

## A Promoção da Saúde em tempos pandêmicos: uma experiência na Atenção Primária

Promoción de la salud en tiempos de pandemia: una experiencia en Atención Primaria

Health Promotion in pandemic times: an experience in Primary Care

**Linda Inês Oliveira Diógenes**

*Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), Fortaleza - CE/Brasil*

**ORCID:** 0000-0003-1049-1205

**E-mail:** psicologiainelinda@gmail.com

**Pedro Renan Santos de Oliveira**

*Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) - Brasil*

**ORCID:** 0000-0001-6308-3227

**E-mail:** psipedrorsoliveira@gmail.com

### Resumo

O presente trabalho objetivou sistematizar a execução do Projeto “Corpo em cAnÇÃO, Saúde ConVida” em Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto experiência de Promoção da Saúde durante a pandemia em um município metropolitano de Fortaleza, nordeste do Brasil. A partir de vivências baseadas na Educação Permanente em Saúde, na perspectiva crítica da composição técnica do cuidado, especialmente nas tecnologias leves em saúde, este artigo produziu discussões sobre as fragilidades e potencialidades à realização do projeto, compreendendo as práticas de cuidado e de Promoção de Saúde como um paradigma reordenador da APS brasileira. O método empregado foi o relato de experiência que traz a necessidade da escrita transcender o vivido e, para além de narrar, produzir um conhecimento situado. O debate apresentou os efeitos na APS da covid-19 para trabalhadores(as) do Sistema Único de Saúde (SUS); os processos de trabalhos e cotidiano assistencial; além das consequências dos usos das tecnologias relacionais (leves) na Promoção da Saúde. Demonstrou ainda a relevância das Residências Multiprofissionais na potencialização dos processos de transformação do cotidiano assistencial através da educação pelo trabalho, possibilitando a construção laboral no paradigma da Promoção da Saúde. Assim, dar visibilidade às experiências sobre a valorização do trabalhador(a) parece ser a contribuição central que o manuscrito aponta. Ademais, torna-se essencial ao funcionamento do sistema propagar conhecimentos e ações a partir das iniciativas dos próprios trabalhadores e serviços de saúde em seus cenários e relações concretas na medida em que valoriza o desenvolvimento dos denominados “Recursos Humanos” devidamente qualificados para o SUS.

**Palavras-chaves:** Promoção da Saúde; Tecnologias de Cuidado; Residência Multiprofissional; Pandemia; Atenção Primária à Saúde.

### Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo sistematizar la ejecución del Proyecto “Corpo em cAnÇÃO, Saúde ConVida” en Unidades Básicas de Salud como experiencia de Promoción de la Salud durante la pandemia en la ciudad metropolitana de Fortaleza, noreste de Brasil. A partir de experiencias basadas en la Educación Permanente en Salud, en la perspectiva crítica de la composición técnica del cuidado, especialmente en tecnologías de salud livianas, este artículo produjo discusiones sobre las debilidades y potencialidades para la realización del proyecto, que comprende prácticas de cuidado y Promoción de la salud como paradigma de

reordenamiento de la Atención Primaria de Salud brasileña. El método utilizado fue el relato de experiencia que trae la necesidad de la escritura para trascender lo vivido y, además de narrar, producir saberes situados. El debate presentó los efectos en la APS del covid-19 para los trabajadores del Sistema Único de Salud; procesos de trabajo y cuidado diario; además de las consecuencias del uso de tecnologías relacionales (light) en la Promoción de la Salud, también demostró la relevancia de las Residencias Multiprofesionales en la potenciación de los procesos de transformación del cotidiano del cuidado a través de la educación por el trabajo, possibilitando la construcción del trabajo en el paradigma de la Promoción

de la Salud dar visibilidad a las experiencias sobre la valorización del trabajador parece ser el aporte central que apunta el manuscrito. Además, es fundamental para el funcionamiento del sistema propagar conocimientos y acciones a partir de las iniciativas de los propios trabajadores y servicios de salud en sus escenarios y relaciones concretas, ya que valora el desarrollo de los denominados “Recursos Humanos” debidamente calificados para el SUS.

**Palabras clave:** Promoción de la salud; Tecnologías asistenciales; Residencia multiprofesional; Pandemia; Atención primaria

#### Abstract

The present work aimed to systematize the execution of the Project “Corpo em cAnÇÃO, Saúde ConVida” in Primary Health Care (PHC). Units as an experience of Health Promotion during the pandemic in the metropolitan city of Fortaleza, northeast of Brazil. Based on experiences based on Permanent Education in Health, in the critical perspective of the technical composition of care, especially in light health technologies, this article produced discussions about the weaknesses and potential for carrying out the project, comprising care practices and the Promotion of Health. Health as a reordering

paradigm of Brazilian PHC. The method used was the experience report that brings the need for writing to transcend the lived and, in addition to narrating, to produce situated knowledge. The debate presented the effects on PHC of COVID-19 for workers in the Unified Health System (SUS); work processes and daily care; in addition to the consequences of the use of relational technologies (light) in Health Promotion. It also demonstrated the relevance of Multiprofessional Residencies in enhancing the processes of transformation of daily care through education through work, enabling the construction of work in the paradigm of Health Promotion. Thus, giving visibility to the experiences on the valorization of the worker seems to be the central contribution that the manuscript points out. Furthermore, it is essential for the functioning of the system to propagate knowledge and actions based on the initiatives of the workers and health services themselves in their scenarios and concrete relationships, as it values the development of the so-called “Human Resources” duly qualified for the SUS.

**Keywords:** Health Promotion; Care Technologies; Multiprofessional Residency; Pandemic; Primary Health Care.

## Introdução

É datado em 30 de janeiro de 2020 o início oficial da situação de pandemia mundial quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) lança a “Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional indicando a pandemia decorrente da infecção respiratória transmissível pelo vírus SARS-Cov-2, o coronavírus, produzindo a infecção do COVID-19” (WHO, 2020). Diante dos impactos trazidos por esta que é a maior pandemia do Século XXI, as práticas assistenciais sanitárias foram reorganizadas, prioritariamente, em linhas de frente de combate à situação sanitária de emergência.

O fenômeno pandêmico, somado à necessidade de reorganização da vida em sociedade, corroborou para a sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde. Especialmente porque, dentre outras questões, exigiram respostas emocionais dos trabalhadores que se configuram em novas demandas de saúde mental com perfis de

sofrimento psíquicos similares aos quadros leves a moderados próprios daqueles apresentados pelos usuários dos serviços, cotidianamente, nos cenários da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira. Assim, não só pacientes padeciam psiquicamente, como também os profissionais, tendo a cena pandêmica o cenário disparador e de determinação comum (Oliveira, 2021). De acordo com importante documento lançado pelo Ministério da Saúde quando do início do primeiro ano da pandemia, a cartilha “Recomendações para os gestores” (2020), a situação socio-sanitária disparada pelo covid-19 traz consequências estruturais e subjetivas que impactam de distintas maneiras na situação de saúde mental da população (Noal, Damasio, & Freitas, 2020). De modo específico, os trabalhadores de saúde são afetados pelo estresse, aumento de sintomas ansiosos, depressivos, entre outros que reverberam negativamente nas ações de saúde executadas.

