

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE BUCAL

VINÍCIUS FURLAN

FORMAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA: UM OLHAR DISCENTE
SOBRE A RESIDÊNCIA EM SAÚDE BUCAL

Porto Alegre

2021

VINÍCIUS FURLAN

FORMAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA: UM OLHAR DISCENTE
SOBRE A RESIDÊNCIA EM SAÚDE BUCAL

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientadora: Fabiana Schneider Pires

Porto Alegre

2021

Dados de catalogação-na-publicação:

Furlan, Vinícius
FORMAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA: UM OLHAR
DISCENTE SOBRE A RESIDÊNCIA EM SAÚDE BUCAL / Vinícius
Furlan. -- 2021.
35 f.
Orientador: Fabiana Schneider Pires.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, Residência Integrada em Saúde Bucal -
Ênfase em Saúde da Família e Comunidade, Porto Alegre,
BR-RS, 2021.

1. Saúde Bucal. 2. Residência Integrada. 3.
Pandemia COVID-19. 4. Saúde da Família e Comunidade.
I. Pires, Fabiana Schneider, orient. II. Título.

VINÍCIUS FURLAN

FORMAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA: UM OLHAR DISCENTE
SOBRE A RESIDÊNCIA EM SAÚDE BUCAL

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientadora: Fabiana Schneider Pires

Porto Alegre, 06 de dezembro de 2021.

Márcia Cançado Figueiredo

Cirurgiã Dentista

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Luciane Maria Pilotto

Cirurgiã Dentista

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

À minha família, principalmente aos meus pais, Francisco Furlan e Elenice F. Morona Furlan, por todo amor e carinho, por me apoiar e incentivar em todos os momentos da minha vida.

Agradeço a Kethlen Pinzon de Oliveira, por estar ao meu lado nessa caminhada, por todo amor, incentivo, parceria, paciência e companheirismo em todos os momentos, seja de alegria ou de tristeza.

À minha orientadora, Professora Fabiana Schneider Pires, pela valiosa orientação nesse trabalho.

Às professoras Luciane Maria Pilotto e Márcia Cançado Figueiredo, por aceitarem o convite para serem pareceristas do trabalho.

A todos os profissionais que me acolheram e orientaram durante os lugares em que passei durante a Residência, especialmente à minha preceptora Caroline Maria Bonacina, a qual contribuiu muito para meu crescimento profissional e pessoal.

A todos os profissionais da Unidade de Saúde Paulo Ávila, pela convivência diária.

À Residência Integrada em Saúde Bucal e todo seu corpo docente, por todas as oportunidades e ensino de qualidade.

A todos os colegas por toda a amizade construída no decorrer do curso.

A todos vocês, muito obrigado!

RESUMO

Os Programas de Residências na área da Saúde têm o potencial da interdisciplinaridade, unindo em um mesmo espaço de formação e trabalho, diversos saberes e fazeres que devem caminhar rumo à integralidade das ações em saúde ofertadas à população. Esses programas promovem interação entre gestores, profissionais dos serviços, profissionais residentes, docentes e usuários, propiciam a formação, qualificação e a atuação de profissionais de diferentes áreas, além de aproximarem os campos da saúde e da educação. A Residência surge como estratégia para a reorganização dos serviços públicos embasado nos princípios do SUS. O objetivo do trabalho é descrever as experiências vivenciadas pelo residente do Programa de Residência Integral em Saúde Bucal com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da UFRGS, durante um período de pandemia do COVID-19. A construção do relato se deu através de diários de campo, fundamentado nas vivências do residente durante sua formação. A pandemia do Coronavírus trouxe muitas restrições na realização das atividades e intensificou os momentos de insegurança, ansiedade, angústia e tensão. Apesar disso, a Residência, foi uma ferramenta de grande valor no âmbito da qualificação profissional e pessoal, além de estimular a transformação do residente em um profissional que atue em busca de melhorias e na defesa do SUS.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Estratégia Saúde da Família; COVID-19.

ABSTRACT

The Residency Programs in the area of Health have the potential of interdisciplinarity, uniting in the same space of training and work, different knowledge and practices that must move towards the integrality of health actions offered to the population. These programs promote interaction between managers, service professionals, resident professionals, teachers and users, provide training, qualification and work for professionals from different areas, in addition to bringing the fields of health and education closer together. Residency emerges as a strategy for the reorganization of public services based on SUS principles. The objective of the work is to describe the experiences lived by the resident of the Comprehensive Residency Program in Oral Health with an emphasis on Family and Community Health at UFRGS, during a period of pandemic of COVID-19. The construction of the report took place through field diaries, based on the resident's experiences during his training. Despite the pandemic imposing some restrictions on activities, the Residency was a valuable tool in the scope of professional and personal qualification, in addition to encouraging the transformation of the resident into a professional who works in search of improvements and in defense of the SUS.

Keywords: Oral Health; Family Health Strategy; COVID-19.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
CD	Cirurgião Dentista
CEEE	Companhia Estadual de Energia Elétrica
DMAE	Departamento Municipal de Água e Esgotos
DC	Diário de Campo
DS	Distritos Sanitários
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GD	Gerências Distritais
MS	Ministério da Saúde
PA	Pronto Atendimento
SFC	Saúde da Família e Comunidade
SMSPA	Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Porto Alegre
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	MATERIAIS E MÉTODO	11
3	RELATO DE EXPERIÊNCIA	13
4	DISCUSSÃO	25
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

A residência é um curso de Pós-Graduação lato sensu na área da saúde cujo objetivo é direcionado ao aperfeiçoamento acadêmico da prática em serviço. A área médica foi pioneira na oferta deste tipo de especialização. No Brasil, a primeira residência surgiu na Universidade de São Paulo (USP), em 1945. Essa modalidade foi regulamentada no país somente em 1977, com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), através do decreto presidencial nº 80.281 (Fajardo, 2010; Martins et al., 2016).

No Rio Grande do Sul, em 1976, implantou-se a primeira Residência em Medicina Comunitária, que no ano de 1978 transformou-se em Residência Multiprofissional, modalidade pioneira no país (Rosa, 2009; Martins et al., 2016). Essa primeira experiência aconteceu na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), vinculada à Secretaria Estadual de Saúde e desenvolvida no Centro de Saúde Escola Murialdo, na cidade de Porto Alegre.

A então nova modalidade de formação em saúde era desenvolvida na atenção básica, chamava-se Residência Integrada em Saúde Coletiva e contemplava a formação integrada de assistentes sociais, enfermeiros, médicos e médicos veterinários. Essa inovação no âmbito das residências foi muito importante para o desenvolvimento da área no cenário nacional, pois uniu mais de uma categoria profissional de saúde trabalhando no mesmo foco de atuação (Rosa, 2009; Martins et al., 2016; Silva, 2018). No ano de 2005, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) foi regulamentada como modalidade de formação para o Sistema Único de Saúde (SUS). Observa-se que principalmente a partir de 2010 há uma franca expansão dos programas de RMS, tal fato reforça a importância de estudos acerca das características que a RMS vem assumindo (Silva, 2018).

As Residências Multiprofissionais em Saúde têm o potencial da interdisciplinaridade, unindo em um mesmo espaço de formação e trabalho diversos saberes e fazeres que devem caminhar rumo à integralidade das ações em saúde ofertadas à população. As RMS promovem interação entre gestores, profissionais dos serviços, profissionais residentes, docentes e usuários, além de aproximarem os campos da saúde e da educação. Assim, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) surge como estratégia para a reorganização dos serviços públicos embasado nos princípios do SUS (Silva, 2013; Silva 2020).

