

Volume 4
Nº2 | 2025

REVISTA /
DIÁLOGOS
EM SAÚDE PÚBLICA

Educação
Permanente

REVISTA
DIÁLOGOS
EM SAÚDE PÚBLICA



ESPRN

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO RN

ISSN 2965-0518

DEZEMBRO DE 2025

[HTTP://ESPRN.RN.GOV.BR/](http://esprn.rn.gov.br/)

APOIO:



ORGANIZAÇÃO:



Volume 4, Nº2 | 2025

REVISTA
DIÁLOGOS

EM SAÚDE PÚBLICA

EDUCAÇÃO PERMANENTE

ISSN 2965-0518

DEZEMBRO DE 2025

[HTTP://ESPRN.RN.GOV.BR/](http://esprn.rn.gov.br/)

A revista Diálogos é uma produção da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Norte com caráter técnico-científico de publicação semestral editada pelo Núcleo de Inovação, Pesquisa e Extensão desta escola.

Editor Executivo

Hugo Cesar Novais Mota - ESPRN

Comitê de Política Editorial

Cláudia Frederico de Melo - ESPRN - Presidente

*Jacyane Melo de Oliveira Santos - ESPRN -
Vice-Presidente*

*Lucas Martorelli Gondim Luz - ESPRN - Editor
Científico*

*Maria Lima Alves - SESAP/RN -
Editora Científica Adjunta*

Hugo Cesar Novais Mota - Editor Executivo

Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa - ESPRN

Flávia Andrea Belarmino de Medeiros - ESPRN

Márcia da Cunha Silva Pellense - ESPRN

Maria Jacqueline Abrantes Gadelha - ESPRN

Conselho Editorial Científico

Lucas Martorelli Gondim Luz - Editor Científico

Maria Lima Alves - Editora Científica Adjunta

Andrea Taborda Ribas da Cunha - UFERSA

Cipriano Maia de Vasconcelos - UFRN

João Bosco Filho - UERN

Lyane Ramalho Cortez - UFRN

Maria Jalila Vieira de Figueirêdo Leite - UFRN

Marise Reis de Freitas - UFRN

Maura Vanessa Silva Sobreira - UERN

Ion Garcia Mascarenhas de Andrade - SESAP

Assistentes do Editor

Alexandar de Brito Barbosa - ESPRN

Lucas Pereira Carvalho de Araujo - ESPRN

Bibliotecária

Cybelle Araújo de Medeiros Lucena - ESPRN

Diagramação

Alana Santos Almeida - ESPRN

Projeto Gráfico

Índigo Veras Lobo de Paiva



Esta obra é disponibilizada nos termos da licença Creative Commons, que permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e desenvolvam o material em qualquer meio ou formato, desde que a atribuição seja dada ao criador.



Sumário

Entrevista

06 **VER-SUS: Uma Vivência que Transforma a Formação em Saúde**

*Autora: Ananda Braga Figueiredo Câmara
Entrevistada: Ranielly Santos*

Artigos originais

08 **Doenças neuroinvasivas por arbovírus no Rio Grande do Norte: vigilância, perfil e complexidade diagnóstica. 203**

Autores: Cintia Higashi; Jadson Raphael Silva de Araujo; Maiara da Silva Carvalho; Raíssa Emanuely Costa Cândido

Relatos de experiência

18 **VER-SUS em terras potiguares: um relato de experiência a partir de um olhar sobre a Equidade em Saúde.**

Autores: Dândara Nayara Azevedo Dantas; Larissa Grace Nogueira Serafim de Melo; Lavinia Mabel Viana Lopes

25 **Desafios para a educação permanente em saúde: ação com residentes de um programa multiprofissional.**

Autores: Ana Beatriz Moraes de Freitas; Natália Amorim Ramos Félix

32 **Preceptoría e sua implicação nos processos formativos das residências em saúde.**

Autora: Vanessa Dias de Araújo Barrêto

44 **O Planejamento Estratégico Situacional como ferramenta de gestão nos cursos de Residência em Saúde: Relato de experiência.**

Autores: Dulcian Medeiros de Sousa; Keila Karoline Souza do Nascimento; Maura Vanessa Silva Sobreira; Raquel Sales de Medeiros; Regilene Alves Portela; Vanessa Dias de Araújo Barrêto

55 **Gestão de programas de residências em saúde em Mossoró, Rio Grande do Norte: um relato de experiência.**

Autores: Emanuela Freire Caetano Davi; Herika Roberta Freire de Oliveira Davi



VER-SUS: Uma Vivência que Transforma a Formação em Saúde

Ananda Braga Figueiredo Câmara

Com olhar atento para o futuro da formação em saúde, o VER-SUS permanece como uma experiência transformadora do Sistema Único de Saúde. Em 2025, o projeto voltou a mobilizar estudantes de diversas regiões do Rio Grande do Norte, aproximando-os da realidade cotidiana dos serviços e fortalecendo a integração entre ensino, serviço e comunidade – princípio fundamental para quem se prepara para atuar no SUS.

À frente dessa articulação no estado, a subcoordenadora de Gestão da Educação na Saúde da SESAP, Ranielly Santos, destaca a dimensão humana e estratégica da iniciativa, que ultrapassa o simples caráter pedagógico e se coloca como um espaço de sensibilização, crítica e engajamento social. Em entrevista, ela explica a missão do programa, comenta a participação dos municípios e dos facilitadores, e antecipa como a secretaria tem se mobilizado para a edição de 2026.

1 – Qual a principal missão do VER-SUS?



Ranielly Santos - A principal missão do VER-SUS é proporcionar vivências reais nos serviços do SUS, permitindo que os estudantes conheçam de perto o funcionamento da rede, seus desafios e potencialidades. O programa busca formar profissionais mais críticos, sensíveis e comprometidos com a humanização e com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o VER-SUS é um exemplo concreto da integração entre ensino, serviço e comunidade, contribuindo para transformar a forma como o estudante compreende sua formação e sua futura atuação profissional.

2 – Quantos alunos e cidades estiveram presentes no projeto de 2025?

Ranielly Santos - O VER-SUS Equidade, realizado em julho de 2025, aconteceu em quatro cidades-polo das regiões de saúde: Natal, Mossoró, Caicó e Santa Cruz. Para cada município, foram disponibilizadas 40 vagas, totalizando 160 oportunidades de vivência. Participaram 17 viventes em Natal, 40 em Mossoró, 40 em Caicó e 37 em Santa Cruz – números que refletem a adesão e o interesse dos estudantes em conhecer a realidade do SUS no Rio Grande do Norte.

3 – Os servidores também podem participar da ação como facilitadores. Qual a função do facilitador e quem pode se inscrever?

Ranielly Santos - O facilitador é o responsável por acompanhar o grupo de viventes, promover debates, orientar as atividades, mediar reflexões críticas e articular a interação entre estudantes, serviços de saúde e gestão. Quanto à inscrição, podem participar profissionais de saúde, conforme os critérios definidos em cada edital. Na edição de 2025, como o VER-SUS foi articulado ao PET-Saúde Equidade das regiões participantes, os facilitadores foram os próprios tutores do PET-Saúde. Nos anos anteriores, entretanto, já foram publicados editais específicos para seleção de facilitadores voluntários, nos quais os profissionais concorriam de forma aberta.

4 – A secretaria já está realizando alguma mobilização para a próxima edição?

Ranielly Santos - Sim, estamos prevendo a realização de uma nova edição do VER-SUS em 2026, mas ainda estamos em fase inicial. Ainda iremos definir os temas e continuar o diálogo com os municípios para



organizar a proposta de forma conjunta e alinhada às necessidades da rede.

5 – Hoje a SESAP luta por um SUS humanizado. O trabalho do VER-SUS é uma forma de promover essa humanização?

Ranielly Santos - Sim. O VER-SUS contribui diretamente para a humanização ao aproximar estudantes da realidade concreta dos serviços, fortalecendo a empatia, o olhar crítico, o diálogo e a compreensão das necessidades reais dos usuários e trabalhadores. A vivência incentiva práticas mais acolhedoras, participativas e integradas, alinhadas com o que a SESAP defende como um SUS mais humano.

Doenças neuroinvasivas por arbovírus no Rio Grande do Norte: vigilância, perfil e complexidade diagnóstica.

Neuroinvasive Arboviral Diseases in Rio Grande do Norte: Surveillance, Profile, and Diagnostic Complexity

Cintia Higashi; Jadson Raphael Silva de Araujo; Maiara da Silva Carvalho; Raíssa Emanuely Costa Cândido

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico e laboratorial dos casos notificados de doenças neuroinvasivas por arbovírus no estado do Rio Grande do Norte, evidenciando a elevada heterogeneidade etiológica e os desafios quanto à complexidade diagnóstica dos quadros. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo, com base em dados secundários provenientes de sistemas de vigilância. Foram analisadas variáveis clínicas e laboratoriais, com foco na positividade por tipo de amostra, técnica diagnóstica e agente etiológico. **Resultados:** Verificou-se aumento nas notificações em 2025, com maior incidência entre menores de 15 anos e adultos jovens. As manifestações clínicas incluíram sinais neurológicos e sistêmicos. No campo laboratorial, observou-se uma elevada heterogeneidade etiológica, com destaque para arbovírus urbanos como Dengue e Chikungunya, além da presença marcante de vírus como Herpes Vírus e Citomegalovírus, inclusive em crianças menores de 15 anos. **Conclusão:** A diversidade dos agentes detectados evidencia a circulação simultânea de arbovírus, vírus respiratórios e outros vírus neurotrópicos. Tais achados reforçam a necessidade de ampliar os painéis diagnósticos, padronizar os fluxos de vigilância e adotar estratégias interdisciplinares para investigação e encerramento dos casos de doença neuroinvasiva por arbovírus.

Palavras-chave: Infecções por arbovírus; Vigilância epidemiológica; Manifestações neurológicas; Investigação epidemiológica; Diagnóstico laboratorial.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological and laboratory profile of reported cases of neuroinvasive diseases caused by arboviruses in the state of Rio Grande do Norte, highlighting the high etiological heterogeneity and the challenges related to the diagnostic complexity of these conditions. **Method:** This is an observational, descriptive, and retrospective study based on secondary data from surveillance systems. Clinical and laboratory variables were analyzed, focusing on positivity by sample type, diagnostic technique, and etiological agent. **Results:** An increase in notifications was observed in 2025, with a higher incidence among individuals under 15 years of age and young adults. Clinical manifestations included neurological and systemic signs. In laboratory findings, a high etiological heterogeneity was noted, with emphasis on urban arboviruses such as Dengue and Chikungunya, as well as a significant presence of viruses like Herpesvirus and Cytomegalovirus, including in children under 15 years old. **Conclusion:** The diversity of detected agents evidences the simultaneous circulation of arboviruses, respiratory viruses, and other neurotropic viruses. These findings underscore the need to expand diagnostic panels, standardize surveillance workflows, and adopt interdisciplinary strategies for the investigation and closure of neuroinvasive arboviral disease cases.

Keywords: Arbovirus infections; Surveillance, Epidemiologic; Neurologic Manifestations; Epidemiological Investigation; Laboratory diagnosis.



1 INTRODUÇÃO

As infecções por arbovírus podem resultar em um amplo espectro de síndromes clínicas, desde doenças febris brandas até febres hemorrágicas e formas neuroinvasivas. Entretanto, a maior parte das infecções humanas por arbovírus são assintomáticas ou oligosintomáticas(1).

No Brasil, os principais arbovírus de interesse humano e importância em saúde pública pertencem aos gêneros Flavivirus (Dengue, Zika, febre amarela, febre do Nilo Ocidental e encefalite de Saint Louis), Alphavirus (Chikungunya, Mayaro e das encefalites equinas do Leste, do Oeste e Venezuelana) e Orthobunyavirus (Oropouche)(2).

Em 2022, após a detecção de um aumento de casos suspeitos de Doença Neuroinvasiva possivelmente associados a arbovírus, a Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, observou a necessidade de fortalecer a vigilância epidemiológica das doenças neuroinvasivas por arbovírus, até então sem operacionalização(3).

Vale destacar que a complexidade diagnóstica dos quadros neurológicos ainda representa um desafio devido à amplitude do espectro dos vírus neuropatogênicos e à circulação simultânea de vários arbovírus neurotrópicos.

Até 2022 o monitoramento das doenças neuroinvasivas por arbovírus era realizado por meio de e-mail e consolidação de dados em planilhas paralelas, em 2023 essa vigilância migrou para a ficha de Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública disponíveis no SINAN Net(3). Porém considerando a complexidade da vigilância das doenças neuroinvasivas por arbovírus, em 2024 foi instituído um protocolo de investigação de casos intitulado formulário de investigação de doença neuroinvasiva a esclarecer, por meio de um sistema de informação estadual denominado Notifica RN(4).

Segundo o Manual de Vigilância Sentinela de Doenças Neuroinvasivas por Arbovírus considera-se caso suspeito de arbovirose neuroinvasiva os casos agudos de encefalite, mielite, encefalomielite, polirradiculoneurite (síndrome de Guillain-Barré) ou de outras síndromes neurológicas centrais ou periféricas diagnosticadas por médico especialista, na ausência de

explicação clínica mais provável(1).

O formulário de investigação de doença neuroinvasiva a esclarecer instituído no Rio Grande do Norte, além das definições previstas no Manual de Vigilância Sentinela de Doenças Neuroinvasivas por Arbovírus, abrange todo caso cujo indivíduo apresente doença febril aguda inespecífica, acompanhada de manifestações neurológicas a esclarecer direcionado a investigação de síndromes neurológicas associadas a Febre do Nilo Ocidental, Dengue, Zika, Chikungunya, Febre Amarela (selvagem e vacinal [AEG-VFA]), e outros, tais como os vírus da Encefalite de Saint Louis, Ilhéus, Mayaro, Oropouche, Rocio e aqueles do complexo das encefalites equinas, sendo Encefalite equina do Leste (EEE), do Oeste (EEO) e a Venezuelana (EEV)(4).

Em 2025, até a semana epidemiológica (SE) 28, a Coordenação Estadual de Vigilância e Controle das Arboviroses observou um expressivo aumento nas notificações de casos suspeitos de doenças neuroinvasivas no Rio Grande do Norte em comparação com o mesmo período de 2024. O aumento evidenciou a necessidade de uma análise minuciosa dos achados laboratoriais relacionados aos agentes etiológicos possivelmente associados ao quadro neurológico.

Da análise surgiram demandas importantes voltadas à necessidade de aprimorar essa vigilância, principalmente considerando a dificuldade na classificação e encerramento dos casos, pois a complexidade diagnóstica dos quadros neurológicos dificulta atingir um grau de certeza diagnóstica sobre qual agente etiológico de fato causou a doença neuroinvasiva.

Buscando dar visibilidade ao trabalho realizado, a fim de fortalecer e ampliar a vigilância das doenças neuroinvasivas por arbovírus no Rio Grande do Norte, o objetivo deste artigo consiste em descrever a situação epidemiológica das doenças neuroinvasivas por arbovírus e apresentar os achados laboratoriais relacionados ao possível diagnóstico etiológico, dando ênfase aos desafios quanto à complexidade diagnóstica dos quadros neurológicos, evidenciando a elevada heterogeneidade etiológica.

2 MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma investigação observacional, descritiva e retrospectiva, com foco na análise epidemiológica e laboratorial dos

casos notificados de doenças neuroinvasivas a esclarecer. Foram utilizados dados secundários provenientes dos sistemas oficiais de vigilância epidemiológica e laboratorial do Estado, os quais incluem notificações de casos suspeitos e resultados laboratoriais disponíveis no Gerenciador de Ambiente Laboratorial, oriundos de diferentes metodologias diagnósticas.

A análise da distribuição dos casos de doença neuroinvasiva por arbovírus por semana epidemiológica de notificação considerou o intervalo de 2022 a 2025 até a semana epidemiológica de número 28. Já o perfil epidemiológico dos casos considerou o intervalo entre 2024 e 2025. Para o ano de 2022 a fonte de dados considerou os dados disponíveis em planilhas no Google Sheets. Para o ano de 2023 foi considerado a base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) cujas informações foram coletadas por meio da ficha de notificação de Febre do Nilo Ocidental e Outras Arboviroses de Importância em Saúde Pública. Já para o período entre 2024 e 2025 foi utilizado a base de dados do Notifica RN.

Foram incluídos na análise do perfil epidemiológico casos notificados com suspeita de doença neuroinvasiva entre as Semanas Epidemiológicas (SE) 1 e 28 dos anos de 2024 e 2025, pacientes de todas as faixas etárias, casos com exames laboratoriais positivos por técnicas sorológicas (IgM e IgG) e/ou moleculares (RT-PCR), realizados em amostras de soro, líquido ou urina.

A análise descritiva contemplou a distribuição temporal dos casos por semana epidemiológica de notificação, a caracterização segundo sexo e faixa etária, a frequência de sinais e sintomas (gerais e neurológicos), a positividade laboratorial por tipo de agente etiológico, tipo de exame e amostra.

Os dados foram organizados e analisados por meio da linguagem R (versão 4.4.1), utilizando o ambiente de desenvolvimento RStudio (versão 2025.05.0+496 "Mariposa Orchid", para Windows). Foram empregadas técnicas de estatística descritiva para sumarização das variáveis de interesse.

A análise aprofundada foi conduzida com o auxílio dos seguintes pacotes: epitools (para cálculo de medidas epidemiológicas), lubridate (para manipulação de datas), janitor (para limpeza e padronização de dados), rio (para importação e exportação de arquivos), e o tidyverse (para manipulação, transformação e visualiza-

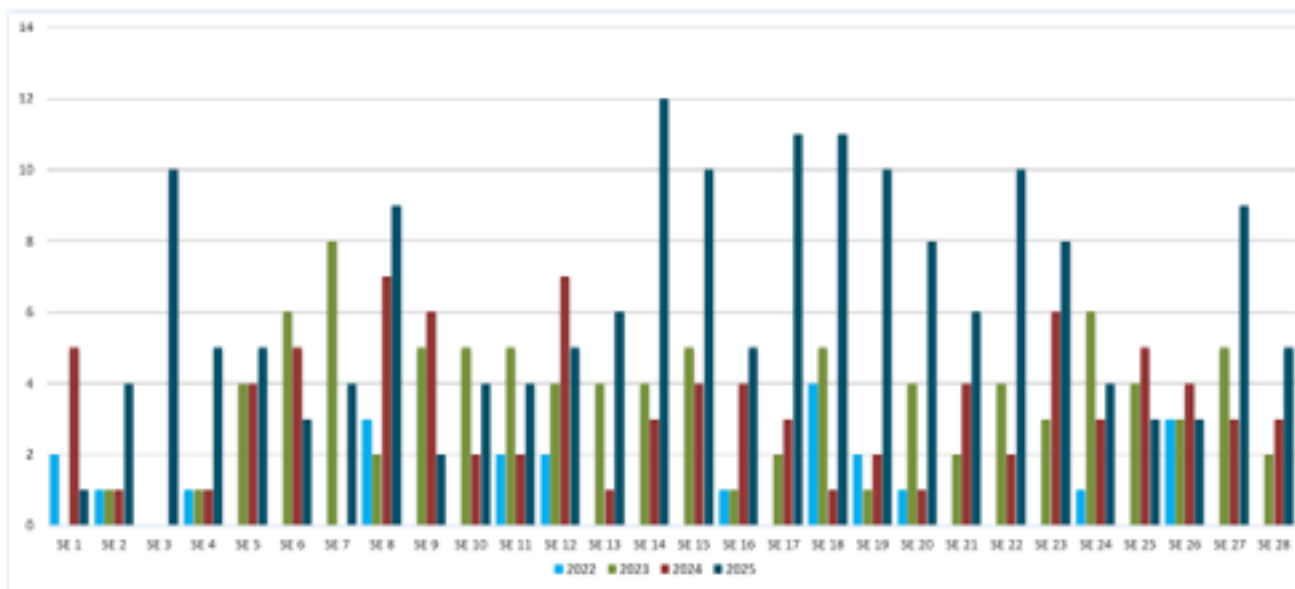
ção dos dados com sintaxe consistente).

Foram realizadas operações de agregação e contagem a fim de caracterizar a distribuição dos casos. Especificamente, calcularam-se as somas anuais de casos notificados, estratificadas por sexo e faixa etária. Além disso, foi contabilizado o total de agentes etiológicos com resultados laboratoriais positivos, incluindo uma sub análise dos casos positivos em indivíduos com idade igual ou inferior a 15 anos.

Por tratar-se de um estudo baseado em dados secundários, de domínio público e sem qualquer informação que permita a identificação individual dos sujeitos da pesquisa, esta investigação está dispensada de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, nos termos da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece diretrizes éticas aplicáveis a pesquisas nas áreas de Ciências Humanas e Sociais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Figura 1 - Distribuição das notificações de casos de doença neuroinvasiva por semana epidemiológica de notificação. Rio Grande do Norte, 2022 a 2025.



O figura 1 ilustra a distribuição das notificações de casos suspeitos de doença neuro invasiva por arbovírus por semana epidemiológica de notificação, registrados no período compreendido entre a Semana Epidemiológica (SE) 1 e SE 28, para os anos de 2022, 2023, 2024 e 2025. A análise temporal permite observar tendências, sazonalidades e variações interanuais relevantes para a vigilância epidemiológica.

O ano de 2022 apresenta baixos registros ao longo do período, com poucos picos pontuais. As semanas com maior concentração de ocorrências foram SE 1 (2), SE 8 (3), SE 18 (4) e SE 26 (3). Em 2023 observa-se um aumento na frequência de notificações, com maior dispersão entre as semanas. Destacam-se a SE 6, SE 7 e SE 24, com volumes significativamente superiores aos do ano anterior.