Diante de tal cenário, esse manuscrito entende a relevância de sistematizar a



experiência de cuidado aos profissionais de saúde que insiram metodologias ativas e sensíveis para além das metodologias hegemônicas em saúde no cotidiano dos serviços, marcadas pela instrumentalidade técnica e importante sobrecarga laboral aos profissionais (Lima, Lima, & Oliveira, 2022). Metodologias como a arte e as práticas corporais se dão na compreensão de que a promoção da saúde e do acolhimento voltados à equipe de saúde objetiva proporcionar ambientes afetivos para o exercício assistencial e a construção de vínculos de cuidado entre os profissionais. Dessa forma, metodologias dessas perspectivas podem auxiliar no incentivo à produção de outras experiências nos mais distintos cenários: delinear, descrever, refletir criticamente e sistematizar experiências concretas exercidas no cotidiano dos serviços de saúde a partir de uma realidade assistencial direcionadas à promoção da saúde, que articulem tecnologias relacionais e recursos subjetivos, culturais e artísticos e que insiram as condições de saúde de cada profissional (Portaria nº 687, 2006). Ademais, dar visibilidade ao tema torna-se crucial à concretização de diretrizes e princípios presentes nas políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, principalmente aquelas direcionadas à Promoção da Saúde, Educação Permanente em Saúde, Política de Humanização, Atenção Básica (AB), que buscam, dentre outras diretrizes, garantir a valorização do(a)trabalhador(a) de saúde como fator essencial ao funcionamento do próprio SUS.

No contexto pandêmico, embora se tenham bem delineadas pelas autoridades sanitárias as ações coletivas necessárias ao enfrentamento da covid-19 (como o isolamento social, uso de máscaras e a procura apenas emergencial dos serviços de saúde) outras condições de saúde ainda persistem nas demandas cotidianas nos equipamentos de saúde. Assim sendo, faz-se imperativo também que a dimensão relacional deva ser percebida e trabalhada no âmbito das ações tanto individuais quanto coletivas seja para

contenção da propagação do vírus, seja na construção de metodologias que ajudem a dar conta de outras demandas de saúde coexistentes (Ceccon, & Shenider, 2021).

Nessa direção, a operacionalização do cuidado se dá através, em sua orientação técnica, por meio de um campo de forças não necessariamente equilibradas - que Franco e Merhy (2003) chamam de: “trabalho vivo” e “trabalho morto”. Esse, operado fundamentalmente pela dimensão instrumental; aquele, especialmente relacional e que traduz no ato do fazer saúde nos encontros entre as tecnologias, saberes e modos de ser. A depender do modelo assistencial hegemônico, uma forma ou outra de trabalho (na relação trabalho vivo de tecnologia leve; e trabalho morto, de tecnologias duras e leve-duras) pode se sobressair (Franco & Merhy, 2003). Assim, nos modelos sanitários que valorizam e fomentam o paradigma da Promoção da Saúde, o trabalho vivo é exponencialmente valorizado e condição essencial para humanização do cuidado nos contextos sanitários

Foi a partir de tais compreensões e guias teóricos-conceituais, especialmente entre os paralelos do paradigma da Promoção da Saúde e a tipologia analítica das tecnologias leves (em olhares específicos nas relações de trabalho no contexto pandêmico), que se foi construído este manuscrito. Ele se configura, então, como um relato de experiência propondo sistematizar a vivência, a partir da análise crítica e reflexiva da intervenção proposta e compartilhada/significada. A experiência objeto de análise nesse artigo foi advinda do trabalho da autora principal, imersa enquanto componente de uma equipe multiprofissional de residência em saúde, no projeto “*Corpo em cAnÇÃO, Saúde ConVida*”. Tal projeto objetivou a produção de cuidado, escuta, acolhimento e vivência de afetos mediados pelas práticas corpóreas e pela música para os trabalhadores da APS de três Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de Guaiúba, na Região Metropolitana de Fortaleza, no nordeste brasileiro.

Esse manuscrito, então, advindo, sobretudo, das reflexões implicadas dos autores com o paradigma do cuidado – em que se desloca o olhar estritamente biológico das práticas sanitárias para a apreensão de tantos outros aspectos das realidades que atravessam os equipamentos de saúde como a arte e a cultura (Pan, 2017) – tem por objetivo-guia: sistematizar a experiência de um Projeto de Promoção da Saúde (“*Corpo em cAnÇÃO, Saúde ConVida*”) ofertado aos profissionais da APS que atuavam na linha de frente no combate à pandemia do covid-19.

### Metodologia

O enquadre metodológico aponta para um tipo de pesquisa que se configura, no que diz respeito a seu objetivo, como exploratória e descritiva na medida em que utiliza de materiais já previamente existentes produzidos sobre a temática e se fundamenta na descrição de uma experiência (Gil, 2008). Ademais, o artigo se constitui como de natureza qualitativa, fiel ao tipo de pesquisa advinda do Relato de Experiência, por propor e disponibilizar o acesso dos leitores às percepções e vivências dos autores envolvidos na construção do escrito a partir de determinada situação (Anjos, 2007).

Por ser este manuscrito configurado como um Relato de Experiência, ele é conduzido e descrito no intuito de sistematizar uma vivência para concretizar aspectos éticos, técnicos e afetivos a respeito de uma experiência, sendo elaborado para além da sucinta descrição de um ato, projeto ou intervenção (Holiday, 2006). Para tanto, o percurso metodológico foi traçado a partir dos delineamentos necessários a uma sistematização da experiência, compreendidos a partir de fenômenos multifacetados e permeados por aspectos objetivos e subjetivos (Holiday, 2006). Dessa maneira, a metodologia empregada se constituiu em cinco passos de sistematização quais sejam: Ponto de Partida; Pergunta(s) Inicial(ais); Recuperação do Processo vivido; Reflexão de Fundo e os Pontos de chegada. (Holiday, 2006, p. 79). Em

síntese, abaixo, os passos para construção desse desenho metodológico.

Na pergunta inicial que deu origem a formulação e escrita do Relato, partiu-se da seguinte indagação: “como promover a saúde dos profissionais da Atenção Primária em tempos de pandemia?”; diante de tal pergunta foi possível se fazer o resgate dos motivos que justificaram a experiência juntamente ao contexto teórico pensado para fundamentá-los e assim configurar o “eixo de sistematização” (Holiday, 2006). É válido elucidar de que forma a sistematização do relato de experiência se configura nesse escrito tendo nos Pontos de Partida e nas Perguntas Iniciais a trajetória desde a criação tanto do projeto “*Corpo em cAnÇÃO, Saúde ConVida*” enquanto *práxis*, a qual se propôs o cuidado de Promoção da Saúde, quanto sua transdução para material basilar a um relato de experiência. Inseriu-se a partir daí, portanto, a delimitação da problemática (que faria a experiência sair de uma mera descrição para reflexão de alcance teórico-crítico e reflexivo): “como atuar na perspectiva da Promoção da Saúde aos profissionais de linha de frente, na Atenção Primária a Saúde, em tempos de pandemia?”. Diante de tal problemática foi possível desdobrar objetivos gerais e específicos aos quais esse manuscrito se propôs a responder. Cabe inserir também, no ponto de partida, atores e apoiadores essenciais ao processo: as Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) da APS; os residentes, preceptores, supervisores e articuladores do município, bem como, quem sistematiza e a partir de qual lugar se insere (e como) na experiência relatada.

Logo na Introdução, se fizeram presentes facetas dos dois pontos referidos desse tipo de delineamento metodológico (os “Ponto de partida” e “Perguntas iniciais”) quando se traçaram tanto justificativas para o estudo, quanto os eixos teóricos essenciais à reflexão da experiência, a se saber: os apontamentos feitos sobre o atual quadro sumário da saúde mental dos trabalhadores da linha de frente de combate à pandemia, especialmente os da Atenção Primária à Saúde

(APS) e o conceito (paradigmático) em que a Promoção da Saúde se insere, bem como a compreensão das tecnologias leves no contexto pandêmico.