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul conta com os programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva, Saúde Mental Coletiva e Saúde da Criança. Além disso, a universidade também conta com o Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal, que possui quatro áreas de atuação: Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais,

Estomatologia, Periodontia e Saúde da Família e Comunidade. A Residência Integrada em Saúde Bucal, em todos os seus programas, visa o aperfeiçoamento especializado de Cirurgiões-Dentistas, nos termos da Reforma Sanitária brasileira, com construção de competências que abarque: a excelência clínico-cirúrgica em áreas específicas da Odontologia e no campo da saúde coletiva, habilidades em gestão na e para saúde e conhecimento de políticas públicas de saúde vigentes e de ciências humanas e sociais em saúde. Bem como, oportunizar a construção de competências e habilidades necessárias para se realizar assistência, gestão e avaliação, controle social e educação no âmbito do SUS (UFRGS).

O Programa de Residência Integral em Saúde Bucal, com ênfase na Saúde da Família e Comunidade da UFRGS, é desenvolvido em regime de sessenta horas semanais e de dedicação exclusiva, com duração de vinte e quatro meses letivos distribuídos entre atividades prático-aplicativas nos cenários de prática (80% da carga horária total) e atividades de ensino e orientação (20% da carga horária total) (UFRGS, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (Covid-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (Organização Pan-americana de Saúde, 2020; Machado, 2020). Até setembro de 2021, segundo dados do site covid.saude do Governo Federal, o número de contaminados no Brasil foi de aproximadamente 21.327.500 e o número de mortes foi de aproximadamente 594.000.

Devido ao alto grau de transmissibilidade do coronavírus (Sars-CoV-2), com o objetivo de evitar locais de disseminação do novo vírus e assim conter o avanço da pandemia, governos e instituições tiveram que adotar medidas de controle, limitando o funcionamento de diversos estabelecimentos e serviços, impactando acentuadamente o modo de vida das pessoas. A educação foi uma das áreas que sofreu grande impacto com as restrições geradas pela pandemia, tendo suas atividades interrompidas por um determinado momento (Aquino 2020; Bezerra, 2020; Vercelli, 2020; Silva, 2021). No meio acadêmico, para que as atividades continuassem, sem que houvesse prejuízo às medidas de isolamento social e a qualidade do ensino-aprendizagem, implementou-se uma nova modalidade de ensino: a educação remota (Vercelli, 2020).

O presente trabalho tem o objetivo de relatar a experiência do residente, integrante do Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal com ênfase em Saúde da Família e

Comunidade da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, durante o período de pandemia do novo coronavírus (Covid-19).

2 MATERIAIS E MÉTODO

Este estudo consistiu em um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelo autor, na oportunidade das atividades do curso de Residência Integrada em Saúde Bucal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com ênfase em Saúde da Família e Comunidade. Trata-se de um olhar qualitativo, que abordou a experiência da formação em saúde durante o período de pandemia da Covid-19 a partir da construção de narrativas. O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica.

O Diário de Campo (DC) foi utilizado com recurso metodológico. O uso do DC possibilitou a descrição detalhada do trabalho realizado no campo e de como se deu o processo de observação e produção dos dados, bem como impressões e percepções do pesquisador durante as entrevistas.

Partiu-se da compreensão de que a utilização do diário permite a expressão de impressões, observações e avaliações e, por circular no tempo e no espaço, auxilia na construção de ideias sobre a intervenção da pesquisa. Cabe destacar que o DC é um instrumento que o pesquisador se dedica a produzir, que tem por base o exercício da observação direta de comportamentos, tanto do pesquisador quanto dos atores e dos cenários de pesquisa. O termo “diário” não implica, necessariamente, a realização de registros diários, mas sugere e requer periodicidade.

Polit e Hunglert (1995, pg 179) descrevem o diário de campo:

O registro diário de eventos e conversas ocorridas; das anotações em campo que podem incluir um diário, embora tendam a ser mais abrangentes, analíticas e interpretativas do que uma simples enumeração das ocorrências.

Essas definições incluem também a dimensão interpretativa das anotações, considerando que durante a observação de um fato, o pesquisador poderia indicar algumas análises (Roese et al, 2006).

Para Bogdan e Biklen (1994, pg 150) na pesquisa qualitativa as “notas de campo são o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da coleta de dados”.

O residente construiu os relatos a partir da elaboração de diários de campos através de anotações e gravações de áudios semanais no período de março de 2020 à setembro de 2021, relatando suas experiências, vivências, acontecimentos e fatos que lhe chamaram a atenção,

durante sua formação na Residência Integrada de Saúde Bucal com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da UFRGS. Os diários serviram como uma ferramenta que auxiliou na construção da escrita do relato de experiência.

3 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A residência iniciou no dia 02 de março de 2020 e a turma da Saúde da Família e Comunidade era composta por seis alunos. Na primeira semana tiveram diversos momentos de integração entre os alunos de todos os programas de Residência em Saúde Bucal e professores, com atividades de dinâmica de grupos, com o objetivo de integrar, desinibir, divertir, refletir e aprender. Estas atividades proporcionaram a oportunidade para que nos conhecêssemos melhor, estimularam a comunicação e também o trabalho em equipe. Aliado a estes momentos de interação com os colegas, também iniciaram algumas disciplinas, como fundamentos clínicos em odontologia, direcionada a todos os residentes, e a disciplina de Saúde da Família e Comunidade, voltada apenas aos alunos da Saúde da Família e Comunidade (SFC).

Na segunda semana de aula também escolhemos em qual Unidade de Saúde cada residente da SFC iniciaria seu estágio de campo. Iniciou-se, então, as questões burocráticas para inserção no serviço: preenchimento do formsus, que é um serviço do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) para a criação de formulários na WEB, destinado ao SUS e órgãos públicos parceiros para atividades de interesse público, como permitir a realização de estágios da residência nos serviços de saúde, por exemplo.

Entretanto, em meados do mês de março, com a situação de pandemia, houve a suspensão das atividades presenciais. Essa suspensão ocorreu duas semanas após o início das aulas, trazendo uma situação especialmente desafiadora para a turma de ingressantes em 2020, bem como para o corpo docente. Ninguém imaginaria por quanto tempo ficaríamos na situação de isolamento social. Diante disso, houve a necessidade de implementar medidas que não prejudicasse o andamento da residência, bem como, não causasse prejuízo às medidas de isolamento social. Dessa forma, foi implementada a Educação Remota (ER) ou Ensino Remoto Emergencial (ERE). Esse modelo de educação utiliza tecnologias digitais para promover a transmissão de informações entre discentes e docentes em tempo real. Para a realização das disciplinas, utilizou-se plataformas digitais como o MConf, Google Meet e Zoom.

Essa alteração na forma como as aulas passaram a ser realizadas, através das plataformas digitais, trouxe muitos desafios, tanto para mim e para meus colegas, quanto para os professores. A adaptação a essa nova modalidade de ensino, o domínio sobre esses meios tecnológicos, a instabilidade da internet e dos programas, a forma de ministrar a aula, compartilhamento de tela e de conteúdo foi bastante trabalhoso no início, mas gradualmente, essa forma de trabalho acabou se tornando habitual e conseqüentemente o domínio sobre essas tecnologias foi sendo aprimorada.

Essa modalidade de ensino a distância também me proporcionou participar de alguns eventos científicos que foram realizados de forma online. Esse método facilitou a minha participação e me deu a oportunidade de apresentar dois trabalhos em que participei durante minha graduação, pois se fosse de forma presencial, provavelmente eu não conseguiria ir, visto que, alguns locais que promoveram os eventos eram muito distantes, como no Estado do Rio Grande do Norte e Minas Gerais, por exemplo. Dentre os eventos que participei, estão simpósios, jornadas acadêmicas, webinários, congressos, além de cursos, como o proposto pela Universidade Federal de Pelotas com o título de “Situações Odontológicas Comuns na Atenção Básica”.

Durante esse período de isolamento social e aulas no sistema remoto, minha saúde mental, e acredito que de boa parte da população, acabou sofrendo os impactos dessas restrições. A falta de convívio social, seja durante o dia a dia, como também durante os encontros com os colegas e com os professores nas aulas, aliada ao sentimento de impotência e preocupação com o futuro, a sensação de incerteza e o prolongamento do isolamento social, intensificaram os momentos de tensão, angústia e ansiedade.

