



# O dia a dia da Medicina de Família e Comunidade: Como foi ser residente em tempos “covidianos”<sup>1</sup>

Luzia Poliana Anjos da Silva <sup>1\*</sup> , Leila Guedes Pitangueiras Mazarakis <sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

<sup>2</sup> Centro Universitário FTC (UniFTC), Salvador, Bahia, Brasil

## RESUMO

**Introdução:** A Medicina de Família e Comunidade (MFC) vem crescendo no mundo, e é essencial para o combate da pandemia no globo, especialmente em países com sistema universais de saúde. A MFC vem apresentando bons resultados na superação do modelo biomédico e com enfoque na atenção primária a saúde como forma de superação das desigualdades. Contudo, o dia a dia da prática no SUS mostra-se desafiador com muitas situações problema complexas envolvendo várias subespecialidades, e como manejar com tecnologias duras, com pouco arsenal terapêutico disponível, especialmente em grandes metrópoles com baixa cobertura da Equipe de Saúde da Família (ESF) como Salvador e como a educação médica ficou prejudicada com a pandemia. **Objetivo:** Analisar sob a ótica do relato de experiência como foi o percurso da residência médica mediante a pandemia da COVID-19. **Metodologia:** Descrição de relato de experiência sob a ótica da análise qualitativa de Mynayo, enfocando nas potencialidades e desafios da atuação do residente na atenção primária a saúde. **Resultados:** O relato de experiência revela o dia a dia na atenção primária a saúde e levanta questões como a residência médica está sendo conduzida e o papel da MFC na linha de frente da pandemia. **Conclusões:** A residência médica é um momento de desafio e aprendizagem em serviço com a pandemia do novo coronavírus, trazendo a maior crise de saúde pública do século a realidade mudou, e as muitas horas dentro da sala COVID-19 modificou o panorama de aprendizagem e trouxe repercussões para a formação em saúde da família.

**Palavras-Chave:** Educação Médica, COVID-19, Saúde Coletiva.

## ABSTRACT

**Introduction:** Family and Community Medicine (MFC) has been growing exponentially in the world, especially in countries with universal health systems, such as England and Canada, in Latin America, Europe and in the Arab Emirates, MFC has been showing good results in overcoming the biomedical model and focusing on primary health care to overcome health inequalities. However, the daily practice in SUS is challenging with many complex problem situations involving several subspecialties, and how to handle with hard technologies, with little therapeutic arsenal available, especially in large cities with low ESF coverage such as Salvador. **Objective:** To analyze, from the perspective of the experience report, how was the path of medical residency after the COVID-19 pandemic. **Methodology:** Description of an experience report from the perspective of Mynayo's qualitative analysis, focusing on the potential and challenges of the resident's role in primary health care. **Results:** The experience report reveals the daily life in primary health care and raises questions such as the medical residency being conducted and the role of MFC in the front line of the pandemic. **Conclusions:**

<sup>1</sup> Trabalho realizado durante a residência médica em Medicina de Família e Comunidade pela Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF- FIOCRUZ, Bahia)

\*Correspondence:  
Av. Araújo Pinho, 265, Canela, Salvador, Bahia, Brasil. CEP 40.110-040.  
E-mail: luizapolianamedicina@gmail.com

Received: Nov 21, 2021 Approved: Aug 04, 2022

Medical residency is a time of challenge and in-service learning with the new coronavirus pandemic, bringing the biggest public health crisis of the century. The reality has changed, and the many hours inside the COVID-19 room have changed the learning landscape and brought repercussions for training in family health.

**Keywords:** Medical Education, COVID-19, Public Health.

## **INTRODUÇÃO**

Era 03 de fevereiro de 2020. Interna no IPERBA. A maternidade parou para ouvir o Ministério da Saúde anunciar a emergência nacional em saúde pública, a epidemia da SARS-Cov-2 que começou na China havia chegado com força total ao Brasil. Dias depois (20-03-2020) o Congresso Nacional decretou situação de calamidade pública e anunciou que se tratava da maior crise sanitária do século XXI [1].

*“Dormi interna e acordei residente”*. Não era mais a interna no último rodízio de saúde da mulher, mas sim, a residente de 39 anos, na Atenção Primária de Saúde com uma pandemia mundial ainda desconhecida, com muitas dúvidas, um filho pequeno sozinha para criar, uma mãe idosa e com comorbidades, e a vontade de ajudar, mas com muito medo da contaminação e ser responsável por levar o vírus para dentro de casa.

