

CARLA MARQUES

**TRAJETÓRIA E MEMÓRIAS DE UMA ENFERMEIRA DURANTE A
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

SALVADOR

2020

CARLA MARQUES

**TRAJETÓRIA E MEMÓRIAS DE UMA ENFERMEIRA DURANTE A
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à
Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Osvaldo
Cruz – BA para certificação como Especialista em
Medicina de Família e Comunidade ou Saúde da Família.

Orientador: MSc. Sélton Diniz dos Santos

SALVADOR

2020

RESUMO

O presente trabalho consiste num relato de experiência descritivo que visa relatar as vivências pessoais de uma enfermeira durante a Residência em Saúde da Família da FESF/ FIOCRUZ, realizada no período de março/novembro de 2018 em Lauro de Freitas; e em Janeiro de 2019 a março de 2020, no município de Camaçari. Durante o primeiro ano da residência o local de atuação foi a Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu; no segundo ano além da permanência na unidade durante dois dias (Unidade de Saúde da Família PHOC CAIC), nos demais dias o campo de estágio em Urgência/ Emergências (SAMU E UPA) e na Coordenação de Planejamento em Saúde. A trajetória possibilitou ampliar as fronteiras de atuação, reconhecendo a resolubilidade da atenção na prática, e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
TRAJETÓRIA / MEMÓRIAS	5
2.1 UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JUDAS TADEU	8
2.1 UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PHOC CAIC	13
3. RELATOS DE EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA.....	17
3.1 ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE.....	19
3.2 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	22
4. ESTÁGIOS NO SEGUNDO ANO DE RESIDÊNCIA-R2	24
4.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE	28
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS:.....	35

1 INTRODUÇÃO

TRAJETÓRIA / MEMÓRIAS

Segundo Bragança (2011), o memorial de formação é um processo articulado aos contextos sociais e culturais, que permite transformar a realidade do sujeito através da reflexão e construção de conhecimento. Assim, esse processo de formação traz relatos dos acontecimentos, estratégias, conhecimentos adquiridos, resultados e trabalhos realizados no decorrer da minha caminhada.

(...) o memorial é um processo e a resultante da rememoração com reflexão sobre fatos relatados, oralmente e/ou por escrito, mediante uma narrativa de vida, cuja trama (enredo) faça sentido para o sujeito da narração, com a intenção, desde que haja sempre uma intencionalidade, de clarificar e ressignificar aspectos, dimensões e momentos da própria formação (ABRAHÃO, 2011, p. 166).

Minha história começa no interior da Bahia, nascida em Irecê- BA, criada na cidade de Lapão-BA, no povoado de Aguada Nova. Negra, nordestina, filha mais velha, primeira neta, irmã, madrinha e um pouco mãe de todos. Estudei o Pré-Escolar e fundamental na escola Centro Educacional Antônio Matos Filho, todo esse percurso foi com os mesmos colegas de classe. Foi então na oitava série que fui morar com meu tio em Cruz das Almas, um novo cenário, adaptação a cidade, as amizades, distância de meus pais e da minha casa. Desde muito nova venho aprendendo a ressignificar momentos da minha vida. No ano seguinte, voltei para minha cidade, indo cursar o ensino médio na cidade de Lapão, me readaptando ao novo.

Sempre estudei em escola pública e quando conclui o ensino médio fiz meu primeiro vestibular na UFBA, fiquei traumatizada com aquela prova (risos). Posteriormente, prestei para a UNEB, a qual também não fui aprovada. No ano seguinte, em 2008, meu mundo desmoronou e não pude estudar, pois minha mãe adoeceu, passei a cuidar da casa, da família, da minha irmã e trabalhar

com o que minha mãe trabalhava: fazendo biscoitos para vender. Foi com minha mãe que aprendi o verdadeiro significado de luta, de coragem, determinação e vontade de vencer.

Em 2009, começo mais um capítulo da minha trajetória: passo a morar em Salvador e fazer cursinho pré- vestibular. Nesse período, residi em uma casa de estudante do município de Lapão, dividia o quarto com 3 meninas. Foi um período de muito crescimento pessoal, aprender a conviver com 20 pessoas, e a lidar com suas diferenças e a respeitar sua individualidade. Aprendi também o verdadeiro significado da palavra amizade, meus amigos foram essenciais para minha adaptação a vida longe da família.

No final de 2009 veio o vestibular novamente UFBA e UNEB. Fui aprovada na UNEB no curso de enfermagem pra Senhor do Bonfim. Mas, a faculdade não estava satisfazendo minhas expectativas, não gostei de morar em Senhor do Bonfim, eu não queria estar ali, faltava algo. Cursei dois semestres. Então conciliei meu tempo e estudei o ano todo para o vestibular da UFBA sendo aprovada em 2011.1

*“Acredite é hora de vencer,
Essa força vem de dentro de você,
Você pode até tocar o céu, se crê.
Acredite, que nenhum de nós,
Já nasceu com jeito pra super herói,
Nossos sonhos a gente é quem constrói.
É vencendo os limites,
Escalando as fortalezas,
Conquistando o impossível pela fé.
Refrão
Campeão, vencedor
Deus dá asas
Faz teu vôo
Campeão, vencedor
Essa fé que te faz imbatível te mostra o teu valor”
(Conquistando o impossível_Jamile)*

Pude superar alguns limites para estar aqui, essa musica é muita linda e me dá força e vontade de correr atrás dos meus objetivos.