Em 2024 o crescimento continua indicando possível ampliação da transmissão ou melhora na detecção dos eventos monitorados. Houve aumento expressivo na SE 8, 12, e 23, com registros próximos ou superiores a 6 casos. Já 2025 até a SE 28, se apresenta como o ano com maior volume acumulado de ocorrências. Observa-se um aumento expressivo e sustentado a partir da SE 14, com os maiores picos nas SE 14, 17, 18, 19, 22 e 23 (variando de 10 a 12 casos). A magnitude e a concentração dos registros sugerem um cenário de alerta

epidemiológico.

A análise propiciou a identificação de algumas tendências como a evolução crescente, pois há um padrão consistente de aumento anual no número de registros, especialmente em 2025, que já supera significativamente os anos anteriores. Outra possível tendência identificada foi a sazonalidade, pois a intensificação dos casos a partir da SE 14 aponta para uma possível sazonalidade dos eventos, reforçando a necessidade de ações preventivas com antecedência em relação a esse período.

Análise também permitiu verificar as semanas epidemiológicas com aumento de casos recorrentes no período analisado pois determinadas semanas, como SE 7, 8, 14, 18 e 23, repetem-se como pontos de maior concentração de casos nos diferentes anos, sugerindo padrões temporais que devem ser monitorados de forma mais sistemática.

Considerando a heterogeneidade das ferramentas de monitoramento que resultaram em bases de dados assimétricas, a descrição do perfil epidemiológico das doenças neuroinvasivas a esclarecer no Rio Grande do Norte considerou apenas o intervalo de 2024 a 2025.

Houve um aumento expressivo de notificações em todas as faixas etárias em 2025, com exceção do grupo 80+ anos, que apresentou leve redução. As fai-

xas infanto-juvenis (0-19 anos) concentraram um grande crescimento absoluto com destaque para o grupo 10-15 anos, que passou de 5 para 24 notificações. Em adultos jovens (20-49 anos), o número de casos praticamente dobrou em relação a 2024. Os dados reforçam a ampliação do perfil etário atingido pelas doenças neuroinvasivas, indicando maior vulnerabilidade em crianças, adolescentes e adultos jovens em 2025.

Sobre os sintomas sistêmicos e inespecíficos mais comuns entre os pacientes destacam-se Febre - 51,41%, Cefaleia (dor de cabeça) - 41,24%, Vômito - 31,64%, Náusea - 30,51%, Prostração - 20,90%, Coriza - 16,95%, Mialgia (dor muscular) - 14,69%, Diarreia - 11,86%, Irritabilidade - 12,99% e Dor abdominal - 11,86%. Outros sintomas foram relatados com menor frequência, como exantema, artralgia, calafrios e rigidez de nuca (8,3%), entre outros.

Já sobre os sintomas neurológicos a análise evidenciou a expressividade clínica neurológica dos casos, os sintomas com maior frequência incluem Fraqueza em membros inferiores (MMII) - 41,81%, Sonolência - 33,90%, Alteração do nível de consciência - 29,94%, Fraqueza em membros superiores (MMSS) - 27,68%, Confusão mental - 22,60%, Convulsões - 26,55%, Parestesia - 21,47%, Fraqueza ascendente - 17,51%, Ataxia (perda de coordenação) - 12,99% e Déficit sensorial - 11,30%, também foram observados sinais neurológicos graves como coma (2,82%), disartria/disfagia (6,21%), arreflexia (8,47%) e fraqueza facial (8,47%).

Vale destacar que a combinação de sintomas gerais intensos (como febre e cefaleia) com manifestações neurológicas complexas (como alterações do nível de consciência e paresias) reforça a importância da suspeição clínica precoce e da coleta adequada de líquido cefalorraquidiano (LCR). O perfil sintomático é compatível com encefalites virais, síndromes neuromusculares e meningoencefalites, frequentemente associadas a arboviroses como Zika, Dengue e Chikungunya.

Tabela 1 - Perfil dos casos de doença neuroinvasiva por arbovírus segundo sexo e faixa etária. Rio Grande do Norte, 2025.

2025		
Variável	N	%
Gênero		
Feminino	78	44,07%
Masculino	99	55,93%
Faixa etária		
0-4 anos	32	18,08%
5-9 anos	23	12,99%
10-15 anos	24	13,56%
16-19 anos	8	4,52%
20-34 anos	26	14,69%
35-49 anos	30	16,95%
50-64 anos	19	10,73%
65-79 anos	11	6,21%
80+ anos	4	2,26%

Tabela 2 - Perfil dos casos de doença neuroinvasiva por arbovírus segundo sexo e faixa etária. Rio Grande do Norte, 2025.

Sintomas Gerais		
Variável	N	%
Artralgia	14	7,91%
Calafrios	14	7,91%
Cefaleia	73	41,24%
Coriza	30	16,95%
Diarreia	21	11,86%
Dor abdominal	21	11,86%
Dor retroorbital	12	6,78%
Exantema	10	5,65%
Febre	91	51,41%
Hiperemia conjutival	3	1,69%
Irritabilidade	23	12,99%
Linfadenopatia	4	2,26%
Mialgia	26	14,69%
Nausea	54	30,51%
Prostracao	37	20,90%
Prurido	3	1,69%
Rigidez nuca	11	6,21%
Tosse	46	25,99%
Vômito	56	31,64%

Sintomas Neurológicos

alteracao_nivel_conciencia	53	29,94%
arreflexia	15	8,47%
ataxia	23	12,99%
coma	5	2,82%
confusao_mental	40	22,60%
convulcao	47	26,55%
deficit_sensorial	20	11,30%
disfagia	11	6,21%
disfonia	5	2,82%
fraqueza_ascendente	31	17,51%
fraqueza_cervical	7	3,95%
fraqueza_descendente	7	3,95%
fraqueza_facial	15	8,47%
fraqueza_mmi	74	41,81%
fraqueza_mmss	49	27,68%
hipotonia	14	7,91%
parestesia	38	21,47%
simetria_sintomas	18	10,17%
sonolencia	60	33,90%
tremores	11	6,21%
visao_dupla	13	7,34%

Sobre a frequência dos resultados laboratoriais positivos obtidos por diferentes metodologias de diagnósticos e tipos de amostra, os principais agentes detectados (soro) foram Herpes Vírus IgM (soro) – 20 casos, Citomegalovírus IgM (soro) – 21 casos, Dengue IgM (soro) – 18 casos, Chikungunya IgM (soro) – 16 casos e Herpes Vírus IgG (soro) – 11 casos.

Vale destacar que os exames sorológicos de fase aguda (IgM) foram os mais expressivos, destacando a presença de vírus neurotrópicos oportunistas (Herpesvírus e Citomegalovírus) e arboviroses clássicas como Dengue e Chikungunya.

Sobre os resultados positivos em líquido destacam-se o Enterovírus RT-PCR (líquor) – 16, Oropouche IgM (líquor) – 6, Epstein-Barr IgM (líquor) – 2, Herpes Vírus RT-PCR (líquor) – 1, Citomegalovírus IgM e RT-PCR (líquor) – 1 cada e Dengue RT-PCR (urina) – 1. Os achados em líquido evidenciam infecção ativa do sistema nervoso central, com destaque para enterovírus, Oropouche e Herpes Vírus. Vale destacar que o RT-PCR foi utilizado para arbovírus e vírus de outras famílias.

Sobre a diversidade etiológica e abordagem sindrômica, foram detectados diversos vírus com potencial neuroinvasivo como Dengue, Zika, Chikungunya, Oropouche, Herpes Vírus, Citomegalovírus, Epstein-Barr e enterovírus. A presença de múltiplos tipos de exame (IgM, IgG, RT-PCR) e diferentes amostras

(soro, líquido, urina) reforçou a necessidade de abordagem diagnóstica ampliada, especialmente para casos com manifestações neurológicas atípicas.

O painel laboratorial revelou uma elevada heterogeneidade etiológica, envolvendo tanto arbovírus endêmicos e emergentes, quanto vírus oportunistas do grupo Herpes Vírus, em pacientes com quadros neurológicos suspeitos. Isso reforçou a importância de manter a vigilância laboratorial ativa e a integração entre clínica, epidemiologia e diagnóstico laboratorial.

Os principais achados laboratoriais revelaram uma predominância de positividade em amostras de soro. Destacam-se os casos de citomegalovírus IgM detectado em soro, com 21 ocorrências (10,94%), seguido por herpesvírus IgM em soro, com 20 casos (10,42%). Em seguida, observa-se dengue IgM em soro, com 18 casos positivos (9,38%), e chikungunya IgM em soro, com 16 registros (8,33%). Ainda entre os exames sorológicos, foram detectados citomegalovírus por RT-PCR em soro, totalizando 16 casos (8,33%).

Entre os exames realizados em líquido, o destaque é para a detecção de enterovírus por RT-PCR, com 16 casos (8,33%), seguida pela detecção de herpesvírus por RT-PCR no líquido e citomegalovírus em líquido, ambos também contribuindo para o perfil viral.

Alguns testes apresentaram baixa frequência de positividade, com apenas um ou dois casos, como COVID-19 detectado por biologia molecular (1 caso; 0,52%), vírus Influenza A por biologia molecular (2 casos; 1,04%), leptospirose IgM e dengue por RT-PCR em urina, com 1 caso cada (0,52%).

Adicionalmente, foram identificadas infecções de etiologia bacteriana e parasitária, com destaque para Mycobacterium tuberculosis (DNA detectável) (2 casos; 1,04%), toxoplasmose com presença de IgG reagente (2 casos; 1,04%) e meningite confirmada por cultura ou crescimento microbiológico (1 caso; 0,52%).

A diversidade de agentes etiológicos identificados evidencia a necessidade de ampliação dos painéis diagnósticos, incluindo não apenas arbovírus clássicos como dengue e chikungunya, mas também vírus neurotrópicos oportunistas e respiratórios. A predominância de herpesvírus e citomegalovírus, especialmente em amostras de soro, reforça o alerta para a possibilidade de reativações virais, coinfeções ou reações cruzadas em pacientes acometidos por arboviroses.

Tabela 3 - Distribuição dos achados laboratoriais. Rio Grande do Norte, 2025.

Sintomas Gerais		
Variável	N	%
Citomegalovirus_IgM(soro)	21	10,94%
Herpes Virus_IgM(soro)	20	10,42%
Dengue_IgM(soro)	18	9,38%
Chikungunya_IgM(soro)	16	8,33%
Enterovirus_RT-PCR(liquor)	16	8,33%
Enterovirus_RT-PCR(soro)	12	6,25%
Herpes Virus_IgG(soro)	11	5,73%
Citomegalovirus_IgG(soro)	10	5,21%
Epstein Barr_IgM(soro)	9	4,69%
Oropouche_IgM(liquor)	6	3,13%
Chikungunya_IgG(soro)	4	2,08%
Zika_IgG(soro)	4	2,08%
Citomegalovirus_RT-PCR(soro)	3	1,56%
Epstein Barr_IgG(soro)	3	1,56%
Epstein Barr_IgM(liquor)	2	1,04%
Herpes Virus_RT-PCR(soro)	2	1,04%
Chikungunya_RT-PCR(soro)	1	0,52%
Citomegalovirus_IgM(liquor)	1	0,52%
Citomegalovirus_RT-PCR(liquor)	1	0,52%
Dengue_RT-PCR(urina)	1	0,52%
Herpes Virus_RT-PCR(liquor)	1	0,52%
COVID-19 (inclui Biologia Molecular)	6	3,13%
Rubéola, IgG Reagente	4	2,08%
Toxoplasmose, IgG Reagente	3	1,56%
Sarampo, IgG Reagente	2	1,04%
Adenovirus, Biologia Molecular	2	1,04%
Influenza A, Biologia Molecular	3	1,56%
Rinovirus, Biologia Molecular	2	1,04%
Meningite Bacteriana, Biologia Molecular	2	1,04%
Meningite (Cultura / crescimento)	2	1,04%
Leptospirose, IgM	1	0,52%
Mycobacterium tuberculosis (DNA Detectável)	1	0,52%
Hepatite B (DNA ou Anti-HBs)	2	1,04%

3.1 Perfil dos resultados em crianças e adolescentes até 15 anos

OA análise realizada também considerou a distribuição dos resultados positivos de exames laboratoriais em crianças e adolescentes menores de 15 anos com suspeita de doenças neuroinvasivas no estado do Rio Grande do Norte, para esse público os principais agentes detectados em amostras de soro foram, Dengue IgM (soro) – 9 casos, Chikungunya IgM (soro) – 9 casos, Herpes Vírus IgM (soro) – 8 casos, Enterovírus RT-PCR (soro) – 6 casos, Herpes Vírus IgG (soro) – 4

casos, Citomegalovírus IgM (soro) – 5 casos, Epstein-Barr IgM (soro) – 4 casos, Zika IgG (soro) – 2 casos e Chikungunya IgG (soro) – 2 casos. Vale destacar que a principal metodologia diagnóstica foi sorologia IgM, indicando infecção recente.

Os principais agentes detectados em líquido e outros materiais foram Enterovírus RT-PCR (líquor) – 2 casos, Oropouche IgM (líquor) – 1 caso, Dengue RT-PCR (urina) – 1 caso e Casos pontuais de detecção por RT-PCR em soro (Citomegalovírus, Epstein-Barr, Chikungunya). Embora menos frequentes, os exames em líquido reforçam a suspeita de infecção ativa no sistema nervoso central.

O perfil laboratorial de menores de 15 anos evidenciou o predomínio de arboviroses clássicas (Dengue, Chikungunya), mas também vírus neurotrópicos oportunistas, como Herpes Vírus, Citomegalovírus e Epstein-Barr. A detecção de enterovírus e Oropouche reforçou a importância de ampliar a investigação diferencial das síndromes neurológicas infantis. A diversidade de exames (IgM, IgG, RT-PCR) e amostras (soro, líquido, urina) evidenciou também a necessidade de protocolos diagnósticos específicos para a população pediátrica.

Entre crianças e adolescentes menores de 15 anos, os principais achados laboratoriais envolveram agentes detectados em amostras de soro. Destacam-se os casos de chikungunya IgM em soro e dengue IgM em soro, ambos com 9 casos positivos (12,50%), indicando exposição recente a esses arbovírus. Em seguida, foram observados 8 casos positivos para herpes vírus IgM em soro (11,11%) e 6 casos com detecção de enterovírus por RT-PCR em soro (8,33%).

Outros achados relevantes em soro incluem citomegalovírus IgM, com 5 casos (6,94%), Epstein-Barr vírus IgM e herpesvírus IgG, ambos com 4 casos positivos (5,56%), seguidos por chikungunya IgG, citomegalovírus IgG e Zika IgG, com 2 casos cada (2,78%). Foram também registrados resultados isolados (1 caso; 1,39%) para chikungunya por RT-PCR em soro, citomegalovírus por RT-PCR em soro, dengue por RT-PCR em urina e Epstein-Barr vírus IgG em soro.

Entre os exames realizados em líquido, observou-se 2 casos positivos para enterovírus por RT-PCR (2,78%) e 1 caso de Oropouche vírus IgM detectado no líquido (1,39%), o que reforça a importância da inves-

tigação viral no sistema nervoso central, mesmo em pacientes pediátricos.

Também foram observados resultados positivos para agentes respiratórios e infecciosos diversos como rubéola IgG reagente (3 casos; 4,17%), influenza A por biologia molecular (3 casos; 4,17%), sarampo IgG reagente e rinovírus detectável por biologia molecular (2 casos cada; 2,78%). Foram ainda identificados 2 casos positivos para COVID-19 por biologia molecular (2,78%) e casos isolados (1,39%) de adenovírus por biologia molecular e toxoplasmose com presença de IgG reagente.

A diversidade dos agentes identificados nessa faixa etária reforça a importância da vigilância laboratorial ampla e diferenciada, com especial atenção para arbovírus circulantes e vírus neurotrópicos que podem acometer o público pediátrico. A frequência de detecção de herpesvírus, enterovírus e citomegalovírus sugere a relevância de considerar essas infecções, tanto isoladas quanto em contexto de coinfeção, em quadros clínicos sugestivos.

Tabela 4 - Distribuição dos achados laboratoriais. Rio Grande do Norte, 2025.

Positividade Laboratorial (Menores de 15 anos)		
Variável	N	%
Chikungunya_IgM(soro)	9	12,50%
Dengue_IgM(soro)	9	12,50%
Herpes Virus_IgM(soro)	8	11,11%
Enterovirus_RT-PCR(soro)	6	8,33%
Citomegalovirus_IgM(soro)	5	6,94%
Epstein Barr_IgM(soro)	4	5,56%
Herpes Virus_IgG(soro)	4	5,56%
Chikungunya_IgG(soro)	2	2,78%
Citomegalovirus_IgG(soro)	2	2,78%
Enterovirus_RT-PCR(liquor)	2	2,78%
Zika_IgG(soro)	2	2,78%
Chikungunya_RT-PCR(soro)	1	1,39%
Citomegalovirus_RT-PCR(soro)	1	1,39%
Dengue_RT-PCR(urina)	1	1,39%
Epstein Barr_IgG(soro)	1	1,39%
Oropouche_IgM(liquor)	1	1,39%
Rubéola, IgG Reagente	3	4,17%
Sarampo, IgG Reagente	2	2,78%
Rinovírus, Biologia Molecular	2	2,78%
Influenza A, Biologia Molecular	3	4,17%
Toxoplasmose, IgG Reagente	1	1,39%
Adenovírus, Biologia Molecular	1	1,39%
COVID-19, Biologia Molecular	2	2,78%

O perfil clínico identificado, febre, cefaleia, vômitos, náusea, prostração, aliado a presença de sinais neurológicos como convulsões, paresias e alterações de nível de consciência, é compatível com a apresentação clássica de encefalite viral(5). Essas apresentações sintomáticas também são descritas em revisões recentes, que as reconhecem como às principais manifestações da encefalite viral em adultos e crianças(6).

De forma geral, os achados da vigilância das doenças neuroinvasivas por arbovírus no contexto local mostram-se coerentes com os padrões descritos na literatura, sobretudo no que se refere ao perfil clínico, aos grupos etários acometidos e à sazonalidade. No contexto das arboviroses urbanas, os dados de dengue e Chikungunya apresentam proporções de positividade compatíveis com achados de outros estudos nacionais(7).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise epidemiológica das doenças neuroinvasivas no estado do Rio Grande do Norte, no período de 2024 a 2025, revelou um cenário marcado pelo crescimento expressivo no número de notificações, ampliação do perfil etário acometido e alta diversidade etiológica. O ano de 2025 se destacou por apresentar aumento sustentado de casos a partir da SE 10, com picos significativos nas SE 14, 17, 18 e 23, sugerindo sazonalidade e reforçando a necessidade de medidas preventivas antecipadas, vale destacar que a sensibilidade da vigilância epidemiológica hospitalar também é um fator importante a considerar.

A ampliação do número de casos nas faixas etárias pediátricas e adultos jovens evidencia uma maior vulnerabilidade desses grupos, exigindo estratégias de vigilância mais direcionadas. O perfil clínico caracterizado por sintomas neurológicos associados a sinais sistêmicos inespecíficos reforçou a importância da suspeição clínica precoce, da coleta oportuna de líquido e da integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

No campo laboratorial, observou-se uma elevada heterogeneidade etiológica, com destaque para arbovírus urbanos como Dengue e Chikungunya, além da presença marcante de vírus como Herpes Vírus e Citomegalovírus, inclusive em crianças menores de 15



anos. A positividade de exames moleculares em líquido confirma infecção ativa no sistema nervoso central, ressaltando a necessidade de um painel diagnóstico ampliado que contemple múltiplos agentes neurotróficos e diferentes tipos de amostras biológicas.

O processo de análise e monitoramento dos casos destacou demandas importantes voltadas à necessidade de aprimorar essa vigilância considerando a dificuldade na classificação e encerramento dos casos, pois à complexidade diagnóstica dos quadros neurológicos dificulta atingir um grau de certeza diagnóstica sobre qual agente etiológico de fato causou a doença neuroinvasiva.

Como medida primordial ao aprimoramento destaca-se a formação de um Grupo Técnico Estadual para a vigilância das doenças neuroinvasivas a esclarecer com a composição mínima de um médico(a) infectologista, responsável pela discussão de conduta clínica e encerramento de casos, (um/uma) médico(a) neurologista responsável pela análise de manifestações neurológicas e correlação clínico-laboratorial e representantes da Coordenação Estadual de Vigilância e Controle das Arboviroses do Rio Grande do Norte e Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN-RN).

O referido grupo fortaleceria a avaliação dos casos suspeitos e orientariam o encerramento oportuno, auxiliariam na revisão dos algoritmos diagnósticos, incluindo painel ampliado de arbovírus, enterovírus e vírus respiratórios, fortaleceriam a integração entre vigilância epidemiológica, assistência hospitalar e laboratório de referência e colaborariam na elaboração de relatórios para subsidiar medidas de prevenção e controle.

Além da instituição do Grupo Técnico observou-se a importância da sistematização da vigilância das doenças neuroinvasivas por arbovírus, com a finalidade de manter a vigilância ativa para notificação de síndromes neurológicas compatíveis, padronizar fluxos de coleta de líquido e soro dentro dos primeiros 5 dias do início dos sintomas, reforçar a capacitação dos laboratórios municipais para envio ágil de amostras ao LACEN RN e atualizar protocolos clínico-epidemiológicos conforme notas técnicas vigentes do Ministério da Saúde.