Com 48 horas de formada na sala de casa, via teleconferência, eu entrava pela primeira vez na sala COVID-19. No primeiro dia da residência em MFC. *“Vai ter que atender COVID-19”*. Ser residente em tempos de pandemia é um desafio. Assim como milhares de médicos recém-formados pelo mundo afora que encararam como primeira experiência justamente a linha de frente, literalmente lutando contra a SARS-Cov-2 esta foi meu primeiro desafio exercendo a tão sonhada medicina.

Alguns artigos relatam os desafios e dificuldades enfrentadas especialmente em países desenvolvidos e com sistemas universais de saúde bem consolidados como Canadá e relatam o papel fundamental dos médicos e da equipe multiprofissional em Unidades de Atenção Básica como forma de não sobrecarregar o sistema de saúde em outras esferas como hospitais e unidades de pronto atendimento [2].

*“Mas, se eu pegar COVID-19 e morrer quem vai criar meu filho?”*. Dor, preocupação, medo de contaminar toda a família e ser responsável por disseminar o vírus, especialmente quando se é mãe de criança pequena e com idosos em casa. Frustração, cansaço, e muitas vezes até perda de esperança em atender tantas pessoas negacionistas que minimizavam a vacina e queriam impor seu discurso antivacina em meio do atendimento no fluxo COVID-19.

*“Tem 68 pacientes aguardando atendimento”*. *“O Samu chegou agora após 3 horas”*. *“A paciente ligou para contar que tá sem oftalmologista ainda, mas que a falta de ar passou e já tá em casa”*. Alegria, esperança após a melhora clínica dos pacientes, o avanço da vacinação e a queda do número de atendimentos no fluxo de sintomáticos respiratórios trouxe esperanças no retorno do

fluxo normal da saúde da família, começamos a fazer visitas domiciliares, os fluxos de saúde da mulher, pré-natal, puericultura que estavam minimizados no auge da pandemia voltaram timidamente e com uma imensa demanda reprimida.

Desta forma, o objetivo deste relato é mostrar subjetivamente sob a ótica de relato de caso de Minayo<sup>3</sup> o dia a dia de enfrentamento da pandemia por uma médica recém-formada de dentro da sala COVID-19.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um relato de experiência de uma residente médica sob os 2 anos de atendimento a pacientes sintomáticos respiratórios, na residência de MFC, sob a ótica subjetiva de Minayo [3]. Priorizando o método qualitativo que é aquele que se ocupa do nível relacional e subjetivo da realidade social e é tratado por meio da história, do universo, dos valores dos atores sociais envolvidos para descrever o dia a dia da residência no atendimento a sintomáticos respiratórios.

## **RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Era março de 2020. Com 48 horas de formada entrei na sala COVID-19 pela primeira vez. Passei a noite estudando sobre como tratar COVID-19, quais os critérios de agravamento, o que fazer na atenção básica, quando encaminhar, o que fazer? Paramentação e desparamentação. E o medo de se contaminar a qualquer momento? E se eu levar o vírus para casa? Mas eu também quero ajudar. Se trata da maior crise sanitária do século XXI, nosso dever como médicos é colaborar da melhor forma possível. Mas para isto tive que me separar da minha mãe idosa que foi para o sertão fugindo da pandemia, tive que dormir na garagem durante os primeiros 3 meses, visto que poderia contaminar meu filho com 2 anos de idade, saía antes dele acordar e quando chegava esperava ele dormir para vê-lo de longe.

A dor da saudade se juntava ao medo do COVID-19. Os primeiros 6 meses de residência passei diversos dias da semana dedicados integralmente ao atendimento da COVID-19. Neste período, aprendi muito mais do que a viremia, aprendi sobre a humanidade, sobre o delicado elo da contaminação, sobre medo, superação, dor, sobre a força das equipes 100% femininas.

Era abril de 2020, completei um mês na residência. Neste dia, tinham 68 pacientes para atendimento na sala COVID-19. Me lembro que quando cheguei em casa eram 22hs. Alguns casos marcaram mais o atendimento em ambas as unidades onde fiz a residência que comporão o relato de experiência. E a discussão seguirá a partir da análise destes casos.

Foram realizados ao longo dos 2 anos da residência aproximadamente quase 520 atendimentos no fluxo de sintomáticos respiratórios.

Abaixo, descreveremos 4 casos que servirão de fio-guia para análise e discussão.

Todos os casos foram de pacientes reais, seus nomes e identidades foram preservados de acordo a resolução 466/2012 do CONEP. O sigilo e a autorização do uso dos dados para pesquisa científica ficaram resguardados. Todos os casos foram atendidos e manejados em Unidades de Saúde da Família de Camaçari e Salvador na sala de sintomáticos respiratórios durante o período da residência.