Posteriormente, a Recuperação do processo vivido se trata do momento do texto em que se traz a narrativa histórica da experiência, bem como a classificação dos fenômenos emergentes dela e análise crítica e afetiva das situações (Holiday, 2006). A terceira seção do trabalho, intitulado “Narrando a Experiência” (mais à frente) delinea o relato de experiência propriamente dito em que ao se narrar a intervenção foram realizados destaques dos fenômenos apreendidos principalmente aqueles relacionados aos conceitos de base na reflexão de fundo: o referencial técnico do trabalho em saúde e suas tecnologias, os pressupostos da Educação Permanente e do Paradigma da Promoção da Saúde, os modelos de Atenção e Gestão do SUS e a implicação da Residência nesses eixos analíticos.

A Reflexão de fundo incorpora as análises e sínteses extraídas da experiência traçando paralelos e conexões entre os processos de trabalho da residência no contexto de pandemia, as repercussões do contexto nos trabalhadores, principalmente em sua saúde mental e os fenômenos tradutores do modelo de atenção desenvolvido. Então, por fim, se adentra aos Pontos de chegada que alicerçam a comunicação da experiência e os possíveis desdobramentos (Holiday, 2006) que nesse artigo repercutem e compõem as considerações finais.

### O cenário da experiência

A pesquisa possui como cenário o município de Guaiúba que fica localizado na região metropolitana de Fortaleza, capital cearense, e possui de acordo com o último censo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 24.091 habitantes (IBGE, 2010). Dessas, 7% possuem algum tipo de ocupação com a renda mensal de até 1,6 salários-mínimos. Em contrapartida, 51,5% sobrevivem com cerca de ½ salário-mínimo. Por sua vez, o

Produto Interno Bruto *per capita* é de 7.815\$ e quase 100% da receita financeira provém de fontes externas. Em seu território, apenas 19% dos domicílios apresentam saneamento básico adequado e, embora seja uma cidade predominantemente urbana, somente 4,9% apresenta pavimentação, bueiros e calçadas. (IBGE, 2010).

Os territórios sanitários se configuram numa rede de saúde que possui em sua estrutura as Unidades de Saúde da Família (USF) e o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) enquanto equipamentos de APS; e, como atenção secundária, se tem um hospital municipal de pequeno porte, além do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); e serviço regulador da Rede de Urgência e Emergência, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). E, para o atendimento das demais necessidades e complexidades em saúde, o município celebra pactuações com os municípios limítrofes, principalmente Maracanaú (sede da microrregião de saúde) e Fortaleza (capital estadual) na oferta de serviços como policlínicas, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs).

Assim, com a exceção do CAPS, que possui Equipe multiprofissional completa (ainda que mínima nos parâmetros legais), os demais equipamentos sofreram, durante muito tempo, com a insuficiência de profissionais – como em escasso número de Psicólogas e Assistentes Sociais, por exemplo – e, para sanar tal demanda em 2017, Guaiúba se conveniou à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) para receber as equipes de residentes dos denominados “componentes comunitários” (residências multiprofissionais e integradas dos campos da “Saúde Coletiva”; “Saúde Mental Coletiva” e “Saúde da Família e Comunidade”) para compor seu quadro assistencial de formação em serviço.

## A narradora, a residência multiprofissional e os cenários da experiência

A pesquisadora (autora principal do manuscrito), Psicóloga-Residente, se inseriu nos cenários descritos, durante dois anos, a partir de um Programa de Residência Multiprofissional – a Residência Integrada em Saúde (RIS) do componente comunitário, pertencente a ênfase de Saúde da Família e Comunidade, pertencente a ESP/CE. A Residência é uma modalidade de pós-graduação em serviço que forma trabalhadoras e trabalhadores para o SUS, efetivando-se a partir do seu fazer nos contextos de saúde e produção de vida, da Educação Permanente, do saber tecnológico e do cuidado (Silva, 2018).

A atuação da profissional se deu como residente do programa citado, a RIS-ESP/CE, na APS do município. O cotidiano prático e formativo dizia da organização de ações em saúde no sentido orientado pela Política de Atenção Básica (Portaria 2.436, 2017) em articulação com os preceitos da Educação Permanente em Saúde, na seguinte direção: oferta de ações decuidado integral com ações individuais e coletivas na promoção, proteção e reabilitação, através de práticas intersetoriais, multi e interprofissionais e colaborativas na lógica territorial, assistencial, pedagógica e matricial das Equipes multiprofissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

A proposta das Residências Multiprofissionais em Saúde converge para os pressupostos advindos da Educação Permanente que, segundo Ceccim (2005), se apresentam enquanto dispositivo multifacetado que correlaciona não apenas uma proposta de desenvolvimento formal do sujeito, nem se reduz ao desenvolvimento da instrumentalidade técnica do trabalho em saúde. Pelo contrário, se propõe, sobretudo, a uma Educação em serviço sensível tanto ao desenvolvimento do conteúdo formal crítico quanto à perspectiva vivencial das realidades apresentadas nos inúmeros cenários de prática.

Ademais, é espaço para a reformulação de currículos mais sensíveis às propostas políticas e necessidades do sistema de saúde brasileiro (Ceccim, 2005).

É possível perceber, enquanto *práxis*, aproximações dos preceitos da Educação Permanente com a APS, pois ambas corroboram para uma atuação a partir das configurações territoriais, sejam estas originadas no cotidiano das populações ou das próprias relações de trabalho presentes nos serviços de APS (seja ESF ou AB tradicional) e da assistência como um todo. Portanto, “deve-se levar em conta o cotidiano das práticas assistenciais e os processos de determinação ou condicionamento social para a definição do desenho assistencial” (Campos et al. 2019, p. 133).

A Equipe de residentes da RIS, em sua turma VII, a qual pertence a pesquisadora, chegou ao município em março de 2020 com projeção de atuação até fevereiro de 2022. No entanto, a experiência aconteceu no recorte temporal de junho de 2020 a janeiro de 2021, totalizando sete meses, nas três USFs assistidas pela Residência. No cotidiano assistencial-formativo, entre outras atividades, eram ofertadas ações de Promoção à Saúde dos profissionais das três Equipes de Saúde da Família apoiadas pela residência através das tecnologias leves (Bertussi, Feuerwerker, & Merhy 2016) da ação reflexiva e interventiva e da elaboração técnica emergente dos campos relacionais dos territórios sanitários (Carvalho, Merhy, & Sousa, 2019).

Entendendo que as práticas em saúde são (inter) mediadas pelas relações e que são nessas relações que o fazer saúde se dá, a residência tem em seu bojo o viés reflexivo, crítico, sensível e político que facilitam o exercício de valorização do trabalho vivo e criativo em saúde. Isso porque possui a ação/reflexão/ação como eixos norteadores do trabalho, facilitando os encontros e as trocas entre os saberes populares e técnicos como estratégias de intervenção, qualificação do trabalho e produção de saúde (Campos et al.

2019), propondo a transformação do eixo formativo e da qualificação do trabalho a partir das verdadeiras necessidades da população. Dessa forma, é perceptível a inserção da Educação Permanente enquanto engrenagem pertencente à perspectiva do trabalho vivo, do campo tecnológico-relacional do cuidado no âmbito das tecnologias leves em saúde (Carvalho, Merhy & Sousa, 2019).

