias e as principais causas de sofrimento psíquico.

Em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, foi desenvolvida uma estratégia de monitoramento remoto pelos residentes em saúde mental coletiva para acompanhar os usuários de um serviço especializado, frente às restrições de consultas presenciais desnecessárias e à impossibilidade de realização de grupos e oficinas terapêuticas. Por meio de relato de experiência, é possível observar que os residentes atuaram intensivamente no monitoramento dos usuários, contribuindo com a reorganização do serviço de saúde, buscando prevenir agravos a médio e longo prazo devidos às medidas de isolamento (PERDONSSINI; ALVES; MENEZES, 2021).

A escassez de recursos humanos demonstrava o quanto os gestores dos serviços de saúde precisavam dos residentes para auxiliar no desafio que estava batendo à porta. E a porta, tão criticada pelos residentes, foi local de muitos desentendimentos, seja pela insatisfação por estarem expostos por longas jornadas ao risco de infecção ou pela incompreensão de pacientes em relação às restrições impostas pela pandemia.

Experiência semelhante foi relatada por um Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da UERJ, no qual foi necessário adaptar o processo de trabalho para restringir o acesso de pessoas às Unidades de Saúde, deslocando profissionais de saúde para as portas da unidade a fim de orientar sobre o risco de contaminação e importância em realizar o isolamento social, o que provocou desgaste durante reorganização do processo de trabalho (ANDERSON *et al.*, 2021).

Neste estudo, pudemos observar que alguns residentes demonstraram maior dificuldade em se adaptar na reorganização de suas atribuições, uma vez que passaram a realizar funções bem distantes daquelas para as quais foram treinados e a que estavam acostumados, como nas orientações e organização do fluxo de pacientes no serviço de saúde, indicando uma sensação importante de frustração, pois havia uma expectativa em poder atuar diretamente com os pacientes nos atendimentos.

*Bianca (R1, enfermeira em Saúde da Família): E essas dúvidas que eu digo, elas se dão principalmente na nossa prática profissional mesmo, porque tá bem limitada devido ao fluxo que tá sendo menor. Eu até brinquei assim, eu não me sinto enfermeira, porque eu tô pouco agindo como enfermeira. Então tá bem difícil, eu digo que tá bem difícil essa época de pandemia. Sendo bem sincera, foi horrível. Como nós, da Saúde da Família, a gente no R1 fica um pouco mais no Centro de Saúde do que nas nossas Unidades Básicas de Saúde, e o Centro de Saúde é um mundo a par do que é preconizado no município. Então, no começo da pandemia a nossa função como residente era estar na porta, atender telefone, renovar receita. Então, assim, o meu papel*

*como educadora... porque eu tenho isso como princípio, todo profissional tem que ser educador em saúde, eu me senti fragilizada, porque eu não pratiquei. A gente até brincou dizendo que vai sair especialista em porta e telefone depois dessa pandemia. E, agora que as coisas tão começando a voltar um pouco ao normal, a gente teve uma conversa bem franca com os coordenadores lá do Centro de Saúde, porque eles identificavam essa fragilidade.*

As Unidades de Saúde hospitalares buscaram restringir a circulação dos profissionais de saúde dentro do hospital, visando prevenir a exposição e o risco de transmissão ou contaminação com o coronavírus, o que influenciou diretamente na dinâmica dos atendimentos e no fluxo de discussões de casos. Diante de toda a insegurança decorrente da gravidade da pandemia, os serviços de saúde foram se organizando conforme aprendiam a lidar com esse desconhecido risco invisível.

*Nelson (R2, psicólogo em Saúde do Adulto e Idoso): Assim, março e abril a gente ficou na interconsulta, então a proposta do hospital era de só funcionar serviços essenciais, e aí, não que a psicologia não fosse essencial, porque esse termo acabou sendo usado, mas equipe multi ficaria em esquema de interconsulta, o que a gente costuma fazer diariamente de busca ativa, ou de alguma outra proposta de estar mais envolvido na equipe, a gente sai dessa proposta e vai em casos mais urgentes, tanto que tinha uma demanda de que a gente ligaria antes na enfermaria pra saber sobre a interconsulta, se realmente valeria a pena a gente ir na enfermaria, porque também na interconsulta às vezes a gente tem que ficar procurando quem solicitou pra discutir o caso, e isso seria uma exposição, uma circulação a mais no hospital. Então acho que o cuidado que foi tendo, que foi feito no início, foi essa ideia de aglomeração, que acho que era uma coisa que tinha muito em voga, não se podia ter tanta circulação de muitas pessoas no hospital. Então a gente ficou praticamente assim, numa salinha no Sameca<sup>6</sup>, esperando chegar interconsulta, indo atender, voltando, evoluindo e indo embora, não tinha tanta troca, não tinha algo mais dinâmico, e aí a gente soube que outras equipes foi funcionando assim, as equipes de residência médica também, alguns residentes revezavam entre eles, duplas, justamente pra evitar muitas pessoas circulando no hospital, e quando a gente vai percebendo que os lugares que a gente estava, como no meu caso eu tava na geriatria e eu tinha contato com a equipe, e eu via a equipe passando visita no hospital, eu via a equipe trabalhando normalmente, aí começou a surgir interconsulta pra geriatria, aí eu comecei a entender que eu poderia retornar, porque tava tendo demanda, e minimamente eles tavam retornando às atividades, e aí a gente foi retomando as atividades, mas acho que tinha uma questão institucional também, acho que no início da pandemia a instituição não sabia ao certo como instituir algumas regras, ou algumas normas, ou alguns cuidados, então parece que a gente foi tateando muito como que as coisas iam... como que esse vírus ia acontecendo, como que a gente ia... que dificuldades que a gente ia enfrentando, pra poder passar um plano de ação, pra fazer com que tivesse maior segurança possível, então na*

---

<sup>6</sup> Sameca – Ambulatório de Saúde Mental da Criança e do Adolescente do Hospital das Clínicas Unesp.

*época eu lembro que a gente tinha muita dúvida se ia ter EPI ou não, se a gente tinha que usar alguma coisa ou não, que máscara que ia usar, que máscara que o hospital dava, se era uma máscara segura, quer dizer, era tudo muito incerto, então a gente sente que foi uma coisa meio... acho que tudo era muito incipiente também, ia acontecendo, ia tateando pra ver o que seria mais seguro ou não. Então acho que de modo geral foi assim esse início.*

As incertezas sobre o futuro na residência despertaram sentimento de insegurança e frustrações, devido à expectativa que se tinha com relação ao planejamento e às vivências que a residência possibilita nos mais diversos serviços de saúde, desconstruindo uma idealização que se tinha do papel do residente ao colocá-lo para trabalhar na linha de frente.

*Sofia (R1, enfermeira em Saúde Mental): Foi uma semana depois do meu aniversário, na verdade foi na semana do meu aniversário, dia 17 de março, começou toda a mobilização. Foi na nossa segunda semana de residência, e aí a gente tava tudo muito incerto, algumas pessoas falavam que a gente ia paralisar, não ia ter a residência, porque seria um possível R3 daí. Outras não, porque a gente ia acabar indo pra linha de frente mesmo, e foi o que aconteceu, eu fico ali na Unidade do Centro de Saúde e eu pelo menos, como enfermeira, acabei ficando meio que na triagem, ali na porta, quem entra, quem não entra, tem sintoma gripal, quais são os sintomas, e na campanha de vacinação também. Em todas as campanhas que tiveram em Botucatu a gente acabou participando, da vacinação no drive in, mas, assim, quebrou toda a nossa residência, porque de março a julho e agosto eu não tive contato nenhum com os serviços da saúde mental. A gente atendia, acolhia algumas pessoas que tavam chegando na Unidade, com crises ansiosas, especialmente por conta da pandemia mesmo, pessoas que perderam emprego e tudo o mais. Mas era isso, porque a gente veio com uma expectativa, passar no Caps, no Sarad<sup>7</sup>, e isso acabou sendo deixado meio que de lado, assim, e a gente acabou ficando 100% na Unidade de Saúde auxiliando ali os profissionais. E a gente fazia meio período só, trabalhava seis horas por dia, mas eram seis horas, assim, que eram desgastantes, porque a gente vivia com medo, uma tensão, a pessoa chegava tossindo, a população muitas vezes não reconhecida, vacinação e gente brigando por causa de vacina, porque primeiro foram priorizados os grupos de risco, e daí a pessoa não era do grupo, meu deus, só faltava a gente apanhar da pessoa. As pessoas estressadas querendo ter acesso ao serviço de saúde, às vezes sem nenhum sintoma, e daí quando o prefeito liberou o swab, então, foi bem difícil, porque as pessoas chegavam sem sintomas e acabavam mentindo pra gente, “ah porque eu tô com tosse, eu tive febre, eu liguei na central do Covid e me mandaram pra cá”, daí quando o médico examinava não tinha nada, mas ia colher Covid da mesma forma. Então foi bem complicado, assim, porque tivemos bastante conflitos e colocaram os residentes pra ficar na porta. Os funcionários mesmo do posto não queriam, então só ficava residente na porta, tinha uma escala de residentes que ficava*

---

<sup>7</sup> Sarad – Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas.

*ali na porta, e a gente teve que brigar muito pra gente conseguir rodiziar com os profissionais da Unidade.*

A frustração pode ser compreendida como um mecanismo de proibição e privação, ou seja, a frustração é a consequência da insatisfação de uma pulsão, sendo assim, a proibição é a causa da frustração, enquanto a privação é o produto da proibição (ROUDINESCO; PLON, 1998).

A pandemia surgiu como elemento causador da proibição das atividades práticas da residência, provocando sentimento de frustração àqueles que tiveram seu planejamento interrompido.

No início da pandemia, houve tentativas por parte dos residentes em saúde de se inserirem em espaços para atuar em condições que pudessem exercer a teoria e a técnica específicas de cada profissão, mas impedidos devido à quarentena e ao distanciamento social foram remanejados para setores onde se mostravam mais necessários.

*Milena (R2, nutricionista em Saúde da Família): Mudou bastante. Como eu falei, a gente deixou de... o nosso núcleo deixou de ser o nosso objeto de trabalho. A gente passou a ser profissional como se fosse, assim, de campo, sou profissional da saúde coletiva. Tipo, o que precisa nesse momento e como a gente vai... foi assim que eu vi também. No início eu achei que a gente poderia atuar mais como educador mesmo, trabalhar com educação em saúde, trabalhar com a população educação popular, eu pensei que a gente poderia ir mais pra esse campo no início, mas depois, com a restrição da quarentena e o isolamento social ficou mais severo em Botucatu, então não seria adequado nem nós mesmo estarmos em qualquer espaço público ou, enfim, fora, numa praça pra fazer orientações. A gente também, enquanto nutrição, tentou se organizar pra atuar junto à vigilância sanitária na orientação dos estabelecimentos que comercializam alimentos, porque é uma função do nutricionista também. Então a gente, meio que assim, onde será que a gente pode oferecer nossa mão de obra, que seria de uma necessidade, mas também não houve esse espaço, a gente não conseguiu, a gente tentou, não houve essa articulação de que a vigilância não quis, enfim, coisas assim. Daí a gente acabou entendendo que tudo bem, então talvez a demanda mais concreta mesmo é essa aqui do Centro de Saúde, nesses espaços específicos. E aí de forma geral a maioria dos residentes tão fazendo.*

A fala a seguir reforça essa tentativa dos residentes em atuar em outros setores de saúde do município, até mesmo em serviços de testagem para diagnóstico de Covid-19, mas tiveram que se adaptar e auxiliar na reorganização dos serviços de saúde, pensar em estratégias de aprendizagem, como educação permanente em saúde, ou mesmo aprender a trabalhar em equipe.

Bianca (R1, enfermeira em Saúde da Família): *Ah, eu acho que além dessa questão do Covid, que fugiu de tudo, a própria demanda de Botucatu, do município de Botucatu, ela mudou bastante. Botucatu teve uma adesão, no começo, foi uma adesão boa, quarentena, não tinha usuários no serviço. Lá na minha Unidade, a gente tinha dois atendimentos por dia no começo, é muito pouco. Então, se eu não tava lá na porta no Centro de Saúde, eu tava lá na Unidade fazendo nada, porque não tinha atendimento, e o pouco tempo que nós ficamos ociosos a gente tentou desenvolver alguma atividade de educação permanente, mas também assim, tem um outro contexto lá na minha Unidade, que tem um adoecimento muito forte da equipe, mas eu acho que foi basicamente isso que mudou todos os planos da nossa residência. O perfil do atendimento mudou em Botucatu, as demandas do Covid, elas vieram de forma arrasadora pra gente, que os serviços tinham que se adaptar às normas do Covid. Então a gente tinha que ajudar nisso e a gente não tinha muito pra onde correr. Se a gente não ficasse no Centro de Saúde fazendo a escala Covid, a gente tinha que ficar na nossa Unidade. Então, por exemplo, a gente não poderia... a gente até pediu, mas não foi permitido a gente ir lá na Central Covid ajudar na realização dos testes, no acompanhamento das pessoas. Então acho que isso também que interferiu na mudança.*

Durante a residência, a prática de atuação interprofissional foi prejudicada devido às medidas de cuidado da pandemia, como as restrições de distanciamento social e modalidade de ensino remoto, impedindo a interação presencial dos residentes.

A educação interprofissional define-se como uma abordagem teórico-metodológica que oportuniza o aprendizado colaborativo, no qual o princípio está orientado à 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 na formação dos profissionais de saúde nos Programas de Residência. A multiprofissionalidade pode ser definida como “a justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo tema ou problema, sem o estabelecimento de relações entre os profissionais representantes de cada área no plano técnico ou científico” (FURTADO, 2007, p. 241-242). 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 (2000) 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 buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (CAMPOS, 2000, 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.

O relato a seguir indica que alguns residentes, devido às restrições de aglomerações e à necessidade do distanciamento social, tiveram que ser deslocados para setores em que sua atuação como residente ficava limitada, não permitindo muitas oportunidades de trocas e compartilhamento de saberes com outros profissionais.

Felipe (R2, farmacêutico em Saúde do Adulto e Idoso): *Então, na verdade, no setor na farmácia central não teria como mudar a rotina, porque é uma demanda muito alta de serviço pra poucos funcionários, inclusive é uma das queixas que os próprios funcionários sempre levam pra supervisão, então não tem como, não tinha como parar, então as pessoas continuaram trabalhando, e por sorte, acho que num primeiro momento, ninguém se contaminou ali, então se manteve o trabalho, mas eu percebia que tinha alguns momentos que, se por acaso alguém afastasse, aí tinha que se desdobrar pra conseguir cumprir, sobrecarregar também os funcionários. Na verdade, lembrando agora, eu antes de estar atuando na farmácia central, eu tava atuando no serviço de terapia nutricional lá no hospital, só que no lugar onde a gente ficava era uma sala, e a gente ficava em cerca de sete até dez pessoas dentro da mesma sala, uma sala pequena, com pouca ventilação. Então eu tive que me deslocar, porque na verdade, foi o que eu falei, a residência, pro profissional farmacêutico, ela é um pouco limitada em termos de atuação nos setores do hospital. Então meio que eu tava lá tentando desenvolver alguma atividade pra estar, ser um integrante mesmo da equipe ali de terapia nutricional, mas aí nesse momento que começou a pandemia, e as pessoas que realmente não precisava estar ali, porque eu entendo que eu tava tentando desenvolver algum serviço ali, mas em alguns momentos não era necessário eu estar ali, então eu acabei indo pra farmácia central, pra não ficar aglomerando dentro da sala, mas ao mesmo tempo, por eu ter ido pra farmácia central, eu não conseguia estar tão presente nas discussões, nas atividades da terapia nutricional. Então isso fez com que eu me distanciasse, e acabei não fazendo as atividades mais ali, o mínimo do mínimo, assim, da terapia nutricional. Na verdade, eu acho que eu consegui fazer algumas atividades, atuar em alguns momentos assim, só que de certa forma, foi como eu falei, como é*

*limitado, eu tava me esforçando pra conseguir desenvolver alguma coisa, a partir do momento que eu não estava mais tão presente lá, eu fiquei um pouco mais desmotivado, sim, queria desenvolver alguma coisa ali, e por não estar presente na rotina ali, no dia a dia. Acho que tanto por questão do processo de trabalho em si que algumas vezes que eu conversei com a nutricionista lá, que era responsável do setor, ela sempre tentava de alguma forma encaixar os farmacêuticos e tal, mas era uma atividade limitada, assim, era mais focada para os nutricionistas, pra médicos. E aí eu acho que vai além da questão da pandemia, mas a pandemia influenciou pra diminuir a atuação sim.*

Passado o início da pandemia e com as atividades dos serviços de saúde voltando a ser realizadas, os residentes demonstraram certa impaciência por estarem excluídos de suas atribuições de origem e desejavam ser incluídos em novas atividades que pudessem aproximar de sua formação profissional.

*Bianca (R1, enfermeira em Saúde da Família): A nossa escala, durante um mês, ela ficou isso, porta superior, porta inferior, receita, telefone e vacina, que aí começou a vacina da gripe, mas quem ficava na vacina era os alunos do quarto ano da enfermagem. No começo os residentes ficaram participando pra tentar supervisionar, mas depois acabou isso. Aí depois de um mês inseriram os teleatendimentos para saúde mental e para nutrição, para as outras categorias ficavam nessa mesma escala, e era isso, de segunda a sexta-feira, independentemente de ser manhã e tarde. E aí o CTA começou a funcionar depois, mas aí funcionou em outro horário, era quarta-feira de tarde até a noite, mas eu não tava inserida no CTA. E literalmente a escala chama escala Covid, os próprios funcionários chamam assim, é sério. Agora a escala mudou, começou no dia primeiro de junho, por uma demanda da coordenação e dos nossos tutores. Não sei se você ficou sabendo, aí, essa nova escala, a gente tem inserção em algumas outras atividades. Então, por exemplo, eu acho que eu cheguei a brigar com a minha tutora, falando “pelo amor de deus, me coloca em alguma atividade da enfermagem, senão eu vou surtar”, e aí elas me inseriram na visita domiciliar. Na realidade elas tinham me inserido no curativo, mas marcaram pra um dia que não tinha curativo, então eu tinha que ficar na porta, aí eu briguei, falava “por favor, eu quero tá inserida nesse espaço de VD que tá sendo formado, eu quero ajudar a construir isso”, e aí me colocaram. Graças a deus a minha tutora deixou eu ficar lá, mas ainda tem pessoas ficando na porta e telefone.*

A pandemia provocou mudanças que causaram impactos a curto prazo, como mudanças na rotina de trabalho devido a fechamentos de ambulatórios e enfermarias, interferindo diretamente nos residentes que teriam esses setores como estágios programados, além de impactos a longo prazo, visto que foi preciso fazer alterações no planejamento de estágios eletivos, participação em congressos e em trabalhos de conclusão de residência, como descritos a seguir.

*Nelson (R2, psicólogo em Saúde do Adulto e Idoso): Eu sempre acho muito difícil retomar esse início que foi a pandemia principalmente*

*estando na residência, porque acho que pra todos nós teve um impacto muito grande em algum nível, então acho que de um modo geral todo mundo teve uma reação inicial e depois foi elaborando algumas coisas individualmente e coletivamente também. No meu caso, muitos projetos estavam sendo pensados pro ano de 2020, acho que eu voltei do R1 com muitos planos a serem executados, assim, então eu tinha uma ideia de me preparar pro mestrado, tinha uma ideia de me preparar pro meu eletivo, que ia ser em Alter do Chão, no Pará, aí eu ia fazer com algumas colegas, e a gente ia tentar fazer o TCR<sup>8</sup> lá no Pará, alguma coleta ou alguma vivência por lá que a gente pudesse fazer o TCR. Enfim, a gente sonhando, fizemos a inscrição em um Congresso de saúde mental em Recife, que era perto da data que a gente ia fazer o eletivo, então ia ser uma espécie de viagem junto com trabalho, enfim, muitos investimentos no ano que ia começar, a gente ia se tornar R2, a gente sabia que seria nosso último ano e a gente queria aproveitar muito bem todo o nosso processo que a gente teria de trabalho novamente, e vem a pandemia, e isso cai por terra, então a gente acabou que precisou lidar com essas perdas de uma vez só, com esses ideais na verdade, que a gente tava muito... fazendo vários projetos, enfim, tinha muitas coisas em vista aí.*

A fala a seguir traz uma percepção de frustração com a impossibilidade de realizar os estágios planejados e com as mudanças no trabalho de conclusão de curso, precisando se reorganizar e planejar novamente.