AGRADECIMENTOS

Expressamos nossa sincera gratidão aos colegas **Shelyane Camila Sotero de Melo, Rafaela Oliveira de Araujo Grilo, Emerson Tiago de Sousa Lima e Sílvia Dinara do Nascimento Alves**, que contribuíram de forma significativa para o processo de aprimoramento da vigilância das doenças neuroinvasivas no estado do Rio Grande do Norte. O empenho e a colaboração de cada um foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

5 REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância sentinela de doenças neuroinvasivas por arbovírus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 2 [recurso eletrônico]. 6ª ed. rev. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024.
3. Brasil. Governo do Estado do Rio Grande do Norte. Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP/RN). Nota Técnica nº 5/2023/SESAP - CVS - SUVIGE/SESAP - CVS/SESAP - SECRETARIO. Natal (RN): SESAP/RN; 2023.
4. Governo do Estado do Rio Grande do Norte. Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP/RN). Nota Técnica nº 1/2024/SESAP - CVS - SUVIGE - ARBOV/SESAP - CVS - SUVIGE/SESAP - CVS/SESAP - SECRETARIA. Natal (RN): SESAP/RN; 2024.
5. MSD Manuals. Encefalite viral – abordagem clínica e diagnóstica [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 5]. Available from: <https://www.msmanuals.com>
6. Costa BK, Sato DK. Viral encephalitis: a practical review on diagnostic approach and treatment. *J Pediatr (Rio J)*. 2020;96(Suppl 1):12-9.
7. Davi BFA, Barros CT, Moura FWM, Rodrigues BP, Negreiros LS, Carvalho VRQ, et al. Manifestações neurológicas provocadas pelas principais arboviroses no Brasil. *Enferm Bras*. 2023;22(5):802-27. doi: 10.33233/eb.v22i5.5550

VER-SUS em terras potiguares: um relato de experiência a partir de um olhar sobre a Equidade em Saúde

VER-SUS in Rio Grande do Norte: an experience report from a perspective on Health Equity

Dândara Nayara Azevedo Dantas; Larissa Grace Nogueira Serafim de Melo; Lavinia Mabel Viana Lopes

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo apresentar as vivências do VER-SUS Equidade, na cidade de Natal/RN, a partir do olhar de facilitadoras do projeto. As vivências envolveram o grupo indígena Warao, a comunidade Mendonça do Amarelão, o Museu Câmara Cascudo, o Ambulatório Transexual e Travesti (Ambulatório TT) e o Centro de Referência da Mulher Elizabeth Nasser (CREN). Nas vivências envolvendo os povos originários (grupo indígena Warao, comunidade Mendonça do Amarelão e Museu Câmara Cascudo), percebeu-se a necessidade de uma compreensão crítica sobre a história dessa população, reflexões sobre os efeitos da colonização na construção das desigualdades atuais e construção de políticas públicas que respeitem a diversidade cultural, territorial e as especificidades das populações indígenas. O Ambulatório TT, uma conquista, aponta para a importância dos movimentos sociais para a garantia de direitos da população LGBTQIAPN+, mas também para iniquidades sofridas por pessoas trans e travestis, como o acesso aos serviços, as barreiras para inserção no mercado de trabalho, o respeito ao nome social e o cuidado em saúde mental. No CREN, a experiência permitiu refletir sobre as interfaces entre saúde, direitos e justiça social, além de destacar a importância de uma formação profissional sensível às múltiplas expressões da violência contra a mulher e à construção de redes de cuidado intersetoriais. A partir das vivências proporcionadas pelo VER-SUS Equidade, reafirmou-se o papel transformador da formação em saúde pautada pela integração entre ensino, serviço e comunidade, ampliando a consciência crítica e sanitária dos estudantes e fortalecendo seu compromisso ético-político com a transformação social.

Palavras-chave: Equidade. Desigualdades em Saúde. Sistema Único de Saúde. Política de Saúde. Colaboração Intersetorial.

ABSTRACT

This article aims to present the experiences of VER-SUS Equidade in the city of Natal, Rio Grande do Norte, from the perspective of project facilitators. The experiences involved the Warao Indigenous group, the Mendonça do Amarelão community, the Câmara Cascudo Museum, the Transsexual and Transvestite Outpatient Clinic (TT Outpatient Clinic), and the Elizabeth Nasser Women's Reference Center (CREN). The experiences involving the indigenous peoples (Warao Indigenous group, Mendonça do Amarelão community, and the Câmara Cascudo Museum) highlighted the need for a critical understanding of the history of this population, reflections on the effects of colonization on the construction of current inequalities, and the development of public policies that respect cultural and territorial diversity and the specificities of indigenous populations. The TT Outpatient Clinic, a significant achievement, highlights the importance of social movements in guaranteeing the rights of the LGBTQIAPN+ population, but also the inequities faced by trans and transvestite people, such as access to services, barriers to entering the job market, respect for social names, and mental health care. At CREN, the experience allowed reflection on the interfaces between health, rights, and social justice, in addition to highlighting the importance of professional training sensitive to the multiple expressions of violence against women and the construction of intersectoral care networks. Based on the experiences provided by VER-SUS Equidade, the transformative role of he-



alth education, guided by the integration of teaching, service, and community, was reaffirmed, expanding students' critical and health awareness and strengthening their ethical and political commitment to social transformation.

Keywords: Equity. Health Inequalities. Unified Health System (SUS). Health Policy. Intersectoral Collaboration.

ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

A formação em saúde no Brasil, especialmente após a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), exige a articulação entre teoria e prática, com enfoque na integralidade do cuidado, na equidade e no reconhecimento das diversidades socioculturais presentes no território. Nesse contexto, o Programa de Vivência e Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS) se configura como uma estratégia potente de educação para o fortalecimento do SUS, ao promover experiências formativas que aproximam estudantes das realidades sociais e dos desafios concretos enfrentados pelos usuários e trabalhadores do sistema de saúde(1).

O presente relato de experiência se refere às vivências durante o VER-SUS em Natal/RN, especialmente nas visitas ao grupo indígena Warao (refugiado da Venezuela), à comunidade indígena Mendonça do Amarelão, ao Museu Câmara Cascudo, ao Ambulatório TT – serviço de referência no cuidado à população travesti e transexual –, e ao Centro de Referência da Mulher Elizabeth Nasser (CREN), mantido pelo poder público municipal. Esses espaços permitiram o contato direto com populações historicamente marginalizadas, cujas vulnerabilidades são atravessadas por marcadores sociais como etnia, território, gênero e nacionalidade.

Tais vivências revelam a complexidade do cuidado em saúde quando se trata de populações indígenas e de pessoas trans, especialmente no que se refere ao acesso aos serviços, respeito às especificidades culturais e identitárias, e enfrentamento das desigualdades estruturais(2,3,4). Os povos originários, por exemplo, historicamente sofrem com a negação de direitos básicos, como terra, saúde e educação, em um processo de invisibilização que remonta à colonização e persiste, ainda hoje, em políticas públicas pouco sen-

síveis às suas realidades(5,6). No caso dos indígenas Warao, tal vulnerabilidade é agravada pela condição de migração forçada, situação que escancara a precariedade das estruturas de acolhimento e o desafio de políticas públicas interculturais(2).

De modo semelhante, a população travesti e transexual enfrenta profundas barreiras no acesso à saúde, frequentemente relacionadas ao preconceito institucional, à patologização das identidades e à ausência de profissionais capacitados para um cuidado integral e respeitoso(7,8). A existência de serviços como o Ambulatório TT em Natal representa uma conquista da luta por direitos e da mobilização social, mas também evidencia os limites de um sistema que ainda não assegura, de forma equitativa, o cuidado a essa população.

A visita ao Centro de Referência da Mulher Elizabeth Nasser também evidenciou a centralidade da saúde na articulação com as políticas públicas de enfrentamento à violência de gênero. O CREN, enquanto equipamento da rede de atenção integral à mulher em situação de violência, proporciona acolhimento psicossocial, jurídico e assistencial, desempenhando um papel fundamental na garantia dos direitos humanos e na promoção da dignidade das mulheres. A experiência no local permitiu refletir sobre as interfaces entre saúde, direitos e justiça social, além de destacar a importância de uma formação profissional sensível às múltiplas expressões da violência contra a mulher e à construção de redes de cuidado intersetoriais.

A visita ao Museu Câmara Cascudo, por sua vez, funcionou como eixo articulador entre as práticas e a memória social, promovendo a compreensão crítica da história dos povos originários no Rio Grande do Norte e permitindo uma reflexão sobre os efeitos da colonização na construção das desigualdades atuais. A mediação feita por profissionais e facilitadores do PE-T-Saúde/Equidade e da UFRN possibilitou um espaço de escuta, troca e ressignificação do papel da saúde enquanto promotora de cidadania e dignidade.

Diante disso, o presente artigo tem por objetivo apresentar as vivências do VER-SUS Equidade, a partir do olhar de facilitadoras do projeto, docentes da UFRN. As vivências buscam apresentar os espaços visitados, os diálogos com as populações e as reflexões acerca das iniquidades em saúde. Elas descrevem, também, a integração entre estudantes, facilitadores, trabalha-

dores e usuários do SUS.

DESENVOLVIMENTO

O relato de experiência foi sistematizado com o objetivo de apresentar reflexões a partir das vivências com esses grupos sociais, e está organizado em três seções principais: (1) os povos originários no Rio Grande do Norte, com foco nas comunidades indígenas visitadas e no papel da memória e da cultura no fortalecimento da identidade e da saúde; (2) o Ambulatório TT: acesso e resistência em Natal/RN, que discute a importância de políticas públicas voltadas à população trans e os desafios cotidianos enfrentados no cuidado em saúde; e (3) o CREN e o enfrentamento à violência de gênero: saúde, direitos e cidadania.

Os povos originários no Rio Grande do Norte

As experiências no VER-SUS proporcionaram uma imersão significativa na realidade social, histórica e cultural de diferentes populações em situação de vulnerabilidade, especialmente os povos originários. Três atividades, em especial, destacaram-se por evidenciar a resistência que atravessam esses povos: a visita ao grupo indígena Warao, refugiado da Venezuela, uma roda de conversa com foco na história e nos direitos indígenas no Rio Grande do Norte na Comunidade Mendonça do Amarelão, na Zona Norte de Natal e a visita ao Museu Câmara Cascudo.

A visita ao grupo indígena Warao revelou uma realidade marcada pelo deslocamento forçado, pela luta por pertencimento e pela preservação cultural da segunda maior etnia da Venezuela, que possivelmente ocupa há cerca de milhares de anos três regiões do nordeste do país: os estados do Delta Amacuro, Monagas e Sucre, que se situam no delta do rio Orinoco, ou seja, às margens de um rio.

Atualmente, muitas pessoas pertencentes a esta etnia estão refugiadas no Brasil, sendo assim consideradas por questões humanitárias. O grupo visitado é composto por cinco famílias que migraram para fora de seu país de origem, chegando ao nordeste brasileiro há cerca de cinco anos, onde estão morando atualmente em um bairro residencial na zona sul do município de

Natal/RN. Todas as famílias compartilham uma mesma residência, que é uma casa alugada com apoio do poder público, que também mantém o fornecimento de cestas básicas para suprimento das necessidades.

Chegando ao local, fomos recebidos por Misael, liderança do grupo indígena, e um dos poucos dentre os refugiados que se comunica bem em língua portuguesa, pois a maior parte do grupo comunica-se apenas por meio de sua língua própria, a língua warao. Em tempo, o termo warao na língua nativa significa “povo da água”. A partir de então, fizemos parte de uma roda de conversa que permitiu um diálogo aberto, e com muitos esclarecimentos a respeito do contexto socioeconômico dos indígenas na Venezuela, que culminou com a decisão desse grupo indígena em específico de buscar refúgio no Brasil.

Também foi possível conhecer um pouco sobre os modos de vida desse povo indígena em sua terra natal, e as recentes modificações propiciadas pelo contato com povos não indígenas. Vale destacar que o grupo está residindo em contexto urbano, na capital do estado do Rio Grande do Norte; outrora, antes da migração, viviam em comunidade rural, exercendo atividades de agricultura e pesca tradicional, em um contexto de hábitos de vida não urbano.

Como liderança que conduziu o diálogo, Misael buscou enfatizar os anseios e objetivos do grupo de famílias indígenas, algo que inclui, especialmente, a busca por permanecer no litoral do nordeste do Brasil, uma vez que consideram este um bom lugar para residirem, dado à boa receptividade local, como também características naturais, tais como clima, hidrografia e vegetação.

No relato de Misael, foi perceptível ainda a luta constante do grupo por melhores condições de vida, preservação de sua cultura e identidade, com destaque para seus ritos, crenças, usos e costumes. Misael também apontou as diversas experiências vivenciadas até então no Brasil, especialmente com o atendimento no âmbito do SUS, com evidência para o enfrentamento à pandemia da Covid-19, quando receberam vacina contra a doença, sendo essa uma das muitas imunizações recebidas desde que adentraram no território brasileiro.

A aproximação com este grupo indígena permitiu reflexões sobre a complexidade da garantia do direito à

saúde, e inclusão social em seus vários aspectos, para pessoas migrantes. Compreende-se que há grandes desafios postos ao Brasil no contexto de acolhimento aos migrantes indígenas. Entretanto, acredita-se que o respeito à sua diversidade sociocultural seja um passo importante para auxiliar esses povos na construção de sua autonomia em um país estrangeiro.

Outro ponto de grande relevância foi a visita às comunidades indígenas, com deslocamento para a Comunidade Mendonça do Amarelão, na Zona Norte de Natal. Sob a acolhida da liderança local, Maria, foi realizada uma roda de conversa com representantes indígenas, que possibilitou um diálogo profundo sobre a realidade desses povos na cidade de Natal e em outros territórios do Rio Grande do Norte.

Foram discutidos temas como o contexto histórico de migração das famílias de João Câmara para Natal, os processos de ocupação de terras e os desafios na afirmação da identidade indígena em um cenário urbano. A conversa também abordou as dificuldades enfrentadas durante o período da pandemia de Covid-19, que ampliou vulnerabilidades já existentes e evidenciou a necessidade de políticas públicas voltadas à mitigação das desigualdades, especialmente relacionadas ao direito à moradia digna, ao acesso aos serviços de saúde, a alimentação e à educação.

Foi possível perceber que, vivendo em um ambiente urbano, as comunidades já se encontram influenciadas pela cultura cidadina, o que se expressa em aspectos como hábitos alimentares, compreensão do processo saúde-doença e práticas de cuidado. Ainda assim, a luta pela preservação da identidade dos povos indígenas permanece central, sendo vista como forma de resistência e de fortalecimento comunitário.

Essas vivências permitiram um contato direto com os diferentes atores sociais, integrando estudantes, facilitadores e trabalhadores em um exercício coletivo de aprendizado. A experiência favoreceu o desenvolvimento de um olhar crítico sobre a importância da construção de políticas públicas que respeitem a diversidade cultural e territorial, contemplem as especificidades das populações indígenas no contexto urbano.

Na visita ao Museu Câmara Cascudo, fomos recebidos por um guia que conduziu o momento. Na ocasião, contemplamos uma exposição sobre os povos

originários no território do Rio Grande do Norte, a “RN é terra indígena”. Estavam presentes estudantes, facilitadores (da UFRN e SESAP) e um profissional da rede SUS, preceptor do PET-Saúde Equidade.

Iniciamos a exposição, conhecendo sobre os povos originários no estado e refletindo sobre os aspectos históricos relacionados à colonização e à chegada de Portugal às terras potiguaras. Vimos o “Marco de Touros”, um monumento português de 1501, construído e usado por Portugal para demarcar a posse da terra. Mais adiante, contemplamos peças, utensílios e objetos que representam a cultura de povos indígenas, as quais foram doadas ao Museu por alguns grupos. O guia do museu, ao conduzir a visita, fazia perguntas, provocações e reflexões aos visitantes, abordando cultura, identidade, saberes populares, direito à terra e os impactos da colonização e das políticas sociais nessa população.

A visita foi encerrada com a apresentação de uma obra artística, estampada nas próprias paredes e teto do museu, representando as constelações indígenas. O guia nos destaca uma delas, “o homem velho”, e nos convida a contemplar o céu sob a perspectiva daquelas que há muito estão e constroem essa terra.

Ao final do encontro, os estudantes foram organizados em uma roda de conversa, mediada pelos facilitadores por meio de questões disparadoras. Nesse momento, relacionados a visita ao museu às visitas grupo indígena Warao e a Comunidade Mendonça do Amarelão, descritas anteriormente neste mesmo tópico. Nesse sentido, os estudantes foram convidados a trazerem suas percepções e reflexões diante da realidade, buscando relacioná-las ao conceito ampliado de saúde e à cidadania, compreendendo a saúde como um direito constitucional no país. Retomamos o conceito de acesso e equidade em saúde, refletindo sobre as condições de vida e saúde dos povos originários no Brasil e as iniquidades que atravessam essa população, as quais foram observadas, mas também evidenciadas nas falas ouvidas no Amarelão e pelos Warao.

A vulnerabilidade envolvendo os povos originários no Brasil são históricas. Embora tenha sido destacado pelos Warao o acesso à vacinação contra a Covid-19, foi durante a pandemia que mais se evidenciou às iniquidades que cercam à população indígena. Considerando o cenário nacional durante da Covid-19, ficou evi-

denciada a falta de proteção – por parte do Estado – à saúde dessa população(9). O contexto político também tem sido desafiador. Com as discussões envolvendo o marco temporal, o parlamento brasileiro, ao que parece, está mais disposto a impulsionar o agronegócio, a mineração e a indústria em detrimento dos direitos da população indígena, o que favorece a ocupação ilegal de terras da União e os crimes ambientais (principalmente no espaço da Amazônia)(10), problemas históricos que perpassam a vida desses sujeitos ao longo dos anos.

Ambulatório tt: acesso e resistência em Natal/RN

O olhar direcionado à saúde da população LGBTQIAPN+ tem sido fundamental para combater e reduzir às iniquidades em saúde. O Ambulatório TT da cidade de Natal/RN está localizado exatamente no mesmo lugar que o Centro Municipal de Cidadania LGBT e existe há 5 anos na cidade, sendo um marco para a saúde pública municipal. Fruto de lutas, é uma conquista para a população LGBTQIAPN+, já tendo realizado centenas de atendimentos ao público desde sua criação. Porta aberta à população, conta com uma equipe multiprofissional para o cuidado, composta por profissionais da medicina, enfermagem, serviço social e psicologia.

Ao chegarmos no ambulatório TT, fomos recebidos em uma sala organizada com itens que representavam as atividades e ações desenvolvidas pelo serviço. A bandeira trans, preservativos, testes rápidos, cartilhas de orientação e qualificação profissional (produzidas no SUS) e as ampolas representando a terapia hormonal. Com uma metodologia de roda de conversa, estavam presentes estudantes, facilitadores (da UFRN e da SESAP) e uma profissional do serviço, Cléa Patrícia, coordenadora do ambulatório e mediadora do encontro.

A apresentação do Ambulatório TT envolveu não apenas a descrição dos serviços que são ofertados, mas discutiu, sobretudo, os aspectos relacionados às iniquidades em saúde para com as pessoas trans e travestis. Desse modo, a apresentação perpassou sobre: o acesso das pessoas trans e travestis a outros serviços do SUS onde, por vezes, sofrem discriminação nos próprios serviços; as barreiras para inserção no mercado de trabalho; (a falta de) respeito ao nome social,

um direito constitucional, ato de dignidade e cidadania; o cuidado em saúde mental, tão necessário nesse contexto de vulnerabilidade, além do apoio psicossocial essencial no processo de transição; o contexto de discriminação e transfobia na sociedade em geral; e a importância dos movimentos sociais para a garantia de direitos da população LGBTQIAPN+.

Nosso encontro foi interrompido algumas vezes, pois chegavam usuários para administração hormonal. Cléa prontamente saía para o acolhimento e oferta de cuidado. Na volta, sempre apontava a importância daquele espaço para a garantia de acesso e de um cuidado qualificado à população trans e travesti.

Em um segundo momento de reflexões com os estudantes, eles foram convidados a compartilhar sobre os sentidos, sentimentos e inquietações que surgiram após a visita ao Ambulatório TT. A partir disso, elaboramos sobre a vulnerabilidade de grupos e populações específicas no país que enfrentam, ainda, iniquidades para o acesso à saúde e à espaços da sociedade, como o ambiente familiar e de trabalho. Refletimos, ainda, como o movimento social foi importante para a criação do Ambulatório TT na cidade de Natal/RN e, a partir disso, rememoramos a importância dos movimentos sociais no processo da Reforma Sanitária Brasileira e na criação e resistência do SUS.

Autores(7) destacam que, dentre os principais desafios vivenciados pela população trans no Brasil, está a patologização da transexualidade, o acolhimento realizado de maneira inadequada, a qualificação dos profissionais, a inexistência de rede de saúde e a escassez de políticas de promoção da equidade e respeito às identidades de gênero trans. Ainda que o Ambulatório TT busque romper o paradigma biomédico e seja um símbolo de resistência e luta por acesso, ainda existe um caminho importante a ser percorrido, sobretudo considerando questões políticas e sociais. É necessário, portanto, fortalecer as políticas de saúde e criar espaços de garantia de direitos, como a estruturação de uma rede de saúde para essa população, viabilizando linhas de cuidado e integralidade da atenção, passos importantes para a equidade em saúde.

O CREN e o enfrentamento à violência de gênero: saúde, direitos e cidadania



Para compreender o contexto público de combate à violência contra a mulher foi realizada uma visita a um equipamento que faz parte da rede de combate à violência contra a mulher, a saber: o Centro de Referência da Mulher Elizabeth Nasser - CREN, mantido em funcionamento na cidade de Natal/RN pelo poder público municipal.

O CREN conta com adequada estrutura física e equipe qualificada para prestar atendimento psicológico, social, psicossocial e orientação jurídica especializada em casos enquadrados nos diversos tipos de violência contra a mulher existentes. Para tanto, o CREN possui sala para atendimentos em grupo/reuniões, recepção, brinquedoteca e salas de atendimento individualizado, onde atuam profissionais psicólogos, assistentes sociais e assessoria jurídica.

O centro se configura como local de concretização de política pública voltada à assistência à mulher, estando disponível para acolher e orientar mulheres do município de Natal/RN, uma vez sendo vítimas de algum tipo de violência. No momento da visita fomos acolhidos pelos profissionais que estavam trabalhando no centro, e nos explicaram todo o contexto histórico de criação deste, bem como sua forma de funcionamento.

