

**RECOMENDAÇÃO Nº 018, DE 26 DE MARÇO DE 2020.**

*Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 106/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19.*

O Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e

Considerando o disposto no art. 5º da Constituição Federal de 1988, segundo o qual “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...] §3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais”;

Considerando o previsto no art. 7º da Constituição Federal de 1988, que indica que são direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança (inciso XXII); e adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei (inciso XXIII);

Considerando as demais disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e da Lei nº 8.142, de 12 de setembro de 1990, que definem a saúde como um direito fundamental de todo ser humano e dever do Estado, a ser provida por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), uma política de Estado que visa à promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os brasileiros e brasileiras;

Considerando o disposto na Convenção nº 155, da Organização Internacional do Trabalho, sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho, concluída em Genebra, em 22 de junho de 1981, promulgada pelo Decreto nº 1.254, de 29 de setembro de 1994;

Considerando a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 30 de

janeiro de 2020, em decorrência da Doença por Coronavírus – COVID-19 (decorrente do SARS-CoV-2, novo Coronavírus);

Considerando a Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020, do Ministério da Saúde, que declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), conforme Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, em decorrência da Doença por Coronavírus – COVID-19 (decorrente do SARS-CoV-2, novo Coronavírus);

Considerando a Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional decorrente da Doença por Coronavírus – COVID-19 (decorrente do SARS-CoV-2, novo Coronavírus), visando à proteção da coletividade;

Considerando as restrições impostas pelos Estados e municípios diante do quadro de Pandemia, anunciado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, dentre elas as orientações de isolamento social e/ou quarentena em especial para as pessoas que se enquadram nos grupos de risco (maiores de 60 anos, pessoas imunodeficientes e/ou portadoras de doenças crônicas ou graves, gestantes e lactantes);

Considerando que o Estado brasileiro, por meio de seus governantes e de sua estrutura governamental federativa, deve adotar medidas urgentes e responsáveis para a proteção de seus cidadãos, à exemplo do que temos acompanhado em vários países do mundo, em especial na China, que foi o primeiro país a ser acometido pela nova infecção;

Considerando o momento excepcional de pandemia vivido no Brasil e no mundo e a importância da atuação dos Residentes em Saúde, que pode configurar-se como relevância pública na luta pelo adequado funcionamento dos serviços de saúde do SUS, ao lado dos profissionais em exercício, preceptores(as), tutores(as) e coordenadores(as) de residências, de forma a garantir práticas de acordo com os protocolos definidos, além de orientações e informações seguras aos usuários(as) dos serviços de saúde;

Considerando as diretrizes e moções aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8), publicadas por meio da Resolução CNS nº 617, de 23 de agosto de 2019;

Considerando o papel da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHT/CNS), criada pela Resolução CNS nº 11, de 31 de outubro de 1991, e reinstalada pela Resolução CNS nº 225, de 08 de maio de 1997, com a missão de definir os aspectos conceitual e de articulações

intersectoriais, as obrigações legais de ordenação da formação de recursos humanos em saúde, inclusive quanto à formalização e execução da política de regulamentação das especializações na forma de treinamento em serviço;

Considerando a Resolução CNS nº 593, de 09 de agosto de 2018, que designa à CIRHRT/CNS o acompanhamento permanente do controle/participação social na formalização e execução da política pública de Residências em Saúde e o encaminhamento dos estudos necessários à elaboração de proposta de regulamentação do art. 30 da Lei nº 8.080/1990; e

Considerando as atribuições conferidas ao Presidente do Conselho Nacional de Saúde pela Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, art. 13, Inciso VI, que lhe possibilita decidir, *ad referendum*, acerca de assuntos emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à deliberação do Pleno em reunião subsequente.

### **Recomenda *ad referendum* do Pleno do Conselho Nacional de Saúde**

Ao Ministério da Educação, Ministério da Saúde e aos Programas de Residência em Saúde que observem o Parecer Técnico nº 106/2020, em anexo, do qual constam orientações técnicas ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Doença por Coronavírus – COVID-19 (decorrente do SARS-CoV-2, novo Coronavírus).