*Natalia (R2, médica em Medicina de Família e Comunidade): Bom, primeiro que eu tô num programa de residência e acabou com todos os meus planos. Acabou com todos os meus estágios da residência, acabou com tudo o que eu tinha planejado pra esse ano, acabou com todos os meus projetos, mudou o meu trabalho de conclusão de curso, eu tive que refazer todo o projeto, inteirinho, porque o meu projeto era pra lidar com grupos e pacientes diabéticos, então sem chance. Mas, assim, acho que foi muito bagunçado no começo pra mim, foi desafiador, porque eu também sou uma pessoa que gosta de planejar as coisas. Então no começo foi bem difícil, mas acho que a gente se adapta no fim das contas.*

O processo de ensino-aprendizagem no contexto das residências médicas não se define por um método estático e inflexível, e devido a sua complexidade e dinamismo há uma não linearidade em seu percurso, exigindo aprofundamento e participação ativa do residente, além de uma boa estruturação na diversidade dos cenários de prática (COSTA; AUSTRILINO; MEDEIROS, 2021).

Assim, percebemos pelas narrativas dos residentes que, devido à pandemia de Covid-19, a atuação prática durante sua formação na residência sofreu alterações significativas no planejamento, necessitando se reinventar enquanto profissional de

---

<sup>8</sup> TCR – Trabalho de Conclusão de Residência.

saúde para atender as demandas presentes em cada contexto de trabalho e 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 preciso muita flexibilidade dos residentes e dos programas de residência para que todos tivessem a experiência de trabalhar em ciclos reduzidos em todos os estágios, embora não tenha sido possível para todos os residentes, como o relato seguinte demonstra.

*Nelson (R2, psicólogo em Saúde do Adulto e Idoso): Assim, na verdade, no R2 do nosso programa a gente passaria na UTI, na enfermaria de geriatria junto com alguns ambulatórios ali acontecendo junto, que tivesse relacionado também ao idoso, e a gente passava num campo que denominavam de saúde mental, que era no Sarad, lá no serviço de referência em atenção em álcool e drogas, e a gente conquistou nos últimos anos o Caps AD<sup>9</sup> com a intenção de tirar o Sarad, porque, enfim, o Sarad acho que é um modelo muito, várias questões, muito manicomial, uma situação muito difícil o Cantídeo de um modo geral. Então acho que a ideia era a gente... já que a proposta era álcool e drogas, a gente tentar ir pro Caps AD, porque era um serviço de atenção secundária, que poderia ter uma proposta diferente, enfim, e aí a gente foi pro Caps AD, e aí começou o Caps AD no nosso ano, então uma amiga só, que era residente, e ia iniciar o ciclo lá, que começou, só que ela ficou duas semanas e começou a pandemia, e o Caps AD cancelou os grupos, enfim, então a gente perdeu o Caps AD, não senti nem o cheiro de como era o trabalho lá, não tive nem como ir, porque tava tudo suspenso as atividades, e quando eu estava no início da pandemia eu estava na geriatria, e aí essa minha colega ficou... cada um ficou no seu ciclo de atuação inicial desde o início do ano, então quem tava no Caps AD e no Sarad ficou um tempo por lá, até entender como que ia reorganizar as atividades, eu fiquei um tempo na geriatria, e uma outra amiga que tava na UTI também. Aí essa minha amiga que tava na UTI e eu, que tava na geriatria, fomos para interconsulta no HC<sup>10</sup>, e essa minha outra colega... porque nós somos em três residentes da psicologia, essa outra ficou no Sarad, e aí ela não ficou nas interconsultas, ela ficou lá, só que pra não ficar no Sarad, porque não tava acontecendo nenhuma atividade, ela acabou ficando no hospital Estadual na oncologia, que era um ciclo que a gente já passou no primeiro ano. Então, quer dizer, foi uma mistura ali, ela acabou dando um suporte na oncologia, que não parou, porque foi algo que os pacientes imunossuprimidos, com tratamento bem mais delicado, acabou não parando, diminuiu um pouco os atendimentos, mas a oncologia acabou continuando com alguns atendimentos, e eu e a outra colega acabamos ficando na interconsulta. Quando a gente pensa na proposta de retomar algumas*

---

<sup>9</sup> Caps AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

<sup>10</sup> HC – Hospital das Clínicas.

*atividades no ciclo, em tese, pelo cronograma, a gente já deveria ter mudado, então a gente argumenta que não, que a gente tinha que pegar do zero, redividir pra tentar passar nos três lugares, mesmo que num período menor, porque cada ciclo a gente passa por quatro meses, e com a proposta de reorganizar o cronograma pra tentar ficar nos três lugares e ter a experiência que a gente teria se a gente tivesse um em cada ciclo, ficaria dois meses pra cada ciclo. Então a gente refez e não tivemos a perda exatamente do ciclo, mas acabou que perdemos de certa maneira, porque daí ninguém foi mais pro Sarad, a gente acabou montando um ciclo improvisado, então no lugar do Sarad a gente acabou passando na enfermaria de cuidados paliativos, o que também foi um ganho, porque era um lugar que a gente não passava, e foi muito rico passar nos cuidados paliativos, continuamos na oncologia, porque também o paliativo saiu do HC por causa da pandemia e foi pro Estadual. Então foi muito atípico, agora a gente já sabe, tivemos a notícia que o R2 vai ser de uma outra forma, então a gente tentou reorganizar de uma outra forma pra que ninguém perdesse de alguma maneira tudo, perdesse mais parcialmente ou tivesse uma barganha aqui e ali, e a gente pudesse fazer algumas trocas que fizessem também mais sentido pra aqueles residentes daquele ano, que no caso éramos nós.*

Conforme relato da direção da Faculdade de Medicina da Unesp de Botucatu, por meio das professoras Jacqueline Teixeira Caramori e Maria Cristina Pereira Lima (2020), o Hospital das Clínicas da FMB atuou como centro de referência da Covid-19 desde o final de fevereiro, antecipando-se à declaração de pandemia pela OMS, e no mês de março deu início às medidas de prevenção e controle nos serviços de saúde, interrompendo atividades didáticas e direcionando todos os esforços em uma articulação interna com a criação de um Comitê FMB Covid-19, a fim de planejar e reorganizar todas as atividades de ensino da graduação, pós-graduação e residência médica.

Concomitante a isso, o Hospital das Clínicas da FMB adotou medidas como reserva de leitos em UTI exclusivos para Covid-19, restrição de circulação e fluxo de pessoas, suspensão do funcionamento dos ambulatórios didáticos, interrupção das cirurgias eletivas do centro cirúrgico, e passou a ser um hospital exclusivo para atendimento à Covid-19. As atividades de residência médica foram redirecionadas para ações voluntárias na Atenção Primária e no atendimento à Covid-19 no âmbito hospitalar. Diante do alto risco de contaminação e em busca de manter o compromisso com o ensino de qualidade baseado na ciência, a decisão da gestão sempre foi de preservar a vida de todos os atores envolvidos (CARAMORI; LIMA, 2020).

O cenário de cada programa de residência era muito distinto. Enquanto o relato anterior menciona a tentativa de reorganização do planejamento para que os

residentes não fossem prejudicados em seus estágios, a fala seguinte indica a percepção de prejuízo na formação de residentes devido ao fechamento de serviços de saúde que seriam campo de estágio, limitando sua experiência a apenas um local.

*Celina (R2, psicóloga em Saúde Mental): A maior parte da minha atuação na residência em saúde mental é na atenção básica, que na verdade é no Centro de Saúde, eu passei a maior parte da minha residência no Centro de Saúde, então os outros serviços que a gente rodaria, que são os Caps, Oficina Girassol, Arte e Convívio, eles fecharam, eles bloquearam a saída pra gente não ficar circulando muito, e eu fiquei só no Centro de saúde mesmo. E, simultaneamente, a gente começou a ficar só lá, os nossos atendimentos foram cancelados, ficaram só coisas mais urgentes, acolhimento um pouco mais urgentes, os grupos todos também cancelados, a nossa atuação acabou, eu tive uma experiência lá no Centro de Saúde de quase que entrar pra equipe da Unidade mesmo, porque eles precisaram colocar pessoas na porta pra receber, pra fazer essa triagem, e o serviço teve que se reorganizar todo, e a gente da residência de saúde mental, como tava lá muito tempo, cinco dias na semana, a gente entrou nesse esquema. Então no começo da pandemia, durante alguns meses na verdade, eu fiquei na porta fazendo essa triagem das pessoas, é extremamente cansativo, extremamente chato, difícil lidar com o público, que tava amedrontado também, muito tenso, com muitas dúvidas, muito grosseiro por conta disso, o pessoal tava bastante... atacava muito quem tava ali na porta, que impedia a entrada, porque a gente fazia esse papel, e a gente na verdade fez muita coisa assim da Unidade, do funcionamento da Unidade, depois também tiveram alguns inquéritos de Covid, alguns testes que tinha algumas amostras por quarteirão, que faziam parte da Unidade, eu participei disso também, durante o começo da pandemia teve vacinação da gripe, e eu também participei organizando fila, na vacinação por drive thru, e também na Unidade, então a gente entrou muito nesse esquema da equipe, a gente foi obrigado a se reorganizar junto com a equipe da Unidade. E também a gente fez, a gente que eu falo é a equipe de residentes de saúde mental no Centro de Saúde, a gente fez uma escala pra não estarmos todos ao mesmo tempo, porque a Unidade é muito pequena, então a gente começou a revezar, e os nossos plantões à noite da residência foram cancelados também, então praticamente o meu R2 inteiro eu não fiz as 60 horas, eu fiz bem menos.*

A restrição dos estágios a um tempo menor foi uma tentativa de minimizar os prejuízos na formação dos residentes, entretanto, ainda assim, a interrupção das atividades trouxe um impacto significativo nas vivências e aprendizagens.

*Sofia (R1, enfermeira em Saúde Mental): Então acho que teve esse impacto, que foram oito meses, oito não, seis meses aí, que a gente ficou sem tá fazendo o que era pra gente fazer, a nossa especialização ficou parada. Então acho que isso foi uma perda bem grande pra gente, de material, de conteúdo. Agora a gente tá passando nos lugares, mas ao invés de seis meses a gente tá ficando três, acho que é uma quebra também, porque a gente quebra o aprendizado, tinha um cronograma ali pra ser seguido, e três meses passam muito rápido,*

*eu acabei de sair do ciclo do Sarad, e três meses passaram assim, quando eu comecei aprender, mudou. Sabe, assim? Quando você começa a pegar a rotina do serviço, dialoga melhor com a equipe e tudo o mais, “não são mais vocês que vão ficar aqui, vai vir outra turma”, então, acho que nesse impacto, assim, eu senti um impacto maior no ensino e no apoio da coordenação também, assim, para os residentes.*

O relato a seguir indica a dificuldade em se inserir em campos de estágio devido às restrições de aglomeração de pessoas para realizar atividades grupais, que foram descritas como sendo a maioria em vários serviços de saúde, com a reconfiguração dos atendimentos para modalidades individuais e virtuais e busca de informações seguras sobre a pandemia para poder orientar e solucionar dúvidas dos pacientes.

*Daniel (R2, psicólogo em Saúde da Família): Então, num primeiro momento foi uma mudança... algumas práticas de campo de atuação deixaram de acontecer. Então, por exemplo, a escola foi o primeiro lugar que não aconteceu, porque não tem mais escola pra ir, as práticas grupais que eram, digamos assim, nosso carro-chefe, que a gente mais fazia, que a gente mais se apoiava na residência, não puderam mais acontecer, rodar com o Nasf não pode mais acontecer, que era uma coisa que ia se iniciar, atendimentos agendados não puderam mais acontecer, Sarad também, que eram práticas grupais, não chegou a ser iniciado. A gente começou a fazer mais matriciamento virtual, a usar mais os recursos virtuais na nossa prática cotidiana. Então muita coisa que tava previsto na residência a gente teve que parar por conta da pandemia, até mesmo em termos de readequação de carga horária, mais períodos de estudo, revisão das práticas, ficamos mais em práticas burocráticas, mais em práticas de organização do fluxo. Outros espaços que normalmente a gente não ocupava, pra ter uma melhor organização do serviço, pra atender as demandas que surgiram por conta da pandemia. Se apropriar de informações pra gente poder fazer educação em saúde com a população, pra gente poder passar informações confiáveis, então mudou bastante nesse sentido. No campo da saúde mental, por exemplo, tive que me apropriar de algumas coisas que não tava acostumado, por exemplo, a psicologia em situações de desastre e emergências, uma coisa que eu precisei me apropriar mais, estudar mais. Essa questão do corpo em outro plano, das redes, não tá em contato, de novas tecnologias.*

O relato de experiência de residentes multiprofissionais em saúde da Fiocruz (NOGUEIRA *et al.*, 2021), sobre as teleconsultas como alternativas para a continuidade do cuidado, demonstra a importância do trabalho realizado por psicólogo e farmacêutico no acompanhamento de pacientes de grupo de saúde mental por meio de suporte emocional e farmacêutico, com uso de consultas telefônicas e busca ativa. O trabalho teve por objetivo reaproximar os usuários que foram prejudicados com a pandemia devido à reorganização do processo de trabalho na unidade de saúde. Os

autores ressaltam as desigualdades no acesso a essa modalidade de atendimento, porém tiveram o cuidado de flexibilizar para aqueles que precisaram de acompanhamento presencial.

Importante destacar também o cuidado em oferecer mais segurança aos residentes da equipe quando identificados maior vulnerabilidade e risco de contaminação pelo coronavírus, como no caso da residente de nutrição que possuía deficiência física e foi afastada do trabalho presencial, readaptando o processo de trabalho para teleconsultas. O contexto de trabalho não incluía a presença de nutricionista do Nasf-AB, e foi necessário que a residente assumisse a responsabilidade pelas demandas da unidade de saúde, frente aos desafios crescentes devido à pandemia (NOGUEIRA *et al.*, 2021).

Conforme o relato a seguir, devido à reorganização do planejamento das atividades, alguns residentes acabaram assumindo atribuições específicas em suas Unidades de Saúde que anteriormente eram compartilhadas com os profissionais de referência do Nasf, indicando insatisfação com funções operacionais que surgiram devido à pandemia.

*Milena (R2, nutricionista em Saúde da Família): O Nasf, como no R2 eu começaria grande parte da minha carga horária, eu estaria rodando com o Nasf, no município o Nasf organizou de forma que o profissional fica de referência da Unidade. Então ele fica só em uma Unidade de Saúde pra não rodar, cada profissional do Nasf fica de referência de uma Unidade. Então eu sou referência do posto agora, não tem um profissional do Nasf indo pra lá, os residentes viraram referência do Nasf nas suas Unidades de Saúde, os R2. Então um dos meus campos se mantém sendo essa única Unidade de Saúde. A minha carga horária na Unidade aumentou um pouco em relação ao que seria pro R2, e no restante do meu horário eu tô no Centro de Saúde, mas o Centro de Saúde, que é de onde vem essa demanda mais organizacional, administrativa, por ser uma Unidade de Saúde fora do padrão, com várias áreas, enfim, com outros espaços que não têm profissional para preencherem, porque são espaços que não existiam a priori. Então no Centro de Saúde todos estão se organizando, existe uma escala, e cada um fica responsável por uma parte mais administrativa. Não é administrativa, é mais operacional mesmo, de porta, atender telefone, basicamente atender telefone, orientar na receita e ficar na porta aferindo temperatura de quem pode entrar e quem não pode. Perguntando e orientando, “olha, determinadas condições a gente não tá atendendo no momento”, coisas do gênero.*

Aos poucos a rotina de trabalho dos residentes foi retornando ao normal, podendo realizar atendimentos individuais, visitas domiciliares, discussões de casos, territorialização, consultas compartilhadas e auxiliando na organização do fluxo das unidades de saúde.

Lavínia (R1, fisioterapeuta em Saúde da Família): *Aí de terça de manhã o grupo de atenção domiciliar lá do Centro de Saúde voltou, então a gente tá tendo discussão de caso e a gente tá fazendo algumas visitas domiciliares, aí de segunda e quinta à tarde eu tenho aula, terça-feira à tarde eu tô na escala Covid, então eu fico na porta do Centro de Saúde e eu fico orientando o fluxo do serviço, aí na quarta à tarde eu tô na Unidade Saúde da Família, aí é o tempo que eu tenho pra marcar os pacientes, que surgirem de discussão com médico ou que chega mesmo a demanda, e também eu tô fazendo um levantamento dos pacientes que foram com queixas respiratórias lá na Unidade e foram encaminhadas pra fazer o teste do Covid, e daí eu tô ligando pra saber como eles estão, se o teste deu positivo ou negativo, justamente pra caso de positivo pra ver se tem algum sintoma respiratório e ter algum acompanhamento. Na quinta de manhã eu tô na Unidade também, aí eu priorizo fazer algumas consultas compartilhadas, tem a reunião do Nasf também, que a gente participa, e é também um espaço pra gente fazer possíveis VDs<sup>11</sup> que venham a surgir, e daí sexta o dia inteiro eu tô na Unidade, aí a gente vai começar a territorialização agora. Então sexta de manhã seria um espaço pra isso, e aí sexta à tarde continuar com esse levantamento do Covid, também algumas consultas compartilhadas com a enfermagem, com gestantes, e daí tá sendo mais isso.*

Outro ponto importante a destacar é a volta do planejamento inicial que os residentes tinham em relação aos seus programas de residência, como nas discussões de casos em equipe, matriciamento e acompanhamento do Nasf na Saúde da Família, indicando uma percepção de maior pertencimento junto à equipe de apoio e satisfação com o trabalho desenvolvido.

Lavínia (R1, fisioterapeuta em Saúde da Família): *Então eu acho que agora o pessoal tá cansado, parece, mas também eles tão gostando, porque tá dando pra fazer mais Saúde da Família, então mais discussão de equipe, porque tá tendo mais tempo, matriciamento também tá acontecendo. O Nasf voltou a rodar também, então tá tendo mais tempo de ter essa discussão com o Nasf. Então eu acho que tá todo mundo cansado mesmo, mas tão lidando, na medida do possível, pelo que eu vejo assim.*

A organização dos programas de residência e dos serviços de saúde, como os hospitais, influenciou diretamente na segurança dos residentes, pois houve a percepção de uma desassistência em relação a EPIs, fazendo-os se sentirem desprotegidos e desamparados, pois não sabiam a quem recorrer para pedir ajuda.

Felipe (R2, farmacêutico em Saúde do Adulto e Idoso): *Em relação a EPI, a equipamentos de proteção, eu senti um pouco de desfalque pros funcionários dentro da farmácia, eu não sei se nos outros setores era assim também, mas na farmácia ela não é considerada um setor de assistência, e aí não se tinha equipamentos, máscaras, e ninguém sabia o que era necessário pra conter a pandemia nesse primeiro*

---

<sup>11</sup> VDs – Visitas domiciliares.

*momento. Então eu lembro que foi um pouco bagunçado, e aos poucos a gente foi se adaptando, a gente ficou com horários reduzidos e com revezamento dia sim, dia não, com uma outra residente que tava atuando ali também. Me sentia meio que de mãos atadas, assim, porque como a coordenação, os preceptores, dependem... até porque ficou muito restrita as questões da pandemia, por exemplo, máscaras, luvas, aventais, na verdade não tinha nem tanta necessidade de uso de equipamentos, mais máscara mesmo e luvas em alguns momentos, mas todas essas questões meio que ficavam restringidas aos setores do hospital, e aí pela residência ser ao mesmo tempo que a gente atua no hospital, a coordenação do programa tá mais restrita pra faculdade de medicina, parece que essa questão da autarquia em si, mesmo tendo dois órgãos juntos ali, parece que por a residência estar atrelada à FMB e a gente tá atuando no hospital, meio que não adiantava a gente recorrer à coordenação, mas mais ao serviço em si.*

Diante da escassez de EPI em determinados serviços de saúde, houve uma organização e planejamento para racionar a distribuição dos equipamentos, fornecendo meios para conservação e cuidados com a máscara para mitigar os prejuízos devido ao uso por períodos maiores do que o recomendado.