Com o aumento de casos diários e óbitos por coronavírus, em 2020, ainda sem vacina e tratamento efetivo, medidas de distanciamento da população em geral e isolamento de casos e contatos eram as principais estratégias para retardar a expansão da Covid-19 ((Silva et al., 2020). Nesse contexto, alguns tipos de serviços, que antes, eram considerados como apoio à prestação de serviços no sistema de saúde, agora, no período da pandemia, obtiveram destaque e tornaram-se o principal ponto de contato para as pessoas e para coordenar o cuidado dos pacientes, de maneira que possam permanecer monitorados a partir dos seus domicílios, contribuindo para o isolamento social. Dentre esses serviços, destacam-se a telessaúde e a telemedicina.

No Brasil, a Lei nº 13.989, de 13 de abril de 2020 estabelece a definição e autoriza o uso da telemedicina, enquanto durar a epidemia de Covid-19. Após essa mudança na legislação, o núcleo de telessaúde técnico-científico do Rio Grande do Sul, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Telessaúde-RS-UFRGS), passou a complementar sua atuação também em contato direto com as pessoas que buscam atendimento no sistema público de saúde brasileiro, com atividades de teleconsulta e telemonitoramento (Silva *et al.*, 2020).

Uma parceria entre a prefeitura de Porto Alegre, Hospital de Clínicas de Porto Alegre e o Telessaúde-RS criou o telemonitoramento de pacientes com coronavírus, com o objetivo de observar a evolução do quadro do paciente e esclarecer dúvidas dele durante o isolamento, assim como ajudar a conter a disseminação da Covid-19, diminuindo os atendimentos

presenciais desnecessários de pacientes contaminados, ao mesmo tempo em que avalia e orienta sobre a necessidade de comparecimento presencial. Foi nesse cenário que eu e meus colegas da Saúde da Família e Comunidade iniciamos o primeiro campo de estágio.

O telemonitoramento Covid-19, ocorre no laboratório de informática da faculdade de medicina da UFRGS, vinculado ao Telessaúde-RS - UFRGS. As atividades eram desenvolvidas de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h. Durante o período que realizei o estágio, de setembro de 2020 a fevereiro de 2021, eu participava todos os dias, exceto nas quartas-feiras. Como havia a participação de vários alunos de diversos cursos da área da saúde, além da presença de professores do curso de medicina da UFRGS, a fim de evitar aglomeração no laboratório, havia um revezamento entre os participantes, de forma que, enquanto alguns trabalhavam de forma remota, outros trabalhavam de forma presencial.

Enquanto vigorava a bandeira preta no município, o serviço funcionava apenas de forma remota. Para participar de forma remota era necessário computador com acesso à internet e fone de ouvido com microfone. Para efetuar as ligações era necessário baixar o programa VoiP, que é vinculado à Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

O telemonitoramento Covid era feito em pacientes sintomáticos, positivados para Covid-19 ou com internação recente, vinculados ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Unidade de Saúde Santa Cecília e Unidade de Saúde Tristeza. Era realizado por meio de ligações periódicas a cada 48h, onde se preenchia um formulário que continha informações a respeito do estado de saúde do paciente, sintomas presentes, data do início dos sintomas, se já havia feito o teste ou se já havia recebido a requisição para o exame. Além disso, verificamos se o paciente está tomando os cuidados durante o isolamento social, se existem outras pessoas que moram com ele e que devem respeitar as medidas de prevenção, e se há algum contactante com algum sintoma.

Durante as ligações era reforçado os meios de prevenção e orientações a respeito do isolamento. Quando necessário, eram realizadas notificações e solicitações de testes para Covid, prescrição de medicamentos, fornecimento de atestados médicos. Em casos mais graves, as ligações eram realizadas a cada 24 horas, além de encaminhamentos ao serviço de urgência ou agendamento para atendimento presencial quando necessário. Essas notificações, requisições, prescrições e atestados eram enviados via Whatsapp, sem que houvesse a necessidade do paciente se deslocar até os serviços de referência. Após finalizar a ligação, registrava qual o desfecho de ligação, por exemplo se havia necessidade de continuidade do telemonitoramento e qual a periodicidade, se deveria ser encaminhado para atendimento presencial ou urgência ou se encerrava o monitoramento por motivos como: falecimento, teste

negativo, a pedido do paciente ou por melhora do paciente e cumprimento do período de isolamento. Depois disso, todo o caso e a conduta adotada era registrada na evolução no e-SUS.

Durante esse período em que participei do telemonitoramento, em alguns momentos, houve muita tensão e angústia durante as ligações, principalmente nos casos em que houve óbito do paciente. Um caso que me tocou profundamente foi a de uma senhora, que havia dado alta recente do Hospital de Clínicas, e que durante o telemonitoramento me revelou, que em questão de dez dias, o marido e um dos filhos faleceram por conta da Covid e que o outro filho ainda permanecia internado. Essas experiências me proporcionaram momentos de reflexão, visto que, compartilhando esse sofrimento das famílias, devido às perdas provocadas pela pandemia, ainda observa muitas pessoas, incluindo o Governo, menosprezando a gravidade da pandemia. O estágio também contribuiu para uma grande troca de conhecimento com os colegas, discussões com os médicos a respeito dos casos e condutas a serem tomadas, o que me proporcionou um grande aprofundamento nos conhecimentos sobre a Covid-19. Além disso, a demonstração de carinho, agradecimento e elogios vinda por parte dos pacientes foi muito gratificante, pois me deu o prazer de poder estar contribuindo para o bem dos pacientes nesse momento histórico que a humanidade está passando.

Após esse período que estive no telemonitoramento da Covid-19, no mês de março de 2021, iniciei um novo estágio na Gerência Distrital Centro, localizada no centro de Porto Alegre em um edifício anexo à Unidade de Saúde Santa Marta. Porto Alegre iniciou sua campanha de vacinação no final de janeiro, e com isso, abriu-se a possibilidade de realização de estágio para auxiliar na campanha.

Junto com o início das vacinações, a prefeitura municipal disponibilizou um serviço de vacinação para Covid-19 no domicílio. Inicialmente, destinado a idosos acima de 60 anos acamados, imunossuprimidos ou com dificuldade de locomoção. Para isso, era necessário que a pessoa que desejasse receber o imunizante no domicílio, fizesse um cadastramento através do site 156web, pelo aplicativo #EUFAÇOPOA ou pelo telefone 156. Após feito o cadastro, a secretaria organizava as solicitações conforme o endereço referido, e então, repassava, através de uma planilha, os usuários à sua respectiva gerência de saúde. Dessa forma, umas das atividades em que eu exercia na gerência de Distrital de Saúde Centro, era o agendamento das vacinas nos domicílios dos usuários pertencentes a essa gerência.

O contato para agendamento era feito via chamada telefônica, onde era colhido informações a respeito do estado de saúde do paciente, se era acamado, se tinha dificuldade de locomoção, se era imunossuprimido (se sim, era orientado sobre a necessidade de um atestado

médico com a liberação para receber a vacina), se já havia recebido alguma dose da vacina em algum ponto de vacinação e se caso afirmativo, era necessário identificar o lote, laboratório e data de aplicação. Também era questionado se o paciente apresentava algum sintoma gripal, caso apresentasse algum, a visita para a vacinação teria que ser remarcada após um período de quinze dias.

Na vacinação no domicílio, um dos cuidadores também tinha direito de receber a vacina, então, durante a ligação já era coletado o nome e CPF do cuidador. Após finalizado o contato, a vacinação era agendada para o mesmo dia ou no máximo para o dia seguinte. Para criar uma rota com melhor logística para o deslocamento até os domicílios que seriam visitados no dia, era utilizado um aplicativo, onde os endereços dos pacientes agendados eram adicionados.