A partir do relato dos profissionais, foi possível compreender a importância do apoio psicológico, jurídico e social para romper o ciclo de violência. O trabalho não é realizado somente a partir de atendimento individualizado, mas também em um grupo de apoio, denominado Grupo das Margaridas, que foi criado com o objetivo de auxiliar as mulheres vítimas de violência a reconquistarem a sua autoestima, e apoiarem-se mutuamente no redirecionamento de suas vidas.

Além disso, ficou evidente a importância do trabalho multiprofissional na promoção do empoderamento e autonomia feminina, muitas vezes necessários para o não retorno ao ciclo de violência. Acreditamos que a visita tenha fomentado o conhecimento sobre a rede de combate à violência contra a mulher, como também contribuído para enfatizar o papel da sociedade no apoio às mulheres vítimas de violência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vivências proporcionadas pelo VER-SUS Equi-

dade em Natal/RN reafirmam o papel transformador da formação em saúde pautada pela integração entre ensino, serviço e comunidade. O contato direto com populações historicamente marginalizadas, como os povos indígenas Warao e Mendonça do Amarelão, a população travesti e transexual atendida pelo Ambulatório TT, e as mulheres acolhidas pelo Centro de Referência Elizabeth Nasser, evidenciou as múltiplas expressões das iniquidades em saúde e a urgência de políticas públicas comprometidas com a justiça social.

Essas experiências formativas possibilitaram não apenas o reconhecimento das barreiras estruturais que afetam o acesso à saúde — marcadas por racismo, transfobia, xenofobia e sexismo institucional —, mas também estimularam uma reflexão crítica sobre o papel dos futuros e atuais profissionais de saúde na construção de práticas mais humanizadas, integradas e comprometidas com a equidade.

Além disso, a mediação de espaços como o Museu Câmara Cascudo demonstrou como a memória e a história influenciam a forma como as desigualdades são produzidas e mantidas, sendo a compreensão desse contexto essencial para o fortalecimento de um SUS que respeite a diversidade cultural e garanta dignidade a todos os sujeitos.

Conclui-se que experiências como o VER-SUS são fundamentais para consolidar uma formação em saúde comprometida com os princípios do SUS, ampliando a consciência crítica e sanitária dos estudantes e fortalecendo seu compromisso ético-político com a transformação social. A escuta ativa, o diálogo intercultural e o trabalho interprofissional devem ser permanentemente valorizados como pilares para a construção de um cuidado em saúde que reconheça e atue sobre as múltiplas vulnerabilidades sociais.

REFERÊNCIAS

1. Canônico RP, Brêtas ACP. Significado do Programa Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde para formação profissional na área de saúde. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(2):256-61.
2. Bonfim J, Cardoso AM, Garnelo L, Mendes AM, Souza MLP. Migração indígena e desafios ao SUS: a situação dos Warao em Roraima. *Cad Saúde Pública.* 2021;37(3):e00226920.
3. Mendes EM, Silva TM. Saúde indígena e políticas interculturais: avanços e desafios no Brasil contemporâneo. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2019;19(Suppl 1):111-20.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes para o cuidado à saúde de pessoas trans. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_saude_pessoas_trans.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/saude-indigena>
6. Castilho MWV, Castilho EWV. O desafio da invisibilidade dos indígenas em contexto urbano. *Confluências.* 2023;25(3):120-40. doi: 10.22409/conflu.v25i3.59956
7. Rocon PC, Wandekoken KD, Barros MEB, Duarte MJO, Sodré F. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/65297>
8. Pinheiro TF, Carvalho MVF, Prado NM, Rocon PC, Gurgel H, Prado EV, et al. Dificuldades e avanços no acesso e no uso de serviços de saúde por mulheres trans e travestis no Brasil: estudo multicêntrico. *PLOS Glob Public Health.* 2024;4(6):e0002613.
9. Lopes LMV. Marcas de uma pandemia no Brasil: análise bioética de fatores relacionados à postura do Estado brasileiro frente à Covid-19 [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/58239>
10. Basta PC. Garimpo de ouro na Amazônia: a origem da crise sanitária Yanomami. *Cad Saúde Pública.* 2023 Dec 22;39(12):e0011823. doi: 10.1590/0102-311XPT11823.

Desafios para a educação permanente em saúde: ação com residentes de um programa multiprofissional

Challenges for permanent education in health: action with residents of a multiprofessional program

Ana Beatriz Moraes de Freitas; Natália Amorim Ramos Félix

RESUMO

Introdução: A educação permanente em saúde constitui uma estratégia essencial para transformar práticas profissionais e fortalecer a integração entre ensino e serviço, especialmente no contexto das residências multiprofissionais em saúde. Este trabalho tem como objetivo relatar uma ação educativa promovida com residentes multiprofissionais em saúde, destacando sua contribuição para a identificação e superação de desafios no cotidiano profissional. **Método:** Relato de experiência vivenciado por especialista da pós-graduação em gestão de programas de residências em saúde com alunos de uma Residência Multiprofissional em Saúde a partir da promoção de uma ação para levantamento dos desafios identificados no cotidiano do trabalho no programa de residência no estado do Rio Grande do Norte. **Resultados:** A ação promoveu a reflexão crítica sobre o trabalho do residente no dia a dia, identificando as principais necessidades de saúde da população, território, concepções de saúde e doença, trazendo com grande significância o desafio do cuidado em saúde mental, às populações vulneráveis e o acompanhamento dos usuários e família em busca do desenvolvimento de projeto terapêutico singular e um olhar integral para o indivíduo. **Conclusão:** A execução desta ação proporcionou a reflexão do grupo de residentes sobre a sua prática, identificando os desafios que existem e que podem ser trabalhados à luz da educação permanente em saúde fomentando reflexões sobre as práticas cotidianas, a superação de desafios e a troca de experiências interprofissionais, contribuindo para a qualificação da assistência prestada e a formação de residentes.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, educação permanente em saúde, residência em saúde

ABSTRACT

Introduction: Continuing education in health is an essential strategy to transform professional practices and strengthen the integration between teaching and service, especially in the context of multidisciplinary health residencies. This paper aims to report an educational action promoted with multidisciplinary health residents, highlighting its contribution to the identification and overcoming of challenges in daily professional practice. **Method:** This is an experience report by a postgraduate specialist in health residency program management, carried out with students of a Multidisciplinary Health Residency, through the promotion of an activity designed to identify the challenges faced in the daily work within the residency program in the state of Rio Grande do Norte. **Results:** The activity promoted critical reflection on the resident's daily work, identifying the main health needs of the population, the territory, and conceptions of health and disease. It highlighted the challenges related to mental health care to vulnerable populations and the monitoring of users and families, while developing a unique therapeutic project and a holistic view of the individual. **Conclusion:** The implementation of this action allowed the group of residents to critically reflect on their professional practice, recognize existing challenges, and identify opportunities for improvement through continuing education in health. The initiative fostered interprofessional exchange, the rethinking of daily practices, and strategies for overcoming challenges, contributing to the qualification of healthcare delivery and the training of residents.

Keywords: primary health care, continuing education in health, health residency



INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada uma estratégia determinante para a efetivação do cuidado em saúde. A APS é fundamental para o manejo efetivo das condições crônicas, ações de promoção à saúde, práticas preventivas e redução de iniquidades visando um cuidado integral para as populações. Trata-se de uma estratégia capaz de produzir a transformação do sistema de saúde, em busca de respostas aos principais problemas e condições de saúde de uma população, pautada na mudança prático-assistencial dos profissionais de saúde e na representação de primeiro nível de atenção(1).

No Brasil, a APS surgiu como estratégia para o alcance dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): equidade, universalidade e integralidade. Reconhecido como eixo estruturante da política pública de saúde. As mudanças ocorridas ao longo dos anos sobre o conceito de saúde e de assistência à saúde pautadas pelos princípios do SUS – universalidade, integralidade, equidade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação social – exigiram mudanças na prática dos diversos profissionais que atuam na atenção à saúde. Neste contexto, as equipes multiprofissionais surgem como uma das principais reformulações visando garantir melhor qualidade no cuidado à saúde do usuário(2).

O atendimento realizado entre diferentes profissões da saúde é uma modalidade de trabalho coletivo que se baseia na comunicação e no diálogo como instrumentos fundamentais para a interação entre os agentes e a troca de saberes técnicos, com o objetivo de propiciar a melhor interação entre os diversos profissionais em busca da garantia de melhores resultados na assistência ao paciente(3).

As residências multiprofissionais são espaços para o desenvolvimento da educação interprofissional (EIP), conceito que vem sendo discutido ao longo das últimas décadas. A EIP oferece aos estudantes oportunidades para aprendizado em conjunto com outros profissionais para desenvolver atributos e habilidades necessárias em um trabalho coletivo(4).

Entende-se a Residência Multiprofissional em Saúde como um espaço de construção de novos saberes e conhecimentos compartilhados a partir do Sis-

tema Único de Saúde (SUS)(5). A multidisciplinaridade se mostra como uma potencialidade para a busca da integralidade do cuidado, possuindo em sua base uma formação com múltiplas profissões da área da saúde.

A participação de uma equipe multiprofissional consiste em atividades interdisciplinares com construção de conhecimento e ações geradas das trocas de saberes de trabalho, com um posicionamento ético e político trabalhando o diálogo e negociação para comum acordo à resolução de demandas enfrentadas(6).

A Residência Multiprofissional em Saúde tem como objetivo formar profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, uma vez que pressupõe construção interdisciplinar dos profissionais em saúde, trabalho em equipe com foco na educação permanente. Essa formação também se orienta em ações educativas centradas nas necessidades de saúde da população em busca de uma formação consolidada aos princípios do SUS. Sendo assim a Residência Multiprofissional em Saúde um importante espaço para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), o qual pode se constituir como um dispositivo potencial para promover as mudanças pretendidas pelos profissionais de saúde(7).

A EPS inserida pelo Ministério da Saúde como uma política de saúde no Brasil por meio das Portarias nº 198/2004 e nº 1.996/2007, tem como objetivo nortear a formação e a qualificação dos profissionais inseridos nos serviços de saúde, com a finalidade de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho(8).

Destaca-se que a APS consiste em um potente espaço para consolidação da EPS por realizar práticas compartilhadas em equipes com a utilização de distintas tecnologias para o cuidado dos usuários, por ter papel indutor no trabalho interdisciplinar da equipe, na construção de vínculo entre equipe e usuários e na reformulação do saber e da prática tradicional em saúde(9).

Sabendo-se que a EPS é um pilar essencial para o fortalecimento dos sistemas de saúde e para a qualificação dos profissionais que atuam na linha de frente do cuidado. No contexto das residências multiprofissionais em saúde sua relevância é ampliada, pois essas formações se configuram como estratégias fundamentais para a integração entre ensino e servi-



ço, promovendo o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e relacionais possibilitando o fortalecimento do trabalho em equipe, a valorização do conhecimento coletivo e a construção de práticas interprofissionais, alinhadas aos princípios do SUS.

Discutir a importância da educação permanente no contexto das residências em saúde é oportuno e relevante para consolidar essa prática como eixo estruturante das políticas de formação em saúde.

Desta maneira, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência vivenciada com residentes multiprofissionais em Saúde acerca dos desafios do cotidiano em uma ação de educação permanente em saúde. Este trabalho justifica-se ao contribuir para ampliar o debate sobre a EPS, evidenciar seus impactos positivos e propor melhorias para a qualificação da formação de profissionais e, conseqüentemente, do sistema de saúde.

MÉTODO

O presente trabalho consiste em um relato de experiência oriundo de uma prática interdisciplinar desenvolvida por discentes da pós-graduação em Gestão de Programas de Residências em Saúde do Rio Grande do Norte, em parceria com residentes multiprofissionais em processo de formação. A escrita do relato de experiência foi escolhida como metodologia do trabalho pois evidencia, de forma objetiva, uma vivência enriquecedora do pesquisador e contribui diretamente para o processo de aprendizagem, proferindo as reflexões teóricas do relato de experiência(10).

A Residência Multiprofissional em Saúde tem por premissa básica a formação de um grupo de profissionais de diferentes áreas, sendo eles: enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, dentistas e nutricionistas. A ação foi planejada e executada em um único encontro, realizado no período da tarde, pelos discentes, tendo como público-alvo os residentes multiprofissionais em saúde de um município do Rio Grande do Norte cuja atuação está predominantemente vinculada à Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo central consistiu em identificar as necessidades emergentes relacionadas à educação permanente.

A participação dos residentes na APS permeia uma diversidade de profissões que proporciona a multidis-

ciplinaridade de ações. A intersetorialidade na UBS é algo de extrema importância, promovendo a integração com diversos setores e profissões para um cuidado continuado e integral aos usuários.

Para a realizar a ação, foram articuladas reuniões de planejamento com os especializandos, a partir da formação de um grupo de trabalho multiprofissional de discussão em EP, cujo objetivo foi desenvolver ações de fortalecimento para a Residência Multiprofissional em Saúde. No primeiro momento, o intuito foi de identificar as principais necessidades e desafios enfrentados por este grupo no dia a dia da APS enquanto residentes em saúde.

No segundo momento, pensou-se nos atores que seriam convidados para a ação. Os atores foram convidados via formulário online para proposição de uma data de encontro, as pessoas pensadas, a priori, foram os coordenadores envolvidos na residência, preceptores de campo e os residentes.

Para contento, o dia proposto foi de aceitação de 80% do público alvo. E o momento foi realizado em um momento pontual, sendo um período da tarde em uma sala reservada.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A ação planejada teve início no período da tarde, com a apresentação do grupo de especializandos, seguida por uma rodada de apresentação dos atores convidados para compor o coletivo. Estiveram presentes os residentes multiprofissionais, que, em suas falas, ressaltaram a importância da EPS e da valorização do SUS. Alguns participantes citaram o receio do surgimento de novas demandas decorrentes desta ação, em especial devido à falta de tempo em suas rotinas.

Em seguida, foi realizada uma dinâmica onde se solicitou aos residentes que escrevessem, em um papel, *“Uma habilidade ou conhecimento, que sentiram falta no último mês em sua prática profissional e que gostariam de desenvolver”*. As respostas obtidas foram agrupadas e sistematizadas de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 - Habilidades e conhecimentos listados pelos residentes.

Planejamento estratégico
Matriciamento de saúde mental na atenção básica;
Estratégias de cuidado em saúde mental no território;
Debates sobre a medicalização do sofrimento;
Implementação de grupos;
Cuidado continuado;
Ações de prevenção;
Discussões sobre a interconsulta na formação da graduação;
Acolhimento dos usuários;
Redes de atenção, em especial a rede de atenção psicossocial;
A formação da graduação para atuar na atenção básica, considerando os determinantes sociais de saúde;
Acolhimento interprofissional como algo revolucionário;
Dificuldade da população no entendimento de quem é o residente;
Fluxo e articulação de atenção especializada e atenção básica;
Necessidade de fortalecimento do controle social;
Atendimento a pessoas com deficiências que são cada dia mais comuns nos serviços de saúde;
Linha de cuidado da população lgbtqi+.

Fonte: elaborada pelas autoras, 2025.

Após o levantamento das respostas, a intervenção prosseguiu com um momento de explanação abordando conceitos de cuidado em saúde, concepções de saúde e doença, bem como aspectos relacionados à Educação Permanente em Saúde (EPS).

Para realizar a sistematização das principais necessidades e desafios identificados no trabalho interprofissional do residente, foi realizado o seguinte questionamento: "Como podemos integrar a educação permanente em nossa rotina de trabalho?". Surgiu uma chuva de ideias e demandas, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Ideias e demandas apresentadas pelos residentes.

Planejamento estratégico
Saúde mental: Estratégias para se trabalhar no território, matriciamento, Rede de Atenção Psicossocial e Desmedicalização do sofrimento;
Interprofissionalidade e interconsultas: Discussão de casos, Referência e contrarreferência, Formação de grupos e Consultas coletivas
Redes de atenção à saúde: Diálogos entre serviços e equipamentos e Fortalecimento do papel da atenção básica;
Formação com consciência de classe, gênero e raça;
Controle social e participação social;
Atendimento a pessoas com deficiências;
População lgbtqi+: Capacitação dos profissionais para o acolhimento e Rediscussão da linha de cuidado.

Fonte: elaborada pelas autoras, 2025.

A ação foi considerada bem-sucedida, em razão da ampla participação dos residentes e por ter promovido reflexões críticas sobre conceitos de saúde e doença, articuladas às necessidades em saúde, considerando as características da população e do território, bem como as redes de atenção e os determinantes sociais de saúde.

Os resultados desta ação evidenciam múltiplas necessidades e desafios, reforçando de forma coletiva que a Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui um instrumento potente para análise crítica e construção de conhecimentos sobre a realidade local. A EPS estimula os participantes a refletirem sobre seu cotidiano de trabalho, articulando a dimensão educacional do processo como promotora de análises sobre o trabalho, mudanças institucionais e transformação das práticas em serviço. Por meio dos princípios do aprender a aprender, do trabalho em equipe e da construção coletiva do cotidiano, os próprios profissionais tornam-se sujeitos e objetos de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Com relação à qualidade desse processo formativo, deve-se pensar que ele é necessário para atender as necessidades de saúde no SUS, e nos provoca pensar se é necessário considerar reestruturação dos programas frente aos desafios estruturais e organizacionais que possam impactar no processo formativo(11).

Diante da diversidade de cenários das residências no SUS, verifica-se a necessidade de uma EPS mais atuante, capaz de integrar saúde e educação, com o comprometimento das instituições de ensino. Um dos principais entraves identificados é a atuação insuficiente da Educação Permanente, que fragiliza e retarda a integração entre ensino e serviço de saúde. Portanto, torna-se fundamental desenvolver, em conjunto com as equipes de saúde, estratégias que promovam mudanças efetivas no perfil de trabalho das equipes e nas práticas institucionais(12).

Os achados desta ação corroboram evidências da literatura, evidenciando fragilidades e desafios nos serviços de saúde, bem como a necessidade de uma Educação Permanente em Saúde (EPS) mais presente, capaz de promover mudanças efetivas no serviço e, conseqüentemente, na formação dos residentes em saúde (11, 12).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a participação da Residência Multiprofissional em Saúde trabalha de forma interdisciplinar visando a promoção e prevenção, e que, no seu cotidiano, os residentes enfrentam desafios que podem ser potencializados caso não haja o olhar para as necessidades identificadas, as quais dificultam a resolutividade do trabalho e a assistência integral aos usuários, a exemplo a falta de integração entre ensino e serviço e os desafios estruturais e organizacionais.

Diante disso, a Educação Permanente em Saúde emerge como uma estratégia fundamental para transformar práticas profissionais e fortalecer a assistência integral aos usuários. Estes mesmos desafios podem ser superados à medida que se fomente a EPS de forma contínua no campo de trabalho interprofissional, possibilitando o desenvolvimento de atitudes críticas, reflexivas e práticas interdisciplinares, contribuindo para a melhoria nos atendimentos prestados aos usuários da Atenção Primária à Saúde.

A ação relatada demonstrou que a identificação e análise dos desafios enfrentados pelos residentes podem fomentar reflexões críticas que impulsionam mudanças significativas no processo de trabalho. A valorização da troca de experiências entre diferentes áreas do conhecimento, mediada pela Educação Per-

manente, não apenas contribui para a formação de competências interprofissionais, mas também fortalece o papel do residente como agente de transformação dentro dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Pereira AMM, Castro ALB, Oviedo RAM, Barbosa LG, Gerassi CD, Giovanella L. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde Debate*. 2012;36(94):482-99.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social; 1998. 268 p.
4. Sarmiento LF, França T, Magnago C. Experiências de educação interprofissional no contexto das residências multiprofissionais em saúde: estudo de revisão. *Res Soc Dev*. 2022;11(2). DOI: 10.33448/rsd-v11i2.25510.
5. Salvador AS. Construindo a Multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2011;15:329-38.
6. Alves MJ, Araújo HPA, Costa LAS, Marques MCS, Alencar RA. Ação interdisciplinar de promoção à saúde no programa escola da família: relato de experiência de residentes do programa multidisciplinar em saúde da família. *Nursing (Ed. Bras.)*. 2019;22(252):2875-7. DOI: 10.36489/nursing.2019v22i252p2875-2877.
7. Lobato CP. Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: uma cartografia da dimensão política [tese]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2010.
8. Cardoso MLM, Costa PP, Costa DM, Xavier C, Souza RMP. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(5):1489-500.
9. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, et al. Family health strategy: a technological innovation in health. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):584-92.
10. Cunha MI. Conta-me agora!: as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. *Rev Fac Educ*. 1997;23(1-2).
11. Mello ALM, Arruda GTA, Terra MG, Arnemann CT, Siqueira DF. Fatores que interferem no ensino e aprendizagem de residentes multiprofissionais em saúde: revisão integrativa. *Rev ABCS Health Sci*. 2019;44(2):138-46. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.7322/abcs.hs.v44i2.1176>.

12. Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG. Potencialidades da residência multiprofissional em saúde da família: o olhar do trabalhador de saúde. Interface (Botucatu). 2015;19(55):1221-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0653>.

Preceptoría e sua implicação nos processos formativos das residências em saúde

Preceptorship and its implication in the training processes of health residencies

Vanessa Dias de Araújo Barrêto

RESUMO

Introdução: Trata-se de uma produção decorrente do Programa de Especialização em Gestão de Residências em Saúde, realizada num hospital público do interior do Rio Grande do Norte. **Objetivo:** Relatar a experiência na construção de proposta de intervenção de qualificação da preceptoría nos processos formativos em saúde, especialmente, naqueles relacionados aos Programas de Residência em Saúde. **Metodologia:** A partir da análise situacional decorrente de experiências profissionais anteriores relacionadas à atividade de preceptoría, buscou-se evidenciar as fragilidades nos processos formativos, especialmente, no que tange à preceptoría. Essas percepções foram ampliadas após o início da aplicação das microintervenção, com início a partir do mês de junho de 2024, durando até novembro do mesmo ano, num total de 5 atividades. **Resultados:** As microintervensões permitiram a criação do Coletivo de Educação Permanente que, a partir do Planejamento Estratégico Situacional, possibilitou a identificação dos nós críticos principais relacionados às atividades de preceptoría. Além disso, foram propostas estratégias de fortalecimento do processo de ensino-aprendizagem relacionadas à Educação Permanente em Saúde, através de colaboração entre os serviços e as Instituições de Ensino Superior. **Considerações finais:** Este texto constata aspectos da formação relacionada aos Programas de Residência em Saúde, especialmente da preceptoría, de modo a estimular subsídios para maior discussão sobre essa modalidade de formação profissional e seu reflexo nos serviços do SUS.