*Beatriz (R3, médica em Pediatria): Eu falo como uma residente de um hospital grande, mas do SUS, então, por exemplo, a máscara, que é um equipamento nosso de proteção, que a gente deveria descartar a cada 12 horas, a gente fica com ela 30 dias, e a enfermeira, a cada 30 dias a gente pede pra trocar, porque ela tá imunda, suja, fedendo, e daí ela vai lá e anota que a gente tá pegando uma nova, a gente põe a etiquetinha da data, e tem que durar mais 30 dias, e tem o fenômeno do potinho, que não sei se algum residente já chegou a falar disso com você, porque cada um de nós ganhou um tupperware, de cozinha, assim, mas, óbvio, limpo, comprado novo, a gente limpa com álcool, e a máscara fica dentro, a gente coloca a máscara todos os dias de manhã, a gente pega esse potinho, ele aberto, a gente pega o potinho com a máscara, abre o potinho e põe, por fora do potinho a gente pega o elástico, e então só o elástico é que tá contaminado, colocamos, fechamos o potinho e guardamos, e pra final do dia, ou pra comer, ou o que seja, a gente abre o potinho, põe a máscara no potinho, então a gente nunca encosta nela, e o hospital ficou de repente com 10 mil potinhos, cada um anda com seu potinho embaixo do braço pra cima e pra baixo, no refeitório cada um com seu potinho, e daí, enfim, também é uma coisa nova pra gente lidar, né? E, por exemplo, são limitações do hospital do SUS e do nosso país.*

A experiência de residentes em medicina de família e comunidade da UERJ também indica a escassez de EPI, como máscaras cirúrgicas e luvas, nas Unidades de Saúde, apontando que a proteção dos profissionais de saúde não era prioridade para a gestão local, e os próprios profissionais de saúde vieram a comprar seus EPI, como máscaras, protetores faciais e capotes (ANDERSON *et al.*, 2021).

Conforme o relato a seguir, é possível perceber que a falta de EPI foi vivenciada de maneiras diferentes pelos residentes, de acordo com o serviço de saúde em que estava atuando, pois aqui podemos verificar o cumprimento de protocolos de uso de EPI, não havendo queixas de escassez ou fiscalização.

*Natalia (R2, médica em Medicina de Família e Comunidade): Não, nos dois locais onde eu trabalho foi impecável o EPI, não faltou em nenhum momento, não faltou nenhum tipo de EPI, inclusive vários tipos de EPI que a gente não tinha costume de usar, era obrigatório usar, a gente era cobrado de usar, sempre sendo revisado a forma correta de usar, de troca, de higienização, disso eu não tenho nada pra reclamar, em nenhum momento faltou pra mim.*

A rotina de trabalho apresentou-se desgastante desde o início da pandemia, e para sobreviver em meio ao caos dos riscos de exposição e contágio foi preciso ser criativo e persistente para respeitar as medidas de biossegurança e desenvolver estratégias adaptáveis à sua realidade, além de buscar atividades atrativas de lazer.

*Carol (R1, médica em Medicina de Família e Comunidade): Hoje minha rotina voltou ao que era pré-Covid, as duas primeiras semanas. Então eu consigo fazer o atendimento de mulheres, de criança, algum acompanhamento da saúde mental e nos pacientes de saúde do adulto. Mas, assim, talvez eu tô falando o que eu acho que você precisa, mas eu acho que é no sentido de... eu acordo todos os dias, eu acabo indo mais rápido ainda pro posto, não sei como que vai tá o posto. Tem dias que o posto tá cheio, cheio, e tem dias que o posto tá vazio, não tem nada. Então todos os dias eu levo um livro, alguma coisa que eu possa ler enquanto eu tiver lá. E tem dias que não adianta, eu nem como, eu deixo de fazer meu café da manhã lá, ou como alguma coisa no caminho, que tem sido minha rotina mesmo, e aí eu opto por voltar pra casa, muito colegas ficam lá pra não contaminar as próprias casas, só que eu moro sozinha, e eu tenho um gato, então eu venho pra ver o gato, dar comida pro gato e como alguma coisa rápida aqui, é o momento que eu consigo relaxar. Então eu volto pra casa, deixo os meus sapatos pra fora, quando eu entro em casa, mesmo pra almoço, eu tenho um cabide, então eu tiro todas as minhas roupas, logo que eu fecho a porta eu tiro todas as minhas roupas, vou direto pro banho, tomo um banho, coloco minha roupa de casa, almoço rápido, daí saindo de casa eu deixo a minha roupa de casa num cabide próximo, e eu coloco a roupa e saio, os tênis, sapatos, tudo do lado de fora, e eu sempre ando com álcool em gel pra eu higienizar o máximo de coisas que eu posso fazer pra higienizar, eu sempre... antigamente eu gostava de deixar o meu cabelo solto, sempre gostei de usar o meu cabelo solto, com maquiagem e tal, eu não gosto de brincos, colares, nunca usei, então pra mim isso nunca foi uma questão. Mas agora eu maquieo os meus olhos, porque eu descobri que é mais fácil de eu não coçar o olho assim, então se eu tiver o rímel ali eu não vou passar o dedo, porque vai... eu vou virar um panda. Então assim eu me mantenho com as mãos fora da minha cara.*

A fala a seguir traz um relato com muitas angústias sentidas durante a pandemia em relação à coordenação da residência, uma percepção de omissão por parte dos coordenadores em orientar os residentes sobre como deveriam prosseguir em suas atuações nos campos de estágio, desarticulados dos preceptores e serviços de saúde. Alguns residentes sentiram-se lesados e prejudicados devido às particularidades de suas profissões e desamparados frente ao desconhecido e ao isolamento social.

Nelson (R2, psicólogo em Saúde do Adulto e Idoso): *Então a gente até falava no primeiro ano, os espaços de aula eram os espaços que a gente revia a turma, porque era onde todo mundo se reunia, mas, caso contrário, a gente cruzava com alguns, por exemplo, na geriatria, a gente passa no R2, mas a gente encontrava a nutricionista do R1, a fisio do R1, então acabava tendo uma troca, e isso era legal, mas era muito indireto, às vezes a gente passava no AVC<sup>12</sup>, e lá também é um ciclo que passa bastante residente, então na unidade de AVC a gente acabava tendo uma troca entre residentes e conseqüentemente trabalhando em equipe, tendo que saber lidar profissionalmente e entre especialidades diferentes, mas acho que isso era uma coisa que já era uma questão, com a pandemia isso ficou muito mais exacerbado, então a gente não sabia... o departamento de enfermagem ficou todo em home office, a gente tinha montado um cronograma pra ter aula teórica, porque era outra crítica, a gente que organizou um cronograma de aulas pro nosso R2, sendo que acho que isso tinha que vir da instituição, então a gente fez todo um trabalho de pensar em temáticas, em cronogramas de aula pro R2 que fosse em comum da turma, e isso se perdeu porque a gente ficou muito desorganizado psiquicamente e não deu pra fingir que nada aconteceu e falar “não, vamos continuar tendo aula on-line”, acho que essa pegada foi muito posterior, das pessoas transicionarem pro on-line, conseguir entender que daria pra fazer as aulas a distância. Então a gente ficou num “gap” muito grande, sem as aulas, e sem nenhuma escuta da coordenação, às vezes a gente recebia um áudio no grupo do tipo “meus queridos, me falem como vocês estão, estou preocupada”, mas aí ninguém tinha como relatar de fato, porque a gente sabia que era um pouco... era uma pergunta que... como que a gente vai falar como tá, o que você vai fazer com isso. E aí a gente foi sentindo falta disso, até que a gente pede novamente pra coordenação que retomem os espaços das aulas, no R2 a gente tem aula só de quarta à tarde, e aí a gente acaba marcando um “meet” com toda a turma, que aí é onde as coisas assim... foi tomando uma unidade, foi voltando uma ideia que a gente tinha, que era parte e integrante de um grupo de residentes, que a gente tava dentro de um programa de residência, porque por vários momentos eu me senti um profissional do HC contratado, um pouco isolado dessa ideia de fazer parte de um programa de residência, você seguia diretrizes da coordenação do hospital e da psicologia. Então, por exemplo, a psicologia sempre foi um bode expiatório na residência nossa, né? Porque são processos de trabalho diferentes, né? Nem sempre os outros profissionais*

---

<sup>12</sup> AVC – Acidente Vascular Cerebral

*conseguem perceber isso e entender, e a gente tinha, por exemplo, uma questão que era assim, “bom, como que eu vou comparar um psicólogo que atende via interconsulta no contexto de pandemia com um enfermeiro que obviamente vai ser convidado a trabalhar ativamente nesse contexto?”. Então, assim, óbvio que ia ter disparidades e que teriam diferenças na atuação, já existem diferenças, né? E aí como que cada programa defende também aquilo, na psicologia a gente é muito marcado como alguém que não é pra “tocar” o serviço, a gente não vai ficar reproduzindo uma prática que já é esperado por um profissional contratado, é outro viés, a nossa situação tá em outro lugar, a enfermagem às vezes o residente é como alguém que vai cobrir outro, que vai ser mão de obra e tudo mais. Então acho que dentro disso a gente foi tendo diferenças nesse início de pandemia, alguns profissionais residentes ficaram trabalhando até tarde dentro de um ciclo que tava, a gente tinha aí uma dispensa de meio período, às vezes ficava um pouco mais, mas, assim, tinha carta branca pra depois que terminassem as interconsultas podiam ir embora, pra não ficar lá no hospital sem necessidade. Então acho que isso foi uma coisa que marcou também esse início de pandemia em relação à coordenação, a gente sentiu uma falta de regra, que falasse “não, os residentes enquanto grupo de residência, enquanto parte do programa, terão essas e essas...”, enfim, informes, comunicados que fossem mais pro grupo, ficou cada um com seu preceptor, cada um que se vira aí com o preceptor, ver o que cada um vai orientar, e aí a gente vai vendo, né? E isso foi algo que dificultou a relação com coordenação, porque tiveram essa ausência, então a gente acabou ficando focado só nos preceptores. Então isso, assim, acho que de modo geral, pra resumir, eu acho que uma ausência, que também pode ser explicado por vários fatores, não sei como cada um viveu esse início, mas que de alguma forma a gente se sentiu nesse desamparo, nesse início de pandemia, pela coordenação da residência, que foi vindo aos poucos também, a gente foi chamando, e foi uma coordenação que foi vindo aos poucos, foi falando “olha, vamos lá, vamos marcar os horários de aula pra conversar, pra ver como que vocês tão”, e aí rolou esses espaços, assim, mais catárticos, de descarga, de a gente falar que tava difícil, e até chegamos a ler alguns textos, discutir, debater, fizemos o cronograma de aulas, que durou, assim, até dezembro do ano passado. E aí esse ano que não temos, porque estamos finalizando o TCR, mas aí as coisas voltaram num eixo que a gente tentou chegar pra continuar com a residência.*

As práticas interprofissionais foram prejudicadas devido à pandemia, uma vez que as possibilidades de interação foram impedidas por conta do distanciamento social, refletindo na desarticulação dos residentes em todas as atividades de cunho multiprofissional, que necessitam da troca de saberes.

*Daniel (R2, psicólogo em Saúde da Família): A residência, enquanto grupo de residentes, eu senti que sofreu uma cisão grande entre os residentes. Primeiro porque, como os espaços coletivos foram prejudicados, porque a gente não pode se reunir presencialmente mais, a gente acaba se encontrando muito menos. Então ficou um pouco mais desintegrado a residência, até em termos de prática multiprofissional, porque a gente teve que separar um pouco devido à*

*situação. Então o sentido da residência eu senti que em certo momento ele se perdeu um pouco enquanto prática multiprofissional, e que a gente tá reavendo esse espaço agora. A gente queria isso, essa prática multiprofissional. Então a gente tá tentando reaver isso agora, articulando as reuniões pra entender o que a gente pode fazer, o que tá ao nosso alcance, como que a gente pode trabalhar junto, tem aparecido mais casos pra gente discutir. Eu acho que senti assim, mas eu não sei o sentido que eles deram pra isso e como que eles tão enxergando isso. Quanto é que a gente tá pensando formas de se reunir, de se articular, de se reaproximar, entendendo que é muito importante esse lado multiprofissional.*

Diante do exposto pelos residentes em saúde em suas narrativas, indicando insatisfação com a organização das residências, é importante destacar experiências relevantes de outros Programas de Residência em Saúde durante o período pandêmico, de maneira que possamos refletir sobre possíveis ações a serem implementadas em suas realidades locais.

O relato de experiência descrito por Cavalcante *et al.* (2021) demonstra a importância do trabalho colaborativo e de intervenções interprofissionais realizados a partir do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, em Sobral, Ceará.

A experiência descreve a necessidade de adequações nos serviços de saúde de atenção psicossocial e atenção básica, locais de atuação dos residentes em saúde, que impactem diretamente no processo de trabalho e na organização das atividades dos residentes, uma vez que atividades grupais e atendimentos individuais foram suspensos. A experiência também sinaliza a importância do diálogo entre equipe de saúde, gestores e profissionais residentes, promovendo encontros de reflexão crítica para construção de soluções frente ao desafio dos impactos provocados pela pandemia (CAVALCANTE *et al.*, 2021).

Os residentes em Saúde Mental foram deslocados para funções e atividades direcionadas junto à gestão de casos, monitoramento e vigilância epidemiológica, apoiando a Secretaria de Saúde e Coordenação da Atenção Primária. Por sua vez, os residentes em Saúde da Família realizaram o acompanhamento sistemático de pacientes sintomáticos respiratórios junto às equipes de saúde das Unidades de referência, auxiliando no controle dos casos e em orientações juntos aos profissionais dos serviços de saúde na reconstrução dos fluxos de atendimento e na reorganização do processo de trabalho das equipes (CAVALCANTE *et al.*, 2021).

As ações desenvolvidas entre as equipes de saúde e os profissionais residentes indicam as diversas estratégias implementadas que colaboraram no enfrentamento da pandemia, por meio do trabalho colaborativo e interprofissional, permitindo a construção de ações de cuidado integradas com as necessidades locais das equipes e na formação dos residentes em saúde (CAVALCANTE *et al.*, 2021).

O relato seguinte também indica uma falta de apoio da coordenação da residência nas orientações e no suporte aos residentes, que passaram a receber apoio e colaboração do departamento de pediatria, sentindo-se mais amparados e em condições de continuar a residência.

*Amanda (R1, médica em Pediatria): Eu acho que no início ficou bem bagunçado. Essa parte de remanejamento, a gente fazia reuniões semana sim, semana não, ou às vezes até semanais no departamento da pediatria, não tenho contato com outros Coreme<sup>13</sup>, a parte de toda residência médica, mas a parte da pediatria a gente fez bastante reuniões, como eu disse eu participava de todas elas, mas a gente se reuniu bastante, no início foi bem difícil conciliar, a gente tava sendo remanejado com muita frequência, então é... dava muita ansiedade, o pessoal da pediatria tava muito disposto a se ajudar, então a nossa própria preceptora foi se organizando, foi falando “tá bom pra vocês dessa forma? Vocês tão se sentindo prejudicados de alguma forma e tal?”. Mas no início não tem jeito, é sempre uma bagunça. Algumas pessoas foram mais prejudicadas que outras e tal, mas eu acho que os estágios que foram remanejados, como o ambulatório, por exemplo, foi um dos que mais sofreram, porque a gente já não conhecia o hospital direito e era deslocado pra outros setores e vamos lá, e é assim que funciona no nosso primeiro mês de residência, então foi bem chocante pra gente, sabe? Mas a gente recebeu muito apoio. Muito apoio. O departamento de pediatria ficou bem do nosso lado, sabe? A coordenação de residência médica não, a gente não teve apoio nenhum. A gente às vezes recebia alguns e-mails, “ah, os ambulatórios foram suspensos”, e pronto. Aí quem explicava pra gente era nosso departamento da pediatria.*

A tentativa da coordenação da residência em realocar os residentes em atividades a serem desenvolvidas em uma escola foi percebida como incoerente pelo grupo, uma vez que havia uma preocupação com o distanciamento social para prevenir o contágio. E, embora a escola estivesse demandando um cuidado devido ao sofrimento emocional, não houve consenso sobre inserir os residentes nesse contexto.

*Sofia (R1, enfermeira em Saúde Mental): Então, nessa reunião a gente ficou muito alvoroçado, foi uma reunião on-line, a gente ficou bem nervoso, e uma nutricionista, ela falou uma coisa que acho que meio que mexeu com eles, ela falou assim, “olha, a gente tá o dia inteiro*

---

<sup>13</sup> Coreme – Comissão de Residência Médica.

*trabalhando com gente com suspeita de Covid, vocês querem que a gente vá pra uma escola, onde os professores são protegidos, onde a maioria pode ser idosa, uma população idosa que trabalha em escola”, e aí eles falaram que fariam uma nova reunião e nunca fizeram. Então eles abortaram a ideia assim de princípio, porque as diretoras do município entraram em contato por conta do sofrimento mesmo, que não tavam sabendo lidar com as informações, e daí a coordenação teve a brilhante ideia de colocar os residentes pra dar uma aula pra eles presencialmente, se fosse on-line ainda, ir na escola uma vez por semana à noite, daí teve esse furdunço.*

A mesma residente continua seu relato indicando indignação com a coordenação da residência, pois sentiu falta de compreensão e apoio por parte do programa em perceber a fragilidade com que os residentes se encontravam, passando a exigir mais por estarem recebendo uma bonificação para atuarem na linha de frente no contexto da pandemia.

*Sofia (R1, enfermeira em Saúde Mental): Nossa, eu fiquei muito revoltada. Eu fiquei revoltadíssima, eu falei “meu deus, tá saindo do bolso deles essa bonificação pra eles falarem desse jeito com a gente?”. Tipo, “ah, vocês são recebendo uma bonificação, fiquem quietos e façam o que eu tô mandando”, sabe assim? Foi muito ruim, tanto que depois que ele falou isso todo mundo ficou quieto, nossa, não tem sensibilidade, porque se fosse um cara que tivesse do nosso lado ali, trabalhando com a gente na linha de frente, tendo contato com gente tossindo, mas não, ele tá lá na casa dele protegido com a família dele. Ah, eu fiquei possuída, não é possível que a gente tá ouvindo uma coisa dessas. A gente que é residente, a gente começou a receber a bonificação, e nossa coordenação, tanto a nossa quanto a da saúde da família queriam que a gente fizesse uma atividade na escola com os professores das escolas aqui de Botucatu, e a gente teve uma reunião pra discutir isso, e a gente falou que a gente tava exausto, que tava cansado mentalmente, fisicamente, e um desses coordenadores virou pra gente e falou assim, “mas vocês são recebendo bonificação, vocês não têm do que reclamar”. Então isso, assim, a gente ficou “meu deus”, porque os coordenadores, eles são na casa deles, eles são protegidos, eles não são vindo aqui com a gente, o coordenador da minha residência depois que começou a pandemia eu nunca mais vi ele pessoalmente, eles são em outro lugar assim pra falar que a gente não pode se negar a fazer uma coisa, porque a gente tá com medo, porque a gente recebe uma bonificação. Então acho que talvez isso tenha sido outra coisa que tenha me marcado, porque foi uma cobrança que a gente teve por conta de 600 reais que a gente tá recebendo, que na verdade era os 600 reais que era pra ter na nossa bolsa e não teve, e eles colocaram como uma bonificação, tão fazendo uma coisa boa pelos residentes, mas eu achei isso bem insensível da parte dele.*

A dificuldade da coordenação da residência em articular e planejar as atividades dos residentes trouxe uma percepção de negligência e desamparo,

excluindo suas demandas, necessidades e particularidades das profissões para atuarem no contexto da pandemia.