Quando eu não estava fazendo as ligações, eu também ajudava na organização dos materiais que a equipe de vacinação utilizava. Organizava as caixas térmicas como o número de vacinas que seriam aplicadas naquele turno, seringas, algodão, luvas, entre outros. As equipes que se deslocavam até os domicílios eram profissionais de saúde da Unidade de Saúde Santa Marta, acompanhados por militares do exército.

Durante as ligações, muitos pacientes questionaram a respeito da identificação dos profissionais que iriam até o domicílio e demonstravam certa insegurança. Isso porque, houve alguns episódios em certos municípios, onde criminosos se passaram por profissionais da saúde para invadir casas e realizar roubos e furtos. O fato de os militares acompanharem as equipes durante a vacinação, proporcionou uma maior segurança aos pacientes.

Outra atividade que pratiquei com certa frequência no estágio, foi auxiliar em alguns pontos de vacinação, como na Unidade de Saúde Modelo e na Unidade de Saúde Santa Marta. Nestas unidades, foi proporcionada uma ação para capacitar profissionais na aplicação da vacina. Por motivos de horários, não consegui participar, mas contribuí de outras formas. Ajudei com a organização das filas e distribuição de fichas, conferi os documentos e os comprovantes de residência e também ajudei com o preenchimento das carteiras de vacinação.

Além disso, muitas vezes, me dediquei a registrar as doses aplicadas no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). No período em que estava ajudando nos pontos de vacinação, os registros no sistema não eram feitos no momento da vacinação, o que gerava acúmulo desses registros e tornava o processo muito cansativo. Algum tempo depois, as vacinas começaram a ser registradas simultaneamente ao momento de aplicação, o que proporcionou uma maior agilidade no abastecimento de informações do sistema.

O estágio na Gerência Distrital Centro, me proporcionou uma experiência de vida em um momento único da nossa história, o que contribuiu não só no meu aprendizado técnico, mas pode me remeter ao valor de cidadão e profissional da saúde.

Concomitante com o estágio na gerência, iniciei, no mês de abril de 2021, o estágio na atenção básica, onde se estenderá até o fim da residência. Esse estágio era para ter acontecido durante os dois anos de residência, porém, com a pandemia acabamos ficando sem campo para atuação na atenção básica durante todo esse período.

A unidade de saúde que estou atuando é a Paulo Ávila, que antes se chamava Cohab Cavanhada. Ela se localiza na rua Paulo Maciel, 220 no bairro Cavanhada. A unidade pertence à gerência distrital Sul/Centro-Sul e faz parte do distrito sul. Segundo dados do IBGE 2010, a população do território é de 6.081, sendo desses, 1.227 crianças menores de 12 anos e 679 idosos acima dos 60 anos e 43% da população é negra. O número de usuários cadastrados na unidade, segundo dados do e-SUS, é de 4.496.

No território tem diversos condomínios habitacionais (por isso do nome Cohab Cavanhada), vários becos e vielas, praças e igrejas, uma creche e uma escola municipal de ensino fundamental, pequenos comércios locais como ferragem, bares e um supermercado. O abastecimento de água é feito pelo subsistema Cascatinha-Catumbi do DMAE e o abastecimento de energia elétrica é feito pelo Grupo CEEE. Embora tenha coleta seletiva do lixo, em alguns locais, a população insiste em largar lixos pelas ruas e esquinas. A região tem um grande tráfico de drogas. Todos os dias, independente das condições climáticas, nas entradas dos becos, sempre há jovens vendendo drogas e controlando o movimento do tráfico de drogas.

A unidade de saúde foi um projeto idealizado pelo orçamento participativo da comunidade da Cohab no ano de 2008 e resgatado no Plano de Investimentos de 2011. É um posto modelo, com toda a infraestrutura necessária ao atendimento primário, com três equipes de Saúde da Família e duas equipes de Saúde Bucal. O espaço foi construído de acordo com projeto padrão de construção para unidades de saúde da SMS. Com 517,30 metros quadrados, tem capacidade para implantação de três equipes de Saúde da Família e duas de Saúde Bucal. Conta com cinco consultórios médicos e outros dois odontológicos, sala de vacinas, de curativos, de estabilização, de acolhimento, de grupos de prevenção, de reunião, dos agentes de saúde e dispensário para retirada de medicamentos.

Atualmente, a unidade conta com três equipes de Saúde da Família e duas equipes de saúde bucal. O horário de atendimento é das 07 horas às 19 horas. Com a privatização de algumas unidades de saúde no município de Porto Alegre, a unidade passou a ser gerida pela Associação Hospitalar Vila Nova.

Por conta da pandemia, durante o ano de 2020, os atendimentos odontológicos eletivos estavam suspensos na unidade e os casos de urgência, após a realização do manejo medicamentoso, eram referenciados à Unidade de Saúde Tristeza, que era a unidade que estava resolvendo a demanda odontológica da região sul/centro-sul durante esse período.

Quando iniciei o estágio, em abril de 2021, os atendimentos eletivos já haviam retornado, porém, com algumas restrições. Eram duas equipes de saúde bucal, a equipe 1 atuava das 07 horas às 16 horas, já a equipe 2, das 10 horas às 19 horas. Eu integrava a equipe 1, mas também realizava atendimentos pela equipe 2. As primeiras 4 consultas de cada turno eram reservadas para demanda espontânea. Dessa forma, os horários voltados para essa demanda era das 07 às 08 horas (4 vagas) e das 13 às 14 horas (4 vagas) realizados pela equipe 1 e das 10 às 11 horas (4 vagas), das 15 às 16 horas (4 vagas) e das 17h às 18 horas (2 vagas) pela equipe 2. As demais consultas eletivas eram agendadas, com horários espaçados o suficiente, com intuito de evitar o contato entre pacientes na sala de espera, além de permitir a execução cuidadosa dos procedimentos de prevenção e controle das infecções nos consultórios odontológicos.

O uso da alta rotação era evitado, sendo utilizado apenas uma vez por turno na consulta agendada. Para aproveitar ao máximo o uso, acabávamos por realizar diversos procedimentos em uma única consulta no mesmo paciente quando necessário, sendo mais resolutivo e diminuindo o retorno do paciente ao serviço. Além disso, buscamos alternativas com técnicas que utilizavam instrumentos manuais para a remoção de cárie (priorizar ART) e raspagem periodontal (curetas manuais) a fim de evitar a produção de aerossol.

O cuidado com a biossegurança também esteve sempre presente. O uso de equipamentos de proteção individual, como protetor facial e avental descartável hemorrepelente sobre o jaleco, além da máscara N95, gorro e luvas era de grande importância para a realização desses atendimentos e combate a contaminação pela Covid-19. Também havia uma triagem antes de o paciente ir para o atendimento odontológico, onde rastreava-se sintomas de Covid-19. Caso o paciente apresentasse algum sintoma, o procedimento eletivo era postergado.

Em casos de urgência em que o paciente fosse sintomático ou testado positivo para covid-19, iniciava a conduta medicamentosa e então, era encaminhado para a Unidade de Saúde Tristeza. Além disso, para reduzir os riscos de contaminação, eram realizados os procedimentos adequados de limpeza e desinfecção ambiental das superfícies do consultório odontológico entre os atendimentos e ao final do dia, realizava-se a limpeza terminal.

A partir de junho de 2021, a realização de atendimentos que gerassem aerossóis foi definitivamente liberada e a unidade recebeu novas canetas de alta rotação, o que possibilitou que tivéssemos à disposição um maior número de peças esterilizadas e conseqüentemente a

possibilidade de realizar um maior número de procedimentos. Mesmo com essa flexibilização, os cuidados com a biossegurança permaneceram executados de forma rigorosa.