Palavras-chave: Preceptoría; Saúde; Internato e Residência; Educação Continuada.

ABSTRACT

Introduction: This report stems from the Specialization Program in the Management of Health Residency Programs, developed in a public hospital located in the interior of Rio Grande do Norte, Brazil. **Objective:** To describe the experience of designing an intervention aimed at qualifying preceptorship within health education processes, particularly those related to Health Residency Programs. **Methodology:** Based on a situational analysis informed by previous professional experiences with preceptorship, the study sought to identify key weaknesses in training processes. These insights were further refined following the implementation of five micro-interventions conducted from June to November 2024. **Results:** The micro-interventions led to the establishment of a Permanent Education Collective, which, through the application of Strategic Situational Planning, enabled the identification of core critical issues related to preceptorship practices. Moreover, strategies were proposed to strengthen the teaching-learning process through Permanent Health Education, fostering collaboration between healthcare services and higher education institutions. **Conclusion:** The findings highlight relevant aspects of training within Health Residency Programs, with an emphasis on preceptorship, and contribute to a broader discussion on this professional training model and its implications for service delivery within Brazil's Unified Health System (SUS).

Keywords: Preceptorship; Health Education; Residency Programs; Continuing Education; Unified Health System.



INTRODUÇÃO

Os Programas de Residência em Saúde (PRS) surgiram, no Brasil, na década de 1970, a partir do movimento da Reforma Sanitária, como estratégia para o fortalecimento da formação acadêmica e aprimoramento de profissionais de saúde, inicialmente médicos, por meio de uma abordagem imersiva voltada ao aperfeiçoamento da práxis e à aquisição de conhecimento especializado(1).

Posteriormente, por meio do Decreto nº 80.281, foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e regulamentada a Residência Médica, instituída como modalidade de especialização lato sensu, cuja formação ocorreria nos serviços de saúde, podendo estar ou não, ligada a uma instituição de ensino(2).

Para as demais profissões em saúde, somente em 2005 as Residências Multiprofissionais em Saúde foram regulamentadas, através da Lei Federal nº 11.129, que criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuando a médica, como forma de qualificação de profissionais de saúde em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS)(3).

Ainda no contexto da formação estratégica no SUS, no âmbito do Rio Grande do Norte, foi publicada a Portaria-SEI nº 3630, de 26 de dezembro de 2022, que dispõe sobre a Política Potiguar de Educação Permanente em Saúde, indicando seus conceitos, princípios gerais, eixos e diretrizes gerais, além do formato de implementação, articulação, gestão e governança, e alocação de recursos, para a formação profissional e o desenvolvimento de trabalhadores nos serviços do SUS; priorização das ações pautadas pelas necessidades de saúde dos usuários e trabalhadores do SUS; o fortalecimento da relação entre gestores, atores do controle social, entre outros, a partir do protagonismo dos trabalhadores da saúde, na ressignificação do cotidiano de trabalho como produção de vida; da qualificação da comunicação e a relação entre gestores, trabalhadores, docentes, discentes, pesquisadores e usuários, na rede de atenção à saúde; e do fomento à

cooperação técnica com as Instituições de Ensino(4).

Nesse sentido, para que os PRS se efetivem nos cenários de prática, eles necessitam da figura do preceptor, profissional de saúde que deve integrar atividades didáticas e práticas em serviço, atuando como profissional assistencial e assumindo o papel de orientação e supervisão de um profissional em formação(5). Esse papel docente atribuído ao profissional de saúde não constitui ação facultativa, uma vez que, ao integrar a força de trabalho do SUS, ele passa a exercer, também, a função de preceptor, pois a Lei Federal nº 8.080 determina que a formação de recursos humanos na área de saúde compete ao SUS(6).

Todavia, é comum que os profissionais de saúde reconheçam dificuldades para o desenvolvimento das atividades relacionadas à preceptoría. A Política Potiguar de Educação Permanente traz, então, a possibilidade factual de fomento à qualificação das equipes e aperfeiçoamento dos processos de trabalho nas unidades da rede pertencentes à Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP), possibilitando a capacitação dos preceptores para acompanhamento de estagiários e residentes, uma vez que no Eixo Estruturante de Integração Ensino-Serviço há determinação de que a preceptoría seja exercida pelo profissional de saúde que atua no serviço de saúde, com competência, habilidade e capacidade para apoiar o estudante no processo de aprendizado em serviço. Para tanto, é prevista a promoção da qualificação através do desenvolvimento de habilidades, competências e atitudes para a prática da preceptoría(4).

O supramencionado instrumento traz, ainda, no Eixo Estruturante de Residência em Saúde, que a formação em saúde em nível de pós-graduação deve fomentar o desenvolvimento da residência como espaço privilegiado de formação de profissionais para atuação no SUS e de qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS, através da atuação conjunta dos residentes, professores, tutores, preceptores e profissionais das diversas áreas, para a excelência no cuidado integral à saúde(4).

Considerando o contexto exposto, optou-se por desenvolver uma investigação acerca da preceptoría nos processos formativos em saúde, tendo como referência o Hospital Estadual Telecila Freitas Fontes (HETFF), localizado na cidade de Caicó, no interior do



Rio Grande do Norte. A referida unidade é um hospital público, de média complexidade, integrante da rede de hospitais da SESAP, que serve como campo de prática para graduandos de diversos cursos em saúde e para profissionais residentes dos Programas de Residência Médica em Clínica Médica e Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN), e cuja porta de entrada do pronto-socorro serve de referência para 25 municípios que compõem a Região do Seridó. Tal unidade recebe demandas que vão desde consultas ambulatoriais até o atendimento a politraumatismos e eventos cardiovasculares.

Essa avaliação só foi possível graças ao exercício, por parte da autora deste trabalho, como gestora de serviço público de saúde no nosocômio supramencionado, além da integração, como discente, à Especialização em Gestão dos Programas de Residência em Saúde. Ambos os fatos permitiram maior rigor e criticidade diante da avaliação do cenário de prática dos PRS, permitindo questionar a importância do conhecimento sobre o exercício da preceptoria como prática educativa formativa em saúde especialmente, ao longo da aplicação das microintervenções originárias do curso de pós-graduação. Além disso, a experiência profissional como enfermeira com atuação nos setores assistenciais do HETFF sempre suscitou o surgimento de inquietações e questionamentos relacionados ao acompanhamento de discentes de Enfermagem e enfermeiros residentes, uma vez que nunca houve formação complementar voltada à preceptoria.

Tais inquietações eram alusivas ao itinerário formativo dos Programas integrados por esses profissionais, bem como, às ações e estratégias necessárias ao fortalecimento dessa formação e à promoção de uma prática mais integrada, visto que não havia nenhum modelo para esse processo de ensino-aprendizagem. Além disso, a chegada desses residentes na unidade hospitalar se dava a partir de cronograma estabelecido pela universidade, mas que não era socializado com os profissionais do próprio serviço, que acabavam não tendo ciência sobre carga horária, jornada de trabalho, calendário acadêmico, além de outras informações consideradas importantes. Isso, em princípio, constituía mais um dificultador nesse processo de formação,

pois, sem conhecimento dessas informações básicas, o desenvolvimento de algumas ações assistenciais, inclusive sob o viés da interprofissionalidade, acabava, de alguma forma, prejudicado.

Essas últimas reflexões foram majoradas após o início da Especialização em Gestão de Programas de Residência, uma vez que possibilitou uma análise ainda mais crítica sobre o processo de preceptoria, necessidade de calendário regular e efetivo de ações de EPS, compreensão acerca da transformação do conhecimento teórico aplicado à prática, além da construção das propostas pedagógicas dos PRS, devido à sua complexidade e ao enraizamento de práticas acadêmicas que, eventualmente, podem desconsiderar realidades dos serviços. Aliada a isso, a escassez de estudos sobre essa temática também contribuiu para dificuldades relacionadas à preceptoria.

Portanto, considerando o contexto acima descrito, percebe-se, que a dificuldade do preceptor em compreender o seu papel como sujeito ativo e mediador/problematizador do processo de aprendizagem emerge como significativo obstáculo à concretização de uma formação mais efetiva dos residentes. Além disso, a desarticulação entre a gestão do serviço de saúde e a coordenação dos PRS também surge como ponto que requer atenção devido à importância e impacto negativo sobre o processo de ensino-aprendizagem e à formação de recursos humanos para o SUS. Acrescenta-se, ainda, a possibilidade de repensar ações de EPS na unidade hospitalar, com vistas a garantir adequada qualificação dos profissionais e maior articulação entre teoria e prática.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Relatar a experiência na construção de proposta de qualificação da preceptoria nos processos formativos em saúde.

Objetivos Específicos

- Evidenciar o contexto da preceptoria nos processos formativos em saúde, a partir da realização de microintervenções em um serviço de saúde público;
- Apresentar estratégias/ações no âmbito da EPS, em parceria com Instituições de Ensino Superior (IES),

para a construção e fortalecimento dos modelos formativos dos preceptores das Residências Médicas e Multiprofissionais em Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a preceptoria realizada pelos profissionais assistenciais de um serviço público de saúde de referência regional, para os profissionais residentes dos Programas de Residência Médica em Clínica Médica e Residência Multiprofissional em Atenção Básica da EMCM/UFRN.

Estudos descritivos são aqueles cujo objetivo inclui a determinação da ocorrência e distribuição de condições e eventos relacionadas à saúde em grupos populacionais específicos, considerando os fatores determinantes para tais eventos, de maneira a gerar hipóteses etiológicas que subsidiem seu controle, verificando a existência ou não de associação entre variáveis de exposição e de efeito. Permitem, ainda, formular hipóteses a respeito dos fatores responsáveis por sua frequência e distribuição[7]. Já o relato de experiência é um tipo de produção de conhecimento que contém embasamento científico e reflexão crítica e que trata de uma vivência acadêmica e/ou profissional em um dos três pilares da formação universitária, ensino, pesquisa ou extensão, e cuja principal característica é a descrição de uma intervenção(8).

Informa-se que a análise situacional ocorreu a partir de experiências profissionais anteriores relacionadas à atividade de preceptoria e foram ampliadas após o início da aplicação das atividades de microintervenção decorrentes do Curso de Especialização em Gestão de Programas de Residência em Saúde, ofertado pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, com início a partir do mês de junho de 2024, durando até novembro do mesmo ano, num total de 5 atividades.

As práticas denominadas microintervensões são intervenções realizadas em microescala, em espaços com potencial de transformação, que envolvem diferentes atores sociais num processo colaborativo. Visam, ainda, atender uma demanda específica de um grupo populacional que não consegue ser suprida pelo planejamento convencional. A partir dessas práticas,

consolidam-se ações reflexivas, proporcionando fazeres voltados às suas realidades e potencializando o olhar crítico em relação ao meio(9).

As microintervensões foram executadas no HETFF, que atende cerca de 6.000 usuários ao mês na porta de entrada do pronto socorro, e que dispõe de cerca de 560 servidores, entre profissionais efetivos e temporários das variadas profissões de saúde, e em cujos setores assistenciais de clínica médica e terapia intensiva são internados cerca de 130 pacientes ao mês. As citadas unidades produtivas assistenciais são campo de prática para a Residência Médica em Clínica Médica, com 03 residentes em rodízio atualmente.

O Quadro 1 mostra as discussões e desdobramentos estabelecidos ao longo das atividades de microintervenção:

Quadro 1 – Matriz das Microintervenções

Objetivo	Período de realização	Objetivo	Desdobramentos
Microintervenção I:	27/05/2024	Identificação dos atores chave nos processos de trabalho relacionados aos Programas de Residência; Necessidade de fortalecimento do processo de ensino-aprendizagem nas práticas nos serviços.	Formação do Coletivo de Educação Permanente.
Microintervenção II:	11/07/2024	Identificação de problemas relacionados ao processo de trabalho nos serviços de saúde utilizando o Planejamento Estratégico Situacional (PES), com uso das ferramentas “Rede analisadora do processo de trabalho”; e “Árvore de problemas” para definição do plano de ação.	Definição inicial do problema principal com necessidade de intervenção: “Dificuldade na integração/comunicação entre os serviços de saúde e as instituições de ensino”.
Microintervenção III:	22/08/2024	Clarificação das causas do problema apontado na Microintervenção II, com análise da governabilidade para sua resolução, com uso da ferramenta “Rede explicativa de problemas e nós-críticos”	Definição dos nós-críticos principais, passíveis de atuação com alta governabilidade: “Falta de preparo da gestão local e dos preceptores dos serviços de saúde”; e “Desarticulação entre os serviços e instituições de ensino”.
Microintervenção IV:	20/09/2024	Pactuação de estabelecimento de agenda, a partir da discussão de uma matriz de estratégias de enfrentamento, dos nós-críticos evidenciados na Microintervenção III, com a construção de ações educativas para sua minimização, apontando público-alvo, recursos e parcerias necessárias.	Para o nó-crítico “Falta de preparo da gestão local e dos preceptores dos serviços de saúde”, definiu-se a formação através de oficinas. Para o nó-crítico “Desarticulação entre os serviços e instituições de ensino”, estabeleceu-se a aplicação do PES na Semana de Integração das Residências Multiprofissionais (Atenção Básica e Materno-Infantil). Para ambos os nós-críticos, determinou-se como recursos necessários materiais didático-educacionais e como parcerias importantes a UERN, EMCM, SMS Caicó e Hospital do Seridó.

<p>Microintervenção V:</p>	<p>31/10/2024</p>	<p>Discussão da Matriz construída na Microintervenção IV, com reavaliação dos nós-críticos e estabelecimento de prazos e resultados esperados para cada nó-crítico apontado.</p>	<p>Para os nós-críticos “Incompreensão dos papéis relacionados aos programas de residência por parte da gestão dos serviços de saúde” e “Incompreensão dos papéis relacionados à preceptoria por parte dos profissionais dos serviços de saúde”, estabeleceu-se um itinerário formativo complementar com a finalidade de fortalecer os serviços e seus profissionais, efetivando as ações dos Programas de Residência. Para o nó-crítico “Desarticulação entre os serviços e instituições de ensino (planejamento, execução e avaliação)”, manteve-se a aplicação do PES na Semana de Integração das Residências Multiprofissionais (Atenção Básica e Materno-Infantil).</p>
-----------------------------------	-------------------	--	--

Fonte: Coletivo de Educação Permanente.

Dessa forma, estabeleceu-se uma proposta de intervenção a partir do planejamento estratégico situacional feito pelo Coletivo de Educação Permanente, com a finalidade de fortalecer os serviços e seus profissionais.

Não foi necessário seguir os ditames da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que não envolve questões éticas relacionadas à pesquisa envolvendo seres humanos, pois trata-se, apenas, de uma reflexão teórica apoiada na literatura sobre a temática abordada(10).

RESULTADO E DISCUSSÃO

Para a realização das referidas microintervensões, foi criado o Coletivo de Educação Permanente durante a atividade da Microintervenção I, contendo os atores identificados como primordiais para o desenvolvimento dos Programas de Residência em Saúde, não somente neste campo de prática, mas nesta Região de Saúde, e que atuariam como pontos focais na construção das ações de intervenção. Integraram o grupo as especializadas e gestoras do hospital, Diretoras Geral e Administrativa; as coordenadoras dos Núcleos de Educação Permanente (NEP) do HETFF e do Hospital Regional Dr. Mariano Coelho (HRMC) em Currais Novos/

RN, docentes da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN); docentes da EMCM/UFRN, incluindo o vice coordenador do Programa de Residência Médica em Clínica Médica, além dos profissionais residentes dos programas da referida universidade, Programa de Residência Médica em Clínica Médica, Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil.

Esse Coletivo discutiu acerca da necessidade de mudanças na formação dos profissionais e na construção do conhecimento durante o período de inserção nos serviços, tendo em vista que a inclusão dos residentes nas unidades possibilita a avaliação da práxis e fortalece a reconstrução das práticas profissionais em saúde. Além disso, o referido grupo deliberou sobre a necessidade de fortalecimento do trabalho interdisciplinar, tendo em vista que perpassa por diferentes saberes e concepções e favorece uma visão holística e uma abordagem integral aos usuários dos serviços de saúde, revelando o potencial transformador para os PRS.

Para a atividade da Microintervenção II, foi retomado o Coletivo de Educação Permanente, com o objetivo de identificar problemas relacionados ao processo de trabalho dos residentes, a partir dos quais o Coletivo



deveria se debruçar para propor soluções passíveis de enfrentamento, utilizando a Rede Analisadora do Processo de Trabalho, com aplicação da ferramenta da Árvore de Problemas, a fim de identificar os problemas e as possíveis soluções para sua resolução, considerando-se ações de EPS.

Durante esta atividade, foi destacado pelo Coletivo o ponto relacionado à dificuldade para identificação de tutores e preceptores para acompanhamento dos residentes, não havendo, por parte dos profissionais, o conhecimento adequado acerca do que seja um PRS, fato que fragiliza, sobremaneira, a construção do aprendizado e a aplicação de terapêuticas conjuntas entre as diversas equipes. Contudo, é importante salientar que a dificuldade de identificação de profissionais com perfil para tutores e preceptores não é algo exclusivo dos serviços desta região de saúde, sendo algo comumente enfrentado pela própria SESAP, além das IES e dos municípios, uma vez que não há uma contrapartida instituída para esses trabalhadores, sendo considerado mais um trabalho a ser feito. Sobre este ponto, restou claro ao Coletivo que é algo que pode, apenas, ser apontado, pois a resolução foge à sua governabilidade.

As avaliações oriundas da atividade da Microintervenção II permitem inferir que os discursos estão alinhados com a necessidade de mudanças das práticas de formação dos profissionais residentes e que o Coletivo de Educação Permanente emerge como um espaço de discussão com grande fortaleza e potencialidades, uma vez que cada ponto de vista divergente é debatido e considerado, até que se estabeleça o consenso.

Na Microintervenção III, foi apresentado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), com discussão da forma como a Rede analisadora do Processo de Trabalho pode contribuir para a identificação dos problemas e definição de possíveis soluções através de ações de EPS. Com base nisso, foi identificado como problema central “a dificuldade na integração/comunicação entre os serviços e instituições de ensino”, considerando o nível de governabilidade que o grupo teria diante do problema/nó crítico definido.

Além disso, foram evidenciadas como causas/raízes do problema “a dificuldade na integração/comunicação entre os serviços e instituições de ensino”: falta de preparo da gestão e preceptores dos serviços para

receber e desenvolver as residências; desarticulação entre os serviços e instituições de ensino; falta de acompanhamento e orientação por parte das instituições de ensino para a atuação dos residentes nos serviços; projetos pedagógicos não são construídos com base na necessidade do serviço e na oferta do ensino na instituição, e uma das consequências disso seria a desarticulação interprofissional. Contudo, para além da desarticulação interprofissional, foi percebida a desarticulação interinstitucional, que ajuda a promover as consequências anteriormente citadas.

A problemática da “falta de preparo da gestão local e dos preceptores dos serviços de saúde” foi indicada como problema/nó crítico passível de atuação com alta governabilidade, devendo ser trabalhada através de oficinas formativas que possam evidenciar para os profissionais a importância da preceptoria. Também foi apontado como problema/nó crítico “a desarticulação entre os serviços e instituições de ensino”. Tal problema possui baixa governabilidade, mas o grupo compreendeu sua importância, pretendendo a sua discussão com a aplicação do PES na Semana de Integração das Residências Multiprofissionais (Atenção Básica e Materno-Infantil), com a participação dos seguintes atores: gestão dos programas de residência, gestão dos serviços, preceptores e representação de residentes.

O propósito da Microintervenção IV foi estimular a análise crítica e pactuar uma agenda, a partir da discussão de uma matriz, com estratégias de enfrentamento dos problemas e nós-críticos evidenciados anteriormente, construindo ações educativas que pudessem minimizar a problemática, apontando o público-alvo, os recursos e parcerias necessários.

Para essa atividade, foi retomada a discussão da Microintervenção III, na qual o PES foi utilizado para nortear o Coletivo de Educação Permanente na definição dos problemas e nós-críticos, permitindo a análise do nível de governabilidade do grupo frente aos problemas e quais as estratégias de enfrentamento.

Para a efetivação da formação em preceptoria, identificou-se a necessidade de articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Caicó e direções do HETFF e HDMC, que constituem espaços de formação dos residentes, para informar acerca da proposta do desenvolvimento das oficinas, com o intuito de ga-

rantir a adesão desses serviços e o apoio necessário para a participação dos profissionais. Para o desenvolvimento dessas oficinas, foi proposta a utilização das Metodologias Ativas de Aprendizagem, estimulando os participantes a pensarem sobre a preceptoria no cotidiano dos serviços e, a partir do cenário apresentado, refletir sobre a sua relevância no âmbito do SUS.

No que diz respeito à proposta de discussão sobre a articulação ensino-serviço na Semana de Integração das Residências Multiprofissionais em Atenção Básica e Materno Infantil, tendo por base o PES, foi discutida a realização de parcerias com a Coordenação das Residências da EMCM para que essa ação educativa seja inserida na programação da Semana de Integração, com a participação dos principais atores envolvidos, visando sua participação ativa. Quanto à dinâmica de realização das atividades, foi proposta a divisão em grupos para que possam evidenciar os problemas relacionados a desarticulação ensino-serviço e, posteriormente, realizar a discussão dos problemas identificados por todo o grupo, considerando o PES. A partir disto, construir a Árvore do Problema, definindo estratégias de enfrentamento que possam minimizar a problemática identificada.