Sofia (R1, enfermeira em Saúde Mental): *Olha, eu acho que a coordenação, assim, ela não sabia o que fazer com a gente, não sabia como manejar a gente, eu sinto que a saúde mental principalmente, porque a saúde da família você joga eles dentro do hospital, saúde do adulto e do idoso também, mas e a saúde mental, onde que eu enfio esses profissionais? Porque são duas enfermeiras, mas são dois TOs, dois assistentes sociais e dois psicólogos, e eles são profissionais da saúde? São profissionais da saúde, mas colocar eles assim, jogar na linha de frente, onde a gente tinha que ver temperatura, ver os sintomas, não era tão fácil pra eles. E eu senti que a gente ficou, tipo, “oh, vocês fiquem aí, e quando a gente se resolver aqui a gente passa pra vocês”. Então a gente tinha muita falta de informação, da coordenação, assim, a gente não tinha muito amparo também, quando a gente trazia algumas angústias, do tipo “olha, a gente tá cansado, a gente tá ficando muito tempo na porta”, e teve colega que teve infecção de urina, porque não ia no banheiro, não bebia água em seis horas que ficava no posto. Então não sentia muito amparo deles em relação a isso, assim, de tá com a gente mesmo e explicar, sabe? “Olha, vamos fazer o possível, vamos tentar manejar isso na residência de vocês”. Eu até falei da saúde do adulto e idoso, mas a gente também tem contato com essas pessoas, e eles também não foram tão amparados assim, porque veio uma sugestão da chefia da Unidade de “vocês vão ficar na porta”, e é isso, a coordenação acatou isso, e, se chegava um paciente pra gente na porta e não tivesse quem cobrir a gente, não atendia.*

A sensação de desamparo se ampliava devido às orientações e recomendações institucionais dos Programas de Residência exigindo que todos voltassem a trabalhar em ritmo normal, e o Fórum Nacional dos Residentes em Saúde buscava protegê-los de qualquer arbitrariedade, evidenciando a necessidade de se unirem e se solidarizarem para enfrentar as dificuldades em grupo.

Bianca (R1, enfermeira em Saúde da Família): *Porque a gente levou essa questão, e o que que tava acontecendo, a gente tem o Fórum Nacional dos Residentes em Saúde, que é o FNRS, e eles fizeram uma carta recomendando que os residentes não fossem trabalhar, porque os residentes são alunos de especialização, não são funcionários do serviço, e aí a Coremu, ela falou que... delimitou que essa carta não poderia ser acatada, mas que a gente faria a carga horária mínima, que era de 40 horas, incluindo aula teórica, então praticamente a gente tava fazendo 20 horas, só que, por algum motivo, a coordenadora quis que voltasse praticamente as 60 horas, a gente vai voltar a fazer as 60 horas a partir do dia 15, que vai voltar o CTA, e sendo que agora literalmente deu o “boom” da pandemia, que tá tendo recordes de mortes, que a gente tá voltando com essa escala, nós levamos essa questão lá na Unidade, e ninguém quer contestar a coordenadora, a gente levou pro grupo de residentes pra gente fazer uma coisa juntos, né? Por que que nós todos estamos voltando a ficar expostos 60 horas semanais, nessa pandemia, o que que mudou? Pra*

*falar a verdade, só piorou na realidade, não melhorou nada. E aí a gente perguntou lá no grupo de residentes, e não tem solidariedade nenhuma, assim. Então, gera bastante... a gente tá bastante chateado com relação a isso, tá acontecendo agora por sinal, o pessoal tá discutindo no grupo. E foi até o que eu falei pra essas pessoas, pras meninas, que pra eles tá tudo bem, porque até agora não aconteceu nenhum caso na Unidade deles, quando a água bater na bunda e aí vai ter caso, porque isso vai... os casos tão aumentando, vai ter alguém com contágio lá no grupo... nas Unidades deles, aí sim eles vão se solidarizar pela nossa causa, que a gente tá falando que a gente tá exposto, mas por agora tá tudo bem, porque pra eles não tão tendo acesso a esse tipo de exposição, tão grande que nem a gente, né? Não é que não é tão grande, escancarada acho que é a palavra certa. Então tá difícil, os próprios residentes não conseguem ver o problema de estar exposto.*

Continuando a descrever a situação abordada, no relato a seguir é possível observar uma sensação de não estar sendo compreendida pelo próprio grupo de residentes, uma vez que há um conflito a ser resolvido entre estar em formação como residente e atuar como profissional de saúde contratado do serviço.

*Bianca (R1, enfermeira em Saúde da Família): Eu não sei, eu sou considerada enfermeira Nasf. Porque é literalmente, o pessoal me chama de enfermeira Nasf, porque eu sempre compro a briga do Nasf, eu sou a enfermeira que se posiciona, o resto dos enfermeiros não se posicionam pra absolutamente nada, eu que busco essas questões de direitos. Então, acho que não seja nem porque eu sou enfermeira, na realidade eu acho que eu posso até tá sendo julgada por tá querendo os meus direitos como residente, porque pros outros enfermeiros eles até trazem "ah, que eu fiz um juramento", todas as outras pessoas fizeram um juramento, isso não tá relacionado a se expor ou não. Acho que os enfermeiros não conseguem entender o papel do residente, o que que é ser um residente em saúde, ao invés de ser um profissional de saúde, muitas vezes eles acham que eles têm que cumprir uma escala, cumprir demanda, como se fosse o enfermeiro da Unidade, mas a gente não é contratado pra isso, a gente não ganha pra isso, a gente ganha pra tá num processo de aprendizado, e isso gera bastante angústia pra mim, porque querendo ou não todos deveriam ser o enfermeiro Nasf, não só eu.*

Diante do caos provocado pela pandemia, o apoio dos responsáveis pelo Programa de Residência foi entendido como um fator protetor de cuidado, pois demonstraram flexibilidade na reorganização das atividades, reconhecendo o difícil momento vivenciado por todos.

*Celina (R2, psicóloga em Saúde Mental): O meu programa, eles... tava sendo diariamente, cada dia um dia, e cada dia mudava a orientação, mas eu acho que eles foram bem cuidadosos no começo, a organização, a coordenação, a vice coordenação foram bastante cuidadosos, no sentido de permitirem que a gente fizesse menos horas, pra tá menos juntas no mesmo ambiente, até pra ter mais disposição pra fazer essas outras atividades na Unidade, acho que*

*eles foram bastante maleáveis, e foi uma organização que permitiu que a gente respirasse, assim. Mas por outro lado teve essa exigência também de ajudar a Unidade com o que eles pediam, então o meu R2 na verdade eu não me senti muito residente, eu me sentia contratada do Centro de Saúde.*

Durante a residência, a união e o apoio mútuo entre os residentes parecem ser um fator protetivo, contribuindo como recurso coletivo para lidar com todos os entraves que surgem ao longo da formação, uma vez que o processo de aprendizagem exige muita dedicação e investimento de energia física e emocional. No entanto, a pandemia afastou os residentes em diversos momentos, dificultando o estreitamento das relações afetivas entre os residentes e fragilizando as estratégias de cuidado e compartilhamento das angústias e sofrimento.

*Amanda (R1, médica em Pediatria): Com certeza, inclusive uma colega nossa desistiu. É... segundo ela... ela desistiu era mais ou menos em setembro, mas segundo ela é porque ela não se encontrou na pediatria. Ela falou que não se sentiu tão realizada, não tava se encontrando, cada estágio que ela passava se sentia mais deslocada, mas eu acho que se a gente tivesse conversado mais, se a gente tivesse reunido, encontrado e feito mais atividade, de se conhecer, de se apoiar, eu acho que teria sido diferente, sabe? É... e a gente, assim, nós somos em 17, com essa desistência a gente ficou em 16 e a gente teve que apoiar muito. É... todo mundo longe da família, ninguém é daqui de Botucatu, então eu acho que foi um pouco de autoajuda, mas ao mesmo tempo a gente não conseguia estar sempre um com o outro. Então a gente fez vínculos muito fortes entre, vamos dizer assim, algumas pessoas, é... a gente tem residentes que já são casados, que às vezes moram junto com namorado, com noivo, e acabam que têm esse apoio, mas os solitários mesmo, a gente se apoiou bastante. É... acabávamos fazendo, é... às vezes tava passando no mesmo estágio, aí a gente falava “ai, a gente já tá passando no estágio, vamos chegar antes, tomar um café juntos e tal” pra desabafar um pouco, porque tava todo mundo muito sozinho, muito solitário, e a gente acabou se apoiando muito, fazendo um vínculo muito forte. A nossa preceptora também ajudou bastante, é... eu acho muito legal isso na Unesp, não sei se em outros grupos tem outras, é... outras residências, mas a gente da pediatria tem um preceptor pra cada grupo de R1, R2, R3. Então a gente conta muito com eles, qualquer problema eles resolvem e tal, e a nossa preceptora foi muito mãezona com a gente, ela ajudou bastante, às vezes ela falava, é... quando as coisas foram se acalmando, a cidade foi reabrindo, ela fazia alguns almoços na casa dela pra gente se sentir acolhido, e isso foi muito importante dentro do nosso grupo de R1.*

O relato a seguir fala sobre o deslocamento de residentes de especialidades menos solicitadas durante a pandemia, mas que não eram remunerados como nos demais programas, podendo indicar uma sensação de inutilidade em não estar atuando e de serem prejudicados em suas formações.

Amanda (R1, médica em Pediatria): *Outro aspecto que eu acho que foi muito significativo pra grande maioria é essa questão de o “outro” não valer, de precisar aumentar o tempo de trabalho, porque é isso, muitos de nós estamos lá porque gostamos muito da área, porque queremos a especialização, mas nem todos têm bolsa, existem os programas que são estágio, e tão lá e sem bolsa, imaginar prolongar isso por um ano e sem bolsa é bastante difícil, porque as cargas horária são puxadas, cheguei a ouvir de muitos médicos “bom, já que a gente não tá valendo na residência, poderia tá trabalhando com a pandemia em outro lugar, depois eu venho fazer isso”, então se sentir meio inútil no hospital enquanto especialidade, que acho que mexeu com bastante gente, especificamente não foi o caso da pediatria, que a gente não foi movido pra outras áreas, mas as cirúrgicas que, por exemplo, param de acontecer, foram todas mandadas pra infecto, pra clínica, então eles realmente deixaram a função deles, a pediatria não deixou porque os bebês continuaram nascendo, UTIs pediátricas continuaram acontecendo.*

A experiência da residência médica em pediatria do Rio de Janeiro também indica que os residentes precisaram ser remanejados para outras atividades e setores, como enfermarias, UTI, maternidade, UTI Neonatal, atendimentos de triagem de pacientes pediátricos suspeitos de Covid-19, além de ter sido necessário reorganizar o fluxo dos residentes a fim de não gerar aglomerações e diminuir gastos com EPI. Ainda assim, outros residentes identificados como grupo de risco foram direcionados para atividades remotas de ensino (FELIX *et al.*, 2020).

Ao longo da pandemia, a área da saúde sobrecarregou os profissionais não apenas pelo excesso de demanda e risco de contágio, mas também pela necessidade de se reinventarem devido ao remanejamento nos setores de trabalho. Isso despertou a empatia em alguns residentes por aqueles que se encontravam nessa situação, além do reconhecimento da proteção e do cuidado ao não submeter os residentes ao mesmo fluxo de remanejamento.

Amanda (R1, médica em Pediatria): *É, eu não sei o grupo médico em si, porque acho que toda área de saúde sofreu. Os psicólogos, inclusive, ficaram muito sobrecarregados, as enfermeiras. Nossa, as técnicas de enfermagem foram muito remanejadas, porque como elas são concursadas elas acabam seguindo o fluxograma do hospital, então onde precisa mais elas são remanejadas. Eu escutava caso de... sei lá, profissionais que tavam há 15 anos na pediatria e tinham que ser remanejadas pra UTI adulto. E não dá, sabe? São setores diferentes. Eu acho que o deslocamento desses setores mais vinculados a um hospital foi bem mais impactante do que pra gente. A gente ainda tem, por ser residência médica, tem um pessoal que responde pela gente, que assegura nossa... nosso trabalho e a nossa segurança. A gente ainda é um pouco mais, foi um pouco mais, é... teve um pouco mais de cuidado, cautela. Teve outros setores que foram mais agressivos, mais violento, mas de certa forma a instabilidade prejudica muito, mas dentro do nosso mundinho lá de*

*residência a gente sofreu, mas eu via sofrimento maior em outras classes também, sabe.*

O estudo de relatos de experiência de residentes multiprofissionais da Fiocruz indica a presença de fragilidades internas, na Unidade de Saúde, relacionadas ao processo de trabalho, que possivelmente foram agravadas com a chegada da pandemia, dificultando a comunicação entre equipe e consequentemente a assistência aos pacientes (NOGUEIRA *et al.*, 2021).

A partir das narrativas dos participantes desta pesquisa, é possível perceber uma postura passiva por parte de alguns residentes de programas multiprofissionais, bem como sentimento de frustração com a mudança dos cenários de práticas, devido às necessidades de reorganização do processo de trabalho, por vezes indicando uma dificuldade em serem flexíveis ao trabalhar em contextos fora das condições idealizadas.

As narrativas compartilhadas pelos residentes trazem uma percepção de uma formação prejudicada devido aos impactos da pandemia. No entanto, um estudo de Romualdo (2022) aponta que, embora todos os programas de residência médica tenham sofrido alterações no processo de trabalho e aprendizagem, isso não reflete necessariamente um prejuízo na formação desses profissionais de saúde, mas uma possibilidade de aprendizado por meio da vivência de uma situação incomum como uma pandemia.

A pesquisa de mestrado de Frazão (2021) indica que a maioria dos residentes participantes do estudo avaliou sua formação na residência médica ou multiprofissional como satisfatória. Embora percebam algum prejuízo em suas atividades práticas, apontam que ter vivenciado a residência durante o período pandêmico contribuiu para suas formações profissionais e aperfeiçoamento técnico para atuar em situações semelhantes à de pandemia.

Cavalcante *et al.* (2021) destacam a necessidade de reflexão devido ao afastamento dos residentes de suas áreas de concentração e ao atendimento direto com os usuários, desencadeando percepções de não pertencimento ou prejuízos no processo formativo da residência ao serem direcionados para atividades de gestão e atividades epidemiológicas. Os autores também indicam a importância do acompanhamento contínuo dos residentes pelos responsáveis da residência, como os docentes e preceptores.

Seria possível pensarmos em categorias profissionais mais preparadas para lidar em situações de calamidade em saúde pública? Nas narrativas dos residentes participantes do estudo, há uma percepção de que os médicos teriam maior preparo técnico para exercer suas atribuições e responsabilidades profissionais, demonstrando mais flexibilidade e adaptação para atender as necessidades decorrentes da pandemia, e os residentes dos programas multiprofissionais em saúde relataram maior dificuldade em se adaptarem às alterações ocorridas no planejamento das atividades e conseqüentemente no processo de trabalho.

Devemos considerar os diferentes momentos em que as entrevistas foram realizadas e os impactos iniciais da pandemia na residência, uma vez que a maioria das atividades programadas pelos programas de residência foi suspensa e apenas foram retomadas a partir do momento em que se avaliaram as necessidades de não interromper o processo formativo dos residentes e a segurança para continuarem atuando na linha de frente no enfrentamento da pandemia.

Além disso, de acordo com os conceitos aqui apresentados sobre os processos de trabalho, seria importante pensarmos a respeito das intenções dos atores envolvidos na reorganização do planejamento dos residentes médicos e multiprofissionais. Devido à necessidade urgente de profissionais de saúde para o enfrentamento da pandemia, os residentes foram redirecionados para atividades exclusivamente individualizadas e técnicas, voltadas diretamente para habilidades específicas de cada especialidade profissional.

Essa mudança provocou um distanciamento dos pressupostos esperados em uma formação pela residência em saúde, que busca atender as necessidades do SUS, com troca e compartilhamento de conhecimentos e saberes por meio de práticas interprofissionais e do trabalho em equipe. Essa formação busca romper com o paradigma de um modelo de atenção à saúde hegemônico, denominado trabalho morto, no qual há a supervalorização de tecnologias duras, em busca de um modelo de atenção integral, humanizado, flexível, que compreenda as demandas territoriais e as necessidades das equipes de saúde, valorizando as tecnologias leves, como acolhimento, escuta qualificada, vínculos, responsabilização, identificado como trabalho vivo.

Diante desse contexto, é possível questionar: as residências em saúde foram capazes de planejar a formação dos profissionais residentes, incluindo todas as categorias profissionais, para atender as necessidades decorrentes da pandemia ou

reproduziram um modelo de atenção hegemônico médico centrado, com ações desintegradas e segregadoras? Talvez seja possível afirmar que no decorrer da pandemia todos os atores se reinventaram e o processo de trabalho foi se reestruturando de maneira que as demandas dos residentes puderam ser atendidas parcialmente, buscando minimizar os prejuízos na formação devido aos impactos da pandemia.

### **3.4 Formação paradoxal de residentes em saúde no contexto da pandemia**

A quarta e última categoria vai apresentar a importância da formação na residência no processo de construção da identidade profissional, assim como as diferentes experiências dos residentes em saúde, os enfrentamentos pessoais e a resiliência necessária para encarar os desafios impostos durante a pandemia.

A residência em saúde pressupõe importante interação profissional entre os residentes e demais atores envolvidos em sua formação, estimulando a troca de experiências e partilha de conhecimentos que possam contribuir para uma atuação interprofissional e um cuidado integral, por meio da construção de uma ação coletiva. Nesse sentido, o contexto da residência em saúde aproxima muitos profissionais de diferentes formações e com entendimentos distintos do que caracteriza o cuidado em saúde, indicando, assim, a presença de conflitos de ideias e um processo de transformação de sua identidade profissional.

A identidade de uma pessoa é construída a partir de características pessoais, história de vida do sujeito, experiências subjetivas e elementos sociais, como pertencer a diferentes categoriais sociais, sendo influenciada pelo contexto social, ou seja, vai se definindo a partir do processo de socialização por meio do compartilhamento de valores sociais de determinados grupos (PEIXOTO, 2010).

Por sua vez, a identidade profissional constitui-se durante a formação acadêmica e na atuação prática do trabalho, compondo parte da identidade social do indivíduo e sendo característica importante para se diferenciar das demais categorias profissionais (PEIXOTO, 2010).

Os residentes em saúde encontram-se em um conflito e crise de identidade profissional, pois se encontram em um limbo no qual estão passando por um período de transição da categoria de estudante para profissional. Os residentes procuram meios de colocar em prática todo o conhecimento adquirido durante a graduação e,

ao mesmo tempo, estão em processo de construção de um saber-fazer em equipe a partir de sua inserção nos grupos de trabalho de residentes, colocando em questão o seu próprio conhecimento devido ao tensionamento desencadeado pelo trabalho multiprofissional.

A fala a seguir destaca uma sensação de frustração e crise de identidade profissional por sentir que perdeu seu papel enquanto profissional de saúde e também como residente, indicando sensação de desvalorização e um desencontro entre o próprio desejo em atender as demandas da pandemia e a dificuldade em se inserir nos diversos contextos de trabalho que solicitavam um apoio para o trabalho coletivo.

Milena (R2, nutricionista em Saúde da Família): *Olha, em questão de manejo de pandemia, de lidar com situações de calamidade, do lugar onde eu estou, não. Eu não tô inserida mesmo na linha, ou que a gente tem visto de chamar de linha de frente, eu não sinto que eu sou linha de frente, eu não sinto que eu tô atuando como profissional da área da saúde, como eu falei da saúde coletiva. Eu achei que a gente ia fazer esse movimento, agora os tempos exigem que a gente se especialize nesse assunto aqui de alguma forma, pra lidar com a questão, que vai exigir muitos trabalhadores da área da saúde potencialmente. Então no início eu achei que poderia acontecer algo do gênero. Hoje eu não tô vendo dessa forma, eu continuo o meu trabalho diferente do que eu tava fazendo até agora, mas não aproximando das questões relativas à Covid, não sinto. Mas eu sinto que pode acontecer um dia a gente seja, assim, solicitado pra tá mais próximo dessa atuação. Eu não descarto essa possibilidade. Inclusive com aquele Programa Brasil Conta Comigo. Todos os profissionais da área da saúde foram notificados de que existe a possibilidade, e a gente concordou com isso. E eu pessoalmente concordo mesmo, acho que, se for necessário e eu puder contribuir de alguma forma, é isso, meu trabalho também pode ser esse, eu não seria contra isso, pessoalmente. Mas até agora não, eu não sinto que tá contribuindo especificamente a Covid pra minha formação. Mas nesse sentido, as mudanças e adaptações dentro do núcleo da nutrição, na Atenção Básica, algumas mudanças, isso tá proporcionando outras vivências no campo da nutrição na Atenção Básica, não no campo da Covid, isso que eu quero dizer.*

A vivência da pandemia como residente traz uma percepção ambígua de aprendizados e prejuízos na formação profissional, consequência do conflito acerca das funções desempenhadas enquanto profissional de saúde com enfoque em práticas individuais, que possibilitaram o aperfeiçoamento de técnicas necessárias para seu trabalho, porém há a sensação de prejuízo devido à ausência de práticas interprofissionais, objetivo principal que levou a participante a buscar a especialização da residência.