FERNANDO ZASSO PIGATTO  
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

**PARECER TÉCNICO Nº 106/2020.**

A Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, criou a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, bem como criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), que tem como uma de suas principais atribuições avaliar e acreditar os programas de Residência em Área Profissional da Saúde, multi ou uniprofissionais, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, de forma a atender às necessidades socioepidemiológicas da população brasileira.

A formação em serviço, característica dos Programas de Residências em Saúde, proporciona não somente a qualificação dos trabalhadores do SUS, mas o desenvolvimento do próprio sistema de saúde, partindo da análise de situação de saúde em termos de necessidades da população; oferta de serviços e redes; padrões demográficos, epidemiológicos e culturais; estratégias de equipe e de interprofissionalidade e projetos de intervenção pela qualidade da atenção, gestão, formação e participação. Por isso, deve ser pautada pela resolubilidade de serviços e redes, correspondendo à melhor interpretação das necessidades em saúde e adequada escuta às pessoas e às instâncias de controle social. Para tanto, o país requer um modelo de formação em serviço inserido na política nacional de saúde, sob garantia da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, almejando tanto mais interprofissionalidade quanto mais atenção integral à saúde dos usuários do SUS.

Considerando que caberia à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), a responsabilidade de emitir orientações para a inédita situação de pandemia que estamos vivendo, mas a mesma não é convocada pelo Ministério da Educação desde maio de 2019, em que pese a infinidade de denúncias e consultas remetidas aos Fóruns de Coordenadores, de Preceptores e Tutores e de Residentes em Saúde ou aos representantes das associações de ensino e das federações sindicais em forma de apelo, as quais não puderam ser apuradas até o momento, já tendo sido trazidas por todos esses segmentos à CIRHRT/CNS.

Nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde se manifestou sobre este gravíssimo fato, justificado indevidamente com base no Decreto Presidencial nº 9.759, de 11 de abril de 2019 e que, com relação a isso se posicionou por meio da Recomendação nº 025, de 9 de junho de 2017, da Recomendação nº 029, de 13 de julho de 2018 e da Recomendação nº 034, de 23 de agosto de 2019.

Atuando de acordo com as diretrizes propostas pelo CNS, a CIRHRT/CNS, apoiou irrestritamente a “Carta Aberta à População - Crime de Responsabilidade Sanitária”, assinada pelos seguintes espaços colegiados: Fórum de Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS); Fórum Nacional de Coordenadores de Residências em Saúde (FNCRS); Fórum Nacional de Tutores e Preceptores de Residências em Saúde (FNTP); Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS), que clamavam pela retomada imediata das ações e reuniões da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e nomeação oficial de seus membros nos termos da indicação do CNS, em atenção ao art. 30 da Lei Federal nº 8.080/1990.

Considerando que a CIRHT realizou reunião específica com a temática das residências em face da pandemia de COVID-19, para a qual realizou convite à representação dos Fóruns de Coordenadores, de Tutores e Preceptores e de Residentes em Saúde, bem como realizou consulta à Rede Unida, entidade de base do Conselho Nacional de Saúde e representante das Associações de Ensino junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

Sendo assim, considerando a Resolução CNS nº 593, de 9 de agosto de 2018, que designa à CIRHRT/CNS, garantida a participação das entidades profissionais da área da saúde, o acompanhamento permanente do controle/participação social na formalização e execução da política pública de Residências em Saúde, entre outras disposições vem emitir, por responsabilidade sanitária, Parecer Técnico, relativo à condução dos programas de residência em área profissional da saúde (uni ou multiprofissionais) durante a pandemia mundial de COVID-19, uma vez que a Comissão Nacional de Residência Médica já o fez relativamente aos programas de sua alçada de regulação nacional.

Diante do exposto, este Parecer Técnico visa oferecer um mínimo de padrão de segurança ao alcance de coordenadores, preceptores, tutores, residentes e sociedade em geral relativamente ao ordenamento da formação de profissionais de saúde. Nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde compreende que, durante a pandemia mundial de COVID-19, a condução dos programas de residência em área profissional da saúde (uni ou multiprofissionais) deve pautar-se nas seguintes recomendações:

1. Todas as atividades teóricas presenciais devem ser suspensas, em caráter excepcional, durante o período de controle epidemiológico da disseminação do SARS-CoV-2, responsável pela COVID-19, o que não impede a prudência em ofertar essas atividades sob as inúmeras modalidades pedagógicas de acesso remoto, estudos orientados à distância e uso de

ambientes virtuais de aprendizagem, inclusive de modo a ampliar o domínio sobre a saúde global, os estudos epidemiológicos, a seleção de literatura qualificada em ciência e saúde;

2. Devem ser suspensos, pelo período de tempo necessário, eventos acadêmicos, científicos, culturais, apresentações públicas de trabalhos acadêmicos, conferências, aulas públicas e similares que reúnam de modo presencial coletivos de pessoas e/ou impliquem aglomeração de pessoas;

3. Manter as atividades práticas e teórico-práticas dos residentes em saúde, respeitando o limite de 80% (48 horas) da carga horária semanal. As atividades teórico-práticas, neste momento, devem acompanhar prioritariamente as ações de mobilização do setor da saúde na reorganização de serviços, redes, políticas e ações de participação popular ou controle social, resguardando-se a presença de residentes aos mesmos termos de modalidade previstos por tais atividades, inclusive a presença por meio de tecnologias de interação e comunicação remotas.

4. A presença da tutoria e preceptoria nos campos de prática é condição indispensável à manutenção dos programas, assim como é modelar e deve refletir igual responsabilidade àquela esperada do(a) residente;

5. Todas as recomendações de isolamento determinadas para a população de modo geral devem observados pelo(a) residente quando fora das atividades dos Programas. Todas as normas de proteção contra risco adotadas pelos cenários de serviço devem ser adotadas pelos(as) residentes ali atuantes.

6. Diante da pandemia de COVID-19 e circulação mundial do novo coronavírus (SARS-CoV-2), torna-se fundamental e de extrema necessidade o investimento em ações de educação popular em saúde, na tentativa de diminuir a infecção pelo vírus, nos diferentes territórios do país. Neste contexto, é imprescindível que os residentes em área profissional da saúde, em especial aqueles que atuam nas áreas de Vigilância em Saúde, equipes de NASF-AB e saúde do trabalhador, desenvolvam ações de orientação à população das mais diversas maneiras, seja utilizando-se dos conhecimentos de epidemiologia, despertando na comunidade o entendimento sobre a cadeia epidemiológica do vírus e como esta pode ser quebrada.

7. Residentes de medicina veterinária, além das ações acima, podem atuar no esclarecimento de dúvidas gerais com os tutores de animais de estimação, quanto à existência ou não de transmissão do coronavírus pelos animais, se e quando deve evitar o contato com o animal, se pode e quais as formas mais seguras de passear com os pets na rua, entre outras diretamente relacionadas ao contágio e prevenção/controle no elo humano/humano. A presença do(a) residente médico(a) veterinário(a) neste momento constitui-se em orientações essenciais, visto que a relação humano/animal/ambiente encontra-se cada vez mais intrínseca, contribuindo desta forma para evitar o abandono de animais, de forma desnecessária, por medo de transmissão devido

à ausência de informação, obtida de um profissional de saúde devidamente qualificado e capacitado para tal.

8. A presença de profissionais residentes das profissões de biologia, biomedicina, saúde coletiva e medicina veterinária deve ser cogitada em toda a cadeia de ações de prevenção, laboratório, ambiente e orientação sobre higiene, uso de equipamentos de proteção, conhecimento sobre todas as formas de transmissibilidade e sobre virologia, informação epidemiológica e proteção à saúde.

9. Residentes em saúde do trabalhador devem atentar-se para as reconfigurações emergenciais no mundo do trabalho e seus impactos na economia, na saúde mental, nos riscos ocupacionais e prever ações de proteção que possam ser inseridas em múltiplos cenários, inclusive nos próprios ambientes produtivos nesse momento.

10. Residentes em saúde mental devem atentar-se para todos os abalos emergenciais nos modos de vida e trabalho das pessoas em geral e dos próprios trabalhadores de saúde, situações de profunda alteração na organização das famílias, presença das crianças em casa, restrição da circulação de idosos, esvaziamento dos espaços urbanos, emergência de necessidades não previstas e supressão de soluções conhecidas.

11. Residentes em saúde do idoso precisam esforços redobrados em identificar e estruturar ações destinadas a população maior de 60 anos, especialmente os grupos mais vulneráveis, acamados, cadeirantes, pessoas com deficiência.