As três USFs em que a intervenção foi realizada estavam inseridas no centro da cidade, em territórios mais urbanos e onde ficam o comércio local, escolas municipais e as instituições dos poderes executivos (prefeitura, secretarias e suas células, órgãos e autarquias municipais, etc.) e legislativos municipais (câmara dos vereadores) e parcela considerável da população está cadastrada em programas sócio-assistenciais. Cada unidade de saúde possui em sua composição uma Equipe da ESF (Médico, Enfermeiro, técnicos e auxiliares de Enfermagem, Agentes Comunitárias de Saúde). No entanto, o último processo de adscrição de clientela e territorialização das unidades é antigo e o acesso da população à USF é fragilizado porque parte da população não sabe qual sua USF de referência, já que muitas vezes a unidade mais próxima da sua residência não é, de fato, a USF de referência. Ademais, a cobertura de ACS/USF é desequilibrada, de modo que em duas das USF existem duas ACS para cada uma delas e apenas uma contém sete ACS's. Isso faz com que haja, ainda assim, uma grande parcela de área descoberta assistencialmente. Esse fato desenvolve uma superlotação da maior USF que fica mais próxima ao centro da cidade (onde se localizam praça da Igreja Matriz, câmara municipal, rodoviária) no qual os atendimentos são individualizantes e os fluxos assistenciais precários em que há pouca comunicação entre os pontos de atenção da rede de saúde.

### **Sobre os recursos utilizados**

Para construção desta pesquisa, compondo sua triangulação metodológica (Mercado-Martínez & Bosí, 2004), foram

trazidos documentos, recursos e registros que foram lançados mão para que a experiência pudesse, de fato, ser relatada e refletida. Essa experiência foi narrada a partir de apontamentos feitos, após cada momento, em registros em correio eletrônico (no que se denomina de nuvem virtual privada), da pesquisadora, bem como através das fichas de atividades coletivas, essas utilizadas para registro no sistema de informação vigenteno SUS, na Atenção Primária. Cabe inserir também atas de reuniões com atores e apoiadores essenciais ao processo: as Equipes da ESF; os residentes, preceptores, supervisores e articuladores da assistência e da gestão do município.

### **Referencial de análise do material vivido**

Para além da descrição afetiva e reflexiva do material construído, é necessário construir um teor científico ao relato, incorporando dados teórico-conceituais aos fenômenos apreendidos. Nisso, a perspectiva teórica adotada para reflexão de fundo é o da Promoção da Saúde que, para além de um simples arranjo conceitual, se traduz enquanto um posicionamento reflexivo crítico, social, político, epistemológico e, sobretudo, paradigmático que se propõe orientar as práticas assistenciais sanitárias no SUS, como se vê na literatura adotada (Buss, 2009; Czeresnia; Freitas, 2009; Czeresnia, 2009; Martins, 2005). Assim, para fins de escopo da reflexão crítica, a Promoção da Saúde aqui será entendida como um processo que contempla o investimento na ação em comunidade, nas relações e na capacidade dos sujeitos em intervirem e serem protagonistas do seu bem-estar, em um processo, todavia, não alienado das diversas determinações em saúde (Brasil, 2002), mas fortalecido politicamente, inclusive, à medida que se produz o cuidado, para além da técnica, direcionado nesse manuscrito, aos profissionais de saúde.

### **Narrando a experiência (Resultados)**

Para que essa narrativa seja mais bem compreendida, será dividida em partes as quais são trazidas peculiaridades e interseções entre atores e cenários não limitados aqueles presentes necessariamente no período pandêmico, mas trazendo um resgate progressivo à pandemia configurando, por assim dizer, os pontos de partida que reverberaram na construção da intervenção e que sustentaram a análise teórico-conceitual e prática do relato. No primeiro tópico é apresentado um pequeno resgate histórico da inserção da Residência Integrada em Saúde no município de Guaíba e a vivência da RIS no contexto de pandemia; no segundo é realizada uma breve explicação sobre as repercussões da pandemia nos profissionais da linha de frente (no geral) e, particularmente nos profissionais da APS do município e as respostas estratégicas delineadas pela residência para as demandas emergentes. Assim, chega-se ao terceiro ponto, momento em que se realiza a narração da construção e desenvolvimento do projeto objeto do relato de experiência, “*Corpo em AnÇÃO, Saúde ConVida*”.

#### **A Residência Multiprofissional em saúde e Guaíba: a chegada, a turma VII e a pandemia**

Inicialmente, foi ofertado para o município a Residência Integrada em Saúde (RIS) do componente comunitário da ênfase de Saúde da Família e Comunidade que potencializaram as ações assistenciais na APS e inseriram novas metodologias de cuidado na rede com a inserção, por exemplo, das Práticas Integrativas e Complementares (PIC's). Posteriormente, em 2019, novas ênfases fizeram parte do município como as residências em Saúde Mental Coletiva e Saúde Coletiva, programas presentes na já citada instituição formativa, a ESP-CE.

No primeiro trimestre de 2020 a turma VII da RIS chega ao município tendo a Equipe a composição de cinco profissionais, dentre as

quais: duas Enfermeiras; uma Fisioterapeuta, uma Psicóloga (aqui nesse relato também a pesquisadora) e uma Assistente Social. Inicialmente, foi realizado o processo de territorialização, inerente e crucial para o desenvolvimento das ações/intervenções e a partir da qual os profissionais residentes devem iniciar suas ações assistenciais.

No entanto, esse processo foi interrompido pelo decreto de calamidade pública e, diante da compreensão do cenário pandêmico, o município de Guaíba foi, gradualmente, organizando seu plano de contingência e reconfigurando a rede assistencial para colaborar ao enfrentamento à crise sanitária.

Nesse contexto, alinhado às normativas nacionais (e internacionais), o município inicia a suspensão dos atendimentos eletivos nos serviços de saúde como programas voltados às doenças crônicas não transmissíveis, aos cuidados à mulher e à criança e as redes de urgência e emergência focaram sua atenção prioritariamente ao atendimento aos casos de covid-19. Ademais, os sistemas reguladores e logísticos sanitários sofreram impactos ao regular casos graves aos hospitais de maior complexidade.

O cenário pandêmico com os serviços em sua configuração transmutada se tornaram, então, os novos territórios de intervenção de todos os profissionais de saúde e, incluem-se aqui, as turmas de Residência Integrada em Saúde presentes no município; sujeitos que participaram dos alinhamentos e intervenções necessárias junto a usuários, gestores, supervisores, articuladores e preceptores presentes.

#### **A pandemia, suas repercussões nas equipes de Guaíba e uma possibilidade de cuidado**

O quadro epidemiológico brasileiro sofreu alterações com a emergência da covid-19 impactando de várias formas a configuração do Sistema Único de Saúde, o SUS. Nesse cenário, as ações assistenciais tornaram-se



ainda mais reativas trazendo repercussões na capacidade de ação das Equipes de Saúde no geral e em cada profissional em particular. (Noal, Damasio, & Freitas, 2020).

Nesse contexto, além do quadro fisiopatológico específico do Coronavírus, passa a existir um aumento considerável de adoecimento psíquico, como quadros ansiosos e depressivos, na população em geral. Similarmente, o desenvolvimento de sofrimento emocional e adoecimentos relacionados ao estresse laboral são cada vez mais frequentes entre os profissionais de saúde, pois o contexto pandêmico demanda ações intensas, rápidas e resolutivas. Diante disso, ações programadas para acolhimento e escuta, o cuidado no contexto laboral no setor saúde, tornaram-se cruciais para o desenvolvimento qualificado das ações em resposta às demandas sanitárias atuais (Noal, Damasio, & Freitas, 2020).

Em Guaíba, a conjuntura construída pelo coronavírus eliciou em todos os territórios de abrangência a construção de perfis de adoecimento psicológico trazidos pelos profissionais da APS em especial na Equipe de Enfermagem e entre Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) – esses, com ainda mais intensa aproximação com as residentes das unidades de saúde.