Bianca (R1, enfermeira em Saúde da Família): *Então, eu acho que toda vivência leva a aprendizado. Eu acho que dentro do que os*

*enfermeiros fazem PA noturno, eu acho que me agregou bastante conhecimento com relação a conhecimento clínico, sabe? De infecções agudas que eu não tinha, eu aprendi como triar esses pacientes, como fazer esse acolhimento. Eu achei que foi muito produtivo, porque é uma vivência que eu não tinha na minha graduação, e eu achava que era uma lacuna muito grande, então eu consegui aprender isso. Mas eu acho que eu tive muitos prejuízos na minha formação, e isso eu não posso negar, porque eu fiquei literalmente dois meses desempenhando função de porta e telefone, sendo que seriam dois meses que eu poderia tá fazendo coisas multiprofissional, que foi o motivo de eu entrar na residência, eu poderia tá discutindo caso, eu poderia tá fazendo visita domiciliar, tendo contato com a população. Eu acho que o maior prejuízo que eu tive na minha residência foi essa falta de ação interprofissional mesmo, é o maior prejuízo de longe. Até hoje eu não consegui fazer uma discussão de caso multi ou interprofissional. Agora que a gente começou a ter um espaço, mas, assim, com muita briga, a gente conseguiu ter um espaço que estejam alguns R1s de outras áreas, a gente vai fazer aquele grupo de visita domiciliar que tem no Centro de Saúde. E eu acho que a minha formação vai ser diferente da formação dos outros residentes que já passaram, com certeza.*

Embora a vivência na pandemia enquanto residente tenha sido de muitas dificuldades, muita luta e reivindicações para assegurar seu lugar enquanto profissional de saúde, o relato seguinte indica que as contribuições na formação profissional e as aprendizagens vão sendo absorvidas e ressignificadas com o passar do tempo e acúmulo de experiências, tornando-se capaz de avaliar com mais tranquilidade toda a aprendizagem proporcionada pela residência no contexto da pandemia.

*Dante (R1, psicólogo em Saúde Mental): Olha, eu acho que talvez na parte de aprendizado. Assim, o momento de pandemia foi muito difícil, foi muito complicado, foi muito embate, lutando muito pra não ser contaminado e pra conseguir ser psicólogo e não ser porteiro, qualquer coisa assim, o aprendizado que esses espaços, por exemplo a porta, a organização de vacina, o ensinamento que isso me trouxe foi muito grande, de saúde pública eu só conhecia Caps, eu nunca tinha atuado em nenhum outro espaço de saúde pública, além do Caps, que é um serviço especializado psicossocial, então outras coisas a gente acaba não entrando muito em contato, e entrar em contato com essa diversidade gigantesca, principalmente naquele tamanho de território que tem ali no Centro de Saúde, eu acho que o ensinamento foi muito maior do que as dificuldades, hoje eu consigo olhar com mais... eu tô completando um semestre de residência, então eu consigo olhar pra trás desse semestre e pensar o quanto que eu cresci, o quanto que eu consegui me colocar dentro desse serviço, enquanto profissional, enquanto profissional em situação de emergência, enquanto me pensar profissional de saúde no meio de um caos, e eu acho que esse ensinamento e essa aprendizagem é inigualável, assim, de verdade, por mais de enfrentamento, de cabeçada que a gente deu nas enfermeiras, na direção, na*

*coordenação do programa, por mais adoecido que eu tenha ficado também, sabe? Fiquei bem adoecido nesse período, em questões psicossomáticas importantes até, mas eu consigo olhar pra trás e pensar, olha, eu consigo me reconhecer nesse crescimento, acho que isso não tem preço, o crescimento forçado, vai e voa, se não voar cai, então voa, acho que isso foi muito bom, muito bom mesmo.*

Os residentes percebem-se como porteiros, mas é importante destacar que nesse serviço de saúde foi definido um atendimento de acolhimento e triagem na porta, a fim de identificar o motivo de o paciente ir até o serviço. Após compreender a queixa do paciente, este poderia ser direcionado para as tendas Covid-19, que estavam localizadas fora da unidade de saúde, havendo um protocolo definido para esse encaminhamento. Os demais pacientes, que apresentavam outras demandas, eram acolhidos na unidade para serem atendidos por sua queixa não relacionada à Covid-19.

As narrativas apresentadas a seguir indicam que, a pandemia é um evento traumático vivido coletivamente, mas os sentimentos e comportamentos despertados nas pessoas são individuais e singulares, podendo se diferenciar pela maneira como cada um foi atravessado por essa experiência.

O trauma corresponde à maneira que o sujeito percebe e internaliza a experiência de determinada situação, demonstrando uma dificuldade e esforço do psiquismo em suportar ou enfrentar uma situação percebida como ameaçadora (FONTOURA *et al.*, 2022; CABRAL; LEVANDOWSKI, 2013).

A pandemia surgiu como um evento capaz de desestabilizar toda a população, porém os residentes se percebem como sujeitos vulneráveis ao desenvolvimento de traumas psíquicos devido à sua atuação como profissionais de saúde da linha de frente no enfrentamento da pandemia, podendo ser diretamente afetados por essa condição.

Embora seja um conceito pouco explorado dentro da psicanálise, a resiliência pode ser compreendida como a capacidade do indivíduo em não sucumbir à desorganização psíquica, buscando encarar e superar as dificuldades desencadeadas pela experiência traumatizante e possibilitando o desenvolvimento de recursos psíquicos internos capazes de auxiliar no seu enfrentamento (CREMASCO, 2018; CABRAL; LEVANDOWSKI, 2013).

Diante de um contexto extremamente ameaçador e provocador de angústia como a pandemia, o cuidado com a própria saúde apresentava-se extremamente

fundamental para continuar sobrevivendo ao caos. Sendo assim, alternativas de autocuidado surgiam como possibilidade de enfrentamento das dificuldades vividas, além de lançar um olhar ao próximo, a um cuidado coletivo e solidário com o sofrimento emocional.

Sofia (R1, enfermeira em Saúde Mental): *Olha, no começo eu dei uma surtada. Eu até fazia acompanhamento psicoterápico ano passado, tomava antidepressivo, ansiolítico e tudo mais, e tinha parado já, e, quando começou tudo, voltou tudo aqueles sintomas, começo de crise de ansiedade, eu voltei a tomar os remédios, mas eu tomei um mês só, assim, e depois eu fui buscando as outras práticas, porque tenho uma miniequipe que gosta muito de PICs<sup>14</sup>, então eu fui procurando isso, Reiki, aurículo, atividades de relaxamento, mas a gente sai da casinha, sim, uma hora ou outra. E era muito engraçado isso, porque parecia que cada semana um tava meio que surtado, assim, sabe? E daí a gente tentava manejar isso, proteger mais essa pessoa, porque não tinha muito o que fazer, era isso ou todo mundo surtava e ia pegar um afastamento psiquiátrico, que foi o que aconteceu com alguns residentes, mas a gente se deu suporte, assim, a gente ora, a gente fica preocupado, a gente tem medo, a gente tem ansiedade, a gente quer que acabe, quer a vacina, mas eu acho que hoje eu sei lidar muito melhor com esses sentimentos quando bate uma ansiedade muito séria, eu tive muita insônia no começo, virava noite pra acabar indo trabalhar, e eu consegui resolver isso, tanto com aurículo quanto com os óleos essenciais.*

Os espaços de socialização restritos durante a pandemia foram identificados como recursos importantes de valorização dos vínculos e enfrentamento para não adoecer devido ao isolamento, assim como o acompanhamento psicoterapêutico é reconhecido como tratamento essencial de autocuidado em saúde mental durante a pandemia.

Nelson (R2, psicólogo em Saúde do Adulto e Idoso): *Então, não vou dizer que fiquei totalmente isolado, teve momentos que eu ia na casa de uma amiga aqui da residência, [...] porque eu acho que eu sempre fui uma pessoa que valorizei esses espaços de socialização, e eu acho que, como isso foi impedido, de alguma forma eu tentei realizar, então indo na casa de alguma amiga aqui e ali, sem muitas pessoas, com um ou dois amigos, e nesses momentos das famosas lives. Então a gente vai tentando driblar, mas eu sinto que... claro, continuei a análise, e isso foi o que me ajudou, então estar em análise pessoal, estar tendo vínculos significativos com os colegas da residência foram fatores de proteção pra eu não adoecer de uma outra forma, mas acho que tinha um efeito que era meio que coletivo, que era essa apatia em alguns momentos, ou uma indisposição, ou um cansaço que você não sabia muito, que te desorganizava pra fazer as coisas, então às vezes eu não tinha vontade de fazer as coisas, eu não tinha energia nenhuma pra ler nada, eu não tinha energia pra estudar, pra fazer nenhuma atividade que ia requerer muita atenção minha. Acho que*

---

<sup>14</sup> PICs – Práticas Integrativas Complementares.

*foram mais ou menos esses impactos na minha saúde mental, mas acho que talvez sem análise eu não tivesse dado conta.*

A vivência de uma mesma situação pode ser compreendida de diferentes maneiras por um grupo de pessoas; sendo assim, a pandemia pode ser mais traumática para uns do que para outros. Em outras palavras, para a psicanálise, a realidade psíquica é o conjunto de experiências relacionais marcado em nosso psiquismo, e a realidade externa indica a nossa percepção do mundo, ou seja, é a realidade psíquica de cada um que nos aponta se o sujeito internaliza uma vivência como traumática ou não (CREMASCO, 2018).

Alguns residentes foram mais acionados no início da pandemia, como os profissionais de saúde mental, que passaram a ser procurados com mais frequência para responder as demandas da pandemia, exigindo adaptação, flexibilidade e reinvenção no cuidado com a saúde da própria equipe de trabalho.

*Daniel (R2, psicólogo em Saúde da Família): Foram mudanças que geraram certo impacto enquanto... o que eu posso fazer nesse momento. Porque, enquanto psicólogo, o que mais foi valorizado foi a profissional da enfermagem e da medicina, então a gente sentiu um pouco, o que a gente pode fazer no momento. Acho que a minha percepção foi mudando, no começo eu me senti um pouco mais inseguro, um pouco mais impotente frente à situação. Conforme o tempo foi passando, a gente foi se ajustando e entendendo melhor, eu fui vendo outras formas de fazer a minha prática, fui me reinventando, mas uma coisa que fez muito sentido pra mim, no momento, e ainda faz é o acolhimento dos profissionais, mudou um pouco o meu objeto, digamos assim. Porque quem começou a demandar bastante foram os profissionais, que não podiam fazer o isolamento, que tavam em trabalho com maior exposição, preocupado com os familiares. Então eu, num primeiro momento, eu dei um certo apoio pra equipe que eu tava inserido, a gente chegou a montar uma sala pra relaxamento, com espaço que eles pudessem ir lá quando tivessem muito estressados, utilizando também de práticas integrativas, de recursos com pintura, fotos mesmo da equipe, dos familiares, mensagens, poesia, esse tipo de coisa, assim, pra que eles pudessem relaxar um pouco, né?*

O apoio compartilhado entre os residentes foi percebido como importante estratégia de cuidado interpessoal. Poder contar com o apoio do próximo nos momentos de maior fragilidade e dividir angústias e responsabilidades da rotina de trabalho permitiu o amadurecimento e crescimento pessoal e profissional, gerando empatia e solidariedade mútua.

*Sofia (R1, enfermeira em Saúde Mental): Eu acho que a gente passou por situações bem difíceis, longe de casa, de amadurecimento mesmo, que a gente acabou tendo de se apoiar entre a gente, residente, porque às vezes a gente não podia voltar pra casa, tava*

*difícil aqui, e um apoiava o outro, um ajudava ali no que fosse necessário, acho que essa troca entre a gente, talvez se tivesse num ambiente normal, assim, numa vida sem pandemia, não tivesse acontecido. E pra além do trabalho multi, a gente trabalhava interpessoal ali. O dia que um não tava muito bem o outro ia lá e segurava a barra, o manejo também, a gestão da Unidade, o manejo de fila, de campanha de vacina, de gestão mesmo, pra mim, como enfermeira, foi muito positivo isso, como é ser uma enfermeira numa pandemia. Eu fiquei na Unidade ali, e as enfermeiras jogavam bastante responsabilidade pra mim, e eu achei isso legal, elas confiaram bastante no meu trabalho, e a gente aprende também, tem dificuldade, tem medo, tem tudo isso, e a gente acaba aprendendo a lidar com as nossas emoções, com os nossos sentimentos frente tudo aquilo, porque a gente vai atender o paciente com medo, a gente vai passar o medo pra ele. Então a gente tem que ter segurança do que a gente tá fazendo pra não acabar fazendo um trabalho iatrogênico ali, sem solução.*

Diante de tantos desafios e dificuldades vivenciadas durante a pandemia, não era possível ser indiferente e não ser afetado de alguma forma, seja na vida pessoal ou profissional. Os casos aumentavam conforme o vírus adentrava os serviços de saúde, forçando o remanejamento de profissionais de saúde e a reorganização das prioridades no atendimento aos pacientes.

Uma enfermeira que vivenciou a pandemia dentro de um hospital descreve as dificuldades enfrentadas e a sobrecarga devida ao afastamento de profissionais contaminados, assim como a importância de cuidar do próximo, sendo urgente e necessário aprendermos a ter compaixão e solidariedade (DUARTE *et al.*, 2021).

O sofrimento e a angústia com a pandemia eram compartilhados pelos residentes, mas cada um foi enfrentando os impactos de acordo com os próprios recursos disponíveis, seja ao buscar mais apoio mútuo para dividir afeto e cuidado, ou mesmo ao se afastar física e emocionalmente diante da recusa em descumprir regras de distanciamento social.

Nelson (R2, psicólogo em Saúde do Adulto e Idoso): *Mas uma coisa que eu achei curioso foi como cada um lidou com o processo de enfrentamento do outro, então, alguns colegas tinha uma rigidez muito grande, não sei se eu posso chamar isso de rigidez, mas, assim, teve a sua forma de enfrentar, de pensar assim, olha, não vou ver ninguém, então eu tive amigos muito próximos que tavam em todos os papéis, mas que entrou a pandemia não viu ninguém mesmo, mesmo estando na residência, via as pessoas que eram colegas durante o trabalho, mas, assim, não se relacionavam com todas as pessoas, na verdade com ninguém, ficou exatamente isolado, assim, era do trabalho pra casa só. Já tivemos outros amigos que ficou numa situação meio de negação, que às vezes a gente ficava meio que em suspenso, do tipo “pô, tá dando uma... não sei, não julgo, mas, julgo assim, podia dar uma segurada, não é legal sair com fulano, fazer tal coisa”. Cada um*

*viveu um processo, e eu acho que isso alterou um pouco a relação, a gente tinha um grupo de amigos muito próximos na residência no início, e acho que com a pandemia a gente se... alterou essa dinâmica de relação e de vínculos, a gente acabou se aproximando de outros e se distanciando de outros, e aí teve que se reorganizar, em contrapartida entrou os R1s, a gente acabou se vinculando com algumas pessoas do R1, então acho que teve bastante esse impacto também.*

O contexto da pandemia exigiu flexibilidade para reorganizar as atividades práticas, como campos de estágio e escalas, contando com a contribuição e participação direta dos residentes e preceptores da residência, o que permitiu uma aproximação e compartilhamento na construção da própria aprendizagem.

A narrativa a seguir indica que a participação nas decisões acerca da organização do processo de trabalho possibilitou uma sensação de pertencimento e acolhimento, permitindo uma compreensão das necessidades de mudanças e dificuldades enfrentadas pelo grupo de trabalho, fatores importantes no processo de construção de identidade profissional.

*Amanda (R1, médica em Pediatria): Aí no meio do estágio a gente começou a ver que nos primeiros dias da residência a gente nem fazia ideia da repercussão que ia dar, foi mais ou menos umas duas, três semanas de residência que a gente percebeu que a coisa tava feia. Eu, como estava num ambulatório, os ambulatórios foram fechados, a gente teve que ser remanejado. Então eu tive que correr atrás, eu e o pessoal do ambulatório tivemos que correr atrás justamente disso, pra onde a gente vai ser remanejado, pra não ser prejudicado, que que a gente vai ter que fazer? Então eu perdi praticamente um mês e meio de ambulatório que eu ainda tinha pela frente e fui pra outros estágios. Então por um lado foi bom, porque a gente tava se ajudando, se conhecendo. A gente fez um grupo muito forte, eu acho que o nosso vínculo de grupo de R1 é bem mais forte do que o grupo dos outros R2, R3, porque a gente teve que se ajudar bastante, mas ao mesmo tempo a gente foi prejudicado em alguns pontos que pararam, então, por exemplo, o ambulatório parou, eu perdi a parte de discussões ambulatoriais, mas por outra parte eu passei, tive uma experiência mais no pronto-socorro. Eu tive uma experiência a mais na enfermaria. Então, assim, falar que a gente teve prejuízo? Relativo, eu acho que o grande prejuízo pra pediatria foi a gente ser redirecionado.*

A intensidade das vivências na pandemia fez com que as manifestações de adoecimento emocional se apresentassem com maior frequência, despertando maior sensibilidade nos profissionais de saúde residentes, que se colocaram mais à disposição para acolher essa demanda, desenvolvendo maior autonomia e maturidade para o trabalho em equipe.

*Daniel (R2, psicólogo em Saúde da Família): Eu acho que, assim, a gente perdeu infelizmente em questão de alguns campos de atuação*

*que a gente vai ter que reaver isso assim que possível. A gente... por exemplo, rodar com o Nasf ficou mais difícil, essa prática, mas é uma coisa que tá acontecendo com todo mundo. Acho que em termos de contribuição eu aprendi muito sobre o cuidado do profissional de saúde, o adoecimento do profissional de saúde, o trabalho em equipe acho que se intensificou muito, todo mundo teve que aprender mais sobre isso, sobre trabalho em equipe, sobre gestão, o termo de gestão, de processo de fluxo na Unidade, tudo isso eu acho que aprendi bastante coisa. Até mesmo pessoalmente e profissionalmente acho que a forma de comunicação com outros profissionais, de como trabalhar em grupos, um papel mais de liderança também. Eu acho que aprendi mais sobre isso, nisso contribuiu bastante.*

O adoecimento emocional causado pela pandemia indicou ser condição emergente, que desencadeou muitas reflexões aos profissionais de saúde, uma vez que não havia um preparo teórico e técnico para lidar com as repercussões de uma pandemia, demonstrando que as vivências na residência trouxeram muitas contribuições e aprendizagens aos residentes de saúde.

*Dante (R1, psicólogo em Saúde Mental): Eu sinto que agora eu sinto mais os impactos da pandemia enquanto profissional, sabe? As pessoas ficaram trancadas em casa, ficaram isoladas, e agora tá chovendo casos de ansiedade e depressão, muita ideação suicida por conta da pandemia, muita gente não tá sabendo lidar com o luto ou com as internações por causa do Covid, então é uma coisa que tá... que eu sinto que pra saúde mental talvez seja um pouco posterior mesmo, ter que lidar com esses impactos. Então saber lidar com o sofrimento que isso causa, o sofrimento psíquico causado, demorou um pouco, eu precisei me instrumentalizar melhor, principalmente entender melhor o que é isso, como pega, como sai, como trata, pra conseguir dar esse suporte pros usuários do serviço, foi um momento de muita aprendizagem também, viu? Eu às vezes reclamo muito da pandemia, da residência, mas foi um momento de muita aprendizagem, de ter que correr atrás de coisas que tava todo mundo correndo atrás também. Eu senti muito suporte nesse momento, até suporte técnico também, o pessoal da enfermagem, de como veste uma máscara sem contaminar, como bota uma roupa sem contaminar, porque eu nunca cheguei perto, como lidar com pacientes... sei lá, você quer dar um abraço e não pode, não pode cumprimentar com a mão, como que funciona esse distanciamento enorme, o distanciamento não é só aquele distanciamento clínico, é um distanciamento pessoal mesmo, um distanciamento humano, foram momentos de muita aprendizagem, [...] e eu sinto que isso vem acontecendo melhor nesses últimos três ou quatro meses, de criar novas possibilidades de encontro, novas possibilidades de atendimento, tem sido potente, nesses últimos meses tem sido muito potente, e eu também me sinto um pouco mais aberto a trabalhar nesse formato, de certa forma eu acho que eu me fechei um pouco no momento mais caótico, no momento mais de medo, eu acho que eu me fechei um pouco também como uma forma de proteção, de reconhecimento também do espaço que eu tava começando a habitar.*

A partir das narrativas dos residentes, podemos perceber uma capacidade resiliente importante, em que é valorizada a oportunidade de viver a experiência enquanto profissional de saúde residente durante a pandemia, que possibilitou uma aprendizagem diante de uma situação de urgência e emergência mundial em saúde e que os pressionou a exercer uma flexibilidade na postura e nas condutas com pacientes e familiares, assim como aprender a lidar com a impotência, o que, na fala a seguir, é considerado como aspecto negligenciado na formação médica.