Nas primeiras semanas do estágio tive bastante dificuldade, pois estava há mais de um ano sem atender um paciente. Desde o posicionamento do paciente na cadeira, visão indireta com o odontoscópio e habilidade na execução das restaurações foram as dificuldades que encontrei na retomada dos atendimentos. Mas com o passar do tempo, o maior número de atendimentos e com as dicas e orientações da minha preceptora, essas dificuldades foram sendo superadas.

Com as restrições geradas por conta da pandemia, as atividades que antes eram realizadas nos grupos, como no de gestantes e no de tabagismo, foram suspensas por tempo indeterminado. Dessa forma, começamos a atender de forma individual. Para as consultas das gestantes, houve um acordo entre a equipe para que, no mesmo momento em que a gestante já se encontrasse no serviço de saúde para a realização do Pré-Natal, também já recebesse a consulta odontológica na sequência.

Esse tipo de atendimento favoreceu o aumento no número de atendimentos odontológicos às gestantes. Também tive a oportunidade de acompanhar as consultas individuais para cessação de tabagismo. As consultas eram feitas pela dentista da unidade, que fez a capacitação para exercer esse tipo de consulta. Os atendimentos eram agendados e em muitos casos, havia uma interação entre os profissionais para discutir os casos e as condutas terapêuticas e ofertar esse tratamento aos pacientes. Acompanhei algumas dessas consultas e aprendi a respeito das condutas terapêuticas e medicamentosas. Durante esse período do estágio acompanhei vários casos de pacientes que conseguiram cessar o tabagismo.

No período em que permaneci na unidade, também pude entender na prática os conceitos de trabalho em equipe, trabalho interprofissional e multidisciplinar. Presenciei vários momentos de discussão de casos entre a equipe, inclusive participei de várias interconsultas. Na maioria delas, os médicos nos chamavam para auxiliar nos diagnósticos de disfunção da articulação temporomandibular, lesões de boca e também para avaliar crianças e bebês que nunca tinham ido à consulta odontológica. Além disso, também encaminhamos para avaliação médica, pacientes que vieram para consulta odontológica e que foi constatado alterações na pressão arterial e na glicose por exemplo. Nesses casos, ao verificar que o paciente não realizava acompanhamento médico, fazíamos imediatamente o encaminhamento para os outros profissionais, o que proporcionou um atendimento longitudinal e integral ao paciente.

Outra atividade que também se relaciona com multidisciplinaridade foi uma atividade de educação na saúde que fiz com os estagiários da medicina e da enfermagem. Alguns dos

alunos haviam me questionado a respeito do que era doença periodontal, e então elaborei uma rápida apresentação abordando assuntos relacionados à etiologia das doenças periodontais, o que são e quais são as doenças periodontais e também as relações das doenças periodontais com diabetes, gestação e tabagismo. Em outro momento, houve outra atividade em que uma estagiária da enfermagem fez uma capacitação para a equipe sobre a reanimação cardiorrespiratória. Todas essas experiências proporcionaram viver na prática muitos conceitos que são de grande importância para o trabalho na área da saúde.

Outras práticas que a pandemia impôs restrições foram as visitas domiciliares. Por boa parte do estágio elas permaneceram suspensas, sendo realizadas apenas em questões de urgência. Para atendimento odontológico participei de duas visitas, onde os familiares foram até a unidade solicitar atendimento odontológico, pois o paciente era acamado e referia dor dentária. Nessas duas visitas realizamos extrações dentárias. Mais para o fim do estágio as visitas estão retornando ao normal. Outra atividade que permaneceu suspensa desde o início da pandemia foi a do Programa Saúde na Escola (PSE).

A partir do mês de setembro as atividades foram liberadas pela Secretaria Municipal de Saúde. A escola atendida pela unidade de saúde Paulo Ávila foi a Escola Municipal de Ensino Fundamental Leocádia Felizardo Prestes. As atividades foram realizadas por mim, pela auxiliar de saúde bucal, a estagiária da odontologia e de uma técnica de enfermagem. Nas turmas trabalhadas a idade dos alunos variava dos 7 aos 12 anos e as atividades trabalhadas foram sobre prevenção do Covid-19, alimentação saudável e incentivo às atividades físicas, higiene bucal e verificação da situação vacinal.

Com a gestão das unidades básicas de saúde sendo promovida pela iniciativa privada, os profissionais passaram a ter metas a serem batidas no número de consultas. Para as consultas de odontologia, a meta é de 170 atendimentos mensais por equipe. Além disso, existe o “carteirômetro”, que é uma lista de procedimentos que são ofertados e que devem ser realizados pela equipe da unidade de saúde. Para a equipe de saúde bucal os procedimentos são: raspagem subgingival, exodontia de dente permanente, restaurações de dente decíduo, acesso a polpa dentária e medicação, capeamento pulpar e primeira consulta odontológica programada.

Esses procedimentos devem ser executados ao menos uma vez ao mês e o registro serve para demonstrar que a unidade disponibiliza todos esses procedimentos à população. O registro da primeira consulta odontológica demonstra que novos usuários estão sendo atendidos pela unidade de saúde. Para avaliar o número de atendimentos realizados desde que iniciei o estágio até o final do mês de setembro, observei o relatório de atendimentos da equipe odontológica 1, que é fornecido pelo e-SUS.

No período mencionado, foram realizadas 1443 consultas odontológicas, totalizando uma média de 240 por mês. Desses atendimentos pude observar que a grande maioria foi de mulheres 943 e 531 foram homens, 63,3% e 36,7% respectivamente. Aproximadamente 21% dessas consultas foram de primeira consulta programada, o que indicou a taxa de novos usuários que receberam consulta odontológica. Nesse mesmo período foram atendidas 40 gestantes e 6 pacientes com necessidade especial. Foram encaminhados 5 pacientes para consulta no centro de especialidades odontológicas (CEO) de endodontia e 5 para cirurgia bucomaxilofacial. Foram realizados diversos procedimentos, inclusive os presentes no carteirômetro. Durante este período analisado a equipe atingiu todas as metas estabelecidas.

Toda essa vivência na Unidade Básica de Saúde me proporcionou um grande crescimento profissional e pessoal. Aprendi a me relacionar e criar vínculo com os pacientes, pude desenvolver uma grande integração e trabalho com a equipe, aprimorei minha parte técnica, aprendi sobre os fluxos do sistema de saúde, enfim, foi uma experiência incrível para minha formação.

No final do mês de maio de 2021, concomitante ao estágio na UBS, iniciei um novo estágio no serviço de atendimento de Urgências Odontológicas. O cenário de atuação foi no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), localizado no bairro Santa Tereza do município de Porto Alegre. O estabelecimento faz parte da Rede de Atenção às Urgências de complexidade intermediária entre a Atenção Básica à Saúde e a Rede Hospitalar. São ofertados os serviços de clínica médica, pediatria, saúde mental, odontologia, traumatologia, pequenos procedimentos cirúrgicos e setor de radiologia (Porto Alegre, 2019). O Serviço de Odontologia atende pacientes com situações que exijam atendimento imediato (dor intensa, abscesso dentário, hemorragia), priorizando os casos mais graves através da Classificação de Risco. Funciona de modo ininterrupto, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos.

A carga horária do estágio foi de 120 horas, dividindo-se em 10 plantões de 12 horas cada, com início às 07 horas e término às 19 horas, sendo que os quatro primeiros foram aos finais de semana e os outros seis foram realizados durante a semana.

O primeiro plantão teve um misto de nervosismo e ansiedade, por se tratar de uma primeira experiência de atuação em um serviço desse modelo. Esses sentimentos foram sendo controlados ao decorrer do plantão, pois em um primeiro momento, acompanhei o atendimento dos profissionais e fui aprendendo como funcionava o fluxo do serviço e ao longo do plantão, atendi três pacientes. A partir do terceiro plantão, quando já estava habituado com o funcionamento do serviço, os atendimentos funcionavam por escala. Geralmente havia três

dentistas de plantão e mais eu como residente, então a escala funcionava da seguinte maneira: cada profissional atendia três pacientes seguidos e na sequência, outro profissional assumia os atendimentos e assim, sucessivamente. Esse “rodízio” acontecia por dois motivos. O espaço dos atendimentos odontológicos era composto por 4 consultórios, porém, por questões protocolares devido à pandemia, utilizava-se apenas um deles por vez de atendimento. Isto é, a cada três pacientes atendidos, alternava-se o consultório a ser utilizado.