A partir das escutas realizadas pelas profissionais residentes nos momentos de reuniões de equipe, nas rodas com preceptores e articuladores, bem como, nas discussões de casos ou outros espaços de gestão do trabalho tais perfis foram percebidos e apresentavam desde queixas ansiosas a sintomas depressivos e medo, insatisfação com o trabalho e sobrecarga emocional e física devido ao estresse laboral correlacionados às práticas sanitárias em contexto de pandemia. Para esse cenário, foram delineadas, a partir de reuniões com as Equipes de residentes de Saúde da Família e Comunidade, estratégias de promoção de Saúde aos profissionais sanitários do município que utilizassem de tecnologias leves (Bertussi, Feuerwerker, & Merhy 2016) e

produção de sentido na construção do acolhimento desses profissionais, bem como, o alívio sintomático e produção de ambientes de trabalho minimamente saudáveis e colaborativos.

### **Uma história, um projeto: o “Corpo em cAnÇÃO, Saúde ConVida”**

No setor saúde, grande parte dos profissionais é munícipe ou possuem familiares no município; outra parte dos profissionais é de residentes ou profissionais há muito tempo concursados que moram em cidades também metropolitanas ou mesmo na capital, Fortaleza, e que passam o dia no município. Em diálogo com os profissionais da linha de frente presentes na APS das três Unidades Básicas de Saúde assistidas pelo NASF-AB, foi observada a tensão presente no cotidiano do serviço, refletidas nas relações de trabalho, na produção de adoecimento psíquico em cada profissional e nas mobilizações afetivas que a pandemia trouxe para as práticas nas USF como um todo. Estas percepções foram coletadas a partir dos diálogos construídos mediante o processo de planejamento das agendas das residentes que devem estar pautadas nos fenômenos apresentados no processo de territorialização. Assim, como os fluxos estavam estritamente ligados às intercorrências emergenciais de síndromes ligadas à covid-19, o projeto foi pensado para construção do cuidado direcionado aos profissionais da Saúde das três USF cobertas pela Equipe multiprofissional.

Portanto, o contexto de produção sintomática e estresse laboral na covid-19 tornam-se cenário em que a experiência de Promoção da Saúde que foi pensada como possibilidade tanto do desenvolvimento das ações da Residência Integrada em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará, ESP CEARÁ, quanto da Promoção de cuidado para as Equipes de Saúde da Atenção Primária no município de Guaiúba. A equipe (RIS) inicia um projeto intitulado mais tarde de “Corpo em cAnÇÃO, Saúde ConVida” configurada na metodologia e

proposta do Núcleo Ampliado em Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e que teve início em Junho de 2020, período em que o quadro epidemiológico municipal atingia o “pico” de contaminação e as ações e serviços de saúde estavam voltados, intensamente, para o combate à covid-19.

É destaque aqui que, embora houvesse questionamentos e demandas relacionadas à preocupação com a situação sanitária vigente, na pandemia, as ações da APS estiveram voltadas ao isolamento (quarentena) e distanciamento social o que se desdobrou no afastamento da própria população das unidades e serviços de saúde. Esse fato repercutiu na carência de ações construídas especificamente para o público que mais necessitava dos vínculos, a população, e dos processos que envolvem a educação sanitária que atua enquanto potência para o enfrentamento à pandemia. Esse contexto reverberou na intensificação do estresse laboral em que a equipe de saúde percebia a situação de descuido da população perante a sua própria saúde como agravador da emergência em saúde vivenciada.

A proposta do projeto supracitado foi lançada aos profissionais e prontamente aceita diante da situação de adoecimento enfrentada por cada sujeito em particular e nas equipes como um todo, reverberando, assim, na qualidade dos serviços prestados e na assistência de um modo geral. Nos relatos houve sempre o discurso do medo da contaminação pelo coronavírus, do desejo de afastamento do ambiente laboral, bem como a indignação do descumprimento, por parte da população, das normas sanitárias vigentes.

Como anteriormente destacado o projeto foi iniciado em junho de 2020 e finalizado em janeiro de 2021 com a seguinte metodologia: em um turno semanal o NASF-AB se direcionava às USF, um turno para cada unidade (totalizando, assim, três turnos semanais) no intuito de reunir a Equipe de referência daquela unidade para oferecer acolhimento, escuta e outras metodologias de cuidado vinculadas à música, cultura e às

práticas corporais.

O projeto “*Corpo em cAnÇÃO, Saúde ConVida*” foi configurado enquanto intervenção de cuidado em equipe de maneira interprofissional, itinerante, em que as residentes visitavam, uma vez por semana, cada unidade de saúde ofertando e construindo cuidados endereçados às Equipes da ESF do território de abrangência. Ressalta-se aqui que inicialmente o projeto eram intervenções isoladas, pouco sistemáticas em que as residentes, principalmente o NASF-AB, utilizavam-se do momento “ocioso” das USFs para realizar práticas corporais e reflexivas com as equipes. Apenas no início do segundo trimestre do primeiro ano de inserção que se dava o momento em que as residentes deveriam construir as agendas de trabalho e que as intervenções pontuais se tornaram o projeto intitulado “*Corpo em cAnÇÃO, Saúde ConVida*”.

A experiência era iniciada ou concluída com a atividade corpórea juntamente com a troca de experiências e diálogo afetivo entre os atores e atrizes presentes. Assim, buscava-se a aprendizagem de habilidades voltadas ao autocuidado e manejo de sintomas ansiosos e de estressores presentes no cotidiano laboral, mas, prioritariamente, proporcionar momentos singulares, da inserção do cuidado para além de algum quadro clínico já instalado, almejando momentos de promoção da saúde.

Cabe destacar que, a pedido de uma das equipes envolvidas, no mês de agosto de 2020 – época em que o número de casos da covid-19 estava sendo relativamente estabilizado e as atividades na USF estavam, aos poucos, sendo retornadas –, foi solicitado que o projeto passasse a inserir usuários e usuárias que estivessem presentes na unidade durante as ações. Assim, durante todo o segundo semestre do ano de 2020 a janeiro de 2021 as intervenções foram realizadas nas metodologias de “sala de espera” (explicado a seguir), no período das manhãs das quartas-feiras. Nesses turnos, profissionais e usuários participavam juntos do momento de cuidado. É

válido destacar ainda que nesse período os atendimentos realizados estavam relacionados à Saúde da Mulher e da Criança e urgências relacionadas às doenças crônicas - Hipertensos (as) e Diabéticos(as) em sua maioria.

A “sala de espera” é um método utilizado pelas equipes de saúde nos serviços e equipamentos, em sua maioria de APS, em que se traduz enquanto espaço dinâmico, criativo, territorial e estratégico em que sujeitos que aguardam algum tipo de atendimento e, nesse período, podem compartilhar experiências, expectativas diante da consulta aguardada e informações sobre inúmeras temáticas eleitas pelos sujeitos (Rossi. et al. 2019). Na experiência aqui trazida, as atividades realizadas nas salas de espera eram iniciadas com acolhimento inicial com música em que a profissional psicóloga tocava uma música por auxílio do violão; enquanto isso os presentes – usuários e profissionais – eram instados a cantarem juntos. Posteriormente, havia as práticas corporais (alongamentos, aquecimentos e equivalentes) que eram realizadas pela fisioterapeuta da equipe para, posteriormente, ser aberto o espaço de conversação entre as pessoas que elegiam a temática a ser abordada no momento.

Além disso, temáticas relacionadas à prevenção de agravos e situações de adoecimento, abordagens psicoeducativas e de educação para saúde foram inseridas juntamente àquilo emergente do contexto a partir das trocas de narrativas entre as pessoas. Assim, os “meses temáticos” preconizados pelo Ministério da Saúde (como os denominados “Novembro Azul”, “Outubro Rosa”, por exemplo) ganharam espaço e eram trabalhados de forma mais ampliada juntamente ao reforço aos cuidados necessários frente à pandemia.