12. Residentes em saúde da família precisam construir modos de lidar com as circunstâncias cada vez maiores de pessoas constrangidas ao isolamento social, sob abandono e solidão, em pânico. Dentre todas as questões sociais emergentes nessa hora, o estado de incertezas e inseguranças requer um novo perfil de presença dos profissionais de saúde na saúde das famílias ou em família.

13. Residentes em hospitais universitários podem ser distribuídos entre aqueles que atuarão em áreas de internação, de intensivismo e de urgência, mas, também, no apoio matricial em rede nos territórios de saúde, na construção de sistemas de informação às próprias residências existentes na cidade e região de saúde e no desenvolvimento de tecnologias alternativas apropriadas.

14. Residentes que venham atuar junto ao sistema prisional devem buscar as orientações do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN): prevenção do coronavírus no sistema prisional – normativas por estado. A presença no ambiente prisional deve guardar as mesmas medidas de proteção do profissional de saúde atuante na assistência aos suspeitos e confirmados, deve ser buscada a máxima ventilação desses ambientes, a limpeza e desinfecção de superfícies é regra, o trabalho de base envolve identificar

suspeitos, rastrear febre e sinais ou sintomas, promover o isolamento em enfermaria para suspeitos e o isolamento protetivo dos contatos.

15. Trabalhos de Conclusão de Residência poderão ser incentivados em busca de conhecimento e ação em epidemias e pandemias, sobre coronavírus e a COVID-19, sobre biossegurança nos serviços de saúde, no ambiente e no domicílio, sobre ação comunitária e assistência hospitalar, sobre medidas de emergência em saúde pública e similares, sobre uso e preparação de produtos sanitizantes, com base nas temáticas e intervenções de cada programa de residência.

16. Embasado no respectivo perfil de competências de cada programa de residência, o retorno às atividades presenciais teóricas deve prever um plano de readaptação curricular, analisando e identificando conhecimentos, habilidades e atitudes que são necessários ao perfil do egresso.

17. Devem ser garantidos os equipamentos de proteção individual (EPI) recomendados a todos(as) os(as) residentes em saúde nos cenários de prática. Caso haja problemas com o abastecimento de EPI, o(a) preceptor(a) deverá reportar aos responsáveis pelo serviço e pela residência para as providências cabíveis, uma vez que o residente, assim como os demais profissionais de saúde, não poderão atuar na atenção direta de pacientes sem os EPI apropriados à situação de pandemia, seja na sua proteção, seja na proteção dos usuários.

18. Os residentes em saúde devem ser constantemente monitorados nos cenários em que estão prestando atendimento direto aos pacientes com suspeita de COVID-19 e devem receber, sistematicamente, orientações quanto à história epidemiológica, formas de contágio, plano de contingência local, atitudes de precaução, uso adequado e racional dos Equipamentos de Proteção Individual à COVID-19, entre outras informações de cunho teórico-prático. O monitoramento deve indicar adequações necessárias, seja do ponto de vista de proteção à saúde como de oportunidades de colaboração ou aprendizado.

19. Residentes pertencentes ao grupo de risco (maiores de 60 anos, pessoas imunodeficientes e/ou portadoras de doenças crônicas ou graves, gestantes e lactantes) deverão ficar afastados(as) das atividades, enquanto esta for uma recomendação das autoridades sanitárias locais.

20. Residentes em saúde que voltaram de viagem ao exterior devem cumprir o isolamento previsto pelo plano de contingenciamento da cidade. Este prazo pode ser prorrogado caso o residente em saúde apresente sinais clínicos de infecção por SARS-CoV-2;

21. Residentes em saúde que se encaixam dentro dos critérios de caso suspeito, provável ou confirmado devem cumprir isolamento social estabelecido pela equipe de saúde, apresentando Atestado Médico à coordenação e seguindo o fluxo estabelecido pela respectiva Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde (COREMU);

22. Nos casos em que forem suspensos os atendimentos em serviços cenário de prática, a coordenação das Residências deve ajustar a inserção dos(as) residentes em ações, serviços e políticas relacionados com as medidas locais de enfrentamento da pandemia ou em ações complementares de interesse social e comunitário como atividades de orientação, informação e prevenção em instituições sociais, em serviços da sociedade que seguem funcionando, como setores de alimentação, transporte, segurança, saneamento, farmácia etc., apoiando pessoas em domicílio, conforme perfil das cidades e regiões de presença dos programas de residência, preservando a concentração de pessoas que já ocorre de modo natural, preservada a devida capacitação para atuar e prezando pela adequada distribuição em tais cenários de prática, evitando-se superlotação ou concentração desnecessária de pessoas.