**Caso 1** – SGA, 35 anos, feminino. Sem Comorbidades. Sem testes para COVID-19 na unidade. Havia terminado tudo no dia anterior.

**Queixa:** *“Será que vai parar?” Ajuda ela por favor” “Ela já tomou ivermectina para se prevenir” “Lá na igreja estamos usando o óleo, não era para ela estar assim”*

**Descrição – Reflexão:** Muito dispneica, a saturação não passa de 93%, após tomar as medidas iniciais, aciono o SAMU. Enquanto espero o SAMU, a amiga dela na janela da sala avisa que ela tem 3 filhos pequenos em casa, que estava desempregada e que vendia doces no ônibus para tentar sustentar os filhos, e que não mandassem para UPA pois já haviam rodado em duas sem vagas. *“... vamos mandar para onde tiver vaga assim que o SAMU chegar”*. Aumento o volume de O<sub>2</sub>. Converso com ela, agente firme o SAMU está chegando. Mas demorou muito, as equipes do SAMU sobrecarregadas também. 3 horas depois com volume máximo de O<sub>2</sub> e mesmo com todo o arsenal terapêutico que estava disponível na unidade, ela parou. Seguimos com as medidas para PCR a paciente voltou. O Samu chegou e nos ajudou. A moça dos doces saiu entubada, direto para o hospital. E eu nunca tinha conduzido uma PCR não parava de tremer. De chorar. Quando acabaria este pesadelo do COVID-19? Quanta mães ainda seriam entubadas? Quantas crianças esperariam ansiosamente por suas mães em casa? Minha residência seria puramente COVID-19? Se me contaminar e eu virar paciente? Como a ivermectina está sendo utilizada desta forma? Sem critério científico? Tantas dúvidas assolavam minha mente, tanto medo. Dei meu telefone para a amiga da paciente que me ligou dias depois que ela ainda permanecia na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) mas estava estável.

**Caso 2** – JVS, 3 anos, sem comorbidades. Mãe COVID-19 positiva. Família composta por mãe e avó e 5 crianças.

**Queixa:** *“Nós já rodamos 2 Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) sem atendimento” . “Ele não para de tossir”. “Eu tô com COVID-19, o teste deu positivo, ele tá pior, mas todos os meninos tossem”. “Não passe remédio que não tem no posto que não tenho dinheiro”. “Ah! Tem que falar a verdade né? Comida também não tem desde ontem, neste posto não dá café não, né?”*

**Descrição-Reflexão:** Avalio a criança, pálida, esquelética, frequência respiratória aumentada, taquicárdica. Avalio, trato, tomo as medidas necessárias. Duas horas depois ele está melhor. Prescrevo os medicamentos que tem no posto. Ele sorri, mas tem uma imensa tristeza no

olhar, desnutrição energético-proteica, baixo peso, baixa estatura. Peço para marcar puericultura quando tiver vaga. O que ele e os irmãos irão comer hoje? Qual será o amanhã deles? Nunca tinha ido à escola. Qual será o futuro desta geração pós-COVID-19? Assolada pela fome, pelo desemprego, pelo distanciamento escolar.

**Caso 3 – LDRA, 54 anos, sem comorbidades. COVID-19 +**

**Queixa:** *“Pode passar Hidroxicloroquina? Sou Policial moça. Tô com COVID-19. Aqui, o teste. Preciso da receita para comprar. Consegui comprar a ivermectina, mas não consigo a outra. Eu tô enlouquecendo nesta pandemia, moça. Você não é comunista não, né?”*

**Descrição-Reflexão:** Fico paralisada. Vejo claramente a arma na cintura dele por baixo da camisa. Se ele me matar? Quem vai criar meu filho? Meu Deus, o que fazer? Engulo em seco. Olho para ele e explico: “Não posso prescrever para o senhor algo que não tem eficácia para esta doença”. Ele fala: “Prescreva!”. Eu retruco: “eu não posso! Seria a mesma coisa de passar remédio de verme para gripe. Uma coisa não tem nada a ver com a outra”.

Ele se levanta. Eu gelo. Ele empurra a cadeira e sai. Furioso. Fico lá parada pensando: por que tanta confusão? Por que tanta *fake news*? Onde vamos parar com esta violência? Por que tanto ódio? Já não bastasse a pandemia ainda temos que enfrentar fome, desemprego e violência. Perseguição?