Durante a Microintervenção V, discutiu-se sobre o uso de alguns conceitos como “falta de preparo”, considerando que há incompreensão por parte das gestões dos serviços e dos profissionais preceptores sobre seus papéis dentro do processo. Portanto, qualificar esses atores através de oficinas permitirá certa fluidez dos processos de formação profissional em saúde (preceptoria, tutoria e aprendizagem). Percebeu-se, ainda, a necessidade de constituir, como outro nó-crítico, a incompreensão dos papéis relacionados à preceptoria por parte dos profissionais dos serviços de saúde.

Assim, o nó crítico “falta de preparo da gestão local e dos preceptores dos serviços de saúde” foi dividido nos nós críticos citados, uma vez que o Coletivo aprofundou a discussão e, considerou as particularidades dos atores envolvidos (gestão e preceptores) e sua inserção nos processos relacionados às Residências. Dessa forma, estabeleceu-se um itinerário formativo complementar com a finalidade de fortalecer os serviços e seus profissionais, garantindo que passem de meros coadjuvantes a sujeitos ativos na formação pro-

fissional em saúde, efetivando as ações desses programas.

Ceccim⁹ (2004) coloca que as instituições formadoras têm mantido modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico. Isso mantém os processos formativos alheios à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado.

Também foi visualizada a importância de inserir como parceiros as Comissões de Residência Multiprofissional (COREMUs) e as Comissões de Residência Médica (COREMEs), tendo em vista que são elas que realizam o planejamento dos PRS, sendo imprescindível sua participação para o adequado acompanhamento das Residências.

Por fim, quanto ao nó-crítico “Desarticulação entre os serviços e instituições de ensino (planejamento, execução e avaliação)”, espera-se como resultado a criação de agenda permanente de discussão entre os serviços e instituições de ensino (planejamento, execução e avaliação), para estreitamento de laços institucionais. Dessa forma segue o quadro com o planejamento das ações para enfrentamento desse nó-crítico:



Quadro 2 - Matriz da Microintervenção V

Nó crítico	Ações de Educação Permanente	Recursos necessários	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos
Incompreensão dos papéis relacionados aos programas de residência por parte da gestão dos serviços de saúde	Formação através de oficinas	Ambiente adequado; folha de papel craft; pincéis; computador; impressões e equipamentos de multimídia; Parceria com a UERN; HETFF; Coordenação das Residências da EMCM/ UFRN, SMS Caicó e Hospital do Seridó.	Fluidez dos processos de formação profissional em saúde (preceptoria, tutoria e aprendizagem)	Especializandos e Parceiros (UERN; HETFF; Hosp. Do Seridó; Secretaria Municipal de Saúde; SGES/ SESAP; Coord. Das Residências (EMCM e UERN), COREMU e COREMEs	Semestral, iniciando após a Semana de Integração
Incompreensão dos papéis relacionados à preceptoria por parte dos profissionais dos serviços de saúde	Formação através de oficinas	Ambiente adequado; folha de papel craft; pincéis; computador; impressões e equipamentos de multimídia; Parceria com a UERN; HETFF; Coordenação das Residências da EMCM/ UFRN, SMS Caicó e Hospital do Seridó.	Compreensão das atribuições da preceptoria nos processos de formação dos residentes em saúde	Especializandos e Parceiros (UERN; HETFF; Hosp. Do Seridó; Secretaria Municipal de Saúde; SGES/ SESAP; Coord. Das Residências (EMCM e UERN), COREMU e COREMEs	Semestral, iniciando após a Semana de Integração
Desarticulação entre os serviços e instituições de ensino (planejamento, execução e avaliação)	Discussão com aplicação do PES na Semana Integração das Residências Multiprofissionais (Atenção Básica e Materno Infantil).	Ambiente adequado; folha de papel; pincéis; computador; impressões e equipamentos de multimídias.	Criação de agenda permanente de discussão entre os serviços e instituições de ensino (planejamento, execução e avaliação), para estreitamento de laços	Especializandos e Parceiros (UERN; HETFF; Hosp. Do Seridó; Secretaria Municipal de Saúde; SGES/ SESAP; Coord. Das Residências (EMCM e UERN), COREMU e COREMEs	Início de cada ano letivo (Semana de Integração)

Fonte: Coletivo de Educação Permanente.



A necessidade da identificação de profissionais com perfil para preceptores e tutores, além de uma efetiva preparação desses indivíduos de maneira a facilitar o aprendizado e auxiliarem no processo de construção e reconstrução das práticas nos serviços, destaca-se como ponto premente para resolução da problemática ora discutida. Além disso, uma maior integração entre os PRS já em curso, sob a ótica da interprofissionalidade, com integração entre os residentes e os profissionais que atuam nos campos de prática, comunicação intersetorial mais efetiva e discussões de caso conjuntas, também emerge como questão crucial a ser discutida.

Um óbice identificado nesse contexto inclui a falta de preparo da gestão e preceptores dos serviços para receber e desenvolver as Residências, além da desarticulação entre os serviços e as IES, pois os residentes são inseridos nos campos de prática sem que sejam consideradas as necessidades dos serviços na construção dos projetos pedagógicos dos PRS.

Tendo em vista essas questões, o Coletivo de Educação Permanente definiu a necessidade de ações educativas, incluindo oficinas formativas, que permitissem explorar as experiências e vivências anteriores e estimular a reflexão acerca do conhecimento prático e, a partir do cenário apresentado, discutir a respeito do que é preceptoria, das atribuições dos preceptores, além de refletir sobre qual a proposta dos PRS e a relevância da preceptoria no âmbito do SUS. Também foi proposta a discussão sobre a maior articulação ensino-serviço na Semana de Integração das Residências Multiprofissionais em Atenção Básica e Materno Infantil, tendo por base o PES.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de fortalecimento da preceptoria voltada aos PRS surge como alternativa viável à efetivação de um processo de ensino-aprendizagem mais complexo, robusto e diligente às necessidades do SUS. Isso decorre do fato de que o residente passa a ser visto como profissional capaz de impactar positivamente as práticas interdisciplinares, de maneira contrária à lógica vigente que fragmenta os saberes e as ações voltadas ao trabalho em saúde.

Com isso, é possível perceber que a realização de

ações educativas poderá contribuir sobremaneira para a melhoria desses PRS no Seridó, pois buscam qualificar a temática da preceptoria com os atores que estão nos serviços de saúde, estimular a criação de políticas institucionais relacionadas à atuação desses preceptores e enriquecer o processo de ensino-aprendizagem, fundamental para que a formação profissional e o aprendizado no SUS sejam fortalecidos.

Além disso, será possível criar um potente espaço de discussão acerca da articulação ensino-serviço a partir da reflexão, problematização e possíveis estratégias de melhoria dessa relação que podem ter impacto positivo para a Gestão das Residências em Saúde, tendo em vista que o próprio sistema de saúde permite a constituição de outras estratégias de formação que garantam a efetivação dos seus princípios fundamentais.

Ser uma formação inserida nos serviços garante às Residências o arcabouço necessário para a efetivação da integralidade e da interdisciplinaridade. No entanto, percebe-se a necessidade de reavaliação da atuação de atores importantíssimos, os preceptores, para que as circunstâncias fundamentais para a proposta original das Residências se tornem realidade, sendo preciso mudar esta realidade de maneira a impactar o processo de trabalho na prática assistencial e de ensino no SUS.

Neste sentido, este relato propõe a discussão do papel do preceptor para o fortalecimento dos PRS no SUS, de modo a valorizar esse profissional, seja por meio de qualificações, seja por meio de bolsas, remunerações diferenciadas ou de oferta de maiores investimentos e condições de trabalho. Além disso, levar a conhecimento de gestores, IES, profissionais de saúde, controle social e demais instâncias, de forma que todos possam contribuir para o fortalecimento desses Programas, pois investir em ensino em saúde melhora não só a formação na área da saúde, como também a assistência como um todo.

REFERÊNCIAS

1. Lima CF, Teixeira DM, Manso FPA, Silva AR, Souza VA, Naghettini AV, Neves HCC, Borges Junior CV. Gestão de programas de residência em saúde: uma revisão de escopo. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2024. [cited 2024 Nov 04]. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.17042023>.
2. Brasil. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF [Internet]. 1977 Sep 06. [cited 2024 Nov 04]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d80281.htm#:~:text=Regulamenta%20a%20Resid%C3%Aancia%20M%C3%A9dica%2C%20cria,Art.
3. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF. [Internet]. 2005 Jun 30. 2005. [cited 2024 Nov 04]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm.
4. Rio Grande do Norte (Estado). Secretaria de Estado da Saúde Pública. Portaria SEI nº 3630, de 26 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a Política Potiguar de Educação Permanente em Saúde, indicando seus conceitos, princípios gerais, objetos, objetivos gerais, eixos, diretrizes gerais, formato de implementação, articulação, gestão e governança e alocação de recursos. Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Norte. [Internet]. 2022 Dec 27. [cited 2024 Dec 26]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1c0bbQBsqauPn4d3op0xqZJBRo5x0f0lb/view>.
5. Teixeira RC, Domingues RJS, Kietzer KS, Araújo RMS, Gonçalves KLP. Preceptoria em saúde: definição do papel do preceptor. Cadern de Educ, Saúde e Fisio [Internet]. 2018. [cited 2024 Nov 06]. Available from: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/2011>.
6. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF. [Internet]. 1990 Sep 20. [cited 2024 Nov 04]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
7. Merchán-Hamann E, Tauil PL. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. Epidemiol. Serv. Saude. [Internet]. 2021. [cited 2024 Nov 11]. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100026>.
8. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. Práx. Educ. [Internet]. 2021. [cited 2024 Nov 11]. Available from: <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>.
9. Ramos SR, Ramos, LLA. Processos Colaborativos de Microintervenção no Espaço

Urbano. Cadernos de pós-graduação em arquitetura e urbanismo. [Internet]. 2020. [cited 2024 Nov 11]. Available from: <https://doi.org/10.5935/cadernospos.v20n1p59-72>.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução 466/12: Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Versão 2012. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF. [Internet]. 2012. [cited 2024 Nov 04]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

O Planejamento Estratégico Situacional como ferramenta de gestão nos cursos de Residência em Saúde: Relato de experiência

Situational Strategic Planning as a management tool in health residency courses: Experience report

Dulcian Medeiros de Sousa; Keila Karoline Souza do Nascimento; Maura Vanessa Silva Sobreira; Raquel Sales de Medeiros; Regilene Alves Portela; Vanessa Dias de Araújo Barrêto

RESUMO

Introdução: O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é uma ferramenta utilizada para gestão em diversos setores, possuindo boa aplicabilidade. Os Programas de Residências em Saúde é uma modalidade de especialização importante para a formação no SUS, para o seu funcionamento é necessário planejamento que contemple a resolução dos problemas que vão surgindo no processo de formação. **Objetivos:** Apresentar um relato de experiência sobre o uso do Planejamento, como ferramenta de gestão em Programas de Residência em Saúde. **Metodologia:** Trata-se de um Relato de Experiência de caráter qualitativo e exploratório de atividades chamadas de Microintervenção, propostas como atividades de um curso de Especialização. O grupo de cinco alunos formou um coletivo com outros representantes de residências para desenvolverem algumas atividades com base no PES. **Resultados:** O problema elencado como sendo mais importante para o coletivo foi "Dificuldade na integração/comunicação entre os serviços e instituições de ensino", os nós críticos relacionados a esse problema foram relacionados a incompreensão da gestão dos serviços de saúde e dos preceptores sobre seus papéis dentro do Programa, além da desarticulação que existia entre os serviços e as instituições de ensino. **Conclusão:** O PES mostrou-se eficaz como método de gestão das residências em saúde, pois ajudou a compreender os problemas na visão dos atores, de forma clara e objetiva, apontando os nós críticos que podem ajudar no desenvolvimento dos processos pedagógicos, tomada de decisão, liderança e de gestão que são necessários.

Palavras-Chave: Planejamento; Residência; Saúde

ABSTRACT

Introduction: Situational Strategic Planning (SSP) is a management tool used across various sectors and has demonstrated good applicability. Health Residency Programs are a form of specialization that plays an important role in professional training within the Brazilian Unified Health System (SUS). Their proper functioning requires planning that addresses the problems that arise throughout the training process. **Objectives:** To present an experience report on the use of planning as a management tool in Health Residency Programs. **Methodology:** This is a qualitative and exploratory experience report based on activities known as Microinterventions, proposed as part of a Specialization course. A group of five students formed a collective with other residency representatives to develop activities based on SSP. **Results:** The most critical issue identified by the collective was the "Difficulty in integration/communication between services and educational institutions." The key bottlenecks associated with this issue were the lack of understanding by health service managers and preceptors regarding their roles within the Program, as well as the lack of coordination between the services and educational institutions. **Conclusion:** SSP proved to be an effective management method for health residency programs, as it helped to clearly and objectively understand the problems from the perspective of the involved actors, identifying critical points that can support the development of pedagogical processes, decision-making, leadership, and necessary management actions.

Keywords: Planning; Residency; Health.



1 INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma formação pós-graduada lato sensu para integração de profissionais na área de saúde. A crescente importância nesse tipo de formação está de acordo com o comprometimento com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)(1).

A Lei nº 11.129 de 2005, no seu Art. 13, estabelece a criação das Residências Multiprofissionais em Saúde. A residência é um programa de cooperação intersetorial, com a finalidade de qualificar jovens profissionais de saúde por meio da integração desses nos serviços de saúde prioritários do SUS. O curso é realizado em regime de dedicação exclusiva e possui a supervisão de professores e profissionais que atuam nos serviços de saúde(2).

São diversos atores que atuam na residência, os residentes, preceptores, tutores, gestores, dentro de um serviço intersetorial, com isso alguns problemas vão surgindo e precisam ser sanados ou minimizados para que a residência possa atingir os seus objetivos de ensino-aprendizagem. Para isso, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) é uma ferramenta de grande utilidade para identificar problemas existentes e com base em análise dos próprios atores envolvidos, traçar soluções viáveis para os problemas identificados. Entende-se que o diagnóstico situacional se refere a um processo de coleta e análise de informações do local onde se deseja preparar uma intervenção(3).

O PES é um método de planejamento que toma como base os problemas identificados, com enfoque naqueles que possuem mal estruturação, são complexos e que ainda não se conhece uma solução normativa. Os problemas podem ser analisados em diversas dimensões, desde política, econômica, social, cultural etc., bem como de forma multissetorial(4).

O PES possui quatro momentos distintos: Explicativo, Normativo, Estratégico e Tático-Operacional. O momento Explicativo é quando se identificam e são descritos os problemas, bem como as causas e nós críticos; o momento Normativo compreende os objetivos que precisam ser alcançados, as estratégias e ações para sua realização. No momento Estratégico são analisados os recursos econômicos, administrativos ou políticos para o alcance dos resultados; por fim o mo-

mento Tático-operacional atua na implementação das propostas(5).

Para uma melhor análise do PES é necessário compreender alguns elementos, como: o ator social, representado por pessoa ou agrupamento de pessoas; a situação, que são os problemas e/ou necessidades detectadas a partir da visão dos atores sociais e do problema. O problema deve suscitar a ação, é uma realidade incômoda, mas que pode ser superada, permitindo um intercâmbio com outra realidade(4).

Esse trabalho justifica-se pela necessidade de apresentar a experiência do uso do Planejamento Estratégico Situacional como ferramenta que pode facilitar a discussão entre os alunos do curso de Especialização em Gestão dos Programas de Residência em Saúde e os coordenadores das residências, membros das representações dos residentes e da gestão das Instituições de Ensino Superior (IES) que atuam nas residências no município de Caicó.

A motivação para relatar o uso do PES neste trabalho surge pela necessidade da autora ter recorrido a esse instrumento na prática do serviço de saúde, quando atuou como enfermeira na Estratégia de Saúde da Família, além de sua aplicação no contexto docente, em trabalhos com equipes de saúde da família e com os discentes do curso de enfermagem.

Os programas de Residência em saúde são modalidades de especialização, onde o profissional aprende através da prática. O trabalho oferece a renda, a autoestima e o poder de crescimento pessoal e profissional, porém alguns problemas podem ser desencadeados durante a ocupação profissional, incluindo, estresse ocupacional(6).

Outros problemas podem surgir quando os residentes começam a atuar, eles podem sentir-se prejudicados, caso tenham falta de subsídios, ou sintam que não tem direitos, ou mesmo se forem tratados como se fossem alunos e não profissionais. Quando estão expostos a rigidez e quando os problemas que surgem não são solucionados, a prática do programa pode tornar-se desinteressante, já a falta de equipes despreparadas ou a falta de preceptores especializados são fatores que contribuem para crises de identidade profissional(7).

O PES é um instrumento eficaz, pois dentro do seu desenvolvimento, propõe um espaço de discussão



e reflexão sobre os problemas que os diversos atores visualizam como importantes de serem analisados através de diversos pontos, ou seja, os diversos olhares e diferentes atores conseguem destacar os nós críticos para que sejam trabalhados.

Assim os objetivos desse trabalho foram: Apresentar um relato de experiência sobre o uso do Planejamento Estratégico Situacional, como ferramenta de gestão em Programas de Residência em Saúde; descrever os momentos do PES e como eles foram pensados e aplicados, além de relatar as contribuições do uso desta ferramenta nesse trabalho.

2 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um Relato de Experiência de caráter qualitativo e exploratório. O relato de experiência traz através da fundamentação acadêmica a apresentação de práticas e/ou intervenções científicas e/ou profissionais de forma crítica(8). Os mesmos autores elencam quatro importantes tipos de descrição em um relato de experiência: descrição informativa, referenciada, dialogada e crítica. A descrição informativa pode ser representada pela caracterização do cenário de estudo, observado na Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão. A descrição referenciada é a parte que fundamenta a produção, podendo ser encontrada na Introdução e nos Materiais e Métodos.

Já a descrição dialogada são as discussões sobre o relato com base na literatura, podendo trazer comparações com outras pesquisas e como o autor se posiciona diante dos achados. Por fim, a descrição crítica, faz uma reflexão analítica e crítica do trabalho sobre a prática presente ou passada de forma a contribuir e construir novos conhecimentos, constitui a discussão(8).

Essa experiência foi vivenciada por um grupo de Profissionais de Saúde e de Educação da Especialização em Gestão dos Programas de Residência em Saúde, ofertada pela Escola de Saúde Pública, onde foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional como ferramenta para subsidiar as discussões que ocorreram ao longo do curso com os atores envolvidos nas Residências. Durante o curso, como atividade, foi necessário realizar microintervenções, que consistiam

na composição de um grupo de atores que pudessem se reunir com objetivos e responsabilidades bem definidas. Para essas microintervenções o objetivo era criar um coletivo para o fortalecimento ou construção do Programa de Residências em Saúde. As atividades de microintervenção ocorreram no período de maio a outubro de 2024.

Essas atividades aconteceram com diversos profissionais, de diferentes locais no estado do Rio Grande do Norte que fazem parte da especialização. Os alunos que estavam localizados no município de Caicó formaram um coletivo que planejava cada encontro, onde foram identificados outros atores que poderiam contribuir com as discussões a respeito da Residência. Participaram desses encontros 5 alunos da especialização, sendo 2 docentes do curso de Enfermagem da UERN, campus Caicó e 3 profissionais que atuam no Hospital Estadual Telecila Freitas Fontes (HETFF), em Caicó/RN.

Os profissionais convidados foram representantes do Programa de Residência em Clínica Médica e Programa de Residência em Cirurgia e Programa de Residência Multi Materno-infantil, sendo um odontólogo, um médico, uma representante dos alunos da residência Materno e Infantil e uma representante do Núcleo de Educação Permanente do Hospital Regional Dr. Mariano Coelho.

Ocorreram 5 encontros, chamados de Microintervenção, em cada encontro desenvolveram-se atividades propostas pela especialização. Esses encontros ocorreram de forma presencial e on line, de acordo com a disponibilidade do coletivo. Antes de cada Microintervenção, os alunos se reuniam para planejar os encontros com os demais representantes. A primeira reunião ocorreu para fazer uma lista dos possíveis convidados, confeccionar um convite oficial que foi enviado via e-mail, para pensar na metodologia e divisão de tarefas. Cada microintervenção foi descrita no quadro 1, a seguir:

Quadro 1: Apresentação de todas as microintervenções contendo, objetivo, período, Metodologia e Produtos.
Caicó - RN, 2025.

Objetivo	Período	Metodologia	Produtos
<p>1ª Microintervenção: - Realizar uma discussão sobre as diferentes concepções sobre saúde e educação com o coletivo e criar um coletivo para as discussões.</p>	Maio de 2024	<ul style="list-style-type: none"> - Nuvem de palavras com o uso da Mentimeter; - Discussão em grupo 	- Foi possível refletir sobre o papel da Educação Permanente na problematização das práticas.
<p>2ª Microintervenção: - Identificar um processo de trabalho, cujas ações apresentassem problemas que merecessem reflexão e propostas de solução, com o problema escolhido pelo grupo de estudo.</p>	Julho de 2024	Foi apresentada a ferramenta “Rede Analisadora do Processo de Trabalho” para descrever e explicar o processo de trabalho identificado. Foi proposto o Modelo de árvore do problema de Carlos Matos para o Planejamento Estratégico Situacional (Utilizou-se data Show e Notebook)	Alguns problemas foram elencados pelo grupo que centralizaram as discussões.
<p>3ª Microintervenção: - Apresentar a “Rede Explicativa de Problemas e Nós-críticos”, onde foram analisados os problemas e nós críticos, a governabilidade para o enfrentamento do problema e qual a estratégia para enfrentar o problema, de acordo o PES.</p>	Agosto de 2024	Discussão em grupo com uso de data show e notebook	- Foram analisados os problemas e nós críticos, a governabilidade para o enfrentamento do problema e qual a estratégia para enfrentar o problema, de acordo o PES.
<p>4ª Microintervenção: - Realizar uma análise crítica e pactuar uma matriz com estratégias de enfrentamento dos nós críticos/ problemas identificados na microintervenção 3.</p>	Setembro de 2024	- Discussão em grupo com o uso de notebook	- Realizou-se a análise crítica e criou-se uma matriz para enfrentamento de críticos/ problemas identificados na microintervenção 3.
<p>5ª Microintervenção: - Recuperar a história da construção deste grupo e propor uma análise coletiva desta vivência; - Apresentar a matriz utilizada na Microintervenção 4 e solicitar a todos para incorporarem novas contribuições, se acharem pertinente;</p>	Outubro de 2024	Houve a apresentação da matriz. O trabalho ocorreu através da discussão do coletivo com a utilização de data show e notebook.	Nessa atividade houve a reflexão da história deste coletivo com análise da sua vivência. Foram realizadas considerações sobre a aplicabilidade das redes de cogestão de coletivos, Analisadora do Processo de Trabalho e Explicativa de problemas e nós críticos, utilizando o PES. Por fim, a matriz utilizada foi apresentada para eventuais contribuições que julgassem necessárias.