Outro motivo era devido a paramentação, pois os cuidados com a contaminação por covid-19 seguiam um protocolo bem rigoroso e a vestimenta dava um certo trabalho e levava algum tempo. Então, para aproveitar o material e o tempo de paramentação, essa escala era utilizada. Os equipamentos de proteção individual (EPI) utilizados eram: jaleco, jaleco impermeabilizante descartável, máscara N95, máscara cirúrgica, protetor facial, balaclava, gorro, propés, sobre luvas e luvas. Além disso, alguns profissionais utilizavam macacão de proteção ou calças descartáveis. Todo esse protocolo foi de fundamental importância para evitar o contágio por Covid-19, pois não houve nenhum caso de contaminação entre os profissionais do serviço, lembrando que, os atendimentos não foram suspensos em nenhum momento da pandemia.

Segundo relatos dos profissionais do PACS, a procura por atendimento odontológico teve uma queda durante a pandemia. Antes da pandemia a média do número de atendimentos por turno de plantão, era por volta de 40. Entretanto, no período em que permaneci no estágio, a média era de aproximadamente 20 atendimentos.

Durante o estágio, atendi no total 56 pacientes e a causa e diagnóstico desses atendimentos foram os seguintes: 15 abscessos periapicais sem fístula; 11 pulpites, 7 abscessos com fístula, 7 pericoronarites, 2 alveolite, 1 celulite facial, 1 abscesso na boca, 2 abscessos periodontais, 5 lesões de cárie, 4 casos de dentes com mobilidade por abalo periodontal e 1 prótese quebrada. Nos casos em que não são consideradas urgência, como lesões de cárie, doença periodontal e prótese desadaptada/fraturada, os pacientes foram orientados a procurar atendimento nas unidades de saúde de sua referência. Nos demais casos, após o tratamento de urgência, o paciente também era orientado a retornar à sua unidade de saúde para dar continuidade ao tratamento.

O estágio foi de grande aprendizado e uma experiência incrível, pois, apesar de atendermos urgências nas Unidades Básicas de Saúde, trabalhar em serviço exclusivo em atendimentos de urgência odontológica intensificou a prática neste tipo de situação e qualificou minha formação profissional. Antes de iniciar o estágio, eu era um pouco inseguro e tinha

receio, por exemplo, em acessar um dente. No entanto, durante a prática no serviço, esse tipo de procedimento se tornou rotina e aquela insegurança acabou ficando para trás.

As discussões com os preceptores também foram muito importantes, tanto nos momentos de diagnosticar como também nas prescrições de medicações. Aumentei a minha capacidade de estabelecer diagnóstico das condições de urgência e aprendi condutas medicamentosas que até então não tinha por hábito utilizar, como, por exemplo, uso de medicações via endovenosa, quando havia necessidade de internação do paciente.

4 DISCUSSÃO

A produção de narrativas como percurso metodológico oferece a possibilidade de costurar diferentes elementos na tessitura de cenários e auxiliam a olhar para a complexidade das questões que compõem as realidades. Esse movimento contribui para que o pensamento crítico a partir de situações que tragam a dimensão da concretude das experiências possíveis de serem vivenciadas nos contextos. Assim, oportuniza a construção de um conhecimento que é situado (Haraway, 1995) e politicamente engajado na transformação social, pois oferece elementos para, a partir de vivências no e com o campo da saúde, exercitar análises em relação às práticas desempenhadas na formação e no trabalho em saúde.

Contextualmente, a disseminação do novo coronavírus provocou efeitos catastróficos nas diversas dimensões do cotidiano de pessoas de todo o planeta. O isolamento social exigido como medida de segurança foi um dos efeitos mais evidentes dessa mudança repentina no curso da história. No contexto da educação, para permitir o seguimento das atividades educativas sem que houvesse prejuízo às medidas de isolamento social instaladas e à qualidade do ensino-aprendizagem, as aulas em plataformas digitais como a educação remota surgiram com alternativa (Silva, 2020; Vercelli 2021).

O ensino remoto de emergência aproxima-se da Educação à Distância (EAD) ao usar a tecnologia na mediação do processo, distanciando-se principalmente no aspecto temporal, uma vez que aquele deve ocorrer em tempo real, com possibilidade de interação online com o professor. Por sua vez, a educação à distância é atemporal, mediada por tutores em ambientes virtuais. Nessa realidade de pandemia, a autora descreve os desafios dos docentes em função da necessidade de adaptação dos conteúdos e dinâmicas de sala de aula ao novo modelo proposto, sem prejuízo no processo de aprendizado (TORRES et al, 2020 apud COSTA, 2020).

Rosa (2020), também menciona os desafios que docentes e discentes enfrentam para dominar a nova forma estrutural das aulas, através do domínio de ferramentas como o Google Meet, plataforma Moodle, chats e lives, vivenciando um processo de formação continuada, instantâneo e colaborativo para adaptação aos novos recursos.

Valente et al. (2020), em seu trabalho, expressam que o Ensino Remoto Emergencial ganhou protagonismo nesse momento de crise, colocando todo corpo social universitário frente aos desafios de construção de novas formas de ensino-aprendizagem, ressignificando as práticas pedagógicas. Portanto, toda a comunidade acadêmica foi e continua severamente impactada e, continuamente, busca-se formas de lidar com a realidade, que afeta as pessoas não

só no seu processo de aprender a aprender, mas nos aspectos físicos, emocionais e sociais, diante da crise mundial instalada.

Os momentos de mudanças na rotina, causadas pelas restrições impostas pela pandemia, geraram um desequilíbrio emocional e psicológico em boa parte da população. O estudo de Teixeira (2021), demonstra essa realidade. O trabalho mostra que os indícios de sofrimento psíquico estão elevados entre estudantes de Medicina durante a pandemia da COVID-19. Constatou-se que 81,4% dos participantes relataram ter percebido em si alguma mudança psicológica ou comportamental durante o período de isolamento, sendo os transtornos de ansiedade e transtornos depressivos os mais prevalentes.

É possível correlacionar isso com os sentimentos de solidão, ansiedade e apatia sentidos durante o contexto de pandemia, uma vez que são consequências em tal cenário de isolamento social. Pode-se perceber que a má adaptação ao ERE, a dificuldade de concentração e a preocupação com o acúmulo de assuntos para o retorno presencial e com a perda ou atraso do semestre demonstraram relação com o adoecimento mental.

A pandemia de COVID-19 apresentou para o Sistema Único de Saúde brasileiro a necessidade de incorporar estratégias para reduzir a circulação de pessoas nos serviços de saúde, a fim de conter a disseminação do vírus, e manter a promoção de um cuidado qualificado (Sarti, 2020).

Uma dessas medidas foi a criação do telemonitoramento dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19 (Ministério da Saúde, 2020).

Sarti (2020), em seu relato de experiência, aponta os benefícios do telemonitoramento de casos de COVID-19. Segundo o autor, o serviço proporcionou uma diminuição do deslocamento dos usuários aos serviços de saúde, contribuindo à redução da circulação dos casos sintomáticos e, subsequentemente, à redução do potencial de transmissão comunitária (SARTI 2020; ROCKWELL, 2020). Além disso, reduziu a potencial quantidade de equipamentos de proteção individual (EPI) gastos, num momento em que foi vivenciada escassez destes em todo o mundo (KAVOOR, 2020).