*Beatriz (R3, médica em Pediatria): Olha, eu acho que particularmente enquanto residente, até pra além, enquanto profissional de saúde, qualquer que seja, não necessariamente médico, é uma experiência muito única, muito diferente, eu nunca tinha vivido uma pandemia, e eu acho que as últimas gerações muitas ainda não tinham passado por isso, menos ainda uma pandemia nesse tamanho e mundial e que pegasse um leque tão grande assim. Então eu sinto na verdade como uma bagagem, eu vejo como uma bagagem, porque a gente tem que aprender [...], a maioria das vezes na formação o médico não tem muito tato, não foi tão trabalhado, não teve muitas oportunidades de elaborar, na verdade oportunidades não faltaram, mas não é um foco da formação médica lidar com o luto, lidar com essas questões, e a pandemia escancarou isso pra muitos médicos, porque mesmo aqueles que não tavam acostumados a lidar com ambientes de urgência e emergência tiveram que lidar com isso. Então eu acho que flexibilidade é uma palavra que médico muitas vezes não tem, e que a pandemia obrigou a gente a trabalhar com isso, porque também é uma ideia da formação médica acadêmica, infelizmente, que a gente tem que saber tudo, e na verdade o médico acha que sabe, e quando a gente tá lidando com uma doença nova, que a gente nem conhece, não tem nem como dizer pro paciente que a gente sabe o que vai acontecer, ou como vai ser depois, então também lidar com essa impotência, com essa terminalidade, com tudo que a pandemia traz, com os limites instrumentais e físicos mesmo do SUS.*

As falas a seguir indicam que ter vivenciado a pandemia durante a formação na residência possibilitou atuar em situações diferenciadas, situações que outros residentes não puderam viver, proporcionando experiências e aprendizados muito singulares.

A vivência da pandemia agregou muito conhecimento teórico e prático, permitindo estudar uma doença nova e se aprofundar no manejo da pandemia, embora se reconheçam as contradições presentes na formação, uma vez que o programa de residência escolhido pressupõe uma atuação generalista.

*Carol (R1, médica em Medicina de Família e Comunidade): Particularmente o Covid não atrapalhou a minha construção de conhecimento nos últimos meses, ele pode ter mudado alguns focos, mas eu não sinto que eu perdi, eu sinto que eu ganhei outras oportunidades de ensino que eu nunca teria aprendido se eu estivesse*

*trabalhando sozinha. Na área do coronavírus eu tenho como fazer pesquisa, eu tenho como estudar, eu tenho como ficar resguardada, porque eu tô dentro de uma equipe, não sou eu como médica sozinha atuando em pronto-socorros. Então eu acho que o Covid na minha residência, entre aspas, “agregou”. Na residência foi um pouco ruim, porque eu fiquei focada em uma doença só e eu entrei na residência em medicina de família e comunidade pelo motivo oposto. Porque eu não queria ficar numa coisa só, eu queria que a medicina de família e comunidade fosse uma grande base, pra eu atuar e resolver a maioria dos problemas, e a maioria dos problemas não é uma doença só. Então foi frustrante, e isso foi difícil nesse sentido, eu tive que tirar do meu espaço as outras áreas de ensino, porque a medicina de família e comunidade passa por pediatria, ginecologia, saúde mental e saúde do adulto, e eu me concentrei nos dois primeiros meses do Covid, em abril e maio, eu fiquei só na saúde do adulto praticamente, atuando só com as queixas extras dos pacientes e atuando nas queixas do Covid na triagem, mas em pouca quantidade. O problema disso foi que eu perdi de ficar um tempo com a pediatria, ginecologia, que tavam com seus serviços parados, só com teleatendimento, não tinha demanda pra eu aprender, então isso foi uma “perda”, mas teve um “ganho”, a outra parte de eu aprender o manejo da pandemia e tudo mais.*

As mudanças na rotina de trabalho são percebidas como possibilidades de exercer atividades em equipes como discussões de casos e buscar aprender juntos sobre as implicações da pandemia.

*Natalia (R2, médica em Medicina de Família e Comunidade): A gente teve uma mudança em toda a rotina de atendimento na Unidade. Então a gente cancelou todas as consultas agendadas, todos os grupos que tinha na Unidade, só manteve mesmo consulta de pré-natal e consulta de puericultura de menores de dois anos. Então, assim, mudou drasticamente, a gente ficou meio que de plantão só, pra casos respiratórios, sintomáticos respiratórios e outras emergências. Então, ficou focado nisso o tempo todo. Ao mesmo tempo foi o momento da gente estudar, da gente discutir bastante os casos, porque eram casos que a gente não conhecia, uma doença que a gente não conhece. Então foi também um ambiente de discussão, de aprendizado.*

A pandemia provocou uma exaustão física e emocional nos residentes em saúde, levando a uma profunda reflexão e amadurecimento que podem ser transportados para o cuidado com os pacientes, que também se encontravam em situação delicada devido aos impactos da pandemia. Podemos perceber com o relato a seguir uma tentativa de integrar as vivências com as reflexões durante a pandemia, em busca de incorporar as aprendizagens e experiências.

*Natalia (R2, médica em Medicina de Família e Comunidade): A gente ainda tá na pandemia. Ainda sinto um pouco o reflexo de tudo o que a gente passou até agora, sinto um pouco de cansaço mental, sabe, de ter que lidar com isso, mais do que cansaço físico, mas eu acho que eu amadureci muito nesses meses, amadureci, assim, acho que foi um*

*momento de fazer muita reflexão, de pensar muito na nossa vida, do que a gente tem, assim, e eu acho que levar isso pros pacientes também foi muito importante, foi a minha forma de ajudá-los a lidar com isso. Assim, porque independente do jeito que a gente maneja a pandemia, sempre tem angústia, tem ansiedade das pessoas. Não sei, pra mim foi uma experiência... toda experiência que a gente passa acrescenta alguma coisa pra gente, e estando ainda no meio da pandemia eu não posso dizer com certeza qual o aprendizado que eu tirei disso, mas pra mim acho que foi interessante, é único a gente viver isso, não sei, é uma experiência meio que histórica, meio diferente, assim. Mas foi interessante, lidar com toda as dificuldades que a gente teve, aprender a lidar com ela.*

Segundo a teoria pulsional da psicanálise, podemos entender a resiliência a partir do uso dos mecanismos de defesa como uma reação para enfrentar situações traumáticas. Sendo assim, utilizamos estratégias conscientes ou inconscientes para nos defender dos perigos internos e externos, de forma a regular nossa homeostase psíquica, sendo flexível para nos ajustarmos e nos adaptarmos às diferentes situações, superando as adversidades (CABRAL; LEVANDOWSKI, 2013).

O sujeito resiliente deve apresentar recursos psíquicos capazes de desenvolver mecanismos de defesa considerados mais maduros para manter um equilíbrio psíquico, como a sublimação, o humor, a criatividade e o altruísmo, auxiliando no enfrentamento das frustrações e da agressividade provocadas pelas situações traumáticas (CABRAL; LEVANDOWSKI, 2013).

As barreiras impostas pela pandemia indicavam a necessidade de se pensarem estratégias que aproximassem os residentes de uma prática interdisciplinar, buscando entender outras formas de discutir o processo de trabalho em equipe.

*Celina (R2, psicóloga em Saúde Mental): Teve, mas eu acho que a gente conseguiu se virar em outros pontos, a gente, trabalhando menos horas, a gente também podia se encontrar mais enquanto grupo de residentes, fazer reuniões, se organizar, então a gente instituiu uma reunião semanal de R1 e R2, a gente se encontrou e pôde fazer umas atividades de educação em saúde, de trocas entre nós mesmo, de cada núcleo profissional falando o que a gente faz, tirando dúvidas, pessoal perguntando quais são as áreas da psicologia, quando fala em tal coisa o que estamos querendo dizer, a enfermagem falando o que é hipertensão, diabetes, como que a gente pode fazer um diagnóstico diferencial, crise de ansiedade ou com hiperglicemia, isso foi muito interessante, e a gente também conseguiu organizar o fluxo de atendimentos na saúde mental, o fluxo interno daquela Unidade, porque a gente conseguiu construir um protocolo, enfim, a gente teve mais tempo pra se reunir, pra pensar enquanto equipe de residentes e o nosso papel lá dentro, já que os atendimentos mesmo a gente não tinha.*

O relato a seguir indica uma percepção de que a pandemia evidenciou problemas já existentes na formação dos residentes, como a dificuldade de desenvolver um trabalho interprofissional, pois a atuação foi bem distante da expectativa sobre os pressupostos da residência.

Nelson (R2, psicólogo em Saúde do Adulto e Idoso): *Mas eu sinto que existiam alguns problemas que já aconteciam no R1, então a gente tinha uma dificuldade com a carga horária teórica, com os conteúdos da carga horária teórica, a gente fez diversas reuniões em aula pra debater como tava sendo a formação da residência com relação à parte teórica, porque acho que uma das frustrações que eu tive com a residência, logo inicialmente quando eu fui percebendo, era a ideia de que a gente tava numa residência multiprofissional e que a gente tinha uma equipe multi, mas a gente não tinha um trabalho interprofissional, a gente não conseguia pensar numa atuação mais coletiva, que eu imagino que a residência pressupõe, talvez porque eu entrei com uma filosofia muito assim, “não, a residência é uma formação pro SUS”, e eu acho que, assim, embora eu tenha desejos e interesses na psicologia na minha atuação profissional, existe algo que eu vou conseguir criar que seja do campo comum na saúde. Então eu imaginei que eu tivesse muito mais arcabouço na residência pra saber trabalhar em equipe, saber entender o que era comum com todos os profissionais de saúde, e eu sinto que o nosso programa por ter muito profissional acaba ficando muito individualizado, fragmentado, e cada profissional atua muito isoladamente.*

A pandemia destacou a importância do sistema público de saúde do SUS, assim como dos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente, incluindo os residentes, que puderam se sentir reconhecidos e valorizados, conforme destacado a seguir.

Amanda (R1, médica em Pediatria): *E a medicina, ela é muito pragmática, então a gente tem aquilo certinho de “ai, você tem que atender assim, e a doença se manifesta assim, e você tem que tratar assim”, e eu sempre gostei de ter um refúgio, uma válvula de escape. Eu sou muito fã de uma banda que chama Teatro Mágico, e eles fizeram um show virtual, e foi muito bacana. Eu participei de um. [...] Foi um show incrível que ele teve a conversa com cada uma das pessoas que tavam lá, e você partilhava suas experiências, como que tava sendo a pandemia pra você, que que você tava fazendo pra ter um alívio. Isso foi em maio. Então tava bem naquele auge, assim, e chamava experiência Teatro Mágico. Foi interessante que teve outros dois médicos nessa experiência, a gente partilhou algumas coisas, e foi muito bom me apegar nessa parte das músicas, o Teatro Mágico é uma banda que nos traz muita esperança, porque se a gente focar nas coisas ruins, nas notícias ruins, a gente perde as esperanças e não consegue sobreviver ao dia a dia [...]. E eles pediram pra gente mandar um vídeo, então depois da experiência eu tava toda motivada e tal, e eu gravei um vídeo de máscara, touca, toda paramentada, só não tava com a luva, e falei pra eles que eles tinham me dado força pra seguir, pra aguentar tudo isso, é... que tinha sido muito importante, [...] foi muito marcante pra mim essa experiência que eu tive e de até*

*reconhecer, porque a gente muitas vezes fala assim “ai, eu, eu sou um profissional da saúde, às vezes coloco minha vida em risco pra outras vidas e tal”, mas a gente não dá muito valor pra isso, a gente acaba falando “ah, eu sou só mais um e tal”, e nesse dia eu me vi importante, sabe? Foi muito legal pra mim, foi uma experiência muito marcante.*

Além da valorização dos profissionais de saúde durante a pandemia, o SUS também foi reconhecido e destacado como essencial no combate e enfrentamento dos impactos causados pela Covid-19.

*Bianca (R1, enfermeira em Saúde da Família): Dentro dos locais que eu tenho atuado, eu acredito que o enfrentamento nas Unidades Básicas de Saúde tem uma lógica um pouco melhor, lá no caso da USF, tem uma logística um pouco mais estabelecida, segue os princípios do município. Então tem uma salinha pra isolamento respiratório, tem todo um protocolo, eu achei que tá bem-organizado. Agora a gente tá percebendo que essa organização tá se perdendo. Então, tem muito disse que não me disse, coisa que antes valia agora não vale mais, então tá muito confuso, mas eu percebo no contato com as minhas amigas residentes que estão fazendo paciente crítico nas UTIs, então eu percebo que essa questão do SUS tá mais estabelecida, tanto pra regulação de vagas como também pra essa manutenção do paciente, acho que aqui em Botucatu a gente é muito privilegiado, a gente não pode negar isso, nós sempre fomos privilegiados, não tem como comparar Botucatu com São Paulo, por exemplo. Eu achei legal que Botucatu criou aquela central Covid, pra acolher os casos, monitorar os casos, isso é um incentivo público, totalmente do SUS, no município. Então, muito bom que tenha esse serviço pra monitorar e pra fazer essa triagem, os testes também que são todos pelo SUS, todos eles são feitos pelo HC da Unesp. Então eu acho que a organização de Botucatu foi muito boa, muito boa mesmo.*

Embora a pandemia tenha demonstrado as fragilidades da gestão do SUS em nível federal, do Ministério da Saúde, as potencialidades como rapidez de organização de processo de trabalho foram destacadas em nível micropolítico, em que foi possível perceber a eficácia do sistema público de saúde.

*Carol (R1, médica em Medicina de Família e Comunidade): Eu acho exemplar. Eu sou uma grande fã, como acho que todo médico de família e comunidade é e tem esse perfil. Eu acho que ele tem se organizado muito bem no nível municipal em Botucatu. Mas é sempre assim, no nível municipal, no Ministério da Saúde não tem dado respaldo ao SUS, é que o SUS é uma rede tão complexa e viva que consegue se adaptar mesmo no meio da pandemia, e eu acho que a gente só não tá vendo uma grande tragédia por causa do SUS. O SUS conseguiu implementar o teleatendimento, de forma muito rápida, eu acho que ainda tem muitos desafios, mas tá dando tudo certo, a gente criou um novo fluxo de atendimento, a gente fez expansão pra tendas no meu local de trabalho e a gente faz o rodízio dos profissionais, pra proteção dos mais vulneráveis, sejam eles médicos, enfermeiros,*

*psicólogos, fisioterapeutas, a gente faz a proteção do servidor e também do usuário.*

A boa atuação do SUS no nível municipal de Botucatu foi identificada como essencial devido à parceria realizada junto à universidade, que ajudou a definir o fluxo de pacientes e a organização de protocolos e processos de trabalho.

*Daniel (R2, psicólogo em Saúde da Família): Eu percebi uma organização muito boa na verdade. Eu acho que, não sei se pelo fato de que... eu sinto que Botucatu se organizou bem em termos do que fazer, se adiantou bem a saúde de Botucatu junto com a Unesp... acho que tem protocolos muito bem definidos, muito bem certos, que eu senti que a equipe toda tá sabendo, todo mundo sabe qual o fluxo, pra onde que tem que ir tal paciente, como que faz. A gente teve reuniões pra falar sobre isso. Então acho que tá todo mundo bem ciente do que tem que fazer frente a isso, como usar EPI, como atender o paciente com suspeita de Covid. Teve um dos lugares onde eu passo que houve uma certa falta de comunicação entre a equipe, mas acho que não seja por conta da pandemia, e mais por conta da organização do processo de trabalho dessa equipe.*

A importância do SUS no enfrentamento da pandemia foi identificada em toda a rede de assistência à saúde, não apenas em serviços hospitalares no qual se atendiam pacientes mais críticos em internações, mas também em serviços de saúde da Atenção Básica na realização de triagens e acolhimentos, reduzindo os encaminhamentos para serviços especializados.

*Natalia (R2, médica em Medicina de Família e Comunidade): Então, eu percebi que o SUS, como eu atuo na Atenção Básica, teve uma capacidade de adaptação, assim, muito grande, porque no começo da pandemia teve que adaptar toda a rotina, toda a estrutura do serviço, todas as funções das pessoas inseridas no serviço. Então eu percebi que o SUS, falando de Atenção Básica, teve uma capacidade adaptativa muito grande, uma capacidade de organização incrível, porque teve que se readaptar muito rápido. Então eu acho que nesse sentido foi muito importante a atuação do SUS. Acho que também atender os pacientes e fazer aquela triagem inicial, o que acaba não sobrecarregando os outros níveis de atenção, eu acho que isso foi uma função muito importante, pelo menos no serviço que eu tava atuando, e eu achei também que foi um ambiente que ajudou muito, porque teve muito paciente com queixas de angústias, de ansiedade, que não era uma queixa respiratória, então não tinha necessidade de ir pra um outro nível de atenção à saúde, mas ela precisava de um atendimento. Então eu acho que, assim, a gente teve também essa função, eu acho que a gente, como porta de entrada, teve uma boa atuação. Eu acho que pensando de uma forma geral no SUS, considerando como que é essa Atenção Básica, eu acho que aconteceu de uma forma geral, aconteceu em outros lugares também, então isso que me admirou no SUS essa questão. E eu percebi que o SUS, pelo que as pessoas relataram, eu percebi que o SUS foi muito mais elogiado, muito mais referido como um serviço muito mais ágil, mais efetivo, mais resolutivo, do que os serviços particulares,*

*considerando que todo mundo tava meio igual ali. Apesar do serviço particular ter um pouco mais de financiamento, de capital mesmo, no fim das contas é uma doença que é difícil pra todo mundo. Então eu percebi que a organização do SUS foi muito mais capaz de lidar com isso num primeiro momento, pelo menos.*

A valorização do profissional de saúde faz parte do processo de construção da identidade profissional, pois eles são reconhecidos como profissionais e correspondem a um papel social que tem valor para a sociedade, e estar atuando como trabalhador do SUS reforça o sentimento de ser valorizado devido à importância do sistema público de saúde no enfrentamento da pandemia.

As narrativas apresentadas a seguir demonstram o quanto o treinamento em serviço da residência em saúde é fundamental na formação profissional, além dos atravessamentos e todas as implicações do contexto da pandemia nas vivências dos residentes.

O próximo relato descreve a experiência do acompanhamento de um paciente que deixou profundas marcas na vida pessoal e profissional da residente, uma vez que as condições de distanciamento social e riscos de contágio na pandemia despertaram emoções e sentimentos muito sensíveis, que levaram ao envolvimento de todos os personagens dessa história.