23. Todas as reorientações do currículo e cenários de prática devem ser monitoradas pelo Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE) e COREMU de modo a preservar a formação do(a) residente e seu perfil de egresso como profissional de saúde qualificado para a atuação no SUS em termos de atenção e gestão no setor da saúde. A reposição da carga horária, cenários e conteúdos deverá ser avaliada a posteriori conforme projeto pedagógico de cada programa.

24. As COREMU têm um papel crucial nesse momento relativo à ação coordenada de seus programas, integração e colaboração do corpo de preceptores e tutores dos vários programas e suporte aos residentes. Nesse momento, independente da área profissional, área temática, área de ênfase, área de concentração ou área de especialidade de cada programa, todos os tutores, preceptores e residentes tem oportunidades de aprendizado e de exercício ético de sua responsabilidade social no atendimento às necessidades de saúde da população.

25. Muitas medidas inovadoras podem emergir e devem ser proporcionadas ou acolhidas agora: orientar os trabalhadores e as trabalhadoras de bares, mercados, farmácias, saneamento básico para a proteção de si e dos clientes, moradores e frequentadores; passar nas casas com idosos e deixar orientações e mensagens, rastrear gente reunida na rua para explicar o que está acontecendo e orientar a permanência em casa, preparar conteúdos para a Internet, que vão da história das epidemias às medidas de proteção. É necessário compreender que o trabalho a ser realizado não pode acontecer, apenas, dentro do hospital, tendo em vista que no âmbito das moradias há diversos grupos que podem passar por muitas dificuldades, como: idosos, idosos com demência, pessoas com deficiência, crianças sem escola etc., o que indica a importância do trabalho a ser realizado fora dos hospitais em múltiplos sentidos.

26. Como não há informação atual sobre como proceder com a ocorrência de interrupção de programas por motivos variados, recomenda-se o

registro de forma detalhada sobre os motivos da interrupção do programa, a emissão de nota oficial informando os residentes, os preceptores e a coordenação do serviço cenário de prática sobre a suspensão de participação dos residentes, viabilizando posterior análise responsável de encaminhamentos.

27. Realocar os(as) residentes, cujos cenários de práticas foram suspensos, para prática em variados âmbitos, incluindo o hospitalar ou “hospitais de campanha”, para auxiliar nos processos de assistência de pacientes internados, ambulatorios de emergência e cenários outros para que possam desenvolver suas atividades regulares de formação na área profissional, área temática, área de ênfase, área de concentração ou área de especialidade de seu programa.

28. Deverão ser postergadas medidas como antecipação do período individual de férias, porém, devem ser avaliadas em situações excepcionais esgotadas as demais possibilidades, priorizando a forma de rodízio entre os membros da equipe, evitando que todos os residentes gozem o mesmo período.

29. Como não existem as Comissões Estaduais de Residência em Área Profissional da Saúde torna-se importante o desenvolvimento de estratégias entre as COREMU para construção de trocas, comunicação e construção de soluções inéditas locais.

30. Como recurso emergencial aos programas, coordenadores, tutores, preceptores e residentes, na falta da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, a Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho, do CNS, instância legalmente responsável por atender às competências previstas aos artigos 27 a 30 da Lei Orgânica da Saúde, vem a público colocar-se disponível à coordenar as orientações que possam ajudar na organização emergencial das residências em saúde e coloca-se à disposição dos Fóruns de Coordenadores, de Preceptores e Tutores e de Residentes em Saúde para construir soluções ao seu alcance.

31. Estas orientações podem ser revistas a qualquer tempo, em função de alterações do cenário epidemiológico e em decorrência de orientações posteriores das autoridades locais de saúde, Ministério da Educação, Ministério da Saúde e demais órgãos oficiais.

Brasília, 26 de março de 2020.

Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho  
Conselho Nacional de Saúde