A manutenção destas ações, como o telemonitoramento e teleconsulta, pode vir a ser uma tendência no SUS, visto que oportuniza o cuidado com a ampliação do acesso, principalmente quando o uso de consultas presenciais se torna restrito (SARTI, 2020).

Silva e colaboradores (2020), descrevem os impactos que o estágio no serviço de telemonitoramento da COVID-19, no município de Chapecó/SC, acarretou na formação de acadêmicos do curso de enfermagem. Segundo os autores, a inserção no serviço repercutiu na importância do desenvolvimento tecnológico e técnico-científico dos estudantes, atentando

para o uso de dispositivos de acompanhamento e suporte dos usuários na busca pela promoção da saúde integral.

Os autores também reforçam o desenvolvimento de competências clínicas para avaliação do estado de saúde do usuário por meio da coleta de dados com o usuário e da observação de respiração, fala e sinais e sintomas clínicos.

Mesmo de forma remota, essas competências possibilitaram a habilidade de reconhecer sinais de agravamento das condições de saúde dos usuários, identificação de aspectos psicológicos e sociais, como ansiedade e solidão, fortalecendo o aperfeiçoamento da escuta ativa para o desenvolvimento da clínica ampliada. Além disso, proporcionaram o reconhecimento de protocolos e diretrizes clínicas para essa patologia, com o desenvolvimento da educação em saúde dos usuários e esclarecimentos a respeito da fisiopatogenia, medicamentos, testagem e prevenção da COVID-19. As orientações prestadas aos usuários, quanto à procura eficiente pelos serviços de saúde, também contribuíram para minimizar a superlotação dos serviços diante da pandemia (SILVA et al, 2021).

Botelho (2021), retrata a importância e o aprendizado agregado na formação de profissionais de saúde do curso de enfermagem durante estágio na campanha de vacinação, bem como o aprimoramento sobre condições e barreiras que devem ser enfrentadas para obtenção dos índices preconizados de imunização em meio à pandemia. A experiência agregou ainda, orientação para a população e aprendizado aos acadêmicos relacionado a imunização, normas de biossegurança, estratégias de busca ativa, prática na administração subcutânea, garantindo uma experiência profissional única, em um momento tão peculiar, contribuindo para a saúde da população.

Os atendimentos e procedimentos nos serviços de urgência odontológica, de acordo com o estudo de Rodrigues (2020), caracterizam-se por alterações endodônticas (64,7%), e periodontais (13,8%). Esses resultados também são encontrados nos estudos de Rampa et al, (2018), Verma e Chambers, (2014) e Austin et al., (2009). Destaca-se que mais estudos sobre as urgências odontológicas no período da pandemia são necessários para sua compreensão.

Para um prognóstico favorável, o conhecimento a respeito do que é urgência odontológica e o correto diagnóstico da situação é fundamental. Para que isso ocorra é necessário coletar informações relatadas pelos pacientes de maneira criteriosa e associá-las a exames e testes clínicos, objetivando assim uma maior segurança ao cirurgião dentista e conseqüentemente uma abordagem clínica adequada para cada situação (ALBUQUERQUE et al., 2016).

O atendimento de urgência odontológica constitui uma forma diferenciada de assistência à saúde, que normalmente envolve quadros severos de dor que geram desconforto físico e emocional aos pacientes. Durante essa experiência no serviço de urgência, as diversas situações clínicas encontradas, bem como as técnicas e protocolos disponíveis para resolução de cada caso são relevantes para a qualificação profissional durante a residência.

Desde 2002, o Ministério da Saúde tem financiado Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na modalidade de pós-graduação *senso lato*. A finalidade desses programas é preparar os profissionais de diversas áreas da saúde para trabalhar em equipe multidisciplinar na atenção básica, com base nos princípios e diretrizes do SUS (Nascimento, 2007). Além disso, adotam metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar, tendo a atenção Básica como espaço privilegiado dentre os cenários de aprendizagem (Brasil, 2005).

Para Weber (2017), a inserção dos residentes na atenção básica serve como uma equipe de apoio que, além de reconhecer os desafios dos serviços, colaboram para seu enfrentamento, atuando no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde. O autor cita as ações colocadas em prática em conjunto com a residência, entre as quais estão: o acesso ampliado para o agendamento de consultas odontológicas; a implementação da rotina de visitas domiciliares; as capacitações sobre saúde bucal para as equipes da ESF; a participação nos grupos de saúde e a participação no desenvolvimento do Programa Saúde na Escola (PSE), que segundo o autor, tem sido fundamental na potencialização das ações do PSE, colaborando na construção das matrizes de intervenção, nas atividades de educação e prevenção para crianças e adolescentes e no estreitamento de laços entre a equipe de saúde e os profissionais de educação.

Apesar das restrições impostas pela pandemia do COVID-19, os percursos formativos nos serviços de saúde, com o desenvolvimento das atividades propostas pelos preceptores, atendem aos propósitos da formação na residência.

Para Domingos (2015), com o decorrer da residência os residentes são modificados pelas situações vivenciadas e experienciadas no dia a dia da unidade, não somente em relação à técnica, mas na habilidade de se relacionar com o usuário. Além disso, a residência se mostra como uma potente estratégia de formação de profissionais capacitados para atuar na Estratégia de Saúde da Família.

Dessa forma, os Programas de Residência têm servido como suporte para uma formação de um novo perfil de profissional da saúde, de caráter mais reflexivo, humanizado e preparado

para responder às reais necessidades de saúde dos usuários, das famílias e da comunidade, e que futuramente atuará no SUS. Além disso, têm potencializado o fortalecimento do trabalho em equipe e a integralidade da atenção ao usuário, fugindo da lógica da fragmentação da assistência e proporcionando vivências de aprendizado coletivo. (Brasil, 2005; Weber, 2007).

Durante a pandemia múltiplos desafios precisaram ser enfrentados por parte do universo de estudantes e trabalhadoras/es, tanto no processo de trabalho quanto de formação em saúde no que pode ser denominado de ‘formação transpandemia’. A que pese os desafios e as incertezas na condução da atenção em saúde diante do enfrentamento da pandemia de Covid-19, ressalta-se a relevância e possibilidade do trabalho nos diferentes espaços de cuidado, potencializando a construção de redes para produção de saúde, em consonância aos princípios do SUS, fundamentadas na ética da humanização e da proteção integral à saúde das/os usuárias/os dos diferentes serviços.

A complexidade dos sintomas e seus efeitos na vida das pessoas, nos serviços de saúde e na sociedade que a pandemia trouxe (e agravou) requerem práticas em saúde que valorizem o compartilhamento de conhecimentos de cada profissão e de cada setor, a integração das equipes e a articulação de saberes, remodelando a rede de atenção na direção de práticas colaborativas que consigam alcançar e incluir os diferentes atores sociais (trabalhadoras/es, usuárias/os e estudantes em formação) em suas diferentes necessidades.

O processo de análise da formação em saúde precisa olhar para a complexidade dos cenários contornados pelo agravamento da situação de vida da população (fome, miséria, desemprego, violências, adoecimentos mentais, sequelas físicas e psicológicas da COVID-19, entre outros).

Deve-se priorizar a discussão sobre formas de sustentar práticas de produção de cuidado no campo da saúde que, em meio às urgências desse cotidiano pandêmico, não se configurem como excludentes ou que acabem por desconsiderar a centralidade e integralidade de usuários. Cabe destaque para os processos de trabalho em saúde ao longo dos mais de 20 meses de pandemia, quando, sobre os corpos de profissionais da saúde, recaiu a precarização do trabalho nos serviços de saúde pública brasileira, muitas vezes pela falta de materiais que garantissem sua proteção, pela exaustão do cotidiano com unidades lotadas e o colapso do sistema de saúde e mortes que, a cada novo dia, bateram o recorde de registros no país.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de vivenciar a Residência, mesmo em um período de pandemia que estamos passando, contribuiu muito para minha formação, pois proporcionou, além de todo o conhecimento teórico, uma vivência nos diversos cenários de prático por onde passei, especialmente na atuação diária na realidade de uma Unidade Básica de Saúde, que, com todas suas especificidades e complexidades, proporcionou uma qualificação não apenas nas funções que requerem habilidades técnicas, mas no desenvolvimento de uma postura ética profissional, aprendendo a criar o vínculo com o indivíduo e suas famílias, para que se possa estabelecer uma relação de confiança e comprometimento. Apesar da pandemia impor algumas restrições nas atividades durante a residência, por outro lado, ela possibilitou experiências que talvez eu não tivesse tido a oportunidade de realizar em outro momento, como no telemonitoramento Covid-19 e nas campanhas de vacinação.