Fonte: próprios autores

Este trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, uma vez que consiste em um relato de experiência, elaborado a partir da perspectiva de um membro que participou do coletivo de Educação Permanente em Saúde, sem a inclusão de falas ou imagens de outros participantes.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

Durante os encontros presenciais, o coletivo se reuniu em uma sala de aula, com as cadeiras dispostas em círculo, para facilitar as discussões, deixando todos em um mesmo nível de discussão, a dinâmica dos encontros ocorria da seguinte maneira: previamente, haviam reuniões da equipe que conduzia as microintervenções para o planejamento e divisões de tarefas. Uma pessoa era encarregada de fazer um resumo conciso da reunião anterior, destacando os pontos discutidos. Outro membro ficava responsável por apresentar as atividades do dia, enquanto um terceiro coordenava o planejamento, ouvindo as contribuições dos demais e promovendo as reflexões necessárias. Um colega ficava encarregado de apresentar os resultados, utilizando um projetor para exibição, e, por fim, outro membro registrava a memória da reunião.

Esse trabalho articulou o sistema de saúde, a gestão e as instituições formadoras, para além disso, esse coletivo teve a oportunidade de reunir profissionais de diversas residências, para discutirem problemas comuns a cada um deles, o que enriqueceu ainda mais as discussões. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) ressalta a mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas. Dessa forma, a Educação Permanente contribui para as mudanças necessárias nos processos formativos, das práticas pedagógicas e de como o sistema e os serviços serão conduzidos(9). A formação deste coletivo e o que ele produziu, teve a intenção de valorizar o trabalhador e os usuários do sistema de saúde. Através do Planejamento Estratégico Situacional, os problemas que surgiram durante o processo formativo puderam ser visualizados e solucionados. O quadro abaixo explicita todos os momentos que foram trabalhados no PES (Quadro 2).

Quadro 2: Apresentação das ações desenvolvidas durante os encontros do coletivo. Caicó-RN, 2025

Momento Explicativo
1. Seleção dos problemas
2. Descrição do problema principal
3. Construção de uma rede de causalidade através da Árvore do problema
4. Definição de causas e efeitos dos problemas
5. Definição dos nós críticos
Momento Normativo
1. Desenho do plano de ação
Momento Estratégico
1. Nesse momento foi realizada a análise de viabilidade política, econômica e institucional-organizativa, para a execução do plano.
Momento Tático-operacional
1. Constituí o momento de colocar em prática aquilo que foi planejado

Fonte: Quadro criado a partir do material da Especialização em Gestão de Programas de Residência em Saúde. Eixo IV Planejamento em Saúde e as Residências em Saúde(10).

Durante os encontros, ocorreu a explanação da Rede Analisadora do Processo de Trabalho como uma ferramenta de identificação de problemas e definição de possíveis soluções, a partir de como as atividades do trabalho são desenvolvidas e as relações estabelecidas (com quem? e como?) e a finalidade do processo de trabalho em saúde (por que? e para quem?).

O diagnóstico situacional ajuda a especificar os problemas centrais que precisam de solução de forma prioritária, para elaboração de um plano de ação. A árvore do problema de Carlos Matos ajuda a compreender melhor o problema, elencando suas causas e consequências(11)

O problema "Dificuldade na integração/comunicação entre os serviços e instituições de ensino" foi definido como processo de trabalho como um dos grandes entraves para o bom andamento do Programa de Residência. Portanto, todo o trabalho desenvolvido pelo grupo durante as microintervenções foram relacionados a esse problema. De acordo com o dicionário Michaelis, problema pode ser entendido como "Dificuldade ou obstáculo que requer grande esforço para ser solucionado ou vencido"(12), durante as discussões

percebeu-se que o entendimento de “problema” convergia para a mesma definição.

A literatura corrobora com o problema apontado, pois eles destacam que os preceptores e tutores, tem dificuldade de compreender ou cumprir as suas funções dentro do processo de ensino aprendizagem (13). Algumas questões são relatadas como desafios e dificuldades a respeito do papel do preceptor e o que ele compreende sobre a residência, pois muitos não recebem capacitações para desempenharem o seu papel ou até mesmo não entendem as suas atribuições.

No entanto, observou-se que à medida que novas turmas vão se formando, espera-se que o entendimento sobre o papel do profissional residente fique cada vez mais claro(13). Ou seja, a presença dos residentes nos serviços é importante para contribuir para o conhecimento do papel deles no processo de trabalho.

Durante os encontros, foi possível perceber certa dificuldade de conciliação de agendas dos membros do Coletivo Educação Permanente (EP) para participação nos encontros. Contudo, conseguiu-se avançar nas discussões relacionadas à identificação dos problemas e nós críticos, bem como, nas suas estratégias de resolução, considerando o nível de governabilidade que o grupo teria diante dos problemas definidos, além da construção de ações educativas direcionadas ao público-alvo (profissionais dos serviços)(Quadro 3).

Quadro 3: Descrição dos nós críticos, com ações que deverão ser realizadas. Caicó-RN, 2024.

Nó crítico	Ações de Educação Permanente	Recursos necessários	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos
Incompreensão dos papéis relacionados aos programas de residência por parte da gestão dos serviços de saúde	Formação através de oficinas	Ambiente adequado; folha de papel craft; pincéis; computador; impressões e equipamentos de multimídia; Parceria com a UERN; HETFF; Coordenação das Residências da EMCM/ UFRN, SMS Caicó e Hospital do Seridó.	Fluidez dos processos de formação profissional em saúde (preceptoria, tutoria e aprendizagem)	Especializandos e Parceiros (UERN; HETFF; Hosp. Do Seridó; Secretaria Municipal de Saúde; SGE/ SESAP; Coord. Das Residências (EMCM e UERN), COREMU e COREMEs	Semestral, iniciando após a Semana de Integração
Incompreensão dos papéis relacionados à preceptoria por parte dos profissionais dos serviços de saúde	Formação através de oficinas	Ambiente adequado; folha de papel craft; pincéis; computador; impressões e equipamentos de multimídia; Parceria com a UERN; HETFF; Coordenação das Residências da EMCM/ UFRN, SMS Caicó e Hospital do Seridó.	Compreensão das atribuições da preceptoria nos processos de formação dos residentes em saúde	Especializandos e Parceiros (UERN; HETFF; Hosp. Do Seridó; Secretaria Municipal de Saúde; SGE/ SESAP; Coord. Das Residências (EMCM e UERN), COREMU e COREMEs	Semestral, iniciando após a Semana de Integração
Desarticulação entre os serviços e instituições de ensino (planejamento, execução e avaliação)	Discussão com aplicação do PES na Semana Integração das Residências Multiprofissionais (Atenção Básica e Materno Infantil).	Ambiente adequado; folha de papel; pincéis; computador; impressões e equipamentos de multimídias.	Criação de agenda permanente de discussão entre os serviços e instituições de ensino (planejamento, execução e avaliação), para estreitamento de laços	Especializandos e Parceiros (UERN; HETFF; Hosp. Do Seridó; Secretaria Municipal de Saúde; SGE/ SESAP; Coord. Das Residências (EMCM e UERN), COREMU e COREMEs	Início de cada ano letivo (Semana de Integração)

Fonte: próprios autores



Dessa forma, pode-se considerar que o Coletivo de EP oportunizou um encontro de perspectivas convergentes, além de discussões sobre as problemáticas que permeiam os processos de trabalho e gestão dos Programas de Residência em Saúde, aqui incluídas a falta de preparo das gestões dos serviços para receber e desenvolver as Residências, a dificuldade para identificação de Tutores e Preceptores que compreendam os processos envolvidos num Programa de Residência e tenham preparo adequado. A desarticulação entre os serviços e as Instituições de Ensino, pois os residentes são inseridos nas unidades sem que maiores articulações teóricas sejam feitas; e a ausência de considerações sobre as necessidades dos serviços na construção dos projetos pedagógicos dos Programas.

Isso permitiu reflexões importantes e, principalmente, a proposição, a partir da perspectiva dos profissionais residentes e dos profissionais que atuam ou atuaram como tutores e/ou preceptores e que compõem o Coletivo de EP, de estratégias de intervenção que possam sanar alguns dos problemas visualizados. Um planejamento deve ser coerente com um contexto construído socialmente com base em uma metodologia que propicie uma racionalidade comunicativa(14). Foi possível observar a importância do uso do planejamento para que os problemas que mais afetavam a Residência fossem identificados e trabalhados.

Para a complementação da matriz construída com os nós críticos, discutiu-se sobre o uso de alguns conceitos como “falta de preparo”, considerando que há incompreensão por parte das gestões dos serviços e dos profissionais preceptores sobre seus papéis dentro do processo. Portanto, qualificar esses atores através de oficinas permitirá certa fluidez dos processos de formação profissional em saúde (preceptoria, tutoria e aprendizagem), uma vez que existem os entraves relacionados a algumas dificuldades. Percebeu-se, ainda, a necessidade de constituir, como outro nó-crítico, a incompreensão dos papéis relacionados à preceptoria por parte dos profissionais dos serviços de saúde.

O nó crítico “falta de preparo da gestão local e dos preceptores dos serviços de saúde” foi dividido nos nós críticos expostos acima, uma vez que o Coletivo aprofundou a discussão e, considerando as particularidades dos atores envolvidos (gestão e preceptores) e sua inserção nos processos relacionados às Residências,

garantiu-se melhor compreensão dos problemas.

Apesar de se constituírem distintamente, ambos se complementam e garantem adequada articulação com os programas de Residência. Dessa forma, estabeleceu-se um itinerário formativo complementar com a finalidade de fortalecer os serviços e seus profissionais, garantindo que passem de meros coadjuvantes a sujeitos ativos na formação profissional em saúde, efetivando as ações dos Programas de Residência.

Também foi visualizada a importância de inserir como parceiros as Comissões de Residência Multiprofissional (COREMUs) e as Comissões de Residência Médica (COREMEs), tendo em vista que são elas que realizam o planejamento dos Programas, sendo imprescindível sua participação para adequado acompanhamento das Residências, além da avaliação e articulação com os serviços de saúde. Assim, garante-se que esse processo se dê de forma efetiva, com maior robustez à articulação ensino-serviço e atendendo aos princípios e diretrizes do SUS.

Por fim, quanto ao nó-crítico “Desarticulação entre os serviços e instituições de ensino (planejamento, execução e avaliação)”, esperamos como resultado a criação de agenda permanente de discussão entre os serviços e instituições de ensino (planejamento, execução e avaliação), para estreitamento de laços institucionais.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) tem sua aplicabilidade comprovada na administração pública e em diversos setores que demandam um método eficaz para lidar com a complexidade da realidade social e com desafios imprevistos enfrentados pelos gestores(15). Na Atenção Básica, o uso do PES por residentes revelou-se uma ferramenta valiosa para reduzir a distância entre as equipes de saúde, facilitar a comunicação com a gestão local e fortalecer a relação com a comunidade(16). Além disso, o método demonstrou um impacto significativo na formação profissional dos residentes, incentivando reflexões sobre as diferentes abordagens na assistência ao paciente(16,17). Dessa forma, a aplicação do PES neste trabalho evidenciou sua flexibilidade, acessibilidade e clareza metodológica, tornando-o uma ferramenta altamente eficaz e adaptável à realidade dos Programas de Residência em Saúde.

A proposta de criação do referido Coletivo teve



uma boa adesão, uma vez que as discussões realizadas nas microintervenções sempre se deram no sentido de reforçar a importância desse grupo, dada a possibilidade de ocorrência de debates sobre as fragilidades e alternativas de fortalecimento dos Programas de Residência em Saúde. A proposta de utilizar o Planejamento Estratégico Situacional possibilitou uma discussão profunda dos problemas, com seus nós críticos, de forma sistemática, trazendo uma análise da situação vivenciada através da visão de diversos atores, o que proporcionou um debate coletivo fortalecendo o processo de ensino aprendizagem.

Algumas dificuldades foram observadas quanto a ausência de alguns membros nas últimas reuniões, o que pode ser justificado pelas muitas tarefas que cada um possui no desempenho de suas funções de trabalho, contudo cada momento de reunião foi extremamente profícuo e produtivo para a proposta. Esse trabalho apresenta limitações, pois como se trata de um relato de experiência, traz uma visão muito particular e singular de um indivíduo, porém mesmo que embasada cientificamente. Dessa forma, faz-se necessário que outras pesquisas com metodologias diversas sejam utilizadas para aprofundar ainda mais estudos nessa vertente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) demonstrou ser uma ferramenta eficaz para a gestão dos Programas de Residência em Saúde, possibilitando uma abordagem estruturada e participativa na identificação e resolução de problemas. Por meio das microintervenções e do envolvimento ativo dos diferentes atores envolvidos nos programas de residência, foi possível mapear os principais desafios enfrentados, destacando-se a dificuldade de integração e comunicação entre os serviços e instituições de ensino.

A metodologia utilizada permitiu não apenas a análise dos problemas sob múltiplas perspectivas, mas também a construção de soluções viáveis e coerentes com a realidade dos serviços de saúde. O processo de reflexão coletiva proporcionado pelo PES fortaleceu a articulação entre residentes, preceptores, tutores e gestores, promovendo um ambiente mais colaborativo e propício ao aprimoramento da formação em serviço.

Apesar das contribuições significativas desse estudo, algumas limitações foram identificadas, como a dificuldade de conciliação de agendas dos participantes e a necessidade de maior adesão por parte de alguns membros do coletivo. No entanto, essas barreiras não comprometeram os avanços obtidos e serviram como aprendizado para futuras iniciativas voltadas à melhoria dos processos formativos.

Conclui-se que a implementação do PES nos Programas de Residência em Saúde pode contribuir significativamente para a qualificação do ensino e do trabalho em saúde, promovendo uma gestão mais eficiente, integrada e alinhada com os princípios e diretrizes do SUS. O desenvolvimento contínuo de estratégias de planejamento e gestão participativa deve ser incentivado, a fim de garantir a sustentabilidade das melhorias alcançadas e fortalecer a formação dos profissionais de saúde no Brasil.



REFERÊNCIAS

1. Silva LB. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. R. Katál. 2018; 21(1):200-9.
2. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm. Acesso em: 11 dez. de 2024
3. Tiensoi SD, Bonisson RL, Matozinho FP, Meléndez GV, Velásquez FSL. Diagnóstico situacional: perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados em unidade de clínica médica. REME - Rev Min Enferm. 2014 jul/set; 18(3): 573-578. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140042>
4. Artmann E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. In: Oficina Social nº 3: Desenvolvimento Social, 2000, Rio de Janeiro. Resumo dos Trabalhos. Rio de Janeiro: COPPE UFRJ p.25, 2000. Disponível: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2153.pdf>. Acesso em: 11 dez. de 2024.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 11 dez. de 2024.
6. Carvalho DJM de. Contribuições do Programa de residência multiprofissional para inserção profissional de enfermeiros. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2018
7. Oliveira DS de. Peixoto, HGE. Residência Multiprofissional em Saúde Mental do adulto: fazer mais do mesmo ou provocar mudanças? Health Residencies Journal-HRJ. 2021; 2(12). DOI: <https://doi.org/10.51723/hrj.v2i12.186>
8. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. Práxis Educacional, Vitória da Conquista, 2021; 17(48):60-77. DOI: 10.22481/praxisedu.v17i48.9010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
10. Rio Grande do Norte – RN. Especialização em Gestão de Programas de Residência em Saúde. Eixo IV: Planejamento em Saúde e as Residências em Saúde. RN, 2024.

11. Lacerda, JT; Botelho LJ; Colussi CF. Planejamento na atenção básica [Recurso eletrônico] Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

12. Michelis. Dicionário da Língua Portuguesa. <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/problema/>

13. Santos Filho EJ, Sampaio J, Braga LAVA. Avaliação de um programa de residência multiprofissional em Saúde da Família e a comunidade sob o olhar dos residentes. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. Brasília, 2016; 10(4):129-149. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2245>

14. Magalhães LS. Metodologia PEC - Planeação Estratégica e Comunicativa: aplicação em um programa de pós-graduação de uma Universidade Pública. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional) -Núcleo de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2016. Disponível em: http://www.profiap.org.br/profiap/tcfs-dissertacoes-1/unir/2016/113_unir_2016_luciano-magalhaes.pdf . Acesso em: 06 de novembro de 2020.

15. Nascimento JO, Reis MP. Planejamento Estratégico Situacional. *Revista Linceu On-line*. São Paulo, 5(1):86-101, jan./jun. 2015. Disponível em: https://liceu.fecap.br/LICEU_ON-LINE/article/view/1721/976. Acesso em: 11 dez. de 2024.

16. Lessa JF. Planejamento estratégico situacional elaborado em uma unidade de saúde da família: um relato de experiência. *Revista Nursing*, 2021; 24 (275): 5506-5509. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i275p5506-5513>

17. Meneses MO, Anjos AMC, Carvalho RVS, Lopes CAS, Oliveira VAS, Leal SRMD. O planejamento Estratégico Situacional como ferramenta de gestão na Atenção Primária em Saúde. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research- BJSCR*. 28(4):13-16, Set/Nov. 2019. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191110_131936.pdf. Acesso em: 11 dez. de 2024.

Gestão de programas de residências em saúde em Mossoró, Rio Grande do Norte: um relato de experiência

Management of healthcare residency programs in Mossoró, Rio Grande do Norte: an experience report

Emanuela Freire Caetano Davi; Herika Roberta Freire de Oliveira Davi

RESUMO

Introdução: Os programas de residência em saúde no Brasil são vitais para a formação de profissionais capacitados para atender às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando ensino, serviço e comunidade. **Objetivos:** Relatar a experiência sobre os processos administrativos na gestão dos programas de residência em saúde de Mossoró, RN. **Metodologia:** Foram realizadas 5 microintervenções pedagógicas visando formar um diálogo coletivo entre os preceptores, residentes e gestores de suas respectivas Unidades de Saúde para caracterizar a atuação dos programas de residência e seu impacto na qualidade dos serviços de saúde municipal. As considerações levantadas foram compiladas para análise. **Resultados:** As microintervenções evidenciaram como dificuldades carências estruturais, resistência à interprofissionalidade, e desafios nos serviços da saúde mental e na atenção à população LGBTQIA+. A construção de um coletivo de Educação Permanente em Saúde e de uma minuta para a Política Municipal foram apontadas como iniciativas de intervenção. Foram elencadas demandas para o aprimoramento dos fluxos entre atenção básica e especializada, a integração das práticas de saúde mental e o fortalecimento do controle social. Destacaram-se a importância de aderência e incentivo as boas práticas. **Conclusão:** Conclui-se que, apesar dos desafios presentes nos serviços de saúde, os programas de residência têm um grande potencial transformador no contexto das Unidades Básicas de Saúde, necessitando apoio de uma gestão participativa, infraestrutura adequada e o compromisso dos atores envolvidos. A principal limitação deste trabalho está no aporte reduzido de participantes, possuindo,

no entanto, grande potencial para a expansão e continuação.

Palavras-chave: Educação permanente em saúde; Gestão de programas de residências em saúde; interdisciplinaridade em saúde

ABSTRACT

Introduction: The health residency programs in Brazil are vital for training professionals capable of meeting the demands of the Unified Health System (SUS), integrating education, service, and community. **Objectives:** To report the experience regarding administrative processes in the management of health residency programs in Mossoró, RN. **Methodology:** 5 pedagogical micro-interventions were conducted to foster a collective dialogue among preceptors, residents, and managers of their respective Health Units, aiming to characterize the performance of the residency programs and their impact on the quality of municipal health services. The insights gathered were compiled for analysis. **Results:** The micro-interventions highlighted structural deficiencies, resistance to interprofessionalism, and challenges in mental health services and care for the LGBTQIA+ population as key difficulties. The creation of a Permanent Health Education collective and a draft for a Municipal Policy were identified as intervention initiatives. Demands were listed for improving the flow between primary and specialized care, integrating mental health practices, and strengthening social control. Emphasis was placed on the importance of adherence to and encouragement of best practices.

Conclusion: In conclusion, despite the challenges



present in health services, residency programs have great transformative potential within the context of Primary Health Units, requiring support from participatory management, adequate infrastructure, and the commitment of all involved stakeholders. The main limitation of this work lies in the small number of participants; however, it holds great potential for expansion and continuation.

Keywords: Continuing health education; Management of health residency programs; interdisciplinarity in health

INTRODUÇÃO

Os programas de residência em saúde no Brasil desempenham um papel estratégico na formação de profissionais capacitados para atender às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de projetos de educação aplicados na prática de atuação em serviços de saúde. Os programas ocorrem em diversas instituições de cunho público ou privado, estando sob regulamentação pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Ministério da Saúde (MS)(1).