*Beatriz (R3, médica em Pediatria): Eu tenho um paciente muito querido, muito próximo, um carinho gigante, que faleceu durante essa pandemia, [...] ele tava com a gente por conta de um câncer, um osteossarcoma que começou na perninha, e eu era residente, tava terminando meu primeiro ano de residência quando ele descobriu esse câncer na perna, e foi comigo que ele fez o diagnóstico, então a gente acabou criando uma relação, ficou bastante próximo, e ele, no meu segundo ano de residência, esse câncer espalhou bastante pela perna, e ele tinha muita dor, os cânceres ósseos costumam doer muito, ele tinha dez anos, nove pra dez nessa época. E, por conta disso, o tratamento não tava sendo muito eficaz, a quimio não tava conseguindo conter esse câncer, e ele precisou amputar essa perna. [...] e o João era um menino que vinha bastante e que a gente se via muito, e ele tava numa fase muito feliz, porque ele tava finalmente podendo comprar a prótese pra poder usar, e foi durante a pandemia, e os pais foram com muita dificuldade de viajar pra ir atrás dessa prótese, [...] enfim, e por conta da pandemia tava tudo muito difícil, com muito medo, ele tava terminando a quimio, mas tava super bem e tal, tavam com medo dessa coisa por causa da pandemia, e é um paciente de risco, [...] a metástase foi muito profunda e muito rápida, e ele entrou em cuidados de final de vida, em cuidados paliativos, e foi no meio da pandemia, e ele piorou muito rápido, piorou tão rápido a ponto de tá precisando de oxigênio, tá ficando muito cansado, isso foi por volta de agosto, e ele muito consciente falava pros pais, porque os pais não tavam conseguindo mais muito ver ele cansado e tal, pra respirar por conta do câncer do pulmão, e ele dizia que não queria*

*internar de jeito nenhum, porque se ele internasse ele não ia poder receber visitas por conta da pandemia, ele sabia disso e ele queria ver as pessoas, e os pais toparam, e no hospital a gente tentou se organizar, [...] ele ficou os últimos meses por conta da pandemia isolado em casa, ele só via por vídeo, ele queria ver as pessoas, ele convidou as pessoas pra casa dele. Até que chegou um dia que ele tava muito cansado e ele pediu pra mãe que precisava internar, porque tava com muita dor e tal, e realmente não dava pra ficar em casa, ele internou nos dias dos pais comigo, que foi um domingo, já muito grave, e faleceu na segunda. Mas o que me marcou nele foi essa consciência, muitas coisas me marcaram nele, mas nesse finalzinho essa questão da pandemia, ele falava pro pai dele “você sabe o que vai acontecer se eu for pro hospital, não vou conseguir me despedir da família”, e ele internou com a gente no dia dos pais, e quando virou meia noite já na segunda-feira, já não era mais dia dos pais, a mãe dele veio conversar comigo, eu que tava de R3, e eu perguntei se ela queria que pedisse pra enfermagem abrir pra alguém ficar junto, talvez uma avó, enfim, e ela falou que ela queria ficar, que mais gente pudesse vir, pelo menos uma avó pra dar um apoio, tava só o pai e ele, e ele tava falando muito pouco já, muito cansadinho, e quando eu falei com a equipe de enfermagem todo mundo ficou muito compadecido, e quando eu menos esperava, era 3 horas da manhã, tinha 16 pessoas na porta da enfermaria pra visitar ele, no meio da pandemia, e isso não pode acontecer, e infelizmente eu tava nesse lugar, a enfermagem que manda, mas era eu que poderia autorizar ou não, todos de máscara, mas eu não tinha como... porque a gente tem muitos pacientes graves na enfermaria, e aí abrir concessão pra um é complicado por conta dos outros, mas a gente autorizou em grupinhos de dois, tentou dar aquela, né... e eles falaram que não tinha problema, mas tinha uns amigos dele mais velhos, porque os de dez anos, eles não quiseram... é difícil ir pro hospital nessa idade e tal, mas professoras, amigas dos pais, e a nossa enfermaria no hospital tem um quintal muito grande, e eles foram lá pra fora e ficaram na janela do João cantando pra ele, e foi uma noite assim, super intensa, o João mudou completamente, levantou, pediu Coca-Cola pra mim, ele tava sem comer fazia mais de 20 horas, mal conseguia respirar, eu dei Coca-Cola, ele bebeu, ainda conseguiu se despedir falando com algumas pessoas que entravam, ele se despedia da irmã, se despediu do tio, uma cena muito bonita, assim, e que... intensa, mas que apesar da pandemia, essas dificuldades em poder tá em conjunto, tá em grupo, a gente vê que é possível, a família se organizou, os amigos se organizaram e conseguiram dar essa força e tá junto com ele ali, assim.*

O relato a seguir demonstra o efeito do distanciamento social e da ausência de contato físico na representação dos sentimentos de solidão e afetos que estavam esquecidos em meio a tanto caos, evocando emoções essenciais ao ser humano, como a experiência de sentir um abraço em um contexto proibido.

Roberto (R2, médico em Pediatria): *Durante mais ou menos no meio da pandemia, e eu tava atendendo um paciente, não lembro em qual ambulatório agora, não vou saber te falar, mas dentro de todo esse distanciamento, dessa questão, no final da consulta, terminando o*

*atendimento a criança, ela me deu um abraço, e aquilo me marcou muito. Eu falei “nossa, quanto tempo que eu não recebo um abraço”. Aquilo me emocionou, porque eu falei, nossa, é algo que a gente se distanciou e ao mesmo tempo meio que sentia falta, e aí nem consegui perceber, ela me deu um abraço num lugar onde nem podia, e aquilo me marcou, sabe? Foi uma experiência de algo que a gente abandonou, parece que não sente falta, mas que quando voltar será muito bem-vindo. Então foi algo que me marcou aí na pandemia.*

Ao se deparar, no serviço de saúde, com uma situação em que se viu confrontada pelo acompanhante de uma paciente, que se encontrava desesperado por informações sobre a saúde da esposa, a residente se sentiu desrespeitada como profissional de saúde, mas posteriormente, ao descobrir que a própria família também estava contaminada, relembrou a situação vivenciada e percebeu o quanto também teve que lidar com o próprio desespero e sentimento de impotência.

*Sofia (R1, enfermeira em Saúde Mental): Teve uma vez que um usuário chegou, e a mulher tava com suspeita de Covid, e ele queria entrar com a mulher dele, e a gente não podia deixar ele entrar. Ele ficou muito bravo com a gente, porque ele ia quebrar tudo, e eu tentando explicar pra ele, “senhor, o senhor vai se pôr em risco, tem um vírus circulando”. E ele, “não, me dá um papel que eu assino”, e ele foi pra vir pra cima da gente mesmo, tava eu e uma outra menina também na porta, e era um homem grande. Nossa, e eu fiquei com muita raiva dele, falei “ah, que homem chato, não respeita o profissional da saúde, nada”, e no fim a gente acabou deixando ele entrar por conta dele em risco, porque no começo não tinha disso, se um familiar tá, a família inteira colhe, só colhia uma pessoa. E depois, acho que foi na mesma semana, os meus pais vieram com diagnóstico positivo, e eu me coloquei no lugar desse homem, eu falei “se eu tivesse ido eu teria feito a mesma coisa”, eu ia querer entrar, eu ia querer ver meu pai, eu ia querer ver minha família. Então, de ver isso, sabe? As pessoas com medo do diagnóstico, do prognóstico, que muitas vezes no começo era ruim, mas... e ficarem de mãos atadas, assim, a família ficar de mão atada, porque eu, como familiar, fiquei de mãos atadas, mesmo sendo enfermeira, eu não podia fazer nada, e a partir dali eu comecei a ver os familiares que iam causar lá na frente com outros olhos. Porque naquele dia eu fiquei muito brava com ele, eu fiquei, assim, indignada, eu pensei “você tá aqui como profissional da saúde, fazendo o seu melhor, e a pessoa chega cheia de raiva, cheia de rancor”, mas eu entendi que é o instinto humano, tão mexendo ali com a nossa família, tão mexendo com parte da gente. Então acho que foi uma situação que me marcou, porque eu fiquei com muita raiva dele, assim, mas depois eu me coloquei no lugar dele, de impedimento de entrar ali, de ter contato com a sua família, com a sua esposa. Então foi uma situação que me marcou bastante.*

O relato a seguir apresenta uma experiência bastante profunda em relação ao luto e as repercussões desencadeadas pela morte em uma equipe de saúde, como o distanciamento emocional e a negação dos profissionais de saúde ao lidar com a

morte, indicando uma lógica de não envolvimento das emoções com a prática profissional.

Nelson (R2, psicólogo em Saúde do Adulto e Idoso): *Então eu me lembro muito de uma paciente, [...] era uma paciente, assim, que na frente Covid a gente acabava... paciente vinha pra UTI, ficava entubado, e a família não podia visitar, então a psicologia da frente Covid acabava ligando pra essa família, pra fazer um acolhimento a distância, e aí a gente acabava atendendo essa família via telefone, realizando acolhimentos em relação a como que tava sendo a compreensão diante dos boletins médicos, como que tava o enfrentamento da família, se eles estavam em isolamento pela família, pelo familiar próximo tá internado por Covid, quer dizer, várias possibilidades de suporte emocional que a gente podia oferecer naquele contexto que também eram novas, e eu não havia tido uma experiência tão grande na UTI, [...] eu comecei a acolher a família, a entender a dinâmica, fui conversando com eles, e a gente sempre passava o boletim com a equipe médica pra saber os casos que tinham chegado, os casos novos que tinham sido admitidos na UTI, e dentro desse acompanhamento alguns pacientes começavam a evoluir muito ruim, começavam a piorar, outros tinham uma melhora, diante dessa imprevisibilidade que é do paciente de cuidado intensivo, a gente sempre propunha pra família uma visita virtual por meio do tablet, aí tinha todo um processo de agendar essa visita, porque era por meio do telefone do hospital, e eu faço todas as tratativas com a família sobre essa visita virtual, e a família tenta se organizar, porque também era algo muito difícil, algumas famílias tinham um enfrentamento e esperavam que “ele tá aí, mas ele não tá com Covid”, ou então “ele tá com Covid e já foi positivo, mas ele vai se recuperar e a gente prefere ver ele quando ele puder ser visto”, ou seja, quando ele for pra uma UTI normal, mas a gente não tinha essa garantia de que ia ter essa melhora e eles iam poder ver em outro momento, a gente tinha o agora, e inclusive isso era uma das intervenções, a gente tentava trabalhar com a família a ideia de que aquele era o momento em que a gente precisava pensar, o depois a gente pensaria depois, quando a gente tivesse o depois [...]. Aí num dado momento a família aceita a visita, e eu faço todas as combinações, e no dia seguinte eu vou com a equipe confirmar que a família vai fazer a visita virtual tal horário e tudo mais. E aí eu cheguei e falei assim “gente...”, aí eu entrei, e foi muito marcante essa cena, eu cheguei todo empolgado, assim, cheio de expectativa pra fazer a visita virtual, ia ser a minha primeira visita virtual, e eu cheguei e falei, tavam vários médicos e residentes, e eu falei “gente, eu queria confirmar se tudo OK a gente fazer a visita virtual dessa paciente”, aí todo mundo olhou pra mim e falou “quem que é essa paciente?”, aí eu falei “fulana, fulana de tal, da família tal”, e eles “nossa, não conheço”, e aí eu falei “gente, como assim, tô com o RG dela aqui e tudo mais”, e aí eles “ah tá, essa paciente, entendi, ela faleceu ontem já”. E, assim, aquilo pra mim foi muito... muito... na hora eu fiquei sem nenhuma reação, não sabia o que dizer, porque a primeira coisa que eu aprendi ali naquele momento foi a dissociação da equipe, então, o quanto eles tinham essa lógica de substituição, eu não lembro mais da paciente, porque já entrou outra, já tem outro mais grave, e aí amanhã já é outro, e ele se vai pela memória. E por um outro momento eu fui pensando na minha construção, de acolher a família, de conversar, de falar, de estar ali,*

*de combinar a visita, e de repente essa visita não acontece, e eu não consigo fazer, porque a paciente foi a óbito antes da visita acontecer. [...] eu na minha fantasia tava super adequado, fazendo tudo que precisava ser feito, e fiz exatamente o que precisava ser feito, mas com essa ideia de que não, vai dar tempo, a gente tem uma fantasia de que só pode morrer depois que a gente fizer essa visita, e as coisas não acontecem assim. Hoje trabalhando na UTI eu já tenho muito mais recurso pra lidar com isso, mas eu sentia muito isso no começo, isso me impactava demais, eu ficava frustrado, às vezes chorava, quer dizer, é muito difícil sustentar esse lugar que pra você, enquanto profissional da saúde, já tá sendo um processo de elaboração, ali vivenciar, e você tem que cuidar do outro também, tendo que prestar atenção em como você tá se cuidando.*

O mesmo residente continua seu relato apresentando sua percepção acerca dos impactos da pandemia em sua formação profissional enquanto residente em saúde, na qual foi possível desenvolver aspectos políticos de envolvimento com o contexto em que estava inserido, ressaltando a importância da residência para o SUS e as necessidades e possibilidades de se adaptar em momentos distintos como uma pandemia, ao reconhecer a realidade pela qual passou em sua formação como espaço de problematização e luta pela manutenção de um serviço público de saúde de qualidade.

*Nelson (R2, psicólogo em Saúde do Adulto e Idoso): Eu acho que é muito paradoxal perceber o impacto da pandemia na vida do residente, porque quando a gente pensa, pelo menos na psicologia, ou como um profissional de saúde, a gente pensa no nosso compromisso social, diante do que é a residência, enquanto, talvez, um dispositivo não só de formação para o SUS e para a saúde pública, mas também político, de conquistar... a gente tava também muito focado nisso, contra o não reajuste da bolsa, começou a fazer assembleias antes da pandemia, porque de fato a gente começou a exercer outras dimensões do que é ser residente, porque a gente brigava muito por esse espaço que não fosse só de tocar um serviço, de reproduzir um processo de trabalho, mas que também fosse um espaço de crítica, de um pensamento crítico, de que a gente pudesse ter uma dimensão mais política do que era ser um trabalhador na saúde pública, do que era defender o SUS, do que era propor coisas que fizessem com que você viabilizasse melhor, ou que os nossos processos de trabalho ou de cuidar estivessem atravessados pelos princípios do SUS, quer dizer, essa dimensão mais ética, estética e política talvez do que a residência poderia trazer, por isso que eu acho que é paradoxal, porque, se de um lado a gente teve muitas perdas por projetos individuais terem sido interrompidos, ou cessados, a gente foi convidado a ressignificar alguns planos que não puderam ser realizados, por outro a gente teve a possibilidade de viver esse momento histórico também e entender como é que a saúde pode se organizar nesse sentido, como é que os profissionais de saúde podem lidar com essa situação de saúde pública, de entender também, enquanto residente, qual é o seu papel ali, porque acho que também foi uma rasteira na gente no sentido de pensar “pô, você entrou pra trabalhar no SUS, mas e aí, que você tinha*

*um script e veio uma outra coisa”, isso também é trabalhar no SUS, a gente tem historicamente muitos acontecimentos em saúde que demandam dos profissionais de saúde alguma postura, algum aprendizado com aquilo.*

As narrativas apresentadas nesta categoria apontam para a valorização da vivência da pandemia enquanto possibilidade de aprendizagem, embora os residentes reconheçam as dificuldades enfrentadas com as mudanças. Demonstraram resiliência e capacidade de absorver aprendizados importantes para sua formação, ainda que tenham percepções distantes quanto às experiências e aos conteúdos transformados pela vivência da pandemia.

O residente, ao se distanciar do papel de estudante e se reconhecer como profissional de saúde, passa a ter uma experiência mais rica de aprendizados, mas, enquanto permanece no conflito por ainda se identificar mais como estudante do que profissional de saúde, sua experiência pode ser empobrecida de aprendizagens, encontrando maiores dificuldades em integrar seu grupo de trabalho.

Diante do contexto apresentado, podemos supor que a resiliência faz parte de um componente de característica pessoal e subjetiva importante na construção da identidade profissional, somando-se à socialização enquanto elemento social determinante para a identidade social dos residentes.

Ainda assim, a pandemia dificultou o desenvolvimento de uma identidade coletiva, pois intensificou a necessidade de cada um de se diferenciar do grupo de residentes, buscando entender qual seu papel no enfrentamento da pandemia. Por diversos momentos encontramos um residente confuso com o que se esperava dele, demonstrando dificuldades em responder às demandas da pandemia.

Podemos perceber que o tensionamento produzido no processo de construção da identidade profissional, decorrente das mudanças viabilizadas pelos serviços de saúde com a reorganização das funções dos profissionais devida à chegada da pandemia, assim como o distanciamento entre a prática do residente de saúde e a expectativa que tinha ao entrar na residência reforçaram a necessidade de ajustamento e flexibilidade para se inserir nos grupos de trabalho e redefinir seu papel profissional para atender as demandas da pandemia.

Nesse sentido, seria importante analisar quais estratégias poderiam ter sido discutidas e implementadas pelos programas de residências médicas e multiprofissionais, a fim de que a formação dos residentes pudesse incluir atividades teóricas e práticas de maneira que as experiências e aprendizagens fossem

produzidas e construídas com uniformidade durante o período da pandemia, buscando aproximar e convidar os residentes a participarem ativamente de seu processo formativo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo compreender a experiência de residentes médicos e multiprofissionais durante o primeiro ano da pandemia, uma vez que esses profissionais atuaram na linha de frente e, estando em processo de formação profissional por meio de treinamento em serviço, sofreram os impactos diretos em sua formação.

No início da pandemia os residentes relataram muito medo por conta dos perigos pela alta exposição ao vírus e escassez de EPIs, das consequências provocadas pela contaminação, como risco de óbito, solidão pelo distanciamento social e os sentimentos de impotência diante das incertezas e dos desafios no enfrentamento da pandemia. A partir disso identificamos um paradoxo entre a necessidade dos residentes de se sentirem protegidos e o desejo de responder ao chamado e apelo social para que os profissionais de saúde cuidassem daqueles que sofriam com as sequelas da infecção pelo vírus.

O cenário da pandemia apresentou-se mais complexo para os residentes quando o fenômeno da infodemia acerca da desinformação em relação ao vírus surgiu nos discursos de figuras públicas e conseqüentemente afetou a compreensão da população a respeito da veracidade e gravidade da doença, o que levou alguns residentes a se distanciarem de mídias e redes sociais para evitar o próprio adoecimento. Notícias falsas, como cura para a doença por meio de medicamentos sem comprovação científica, passaram a ser compartilhadas em larga escala e sem possibilidade de controle, dificultando o trabalho dos profissionais de saúde em combater a desinformação nos serviços de saúde.

As residências em saúde precisaram se reorganizar para atuar no enfrentamento da pandemia, e para não interromper a formação dos residentes foi preciso acompanhar as mudanças no processo de trabalho dos serviços de saúde. Os residentes trazem uma percepção de prejuízo em sua formação na residência, pois foram redirecionados para funções muitas vezes consideradas distantes de suas formações profissionais, provocando sentimento de frustração e insatisfação diante das expectativas que tinham sido projetadas para a residência e que foram obstaculizadas devido aos impactos da pandemia.

Embora os residentes tenham encontrado dificuldades para atuar e desenvolver seu processo de formação, podemos perceber que a possibilidade de vivenciar a residência durante a pandemia trouxe também experiências muito ricas de aprendizado e que os residentes foram capazes de responder e atender as demandas dos serviços de saúde quando foram solicitados.

Ainda assim, a experiência dos residentes na pandemia indica percepções distintas e por vezes contraditórias, além de identificarmos grande dificuldade por parte de alguns residentes de realmente entender que vivíamos um período completamente inesperado em nossas vidas e que a residência faz parte desse nosso complexo dia a dia na área da saúde.

Os residentes em saúde encontram-se em transição no processo de formação de identidade profissional, sendo identificados como estudantes de pós-graduação e como profissionais formados, mas ainda em desenvolvimento para aperfeiçoar habilidades teórico-técnicas exigidas pelo complexo campo de trabalho. Diante disso, é muito importante pensarmos sobre qual é o papel da residência na formação desses profissionais de saúde e quais são os impactos provocados pela pandemia nos residentes que vivenciaram esse período.

A construção da identidade profissional vai se desenvolvendo no processo de formação teórico e atuação prática na resolução de problemas no campo do trabalho, ou seja, por meio do treinamento em serviço. Portanto, a aprendizagem não se constrói em um processo linear e passivo, mas o residente passa a incorporar as experiências e aprendizagens conforme assimila e organiza seu conhecimento acumulado no decorrer do tempo.

Consideramos extremamente importante reforçar reflexões sobre o processo de formação dos residentes em saúde, médicos e multiprofissionais, como profissionais que devem ter em seu processo de ensino-aprendizagem o objetivo de desenvolver habilidades técnicas e humanizadas para atender as necessidades e demandas do Sistema Único de Saúde, mas lembrando que esses profissionais também apresentam expectativas e necessidades específicas para sua formação, sendo importante que os programas de residência direcionem especial atenção a elas, buscando aproximar o residente da participação na construção da própria aprendizagem.