**Caso 4 – JPA, 18 anos. Sem comorbidades. COVID-19 positivo.**

**Queixa:** *“Este negócio de COVID-19 a gente só acredita quando pega. Eu continuo vivendo minha vida, tenho que trabalhar, mas não consigo ficar trancado, não. Encontro a galera, tenho meus seguidores.... fico meio com medo por conta de minha vó.... mas agora vou ficar isolado, né?”*

**Descrição-Reflexão:** Este caso reflete os inúmeros jovens infectados que atendemos durante estes anos “COVID-19anos”, muitos não aceitavam o isolamento social imposto, precisam manter o “fluxo de amizade”, a “rede de seguidores”, outros tinham que trabalhar para seu próprio sustento e para ajudar sua família e não podiam ficar isolados. Uma complexa rede de realidades entre os jovens motivou o alto índice de infecção por COVID-19 na faixa etária de 18-22 anos.

## DISCUSSÃO

Analisando os casos acima descritos sob a ótica qualitativa e subjetiva de Minayo [3], onde os atores sociais, o contexto sócio-histórico, as crenças, e hábitos são importantes para análise, observamos alguns fatores preponderantes que são ratificados na literatura.

Nesse trabalho, assumiremos o conceito de Minayo [3], segundo o qual as pesquisas qualitativas se ocupam de um nível de realidade tratado por meio da história, da biografia, das

relações, do universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes e manejam técnicas variadas para o trabalho empírico.

A investigação qualitativa deve ser conhecida e estar contida numa análise qualitativa: os substantivos experiência, vivência, senso comum e ação social e os verbos compreender e interpretar.

Seguindo a proposta de análise de conteúdo de Minayo, observamos algumas categorizações. É a mais usual abordagem analítica de dados em investigação com métodos qualitativos. Ela é baseada na contagem da frequência da aparição de características nos conteúdos das mensagens. É uma técnica que objetiva a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. Ela está para a pesquisa qualitativa como a estatística está para a quantitativa. As categorias construídas pela análise de conteúdo são achados novos, cabendo ao pesquisador fazer a discussão/interpretação dos resultados [4].

Desta forma observou-se que alguns conteúdos que mais apareciam nos casos:

Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Medo da morte, religiosidade, acreditar em medicações sem efeito.	Dificuldade de acesso a rede, fome, falta de recursos	Acreditar em medicações sem efeito, transtorno mental, negacionismo, polaridade política	Negacionismo, medo de contaminar familiares, falta de recursos.

Fonte: Os autores.

No Rio de Janeiro, em estudo conduzido no Complexo do Alemão, observou-se que o medo da contaminação, a falta de insumos apropriados, e a dificuldade de acesso aos demais serviços da rede foram fatores apontados pelos médicos de família e residentes como desestimuladores para continuar e muitos desistiram de continuar a residência. O avanço da vacinação foi apontado como fator estimulador para continuar na MFC [5].

Outro estudo, realizado em São Paulo na região leste no Capão Redondo, mostra que violência, desarticulação da rede, negativismo corroboram para enfraquecer a atuação das equipes de saúde da família durante a pandemia [6].

Pesquisa realizada no Chile mostra o impacto negativo do longo fechamento das escolas e creches na vida das crianças de países pobres e em desenvolvimento, onde com o aumento do desemprego estrutural e da fome colaboraram com milhões de criança em risco para desnutrição energético-proteica grave [7].

Outro fator longamente observado foi o grande número de pessoas com transtorno mental iniciado ou agravado na pandemia. Observou-se muitos pacientes com tristeza, ansiedade, depressão crônica e uso e abuso de substâncias psicotrópicas.

Estudos recentes realizados na China apontaram um impacto psicológico imediato na população em decorrência da pandemia, sendo observado um crescimento de sintomas de ansiedade, depressão, suicídio, e auto e hétero-agressão [8].

Em outro estudo, que avaliou 52.730 pessoas na China durante o período de 31 de janeiro a 10 de fevereiro de 2020, constatou-se que cerca de 35% dos entrevistados apresentaram problemas psicológicos, sendo que as mulheres apresentaram sofrimento psíquico significativamente maior quando comparadas aos participantes do sexo masculino. Fatores como a grande quantidade de informações obtidas nas redes sociais foram destacados como causadores de maior estresse entre a população de adultos jovens (18 a 30 anos). No caso de pessoas que mantiveram a rotina de trabalho, observou-se alto nível de estresse relacionado a preocupações com a exposição durante o trajeto em transporte público, com atrasos no tempo de trabalho e, como consequência, risco de privação de renda [9].

Observamos como, além da infecção pelo coronavírus, os fatores externos e intrinsecamente ligados ao agravamento da pandemia como negacionismo, *fake news*, violência contribuíram ainda mais para agravar o delicado cenário pandêmico.