Temas como vivências corporais, sexualidade, questões de gênero e outras relacionadas à saúde mental emergiam no processo de abordagem aos meses referentes ao “Agosto Dourado”, “Setembro Amarelo”, entre outros. Nesses espaços, profissionais e usuários debatiam os temas e utilizavam daquele

momento como uma vivência paralela ao contexto do covid-19. No entanto, esses espaços também serviam de acolhimento das demandas de luto, processos adaptativos relacionados à pandemia, configurando um diálogo de trocas afetivas, narrativas de história de vida e experiências de bem-estar biopsicossocial. O projeto “*Corpo em cAnÇÃO, Saúde ConVida*” foi realizado nessa metodologia até o mês de janeiro de 2021.

No período de setembro a novembro, as falas dos usuários se referiam aos tensionamentos produzidos pelo período eleitoral e as ações da Residência foram vinculadas, no imaginário da população, à “propaganda política” por inexistirem ações na metodologia empregada em outras ocasiões. Outrora, a Residência foi vinculada ao “partido de oposição” em relação ao da gestão vigente à época por trazer um teor crítico e reflexivo às ações. Por fim, o último encontro se deu com a abordagem de temáticas referentes ao Janeiro Branco, alusivo, naturalmente, ao mês vigente.

Nesse período final, as Equipes foram esvaziadas com a exoneração de profissionais e com a diminuição nos fluxos das USFs, que passaram a funcionar apenas com um profissional de enfermagem sem vínculo estabelecido com a população. Ademais, foi o momento em que o aumento de casos da covid-19 corroborou para segunda onda e as atividades nos serviços de saúde retornaram, em toda sua capacidade, para as emergências pandêmicas. Nesse sentido, o projeto não teve prosseguimento e, somado a isso, outros processos da residência deram início inviabilizando a continuação das intervenções do relatado projeto.

### **Reflexão de fundo (discussões)**

De acordo com o currículo dos programas de residência multiprofissional, o profissional residente deve desenvolver competências que o ajudem a construir as práticas assistenciais de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Assim, todos os



espaços de convivência e diálogo devem ser disparadores para o desenvolvimento das práticas. A partir dessa metodologia, foi percebido que a busca pelos serviços no município se centrava na procura pelo atendimento médico voltado a algum sintoma ou doença já instalada e pouco se percebia ações voltadas, verdadeiramente, para prevenção em saúde.

Com a chegada da turma VII da residência integrada em saúde, ainda no primeiro trimestre de 2020, foi percebido que os trabalhadores e trabalhadoras do sistema de saúde local priorizavam os atendimentos individualizados e consultas programadas (médicas e de enfermagem) com pouca adesão às propostas mais coletivas como grupos operativos, terapêuticos, dentre outros e o município, como um todo, possui poucas iniciativas de educação permanente e de promoção de cuidado com as equipes (as poucas ações eram/são promovidas pela residência e com pouca adesão dos profissionais não residentes). Essa configuração sinaliza e acena formatações de processos de trabalho que focalizam o provimento de ações voltadas quase que exclusivamente para o curativismo e denuncia que, embora o SUS tenha sua história iniciada há mais de três décadas, permanece a execução de um modelo de atenção individualizado e hospitalocêntrico com espaços mínimos para ações de promoção da saúde.

Mesmo que seja consenso na literatura a não existência de modelos únicos para o desenvolvimento dos sistemas de saúde e mesmo sabendo que pode haver a coexistência de modelos sanitários, a humanização das ações em saúde depende de iniciativas que colaborem ao realce das tecnologias relacionais, pois são transversais a qualquer contexto. Ainda assim, há concordância na literatura que o histórico brasileiro de hegemonia biomédica não foi dissolvido (e não é o principal objetivo da reforma) mesmo quase cinquenta anos de reforma sanitária instituída (Paim, 2012).

Como profissional residente da atenção

primária em saúde e atendendo aos preceitos do ideário de reorientação do modelo de atenção no SUS (Paim, 2012), a proposta inicial da equipe de residência no município foi incentivar ações coletivas, colaborativas, interprofissionais e interdisciplinares. Contudo, o planejamento estratégico da equipe foi frustrado com os fatores próprios do modelo presentes no município: ações extremamente verticalizadas (em nível de gestão do sistema local e das unidades de saúde), foco no curativismo e na produção de indicadores que, com o novo financiamento da APS (seja da AB tradicional ou no modelo-ordenador da ESF) (Portaria nº 2.979, 2019), tornaram-se condições essenciais para o recebimento de recursos para o setor. Mesmo com o surgimento da pandemia e a suspensão dos atendimentos, a pressão por seguir o modelo biomédico persistia e as ações de promoção da saúde ofertadas pelas residentes eram vistas pelas equipes como um “fazer nada” (sic) explícito na fala de uma das gerentes de unidade.

Nessa conjuntura, o projeto “Corpo em cAnÇÃO, Saúde ConVida” foi a estratégia inicial para lidar com as mudanças advindas da reorganização dos serviços de saúde. Assim, em junho de 2020 o primeiro momento foi realizado com a equipe do serviço de atenção domiciliar (SAD) e uma equipe da ESF com práticas corporais (como a de alongamentos) facilitadas pela fisioterapeuta da equipe, seguida de avaliação do momento e a sugestão de, semanalmente, a ação fosse repetida.

É consenso na literatura produzida a partir da pandemia que os trabalhadores de saúde podem iniciar quadros psicopatológicos (ou intensificam aqueles já existentes) como o estresse laboral, sintomas depressivos e ansiosos e nas três unidades em que o projeto se fez presente os profissionais compartilharam o quanto estava sendo difícil o exercício sanitário; que existia medo, cansaço e que a insônia era uma variável constante. (Noal, Damasio, & Freitas, 2020). Assim, oferecer espaços de compartilhamento trazia, além da ressonância afetiva, a produção de territórios

em que se efetivavam as orientações trazidas pelas autoridades sanitárias. Sabe-se que o exercício físico é uma potência para minimizar riscos e estresse e em grupo outros aspectos da vida de cada profissional são vivenciados.

Esses espaços coletivos construídos, o encontro de singularidades e a prática de intervenção que utilizam a interação, o diálogo, a subjetividade e as relações entre os sujeitos para a produção do cuidado, intensifica e amplia a perspectiva do trabalho vivo, no ato do cuidado, na abstenção de aparatos tecnológicos densos tão valorizados nas práticas dos sistemas de saúde (Ceccon, & Shenider, 2021).

Além do trabalho corporal sempre existia a inserção da experiência afetiva, artística e cultural através da música (tocada pela Psicólogoano intuito de oferecer outros acessos para além de cuidados preventivos à covid-19. É crucial, portanto, a sensibilidade de cuidar da equipe abarcando outras dimensões da existência, ofertando outras experiências e outras dimensões da vida seguindo o paradigma da Promoção da Saúde. O uso das tecnologias leves se atualiza em “atos em fala” em que se entende que são em espaços coletivos que se facilita a escuta e se permite a emergência das singularidades, muitas vezes suprimidas no cotidiano dos serviços, em especial no contexto de pandemia (Lima, Sousa, & Souza, 2021). Assim, é efetivada a percepção de que a Promoção da Saúde é um cuidado oferecido totalmente, de modo positivo e que engloba a vida social, ambiental e, inclusive, ocupacional. Ademais, promover saúde é perceber potencialidades e estarsensível às mudanças necessárias para fluidez do meio no qual os sujeitos estão inseridos (Czeresnia & Freitas, 2009).