Este estudo não pretendeu generalizar as experiências dos residentes e dos programas de residência da instituição pesquisada e, ainda que tenha incluído

participantes de diferentes programas e anos de formação, se limitou a analisar as vivências de um pequeno grupo de residentes e alguns recortes de suas experiências, conforme interesse desta pesquisa. Da mesma forma, é importante considerar que as entrevistas foram realizadas em diferentes momentos no decorrer do primeiro ano da pandemia, trazendo vivências e experiências distintas, assim como perspectivas singulares de cada categoria profissional.

Sendo assim, este estudo de pesquisa de mestrado buscou colaborar com os relatos dos entraves e aprendizagens aqui apresentados, com a intenção de contribuir com o registro histórico da pandemia, auxiliando como referência para outros estudos e pesquisas em contextos semelhantes.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. Pandemia de Covid-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. *In*: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. **Principais elementos**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, 2021. v. 1.

ANDERSON, M. I. P. *et al.* Pandemia Covid-19: impactos no processo ensino-aprendizagem e na assistência à saúde pelo Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Ciências Médicas/Hospital Universitário Pedro Ernesto. *In*: RODRIGUES, L. S.; MONTEIRO, A.; NEVES, M. F. T. (org.). **Experiências e impactos da pandemia pela Covid-19 no complexo de saúde UERJ**. Rio de Janeiro: EdFCM, 2021.

ANDRADE, E. V. Desafios e possibilidades do cuidar no limite do viver-morrer: uma costura entre a experiência na linha de frente da pandemia de COVID-19 e conceitos psicanalíticos. **Cadernos de psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 43, p. 75-90, jul./dez. 2020.

ANICETO, D. L. F. P. **Anvisa e o uso off-label de medicamentos**: as relações entre evidência e regulação. 2019. 74 f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia Clínica) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

BAUMAN, Z. **Medo líquido**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

BENJAMIN, W. O narrador: considerações sobre a obra de Nicolai Leskov. *In*: BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994. p. 197-221.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, abr. 2002.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**: Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan./jul. 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ed. 27, p. 1, 7 fev. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. CORONAVÍRUS BRASIL, Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: [<https://covid.saude.gov.br/>](https://covid.saude.gov.br/). Acesso em: 08 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 580, de 27 de março de 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d.

BROOKS, S. K. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **Lancet**, v. 395, p. 912-920, 2020.

CABRAL, S. A.; LEVANDOWSKI, D. C. Resiliência e psicanálise: aspectos teóricos e possibilidades de investigação. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 16, p. 42-55, 2013.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 219-230, 2000.

CAPONI, S. *et al.* O uso político da cloroquina: COVID-19, negacionismo e neoliberalismo. **Revista Brasileira de Sociologia**, v. 9, n. 21, p. 78-102, 2021.

CARAMORI, J. T.; LIMA, M. C. P. O desafio de manter conectada a comunidade acadêmica de uma escola de saúde do interior de São Paulo. *In*: AFONSO, D. H. (org.). **A escola médica na pandemia da Covid-19**. Brasília: ABEM, 2020.

CAVALCANTE, V. O. M. *et al.* Residências multiprofissionais em saúde no enfrentamento da covid-19: relato de intervenções interprofissionais. **Sanare – Revista de Políticas Públicas**, v. 20, 2021.

CAVALCANTI, A. *et al.* Hidroxicloroquina com ou sem Azitromicina em Covid 19 leve a moderado. **The New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 383, n. 4, 2020.

CECCIM, R. B. Prefácio. *In*: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2010.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Memorial aos médicos que se foram durante o combate à Covid-19. Disponível em: <https://memorial.cfm.org.br/>. Acesso em: 13 set. 2022.

CHEN, Q. *et al.* Mental health care for medical staff in China during the Covid-19 outbreak. **Lancet**, v. 7, abr. 2020.

COSTA, F. S. B.; CARNEIRO-FILHO, D. M. Mudanças decorrentes da pandemia de COVID-19 em um programa de residência médica em medicina de família e comunidade – relato de experiência. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 15716-15726, 2021.

COSTA, J. B. R.; AUSTRILINO, L.; MEDEIROS, M. L. Percepções de médicos residentes sobre o programa de residência em Pediatria de um hospital universitário público. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e210215, 2021.

COSTA, L. M.; NÓBREGA, L. B.; MAIA, C. T. Combate à Desinformação na Pandemia da Covid-19. **Revista Eletrônica Internacional de Economia Política da Informação, da Comunicação e da Cultura**, v. 23, n. 1, p. 162-177, jan./abr. 2021.

CREMASCO, M. V. F. Quando a resiliência pode ser uma aposta para a psicanálise: ampliações clínicas do trauma e do luto. **Tempo psicanalítico**, v. 50, n. 2, p. 373-400, 2018.

CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da Covid-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1. 2020.

CRODA, J. *et al.* Covid-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 53, 2020.

DANTAS, E. S. O. Fatores associados à ansiedade em residentes multiprofissionais em saúde durante a pandemia por Covid-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 1, p. 1-7. 2021a.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia de Covid-19. **Interface**, Botucatu, v. 25, n. 1, 2021b.

DAUMAS, R. P. *et al.* 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.

DELGADO, C. E. *et al.* Infodemia de COVID-19 e saúde mental de adultos e idosos: uma revisão de escopo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.

DUARTE, Y. A. O. *et al.* O que aprendemos com a pandemia da COVID-19: reflexões e vivências de uma enfermeira. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 9, n. 4, 2021.

FELIX, M. M. R. *et al.* Impacto da pandemia de Covid-19 em um Programa de Residência Médica em Pediatria no município do Rio de Janeiro. **Residência Pediátrica**, v. 10, n. 3, 2020.

FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. *In*: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2010.

FONTOURA, L. F. R. *et al.* A psicanálise diante da pandemia de COVID-19: traumas, desafios e perspectivas. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 10, n. 2, p. 271-288, 2022.

FRAZÃO, C. S. C. **Ensino, pesquisa e extensão em tempos de pandemia**: uma análise da preceptoria em saúde no hospital universitário Lauro Wanderley. 2021. 116 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas, Gestão e Avaliação da Educação Superior) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021.

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.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 239-255, 2007.

GABBARD, G. O. As bases teóricas da psiquiatria dinâmica. *In*: GABBARD, G. O. **Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GALHARDI, C. P. *et al.* Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4201-4210, 2020.

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-e42010817359, 2021.

GOMES, R. Análise e Interpretação de dados em Pesquisa Qualitativa. *In*: DESLANDES, S.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2019.

JORGE, M. A. C.; MELLO, D. M.; NUNES, M. R. Medo, perplexidade, negacionismo, aturdimiento – e luto: afetos do sujeito da pandemia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 583-596, set. 2020.

KANG, L. *et al.* The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. **Lancet**, v. 7, mar. 2020.

KLAJNMAN, D. L. Pandemia e “negacionismos”: notas e considerações a partir da psicanálise. **Revista Psicologia e Transdisciplinaridade**, v. 1, n. 2, p. 8-26, 2021.

KLEIN, T.; HERZOG, R. Inibição, sintoma e medo? Algumas notas sobre a Angst na psicanálise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 686-704, dez. 2017.

LANA, R. M. *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-COV-2) e o papel de uma vigilância nacional saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, 2020.

LANCET, The. COVID-19 in Brazil: “So what?”. Londres, v. 395, n. 10235, p. 1461, 2020.

LIRA, G. V.; CATRIB, A. M. F.; NATIONS, M. K. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 16, n. 1/2, p. 59-66, 2003.

MARTINS, L. A. N. **Residência médica: estresse e crescimento**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 201 p.

MELO, J. R. R. *et al.* Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

MENDONÇA, A. V. M. O papel da comunicação em saúde no enfrentamento da pandemia: erros e acertos. *In*: SANTOS, A. T.; LOPES, L. T. **Competências e regras**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, 2021.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 80 p.

MORAES-FILHO, I. M. M. *et al.* Medo, ansiedade e tristeza: principais sentimentos de profissionais da saúde na pandemia de Covid-19. **Saúde Coletiva**, Osasco, v. 11, 2021.

MUNSTER, V. J. *et al.* A novel Coronavirus emerging in China: Key questions for impact assessment. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 8, fev. 2020.

MUYLAERT, C. J. *et al.* Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. especial 2, p. 193-199, 2014.

NEUMANN, C. R. *et al.* Pandemia de influenza A (H1N1): o que aprender com ela? **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 92-99, 2009.

NÓBREGA, E. D. *et al.* 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.

NOGUEIRA, A. A. *et al.* **O processo de trabalho em uma Clínica da Família no contexto da pandemia de COVID-19**. 2021. 138 f. Trabalho de conclusão de residência (Residência multiprofissional em saúde da família) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

NUNES, M. P. T. Residência médica no Brasil: situação atual e perspectivas. **Cadernos ABEM**, v. 1, maio 2004.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19. Organização Mundial da Saúde. 2020.

ORNELL, F. *et al.* Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Debates em Psiquiatria**, v. 10, n. 2, p. 12-16, 2020.

PAIXÃO, G. P. do N. *et al.* A pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e suas repercussões na estigmatização e o preconceito. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, 2021.

PARMET, W. E.; SINHA, M. S. Covid-19 – The Law and Limits of Quarantine. **New England Journal of Medicine**, mar 2020.

PAULA, A. C. R. *et al.* Reações e sentimentos de profissionais de saúde no cuidado de pacientes hospitalizados com suspeita covid-19. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, 2021.

PEIXOTO, L. S. A. **A dinâmica da identidade profissional em equipes multiprofissionais**. 2010. 256 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

PERDONSSINI, B. T.; ALVES, M. J. M.; MENEZES, J. M. S. T. Inventando uma clínica possível: acompanhamento remoto de usuários de saúde mental na pandemia de Covid-19. **Revista de Políticas Públicas**, v. 25, n. 1, p. 167-181, 2021.

RIBEIRO, B. M. S. S.; ROBAZZI, M. L. C. C.; DALRI, R. C. M. B. Violência causada aos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 4, n. 2, p. 115-124, 2021.

ROCHA, D. M. *et al.* Efeitos psicossociais do distanciamento social durante as infecções por coronavírus: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021.

ROMUALDO, J. F. **Formação do médico de Família e Comunidade no contexto da pandemia da Covid-19**. 2022. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2022.

ROSA, I. O. *et al.* Impacto da pandemia do COVID-19 em dois serviços de Residência médica no Oeste do Paraná. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 765-777, 2022.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, SP, v. 130, n. 57, 23 mar. 2020.

SÁFADI, M. A. P. *et al.* Novo coronavírus (Covid-19). Departamento científico de infectologia. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, n. 14, fev. 2020.

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, T. C. dos; ALMENDRA, F. S.; RIBEIRO, M. I. Help line: relato de experiência sobre um dispositivo de acolhimento aos profissionais de saúde durante a pandemia covid-19. **aSEPHallus**, v. 15, n. 30, p. 26-40, 2020.

SILVA-FREIRE, R. M. *et al.* Profissional residente no enfrentamento da COVID-19: relato de experiência no contexto da enfermagem intensiva. **Enfermagem Brasil**, Petrolina, v. 19, n. 4, p. 13-20, 2020.

SILVA, L. B. Residência multiprofissional em saúde: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan./abr. 2018.

SOARES, S. S. S. *et al.* Enfermagem brasileira no combate à infodemia durante a pandemia da covid-19. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020.

SOUZA, T. S. *et al.* Mídias sociais e educação em saúde: o combate às Fake News na pandemia da COVID-19. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. especial 1., 2020.

TEIXEIRA, C. F. de S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 19, p. 3465-3474, set. 2020.

TEIXEIRA, J. F.; MARTINS, A. V. Fact-checking no combate às fake news sobre a COVID-19: um estudo exploratório das agências digitais de checagem de fatos contra a desinformação da pandemia. **Comunicação & Inovação**, v. 21, n. 47, 2020.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, jun. 2005.

VANIER, A. Temos medo de quê? **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 285-298, jul./dez. 2006.

VIEIRA, D. Fala um líder da República de Paraisópolis. **Outras Palavras**, 23 dez. 2020. Disponível em: <https://outraspalavras.net/crise-civilizatoria/fala-o-lider-da-republica-de-paraisopolis/>. Acesso em: 5 set. 2022.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus (Covid-19) Dashboard** [Internet]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 17 set. 2022.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The impact of Covid-19 on health and care workers: a closer look at deaths**. Geneva: Working Paper 1, 2021.

WITCZAK, M. V. C.; PEREZ, K. V.; RODRIGUES, M. F. Impactos da pandemia COVID-19 nas vivências profissionais de residentes multiprofissionais em saúde. **PSI UNISC**, v. 6, n. 1, p. 141-154, 2022.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONVIDO a(o) Senhora(o) \_\_\_\_\_

para participar da Pesquisa intitulada “Narrativas dos impactos da pandemia de Covid-19 na vida de residentes em saúde”, que será desenvolvida por mim, mestrando Ricardo Massuda Oyama, com orientação da Professora Dra. Eliana Goldfarb Cyrino da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp.

Esta pesquisa busca compreender a experiência e a vivência, a partir de narrativas, dos impactos da pandemia de Covid-19 e a pressão na vida de residentes em saúde de Programas de Residência Médica e Multiprofissional da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista (Unesp).

Sua participação nesta pesquisa será individual e será gravada para auxiliar em posterior transcrição e análise das informações. Após a transcrição do material as gravações serão destruídas.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias de igual teor, das quais uma via será entregue ao Senhor(a), devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609, que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu – São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos:

Após terem sido sanadas todas as minhas dúvidas a respeito deste estudo, **CONCORDO EM PARTICIPAR** de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo a que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados deste estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem, no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Pesquisador

---

Participante da Pesquisa

Pesquisador: Ricardo Massuda Oyama

Endereço: Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n. Centro. Distrito de Rubião Junior, Botucatu-SP.

Telefone: (14) 99608-5923

E-mail: [ricardo-oyama@hotmail.com](mailto:ricardo-oyama@hotmail.com)

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino

Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu

Telefone: (14) 3880-1126

E-mail: [eliana.goldfarb@unesp.br](mailto:eliana.goldfarb@unesp.br)

## APÊNDICE B

### Roteiro de perguntas para entrevista narrativa

Como foi o início da pandemia na residência?

- Descritores (percepções, vivência, rotina, quebra de expectativas, medos)

Como foram os impactos da pandemia na sua residência?

- Descritores (processo de trabalho, saúde mental, contribuição na formação da residência, relação com colegas de trabalho)

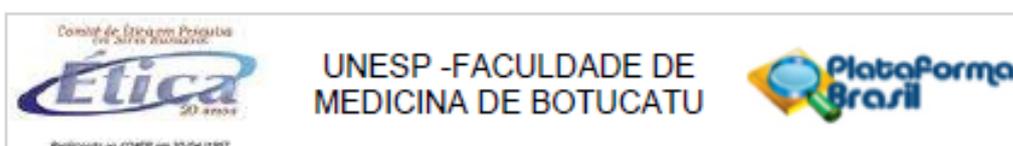
Como tem sido sua relação com as informações durante a pandemia?

- Descritores (sobrecarga, informações oficiais de Estado, informações não científicas, relação com familiares)

#### *Pergunta Narrativa*

Conte uma situação marcante que você tenha vivido durante a pandemia.

Você gostaria de acrescentar ou comentar alguma coisa que eu não perguntei?



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Narrativas dos impactos da pandemia de COVID-19 na vida de residentes de saúde

**Pesquisador:** RICARDO MASSUDA OYAMA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 30983120.7.0000.5411

**Instituição Proponente:** Departamento de Saúde Pública

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.004.204

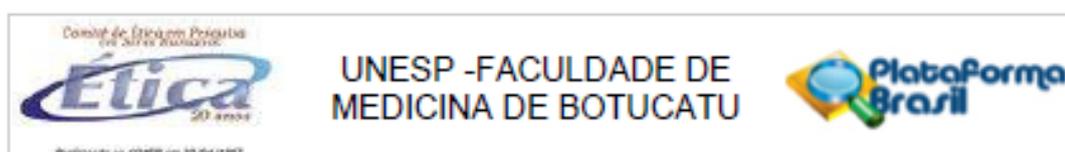
#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado que tem a finalidade de contribuir para o conhecimento da percepção da pandemia da COVID-19 na perspectiva de residentes da área da saúde.

O pesquisador explicita que o novo coronavírus, denominado SARS-COV-2 teve início da China e devido a sua rápida e elevada capacidade de contaminação a nível internacional, em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou como surto pandêmico e Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), nomeando-a como COVID-19. No Brasil, o primeiro caso ocorreu em 26 de fevereiro de 2020 e diariamente o Ministério da Saúde apresenta dados que demonstram a expansão no território nacional.

Foram adotadas medidas no país para prevenção e controle de infecção, sendo necessário o envolvimento de toda a população a fim de desacelerar o contágio, como higienização das mãos, distanciamento social e quarentena, além de estabelecimento de protocolos de segurança nos serviços de saúde, até que se desenvolvam tecnologias eficientes o suficiente para interromper a disseminação do SARS-COV-2, como medicamentos e vacinas. O esforço de autoridades de Estado para manter o isolamento social reforça a importância em não sobrecarregar o sistema de saúde com alto nível de contaminação do vírus em um curto período de tempo, e a necessidade do achatamento da curva de infecção distribuindo os casos ao longo do tempo, permitindo que o sistema de saúde tenha condições em atender todos os casos necessários, provocando o menor impacto possível na economia. Nesse sentido, ressalta a importância dos profissionais de saúde na

Endereço: Chácara Butignoli, s/n  
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970  
 UF: SP Município: BOTUCATU  
 Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.994.204

atuação em todos os níveis de assistência.

Os residentes da área da saúde (residência médica e multiprofissional) estão envolvidos diretamente no contexto da pandemia. Portanto, conhecer o impacto da pandemia em suas vivências é fundamental.

Trata-se de um estudo qualitativo, por meio de narrativas e com referencial metodológico da análise de conteúdo, segundo Bardin. Os participantes serão 24 residentes, procedentes de residências médicas e multiprofissionais da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) que serão contatados para entrevistas online.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Compreender a experiência e a vivência, a partir de narrativas, dos impactos da pandemia de COVID-19 e a pressão na vida de residentes de saúde, de Programas de Residência Médica e Multiprofissional da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista (UNESP).

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Apresenta riscos mínimos, que os autores deverão garantir sigilo e privacidade dos dados. Os benefícios não são diretos, contribuindo para o conhecimento da percepção de residentes da área da saúde contribuem para estratégias de enfrentamento da pandemia..

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa está descrito adequadamente. Referem não haver riscos, no entanto, é preciso considerar o risco de quebra de anonimato dos participantes. Quando aos benefícios é importante referir que nesse novo contexto conhecer a experiência de profissionais da saúde é muito relevante. Também referem não haver custo. No entanto, toda pesquisa tem custo.

O TCLE está escrito em forma de convite e com os dados necessários ao esclarecimento do participante.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória foram incluídos.

#### **Recomendações:**

apresentar relatório final de atividades após finalização da pesquisa.

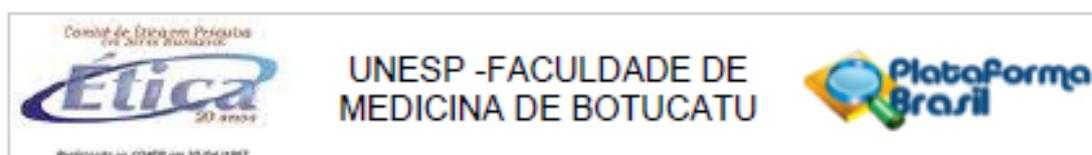
#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu (CEP-FMB) manifesta-se pela aprovação do projeto.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu (CEP-FMB) manifesta-

Endereço: Chácara Butgnoll, s/n  
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970  
 UF: SP Município: BOTUCATU  
 Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.994.204

se pela aprovação do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1543991.pdf	23/04/2020 14:36:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Completo.pdf	23/04/2020 14:32:21	RICARDO MASSUDA OYAMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/04/2020 14:27:11	RICARDO MASSUDA OYAMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_De_Anuencia_Institucional.pdf	23/04/2020 14:15:25	RICARDO MASSUDA OYAMA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	23/04/2020 14:11:42	RICARDO MASSUDA OYAMA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_De_Rosto_Assinada.pdf	23/04/2020 13:35:23	RICARDO MASSUDA OYAMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 27 de Abril de 2020

Assinado por:  
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA  
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Buñgnoli, s/n  
Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970  
UF: SP Município: BOTUCATU  
Telefone: (14)3890-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br