Atendi, em um só dia, 68 pacientes sintomáticos respiratórios, mas já atendi também 42, 38, 18, 19, 12, 02. O avanço da vacinação mostrou como a ciência é eficaz em combater a pandemia. Outra grande mudança foi o surto recente de H3N2, e o número crescente de pessoas sintomáticas respiratórias que voltaram ao posto para atendimento.

A Residência Médica é considerada uma das melhores formas para capacitar os profissionais na área da saúde. Porém, o período de formação na residência representa uma fase de muito desgaste físico e emocional para os residentes. Isso se deve a fatores como dedicação exclusiva, insegurança, medo e cobrança, que gera sentimentos de incerteza e ansiedade, dificultando o desenvolvimento de competências e habilidades [10].

Em 2 anos, pude experimentar todos os sentimentos que uma residente pode ter e, por vezes, acho que estamos vivendo um *looping* infinito entre surtos de gripe, variante, fome, negacionismo e anti-vacinas. Contudo, apesar dos desafios e tristezas encontradas, encontrei também amigos que levarei para vida inteira, bons professores, pacientes que se recuperaram e sempre voltam para agradecer, além de me tornar uma outra pessoa após este período.

## **CONCLUSÃO**

O relato de experiência acima mostra o impacto que a pandemia trouxe na educação médica continuada, pois residentes foram deslocados para linha de frente diante da emergência em saúde pública e a maior crise de saúde coletiva do globo terrestre.

Ser residente, mãe, filha, professora e conviver com medo da contaminação foi muito difícil, mas encarar este medo e poder ajudar tantas pessoas foi muito gratificante.

Poder conhecer a vida das pessoas, suas histórias, mesmo sendo de dentro da sala COVID-19, foi uma experiência única que levarei para sempre.

**Contribuição dos Autores:** Conceituação: L.P.A.S, e L.G.P.M.; Metodologia: L.P.A.S, e L.G.P.M.; Análise formal: L.P.A.S, e L.G.P.M.; Coleta: L.P.A.S, e L.G.P.M.; Curadoria de dados: L.P.A.S, e L.G.P.M.; Redação – Preparação original do rascunho: L.P.A.S, e L.G.P.M.; Redação – Revisão e edição: L.P.A.S, e L.G.P.M.; Supervisão: L.G.P.M.; Administração do projeto: L.G.P.M.. Todos os autores leram e concordam com a versão publicada do manuscrito.

**Financiamento:** Este estudo não recebeu financiamento externo.

**Conflito de Interesse:** Os autores não possuem conflitos de interesse a declarar.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Senado Federal. Decreto legislativo 06. Ocorrência de Estado de Calamidade Pública covid19. 20/03/20
2. Russo, Kelly, Magnan, Marie-Odile, & Soares, Roberta. A pandemia que amplia as desigualdades: a Covid-19 e o sistema educativo de Quebec/Canadá. *Práxis Educativa*, 15, e2015915. Epub 02 de setembro de 2020.
3. Minayo, MCS. *Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade*. 21 edição. Editora Vozes. Petropolis. 2002.
4. Santos, FM. *Análise de Conteúdo: A visão de Laurene Bardin*, Reveduc, vol 6, 2012.
5. Rhaquel Sobreira França Viegas, T. ., Maria Sobreira França, R. ., Cristina Sobreira França, R. ., & Diniz Nóbrega, E. . (2021). Relato de experiência da residência em medicina de família e comunidade frente à pandemia covid-19. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 11(71), 9268–9277.
6. Sarti, Thiago Dias, Lazarini, Welington Serra, Fontenelle, Leonardo Ferreira, & Almeida, Ana Paula Santana Coelho. (2020). Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(2), e202016.
7. Narvaez et al. Qual a Curva que melhor explica o crescimento de casos confirmados da covid19 no Chile? *Rev. Lat. Amer. Enferma*. V8, 2020.
8. Pereira, AMM A resposta à Covid-19 na China: planejamento central e governança nacional da vigilância e atenção à saúde. In: MACHADO, C. V., PEREIRA, A. M. M., and FREITAS, C. M., eds. *Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições* [online]. Rio de Janeiro, RJ: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2022, pp. 47-79. Informação para ação na Covid-19 series.
9. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy



- recommendations. General psychiatry [Internet]. 2020[cited 2020 de May de 06]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7061893/>
10. Oliveira, G. de, Moreira, A. P., Floriano, L. S. M., Bordin, D., Bobato, G. R., & Cabral, L. P. A. (2020). Impacto da pandemia da covid-19 na formação de residentes em saúde / Impact of the covid-19 pandemic on the training of health residents. *Brazilian Journal of Development*, 6(11), 90068–90083. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-425>.