Posteriormente, já no segundo semestre do primeiro ano da experiência, os atendimentos eletivos foram retornando e uma das enfermeiras solicitou que o projeto se estendesse em metodologias de sala de espera e ações programadas às campanhas preconizadas pelo Ministério da Saúde, como o “Agosto Dourado”. Assim, foi perceptível o anseio pelo

retorno às ações preventivas tradicionais, pontuais de Educação em Saúde, mais valorizadas pela gestão e mais adequadas aos fluxos das unidades. Nota-se a partir daí o quanto o modelo de atenção pautado no sinal/sintoma/doença ainda está presente nos sistemas de saúde locais e no nacional como um todo. Outro ponto relevante a ser tratado é que, por vezes, embora sejam tratados como sinônimos, a Promoção da Saúde é diferente do posicionamento conceitual e prático da prevenção sendo que esse último é focado num conceito negativista de saúde quando idealiza o não adoecer ou a evitação de comorbidades ou outros agravos relacionados a dada patologia (Czeresnia, 2009). Assim, o “reajuste” do projeto para o englobamento de campanhas mensais direcionadas a determinada patologia muda consideravelmente o objetivo central do *Corpo em canção* que foi a Promoção da Saúde, o de fomentar espaços amplos de cuidado e a facilitação do uso de potenciais do território para se promover saúde, a adoção de posturas políticas, reflexivas, relacionais e intersetoriais, a valorização da dimensão subjetiva como facilitadora dos processos de significação, ressignificação da realidade (Franco, & Merhy, 2003)

Contudo, a nova organização do “*Corpo em cAnÇÃO, Saúde ConVida*” viabilizou a inserção da comunidade em experiências conjuntas aos profissionais o que possibilita, além da construção do cuidado próprio da clínica da atenção primária, a sincronicidade entre os saberes técnicos e populares (Buss, 2009). Implantar esse projeto, então, apresentou desafios como: a resistência por parte de alguns integrantes da equipe; o momento sanitário vigente; as fragilidades que atravessavam o planejamento de ações que viabilizassem a biossegurança e a produção de afetos e atividades que fizessem sentido para aquele público.

### Considerações finais, ou “alguns pontos de chegada”

Com a vivência do *Corpo em Canção, Saúde ConVida* e a posterior reflexão narrativa e crítica promovida pelo relato de experiência foi possível apreender aspectos relacionados não apenas sobre as consequências da intervenção na saúde mental dos trabalhadores que vivenciaram o projeto, mas, sobretudo, foi possível ter acesso às complexidades relacionadas aos processos de trabalho, às construções singulares acerca das práticas tanto assistenciais quanto gerenciais, bem como as variáveis (ou multideterminações) implicadas sobre os modos de se compreender o conceito de saúde e os modelos de atenção vigentes no município. Isso porque, ficou evidente, embora exista um discurso de valorização do Paradigma de Promoção da Saúde, que ainda persiste uma *práxis* mais voltada à prevenção de doenças e à lógica biomédica. Ademais, as centelhas promotoras de saúde que, de fato, fomentam ações intersetoriais, críticas e emancipatórias partiram majoritariamente da inserção do Programa de Residência no município, revelando a própria RIS enquanto potencializadora de espaços promotores de saúde.

O relato se propôs não apenas a descrever a intervenção, mas construir correlações tanto com o paradigma da Promoção da Saúde quanto ao uso das tecnologias relacionais de cuidado em saúde, tecendo limites e potências enfrentadas e lidar, criticamente, as reverberações do projeto em cada sujeito e nas práticas sanitárias pós-pandemia. É destaque que as tentativas de entrecruzamentos práticos e teóricos foram articuladas com esforços dos atores envolvidos, mas no nível efetivo da *práxis* houve fragilidades ao exercício do projeto tanto pela dificuldade de implicação de alguns desses atores quanto pela indiferenciação ainda vigente do que são ações e propostas de Promoção da Saúde em relação àquelas de prevenção de doenças (ligadas ao modelo biomédico). Especialmente quando se é

percebido, a partir do discurso elaborado por parte considerável dos profissionais, que ainda se considera o uso das tecnologias leves como inoperantes ou não resolutivas em relação às problemáticas sociais e sanitárias presentes no município

Assim, os limites para o debate e intervenção utilizando a Promoção da Saúde enquanto paradigma no contexto de pandemia estão relacionados à própria precariedade das instituições de saúde para lidar com um problema sanitário de tal magnitude, como o vivido durante a pandemia. Assim, foi percebido que as ações que se distanciavam de debates sobre as medidas de proteção à covid-19, protocolos de prevenção etc. tornaram-se irrelevantes ao contexto e fragilizavam a implicação dos profissionais de saúde, ainda que a literatura traga consistentemente a relevância de se investir no uso das tecnologias leves e pactos intersetoriais para o enfrentamento da pandemia.

A partir disso são sugeridas a produção de iniciativas promotoras de saúde e a divulgação de tais propostas tanto no meio acadêmico quanto para a sociedade de modo em geral e que tais iniciativas sejam utilizadas para o aprimoramento do sistema da saúde e humanização da assistência refletindo a relevância do cuidado aos profissionais e da Promoção da Saúde para qualificação das práticas e reorientação dos modelos assistenciais. Para isso é relevante perceber que estratégias de Educação Permanente como as Residências em Saúde podem tornar-se aliadas, junto a outras iniciativas (como, por exemplo, o fomento da participação social em saúde), não só do agir tecnicamente em saúde, mas dos modos de organização dos processos de cuidado, dos mecanismos de sensibilização das práticas assistenciais e das “engrenagens” / “ferramentas” fundamentais para a condução da Promoção da Saúde enquanto reorientadora do modelo sanitário. Percebe-se, portanto, que estratégias como a RIS – entre outras – podem trazer, em sua construção, tensionamentos e a criticidade necessários aos modelos de atenção e gestão do sistema de saúde atuais, o que se

configura enquanto um dos principais desafios para a efetivação Educação Permanente da Humanização do SUS.

Afinal de contas, como sintetiza célebre frase do sanitarista Jairnilson Paim, “o SUS é movido a gente” (Vaitsnman, Moreira, & Costa, 2009, p. 900). Assim, a partir do que se discutiu no presente relato, é possível indicar que enquanto não for equacionada a questão das pessoas que no sistema de saúde trabalham e nele se realizam como sujeitos públicos

(Vaitsnman, Moreira, & Costa, 2009), políticos, capazes de agir em transformação por meio da *práxis* em saúde, não haverá milagres na gestão desse mesmo sistema. Isso porque a “saúde com vida”, como se nomeou a ação aqui apresentada, é uma saúde que pensa/sente/faz sua promoção na relação com as pessoas, superando o endurecimento que a tecnificação do cuidado promove, especialmente em momentos em que se é instado a alto grau de instrumentalização.