Os programas de residências multiprofissionais e uniprofissionais têm como objetivo apoiar a construção atual dos serviços de saúde com base nos princípios básicos do SUS – universalidade, integralidade e equidade – em diferentes linhas de cuidado no sistema de saúde(2). Esses programas promovem a integração entre ensino, serviço público e diálogo com a comunidade, de forma a construir uma linha de cuidado contínua, acessível e com recursos para atender às maiores especificidades em suas demandas(3).

Integrada a esses programas está a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, com diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007(1). Essa política busca integrar o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho, com o objetivo de aperfeiçoar, especializar e aumentar a qualidade dos serviços profissionais de saúde oferecidos à população(3).

Devido às especificidades regionais dos programas de saúde e à necessidade de atender às reali-

dades das comunidades, esses programas têm um grande potencial para personalização. No entanto, há desafios infraestruturais e administrativos, principalmente em regiões mais vulneráveis, com precariedade de recursos e falta de profissionais adequados para orientação(4).

Para a execução apropriada desses programas, é necessária a mobilização de recursos financeiros, infraestruturais, legais e humanos. Isso inclui orçamento financeiro, infraestrutura adequada, materiais de ensino-aprendizagem, presença de orientadores qualificados, planejamento de avaliações, suporte financeiro e emocional para os profissionais em formação e uma boa organização e comunicação entre gestores dos serviços de saúde e os responsáveis pelos programas de educação e especialização(1).

Assim, a gestão administrativa dos programas de residência em saúde assume um papel crucial para garantir que as diretrizes necessárias para o processo de aprendizado e atuação dos profissionais sejam implementadas com eficácia. A administração eficiente desses programas exige habilidades gerenciais e uma compreensão das necessidades locais de saúde, da articulação interinstitucional e do impacto das políticas públicas(3). Essa atuação contribui para a formação de profissionais preparados para enfrentar os desafios da saúde pública no Brasil e promover excelência nos serviços prestados à população(4).

Frente a isso, o presente trabalho busca aprofundar a compreensão dos processos administrativos que sustentam os programas de residência multidisciplinar em saúde, com o objetivo de relatar a vivência acerca dos processos administrativos envolvidos na gestão dos programas de residência em saúde de um município no estado do Rio Grande do Norte. Este trabalho propõe-se a identificar desafios e estratégias que contribuem para a implementação eficaz da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e o fortalecimento dos serviços oferecidos no contexto do SUS e mapear boas práticas e estratégias de gestão que têm potencializado os resultados dos programas de residência no município, contribuindo para a construção de uma minuta da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde e, posteriormente, do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde.



METODOLOGIA

Ao considerar o relato de experiência como expressão escrita de vivências, capaz de contribuir na produção de conhecimentos das mais variadas temáticas, é reconhecida a importância de discussão sobre o conhecimento. O conhecimento humano está interligado ao saber escolarizado e aprendizagens advindas das experiências socioculturais. O seu registro por meio da escrita é uma relevante possibilidade para que a sociedade acesse e compreenda questões acerca de vários assuntos, sobretudo pelo meio virtual, uma vez que o contexto contemporâneo informatizado possibilita isso. Deste modo, o conhecimento tem como objetivo a formação dos sujeitos na própria sociedade(10).

O presente trabalho é do tipo relato de experiência, por meio do qual busca-se descrever, discriminar e analisar a realidade dos programas de residência multiprofissional do município de Mossoró - Rio Grande do Norte.

Como atividade metodológica proposta pelo curso de especialização, as microintervenções foram utilizadas como forma de intervir na realidade local dos serviços de saúde na qual os discentes estão inseridos. Assim, sob iniciativa de um subgrupo local, foram organizadas 5 microintervenções que foram realizadas no decorrer do curso. Estas microintervenções aconteceram em sua maioria na Faculdade de Enfermagem - FAEN UERN, com exceção da 3ª microintervenção, que aconteceu na Secretaria de Saúde do município de Mossoró-RN. A 4ª e 5ª microintervenções tiveram como público alvo a gestão municipal, representação do conselho de saúde, universidades, representantes da gestão de residência para discutir sobre os caminhos da residência no município.

A dinâmica elencada para as reuniões de microintervenções foi executada a partir de rodas de conversa de livre participação e demanda, caracterizadas pelo início do diálogo com o tema-chave previamente planejado em cada microintervenção, e continuado a partir das contribuições dos participantes, com o objetivo de incluir a equipe de gestão e levar os tópicos elencados pelos profissionais da saúde para as equipes de gestão nas reuniões de microintervenções 3 a 5, permitindo assim o desenvolvimento de resolutivas.

Esta abordagem dinâmica foi um importante ins-

trumento de cooptação entre os temas abordados previamente por roteiro e as variedades da realidade exposta pelos participantes. Através dessa análise foi possível encontrar os caminhos de fortalecimento da educação permanente em saúde na realidade local, buscando contribuir com a educação permanente através do coletivo formado e instituído nas reuniões de microintervenção finais. Deve-se destacar que toda a trajetória foi conduzida pelo coletivo instituído pelo grupo de discentes local que planejou e executou as atividades pedagógicas de campo e instituiu o coletivo de educação permanente.

Os temas centrais de cada microintervenção foram:

- **Microintervenção 1** - Levantamento da realidade da residência multiprofissional e identificação de demandas;

- **Microintervenção 2** - Linhas de cuidado no SUS e sua aplicação em programas de residência;

- **Microintervenção 3** - Apresentação para a gestão de saúde municipal e para a gestão de planejamento em saúde sobre a formação do coletivo e a identificação de demandas discutidas nas duas primeiras reuniões, também focado a ausência de legislação municipal sobre a educação permanente;

- **Microintervenção 4** - Reunião com gestores para discorrer sobre a necessidade de construção da Política Municipal de Educação em Saúde e Plano Municipal de Educação em Saúde. O grupo de discentes sugeriu a publicação de portaria para oficializar o Grupo de trabalho, com 02 representantes, titular e suplente, ficando a cargo do setor de planejamento municipal da SMS e organização de seminário para discussão coletiva e identificar demandas para a construção da Política Municipal de Educação em Saúde.

- **Microintervenção 5** - Reunião com os representantes previamente convidados para discussão da formação de grupo de trabalho para planejamento de construção da Política Municipal de Educação Permanente Municipal em Saúde.

O enfoque deste relato de experiência foi dedicado aos dois primeiros momentos das atividades pedagógicas, devido ao reconhecimento da realidade vivenciada pelos residentes e preceptores no âmbito local



para a formulação da discussão central. Estes encontros tiveram grande valor prático para debate, sendo observado a realidade da residência na atualidade, seus avanços, impasses e dificuldades, situando a residência como processo de trabalho, espaço de aprendizagem visto de acordo com o olhar do preceptor e dos atuais residentes.

Ademais, para embasamento teórico aprofundado, pesquisas acerca da bibliografia atual a respeito das linhas de cuidado no sistema de saúde brasileiro e outros tópicos levantados durante as atividades foram realizadas utilizando bancos de dados da plataforma Scielo, da Biblioteca Virtual de Saúde e os materiais disponibilizados durante o curso de especialização com o objetivo de acrescentar a análise crítica das experiências.

RESULTADOS

Microintervenção 1

O primeiro momento foi realizado no dia 27/05/2024, às 14:15hs, com a participação de 27 pessoas, entre elas residentes, preceptores e o grupo que estava conduzindo a reunião. Nesta primeira microintervenção, foi apresentada a proposta de construção do coletivo de educação permanente em saúde, como espaço de discussão da rede de saúde local.

Na abertura da reunião realizou-se uma sucinta introdução a proposta do projeto de especialização e o grupo, composto por alunos da especialização em gestão de programas de residência em saúde, apresentou o objetivo da atividade “a construção de um coletivo de Educação permanente formado em conjunto com os atores envolvidos nas residências em saúde”. Logo no início das atividades, um participante fez uma observação importante a respeito da ausência da contemplação da residência uniprofissional (residência médica) naquela reunião. Devido ao objetivo previamente delimitado por orientadores, o foco da atividade foi direcionado à residência multiprofissional e apresentava esta lacuna, apresentando um ponto de possível expansão para atividades futuras.

O tópico inicial do diálogo foi sobre a importância da Educação Permanente em Saúde e concepções de saúde, possibilitando com que o grupo pudesse par-

ticipar das discussões sobre as demandas do atendimento em saúde e para a detecção de pontos de dificuldades na rede de saúde identificadas pelo grupo.

A reunião teve boa participação de todos e no final desse primeiro momento houve a definição os desafios e as dificuldades encontradas por preceptores em atuação que expressa a problemática da gestão dos programas de residência em saúde no município.

As dificuldades elencadas foram:

- Falta de tempo para planejamento estratégico;
- Falta de matriciamento em saúde mental, estratégias de cuidado no território, debates sobre medicalização do sofrimento, atendimento psicológicos breves e dificuldade de fluxo na RAPS;
- Interconsulta – falta de ambiência e estrutura para discussão de casos nas UBSs;
- Resistência nas UBSs pra implementação de interprofissionalidade;
- Ausência de interprofissionalidade no ambulatório TRANS da FAEN.

Demandas elencadas:

- Atendimento às pessoas com deficiências- melhor acolhimento e resolutividade;
- Trabalhar a prevenção em saúde;
- Inserir a interconsulta na grade curricular como prática desde a graduação e realizar formação ainda na graduação para atuar nas UBSs, considerando os determinantes de saúde e consciência de classes, proporcionando ao residente o olhar crítico, com relação às questões sociais que assolam os sujeitos e usuários dos serviços;
- Abordar a participação e distanciamento dos conselhos de direitos e a necessidade de fortalecimento de controle social;
- Capacitação aos profissionais dos serviços pra melhorar o acolhimento das demandas de saúde da população LGBTQIA+;
- O ambulatório deve ser formador.

No final, foi pactuado com os participantes sobre a criação do colegiado, formulação de um calendário de reuniões mensais e também criação de grupo de WhatsApp para melhor organização das atividades, envolvendo também o conselho municipal de saúde a fazer

parte do colegiado.

Microintervenção 2

No dia 12/07/2024, foi realizada a segunda microintervenção, com a participação de 26 pessoas, contando com o grupo que conduziu o momento. Nesse segundo momento, o tema focal foi em torno das legislações existentes sobre as linhas de cuidado em saúde. Foi realizada uma pesquisa sobre as linhas de cuidado integral existentes na rede de saúde local e no município com base no Plano Municipal de Saúde vigente, porém não foram encontradas informações atualizadas sobre as Linhas de cuidado¹ no plano atual. Fazendo um contraponto sobre as linhas de cuidado preconizadas pelo Ministério da saúde, se destaca que Linhas de cuidado integral incorpora a ideia de integralidade na assistência à saúde, um dos princípios do Sistema único de Saúde- SUS que significa executar ações preventiva, curativas e de reabilitação (1,2).

As linhas de cuidado em saúde são protocolos clínicos mais seguros para os pacientes e que organizam e padronizam os serviços oferecidos. O Ministério da Saúde preconiza algumas linhas de cuidado como: Acidente Vascular Cerebral (AVC); Diabetes Mellitus tipo 2; Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no adulto; tabagismo, Obesidade em Adulto; Transtorno por Uso de Álcool no Adulto; Dor torácica, IAM e IC no Adulto; transtorno do espectro autista na criança e HIV/AIDS no adulto (2,6).

No contexto regional, foram abordados os déficits nas linhas de cuidado locais e a necessidade de aprimoramentos nesses procedimentos. Alguns participantes focaram mais especificamente a linha de cuidados da população LGBTQIA+ e da Saúde Mental. Alguns participantes (residentes) relataram situações de violência/preconceito vivenciadas no cotidiano das UBSs pela população LGBTQIA+, já que alguns servidores, especialmente do SAME, não utilizavam o nome social do(a) usuário(a), muitas vezes constrangendo o(a) paciente. Também foi citado que, muitas vezes, a população LGBTQIA+ deixa de buscar cuidados de saúde

de na atenção primária por falta de noção de pertencimento nas UBSs.

Diante desse contexto, foi sugerido que o Setor/ Núcleo de Educação em Saúde da gestão municipal realizasse atividades/ações direcionadas aos servidores das Unidades Básicas de Saúde, especialmente os servidores do SAME e a equipe de enfermagem que realizam o atendimento e acolhimento nas UBSs.

Com relação aos usuários de serviços psicoterapêuticos, foi relatada a superlotação dos CAPS e a dificuldade de acesso a recursos. A rede de atenção psicossocial (RAPS) apresenta uma sobrecarga crescente, com maiores índices de adoecimento mental dos sujeitos, haja vista o acirramento das várias questões sociais, enquanto temos poucos serviços que realmente ofertam o acompanhamento das pessoas em sofrimento mental. Esse cenário acentua o uso da medicação como a única forma de conter as crises, devido à falta de vagas nos serviços substitutivos da RAPS e à dificuldade de agendamento para consultas especializadas (psiquiatria)(7).

Foi relatado que os profissionais médicos atuantes nas UBSs frequentemente mantêm a mesma medicação por períodos prolongados, sem reavaliação do especialista, o que acentua o uso de medicações psicotrópicas e, em alguns casos, provoca o acirramento dos sintomas psiquiátricos ou o surgimento de surtos psiquiátricos.

Outro ponto mencionado é que a Rede de Atenção Psicossocial local apresenta um número reduzido de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em comparação com a grande demanda de pessoas adoecidas. Também foi destacada a ausência de serviços de convivência para oferecer suporte a essa população acometida por sofrimento mental. Para a resolução dessa problemática, foram sugeridas estratégias como a abertura de novos serviços de atenção psicossocial, ambulatorios de saúde mental, matriciamento em saúde mental na atenção primária e serviços comunitários de saúde que busquem a reinserção social desse grupo crescente de pacientes.

¹ A Linha de Cuidado caracteriza-se por padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de no sistema, quais: descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde. Viabilizam a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações, organizando um continuum assistencial.



ANÁLISE CRÍTICA

Desafios e estratégias da gestão

Os programas de residências em saúde têm, como premissa básica, a relação ensino-aprendizagem-profissionalização no âmbito dos serviços da rede de saúde, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde, como a universalidade da assistência, integralidade, equidade, descentralização da gestão, hierarquização dos serviços e controle social(1).

Através das atividades pedagógicas e práticas cotidianas nas Unidades Básicas de Saúde, residentes e preceptores, conseguem através de sua prática realizar atendimentos e promover ações de saúde, desenvolvendo também um saber interprofissional, através da construção de um atendimento integral, uma vez que as equipes de residência multiprofissional, conseguem através de interconsultas, identificar não somente a doença, mas os determinantes sociais em saúde(4).

Os residentes em saúde têm como objetivo identificar indicadores de saúde e mapear as necessidades de saúde de um determinado território, podendo também fomentar ações de controle social. Faz-se imprescindível que as premissas do SUS estejam atreladas às práticas de saúde. Deste ponto, emerge a importância da gestão administrativa desses programas de residência multiprofissional, já que as intervenções são extremamente potentes.

Para que um programa de residência multiprofissional se desenvolva adequadamente, a gestão deve proporcionar meios para a manutenção da infraestrutura e seu desenvolvimento, como: garantir ambiência adequada, condições de insumos e medicamentos locais, realizar atividades formativas contínuas, especialmente na área de saúde mental, implantar periodicamente formações com os servidores da atenção primária e especializada, acerca da temática LGBTIQIA+, farmácias satélites, e garantir o acesso a serviços de referência e especialidades, conforme normatizam os preceitos do SUS(1, 5, 7).

Mapeamento de boas práticas

Boas práticas em saúde, conforme definidas pela

ANVISA, referem-se a ações adotadas por prestadores de serviços para garantir a uniformidade e a implementação de políticas de qualidade(6). Essas políticas abrangem aspectos como estrutura, processos, segurança, prontuário e gestão de pessoas. A qualidade, conforme conceituada por Donabedian, é fundamentada nos 07 pilares da qualidade na área da saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade(8,9).

É importante enfatizar que a ANVISA define diretrizes para boas práticas em saúde como ferramenta norteadora nesse setor, sendo as diretrizes específicas: estabelecimento de boas práticas de funcionamento, priorização da segurança do paciente, proteção à saúde do trabalhador, planejamento organizacional, atualização de prontuários e organização na gestão de pessoas e de infraestrutura. No âmbito das políticas regulatórias de acesso aos serviços de saúde do sistema de saúde suplementar, as “boas práticas”, segundo a Resolução Normativa Nº 346, de abril de 2014, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), são definidas como um conjunto de ações adotadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus prestadores de serviços, identificadas como as mais acertadas em termos de eficácia e eficiência, possibilitando a identificação e resolução de problemas com maior consistência, segurança e agilidade, de forma a propiciar uma melhor assistência na saúde suplementar(6,11,12).

Através dos relatos nas duas primeiras reuniões de microintervenções, pôde-se perceber que há um empenho por parte dos integrantes da residência multiprofissional e da gestão local em cumprir as premissas do SUS, além de uma preocupação com a gestão e infraestrutura dos serviços, que remetem às boas práticas em saúde. Foi relatado que a gestão municipal da saúde se encontra em processo de implantação do prontuário eletrônico para otimização do atendimento. Também integra a rede o Setor de Gestão de Pessoas e uma gerência de Educação Permanente em Saúde. No entanto, ainda não existem a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde nem o Plano de Educação Permanente em Saúde, dos quais nosso grupo está contribuindo, juntamente aos atores envolvidos na elaboração da minuta que, posteriormente, se tornará a Política Municipal de Educação Permanente em

Saúde.

Os residentes multiprofissionais elencaram as atividades realizadas por eles, numa perspectiva de cuidado coletivo e clínica ampliada, que visam à promoção da saúde de forma integralizada dos usuários, colocando-os como atores envolvidos no processo saúde-doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do relato de experiências exposto, observa-se que a gestão do programa de residência multiprofissional local está implicada com o objetivo proposto pelo programa, sendo uma contribuição impactante no processo de formação profissional. No entanto, existem desafios que merecem ser priorizados para que o processo de ensino, aprendizagem e profissionalização seja, de fato, eficaz e reverberem em práticas de saúde que proporcionem qualidade na atenção e melhoria da saúde dos usuários que passam pelos serviços.

É imprescindível que as demandas estruturais, organizacionais e de manutenção da educação permanente em saúde, que foram elencadas pelo grupo, sejam abordadas com compromisso e brevidade, para que o programa de residência multiprofissional se desenvolva em todas as suas potencialidades e possa atuar na perspectiva pedagógica e na melhoria da qualidade da atenção à saúde. Para isso, a atuação da CO-REMU (Comissão de Residências Multiprofissionais) se torna essencial, como espaço de diálogo entre gestão e programas de residência multiprofissional.

Segundo Sampaio, apesar dos esforços o desconhecimento acerca da atual situação do funcionamento da RAPS no país ainda é uma realidade.[5] Mesmo com o avanço das publicações na área, existe ainda necessidade de desenvolvimento de pesquisas que contribuam para o debate nacional relacionado à interlocução entre os diversos pontos de atenção, visto que a disponibilidade e (des) articulação dos serviços impactam negativamente na atenção à saúde mental(5).

Dialogar sobre a realidade local, planejar, adequar e buscar soluções, especialmente para o matriciamento na área da saúde mental e na rede de atenção psicossocial, além de buscar experiências e/ou projetos inovadores nessa área, seriam alternativas para sanar

um dos problemas mais debatidos pelo grupo nas microintervensões. Muitas vezes, a solução está na própria comunidade e na mudança de como fazer saúde. Novas tecnologias sociais sempre surgem, por isso é necessária uma gestão participativa com atores comprometidos no processo.

Nesse contexto, os atores envolvidos realmente se implicam no processo e acredita-se na eficácia e efetividade do Programa de Residência como um divisor de águas no âmbito das Unidades Básicas de Saúde. Assim, gestão, preceptores e residentes poderiam contribuir juntos para solucionar as demandas/situações-problema, anteriormente identificadas nas reuniões, bem como para a construção de legislação específica sobre a Educação Permanente em Saúde.

Este trabalho possuiu como principais desafios e limitações o aporte limitado de participantes para microintervensões devido às limitações infraestruturais nos locais de discussão, demandas sobre o serviço que impossibilitariam a participação de parte dos profissionais e dificuldades de comunicação para adesão. No entanto, devido a importância do tema, existe grande potencial para a expansão para aplicação demais intervenções em outros locais, ou continuação de discussões em outros formatos e modalidades, como reuniões on-line, buscando identificar as necessidades e potencialidades da residência multiprofissional e contribuir para o desenvolvimento de políticas/plano próprios locais.



REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado: Organização da Atenção por Ciclos de Vida. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
3. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Educação Permanente em Saúde: Desafios para a Educação e Contextos de Trabalho na Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(3):751-760. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RyWcLhrxvJcZdZnxyJfxPJD/>
4. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O Sistema de Saúde Brasileiro: História, Avanços e Desafios. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-1797.
5. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(3):1-16. doi: 10.1590/0102-311x00042620.
6. Braga AL. Manual de boas práticas assistenciais multidisciplinares. Brasil, Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar; 2002. 36 p.
7. Ministério da Saúde (BR). Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 514 p.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2011 nov 25 [citado em 20 jan 2025]; Seção 1:180. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html
9. Portela MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: Rozenfeld S, organizador. *Fundamentos da Vigilância Sanitária* [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000. p. 259-269. Disponível em: <http://books.scielo.org>
10. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional* [Internet]. 2021 set 1 [citado 2025 mar 1];17(48):1-18. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010>. doi:10.22481/praxisedu.v17i48.9010
11. Ceará. Carlos Bruno Silveira. *Informações Objetivas da Qualidade: boas práticas para a qualidade dos serviços de saúde*. 4.ed. Fortaleza: Secretaria de Saúde; 2021. 12 p.
12. Fonseca JP. *Melhores práticas na residência multiprofissional em saúde: uma investigação apreciativa* [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2021. 106 f

ISSN 2965-0518