Dessa forma, a Residência Integral em Saúde Bucal com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, pode ser compreendida como uma ferramenta de grande valor para a formação e qualificação tanto profissional quanto pessoal, pois insere o residente no universo do trabalho em saúde no SUS, estimulando uma atuação em busca de melhorias para o cuidado em saúde e na defesa do SUS. No período da pandemia de COVID-19, com maior clareza os princípios de universalidade, equidade e integralidade foram importantes para cuidar em saúde, pois, o conjunto de ações resultantes desta interação traz benefícios à saúde da família e da comunidade.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Y. E. et al. Perfil do atendimento odontológico no Serviço de Urgência para crianças e adolescentes da Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr) – UNESP. Revista de odontologia da UNESP, Araraquara , v. 45, n. 2, p. 115-120, 2016.
- AQUINO, E. M. L; LIMA, R. T. R. S. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva, n.25, p. 2423–46, 2020.
- AUSTIN, R. et al. Use of the out-of-hours emergency dental service at two southeast London hospitals. BMC Oral Health, v. 9 n. 1 p. 19, 2009.
- BEZERRA, A. C. V, et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. Ciência Saúde Coletiva, n. 25, p. 2411-21, 2020.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. Notas de Campo. In: Bogdan RC, Biklen SK. Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos. Porto, PT: Porto Editora, p. 150-175, 1994.
- BOTELHO, J. L. S. et al. Campanha de vacinação na Pandemia de SarsCov2: Relato de experiência. Revista Nursing, n.24 v. 272, p. 5092-5094, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil [Internet]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acessado em 25 de setembro de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020 . Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejover09.pdf> Acesso em 10 setembro de 2020.
- DOMINGOS C. M.; NUNES E. F. P.A.; CARVALHO B. G. Potential of multiprofessional residency on family healthcare: the view of healthcare workers. Interface (Botucatu), n. 19, v. 55, p. 1221-32, 2015.
- FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Grupo Hospitalar Conceição, n. 260, 2010.
- KAVOOR, A.R.; CHAKRAVARTHY, K. J. T. Remote consultations in the era of COVID-19 pandemic: Preliminary experience in a regional Australian public acute mental health care setting. Asian J Psychiatr, n, 51, 2020.
- MACHADO, M. F.; QUIRINO, T. R. L.; SOUZA, C. D. F. Vigilância em Saúde em tempos de pandemia: análise dos planos de contingência dos estados do Nordeste. Vigilância Sanitária Em Debate Soc Ciênc Tecnol Health Surveill Debate Soc Sci Technol – Visa Em Debate, v. 8, n. 3, p. 70–72, jun. 2020.

MARTINS, G. D. M. et al. Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 37, aug. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/GzpBnqgKDzNyKxSGVnnQ8bv/?lang=pt>. Acesso em: 11 de setembro de 2021.

NASCIMENTO, D.D.G; OLIVEIRA M.A.C. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. *Revista mineira de Enfermagem*;10(4):435-439, out./dez., 2006.

PASSOS P. M.; Oliveira W. L.; Silva R. S. Residência multiprofissional e formação para o Sistema Único de Saúde: promoção e autonomia do sujeito. *Rev. SBPH vol.23 no.2 São Paulo jul./dez.* 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. 2019. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=808 . Acesso em: 20 out. 2021.

RAMPA, S. et al. Hospital-Based Emergency Department Visits With Dental Conditions: Impact of the Medicaid Reimbursement Fee for Dental Services in New York State, 2009-2013. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, v. 18, n. 2, p. 119-129, 2018.

ROCKWELL, K. L.; GILROY, A.S. Incorporating telemedicine as part of COVID-19 outbreak response systems. *Am J Manag Care*, n. 26, v. 4, p.147–8, 2020.

RODRIGUES, Thiago. Perfil do usuário de pronto atendimento odontológico e sua interface com a atenção primária. 2020. 41. Monografia (Especialização) - Residência Integrada em Saúde Bucal - Ênfase em Saúde da Família e Comunidade, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/222319>. Acesso em: 17 out. 2021.

ROESE, A.; GERHARDT, T. E.; SOUZA, A. C.; LOPES, M. J. M. Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas, n.5, v. 3, 2006.

ROSA, R. T. N. Das aulas presenciais às aulas remotas: as abruptas mudanças impulsionadas na docência pela ação do Coronavírus - o COVID-19. *Rev. Cient. Schola Colégio Militar de Santa Maria*. Santa Maria, v. 6, n. 1, 2020.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab Educ E Saúde*, n. 7, p. 479–98, nov. 2009.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W.S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol e Serv saúde Rev do Sist Unico Saude do Bras.*, n. 29, v. 2, 2020.

SILVA, C. A.; DALBELLO, A. M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saúde Em Debate*, n. 43, p. 1240–58, 2020.

SILVA, C.B. et al. Implementação do telemonitoramento de COVID-19: repercussões na formação acadêmica em enfermagem Rev Gaúcha Enferm, n.42, 2021. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200395>

SILVA, L. B.; CAPAZ, R. Preceptoria: uma Interface entre Educação e Saúde no SUS. Serviço Soc Saúde E Questões Contemp Reflexões Críticas Sobre Prática Prof. São Paulo, p. 201-215, 2013.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. Rev Katálysis, v. 21, p. 200–9, 2018.

SILVA, P. H dos S. et al. Educação remota na continuidade da formação médica em tempos de pandemia: viabilidade e percepções. Rev Bras Educ Médica,. 45, n. 1, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbem/a/pG6dfdC8cFW57YDKqTxNyJB/abstract/?lang=pt>. Acesso em 25 de setembro de 2021.

SILVA, R. S. et al. O Papel da Telessaúde na Pandemia Covid-19: Uma Experiência Brasileira. Ciência e Saúde Coletiva, n. 26, p. 2149–57, 2021.

TEIXEIRA, L. de A. C. et al. Saúde mental dos estudantes de Medicina do Brasil durante a pandemia da coronavirus disease 2019. J Bras Psiquiatr, n. 70, p. 21–9, 2021.

TORRES, A. C. M.; ALVES, L. R. G.; DA COSTA, A. C. N. Educação e Saúde: reflexões sobre o contexto universitário em tempos de COVID-19, n. 4, 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Residência Integrada em Saúde Bucal — odontologia. [Internet]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/odontologia/ensino/odonto/pos-graduacao/residencia>

VALENTE, G. D. C. et al. O ensino remoto frente às exigências do contexto de pandemia: Reflexões sobre a prática docente. Research, Society and Development, v. 9, n.9, 2020.

VERCELLI, L de C. A. Aulas remotas em tempos de covid-19: a percepção de discentes de um programa de mestrado profissional em educação. Rev Mbianteeducação, n. 13, v. 2, p. 47–60, 2020.

VERMA, S.; CHAMBERS, I. Dental emergencies presenting to a general hospital emergency department in Hobart, Australia. Australian dental journal, v. 59 n. 3, p. 329-333, 2014.

WEBER, C. et al. Integração ensino-serviço-gestão na saúde bucal em Santa Maria e região: relato de experiência em estágio curricular acadêmico e Residência Multiprofissional. Revista da ABENO, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 144–152, 2018. DOI: 10.30979/rev.abeno.v17i4.484.