### Referências

- Anjos, C. B. dos (2007, dezembro). *Pesquisa qualitativa em estudos sobre Terceiro Setor: uma análise nos artigos apresentados no Semead*. SEGET – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Resende, Rio de Janeiro, IV.
- Noal, D.S.; Damasio, M. F. & Freitas, C.M. (2020) *Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciet/44264/2/livro\\_saude\\_mental\\_covid19\\_Fiocruz.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciet/44264/2/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf)
- Bertussi, D.C; Feuerwerker, L.C.M & Merhy, E.E. (2016). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes*. Livro 1. Rio de Janeiro, RJ: Hexis editora.
- Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)
- Buss, P. M. (2009). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia, D.; Freitas, C..M.. (Eds). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 19-43). Rio de Janeiro-RJ: Fiocruz.
- Campos, k. F. C. et al. (2019). Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. *APS em Revista*, v. 1 (2). p. 132-140. Recuperado de: <<https://apsemrevista.org/aps/article/view/28/26>>
- Carvalho, M. S., Merhy, e. E., Sousa, M. F de. (2019). Repensando as políticas de saúde no Brasil: educação permanente em saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. v. 23. p. 1-12. Recuperado de: <HYPERLINK "https://www.scielo.br/j/icse/a/Kk4Tc9WFTzmn8NY5rhYqXDP/abstract/?lang=pt" ttps://www.scielo.br/j/icse/a/Kk4Tc9WFTzmn8NY5rhYqXDP/abstract/?lang=pt#ModalArticles>
- Ceccon, R. F. & Jayce Ceola Schneider, I. (2020). Light technologies in the pandemic times: Health education as a device to fight the Coronavirus. In: *SciELO Preprints*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.136>
- Ceccim, R. B. (2005). Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e

- necessário. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, p. 161-168. Recuperado de: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>>
- Czeresnia, D., freitas, C. M. (Orgs). (2009). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Franco, T.B. & Merhy, E.E. (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Revista Saúde em Debate*. v.27 (65), p 1-7. Recuperado de:<[https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao\\_tecnica\\_do\\_trabalho\\_emerson\\_merhy\\_tulio\\_franco.pdf](https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf)>
- Gil, a. C.(2008).*Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas
- Holiday, O. J.(2006). *Para sistematizar experiências*.2ª edição revista. Brasília-DF: Ministério do Meio Ambiente. Recuperado de:<http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/oscar-jara-para-sistematizar-experic3aancias1.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010).*Censo Brasileiro de 2010*. Brasília-DF: IBGE.
- Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado de: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>.
- Lima, A. F., Lima, S. C. F.& Oliveira, P. R. S. (2022). O problema da racionalidade instrumental biomédica em meio às demandas de saúde mental na pandemia da covid 19. In: Lemos, Flávia Cristina Silveira et al. (Eds.). *Encontros de Michel Foucault com Gilles Deleuze e Félix Guattari: governamentalidades, arqueogenealogias e cartografias*. (pp-631-648).Curitiba, PR: CRV.
- Lima, K.M.N.M; Sousa, S.R.P. & Souza, A.C. (2021).O uso de tecnologias leves em tempos de pandemia: Um relato de experiência. *Research, Society and Development*, v. 10 (9), p. 1-6. Recuperado de: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/17806-Article-225129-1-10-20210723.pdf>.
- Martins, M. do C. A. (2005). - A Promoção da saúde: percursos e paradigma. *Revista de saúde Amato Lusitano*.v9 (22), p. 42-46.Recuperado de:<https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%20a7%20a3o%20da%20sa%20bade.pdf>
- Matos, J.A.V. (2019). *Práticas Corporais:O Corpo-Cidadão ComoExpressão Da Promoção Da Saúde*. Tese (Doutorado em Saúde e Enfermagem) - Programa de Pós-Graduaçãoem Enfermagem da Universidade Federal deMinas Gerais, Minas Gerais. Recuperado de:<https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-B> HYPERLINK "[https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-BECP9W/1/juliana\\_alves\\_viana\\_matos.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-BECP9W/1/juliana_alves_viana_matos.pdf)"[https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-BECP9W/1/juliana\\_alves\\_viana\\_matos.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-BECP9W/1/juliana_alves_viana_matos.pdf)
- Mercado-Martínez, F. J.; Bosi, M. L. M. (2004). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Merhy, Emerson Elias. (2005). O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação.*Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v.9 (16), p.161-77. Recuperado de: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2005.v9n16/172-174/pt>
- Oliveira, P. R. S. (2021). Saúde Mental e Trabalho em Saúde Mental em tempos pandêmicos: dimensões ético-políticas, olhares psicossociais. In: Mesquita, M. R.,



- Libardi, S.S. (org.). *Impactos Psicossociais da Pandemia: contribuições do núcleo Alagoas da ABRAPSO* (pp. 169-185). Maceió, AL: EDUFAL.
- Pan, M. M. (2017). *Ação Cultural e Promoção da Saúde: a construção de uma aproximação na perspectiva da transformação social*. Dissertação (mestrado)- Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. Recuperado de: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24115>>
- Paim, J. S. et al. (2012). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz. Recuperado de: <<https://books.scielo.org/id/c5nm2>>
- Portaria nº 687 de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)
- Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017 (PNAB). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
- Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>"o-de-2019-227652180
- ROSSI, S. et al. (2019). Sala de espera: uma possibilidade de intervenção em Saúde do Trabalhador. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. Cad. Bras. Ter. Ocup. 27 (4). pp. 907-916. Recuperado de: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoRE1779>.
- Silva, L. B. (2018). Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*. v. 21 (1), pp. 200-209. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>
- World Health Organization (WHO). (2020). *Rolling updates concorona vírus disease (COVID-19): The outbreak was declared a Public Health Emergency of International Concern on 30 January 2020*. WHO. Recuperado em 31/05/2022 de: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>
- Vaitsman, J.; Moreira, R. & Costa, N. R. (2009). Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2009, v. 14 (3) pp. 899-901. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300025>

**Dados sobre as autoras:**

- *Pedro Renan Santos de Oliveira*: Doutor em Psicologia (Social) pela UFC - com estância doutoral na Universidad Complutense de Madrid (UCM) - Espanha. Mestre em Saúde da Família (UFC). Especialista com Residência em Saúde da Família e Comunidade (UECE). Formação e Bacharelado em Psicologia - UFPE. Atuou na implantação das Residências Integradas em Saúde no estado do Ceará e coordenou o Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade na Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS - ESP/CE) entre 2011 e 2015. Também foi Conselheiro da VIII Plenária do CRP-11 (2013-2016), membro da Comissão de Saúde e Direção. Na docência universitária, desde 2011 tem atuado no ensino, pesquisa e extensão no campo de interface entre psicologia e políticas públicas, além de desenvolvido atividades de gestão acadêmica em IES públicas e privadas. Quanto às Linhas de Pesquisas e Estudos, a partir da Psicologia Social e Política, tem realizado interface entre Teorias Críticas da Sociedade, Estudos sobre Colonialidade do Poder e as Racionalidades e Intersubjetividade nas relações de Cuidado. Na prática assistencial profissional atua em serviços de Saúde Mental e Atenção Primária, especialmente com supervisão clínica-institucional. Atualmente, Pesquisador Colaborador do "Paralaxe" - Grupo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisas e intervenções em Psicologia Social Crítica (grupo CNPq) -, vinculado ao Dpto. de Psicologia da UFC; e Supervisor Clínico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Maracanaú-CE. Também, Membro-Associado da ABRAPSO (Associação Brasileira de Psicologia Social), atual secretário do Núcleo Fortaleza. Também membro do GT de Psicologia Política da ANPEPP.
- *Linda Inês Oliveira Diógenes*: Possui graduação em psicologia pela Faculdade Estácio do Ceará (2016), Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial; Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

---

Declaração de Direito Autoral

A submissão de originais para este periódico implica na transferência, pelos autores, dos direitos de publicação impressa e digital. Os direitos autorais para os artigos publicados são do autor, com direitos do periódico sobre a primeira publicação. Os autores somente poderão utilizar os mesmos resultados em outras publicações indicando claramente este periódico como o meio da publicação original. Em virtude de sermos um periódico de acesso aberto, permite-se o uso gratuito dos artigos em aplicações educacionais e científicas desde que citada a fonte conforme a licença CC-BY da Creative Commons.



[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

---