No período da graduação sempre gostei da área de saúde pública. Logo no início do curso quando fomos inseridos nas unidades do Subúrbio de Salvador, para fazer análise da situação de saúde do território, percebi o

quanto era importante, e que queria trabalhar com essa área. É possível, através disso, ter apropriação do território, conhecendo os equipamentos e atores sociais que compartilham características históricas, sociais, econômicas, demográficas, políticas e culturais.

Conclui a graduação no ano de 2016.1 e no final do mesmo ano tentei aprovação na residência na área de gestão e planejamento. Não consegui a sonhada aprovação. Foi então no ano de 2018, que consegui a aprovação na Residência Multiprofissional e Médica em Saúde da Família pela FESF –SUS.

A Residência Multiprofissional é um programa de formação que visa contribuir para a reorientação do modelo assistencial. O pressuposto teórico-metodológico é fundamentado pela metodologia ativa de ensino e aprendizagem, baseadas em situações-problemas, que visa a mobilização de afetos, habilidades e saberes de cada um e do coletivo, com a busca crítica de novas informações que, contribuem para a maior integração entre os saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares. Tendo a atenção básica como campo de prática, norteia-se pelos princípios do Sistema Único de Saúde e da Estratégia da Saúde da Família (FESF, 2018, p.11).

A atenção básica em saúde abrange ações que envolvem desde aspectos coletivos e individuais de uma população, sendo definida como a principal porta de entrada dos serviços de saúde, com maior grau de descentralização e capilaridade. A assistência contempla um conjunto de ações voltadas à proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação à saúde, visam ainda à redução de danos e manutenção da saúde. Portanto, tem a finalidade de uma atenção integral que promova a autonomia do sujeito (BRASIL, 2017).

A equipe de saúde da família é responsável pelo desenvolvimento das ações na atenção primária, e devem fazer a articulação entre os setores, organizar a rede, estabelecendo parcerias para elaborar e conduzir ações destinadas à saúde de todos os membros da família. Dentro da assistência integral a saúde dos indivíduos, deve-se considerar todo o ciclo de vida do indivíduo, contemplando todas as suas fases (BRASIL, 2017).

2.1 UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JUDAS TADEU

A Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu é uma unidade de atendimento à saúde do tipo Unidade Básica, e, portanto, destina-se a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção.

Desde o ano de 2016, a unidade acolhe os programas de Residência Médica e Residência Multiprofissional da FESF-SUS/Fiocruz, contando com a inserção de médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e professores de Educação Física no âmbito da Saúde da Família, compondo as equipes básicas e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Esta compreende uma visão ampliada de saúde, ao enxergar o ser humano de maneira integral levando em consideração seus aspectos sociais, políticos, emocionais, espirituais, e tantos outros que ultrapassam as questões meramente fisiológicas, entende-se um cuidado que contemple todas essas dimensões e só é possível se realizado de maneira multiprofissional, com a integração de vários setores da sociedade, sejam eles entidades políticas, sociais, da saúde e educação.

A USF São Judas Tadeu é composta por cinco equipes Saúde da Família em sua composição mínima, equipe de Saúde Bucal e NASF sendo elas: Equipe São Judas , Equipe São Judas 2 , Equipe São Judas 3 , Equipe Diamante 1 ,Equipe Diamante 2. Dessa forma, buscamos estabelecer um vínculo com diferentes entidades e equipamentos sociais que atendam os usuários do nosso território, criando e fortalecendo essa rede de cuidado.

O território de abrangência em se tratando de uma unidade de saúde da família, trago a reflexão sobre a importância de conhecê-lo. Um dos fundamentos Atenção Básica é a da ESF territorializada, construída sobre uma base territorial delimitada e seguindo o modelo da adstrição da clientela.

A área de abrangência da USF São Judas Tadeu compreende é composta por Jardim Pouso Alegre, Jardim Pérola Negra, São Salvador, Parque Santa Júlia e Vila de Senna.

A semana introdutória na unidade de saúde gerou expectativas, vontade de conhecer qual equipe iria assumir e desejo de iniciar as atividades. Ocorreram momentos de entrosamento e apresentação entre os colegas residentes R2 e os funcionários já existentes. Discutimos temáticas na primeira semana e conhecemos os espaços e território de atuação.



Fonte: Própria autora

Iniciamos as atividades na unidade, com muitas dificuldades. Dentre elas, destaco a relação com os profissionais do município, principalmente a gerente da unidade. Segue carta de relato dos residentes à Superintendência de Atenção Básica e à Coordenação de Atenção Básica.

Nos identificamos inicialmente como residentes da Residência Multiprofissional e Médica em Saúde da Família atuantes neste município, na USF São Judas Tadeu, e vimos através desta solicitar esclarecimentos acerca de algumas determinações partindo da gerente, em nome da Gestão Municipal, que tem gerado insatisfação dos trabalhadores residentes da USF, e que julgamos atrapalhar nossos processos de trabalho e também a nossa formação enquanto residentes. Trazemos aqui as situações que vem ocorrendo desde abril de 2018, quando nós, os residentes do 1º ano (R1), assumimos o serviço:

- 1) *A gerente trouxe o informe da Gestão que a utilização do espaço da USF após o expediente não poderia mais ocorrer em todas as USF do município. No entanto, descobrimos recentemente em reunião com um dos conselheiro do CMS, que o Conselho Distrital de Portão utiliza o*

espaço das USF após o horário do expediente para a realização das reuniões do Conselho. A residência utilizava o espaço da USF uma vez por semana até o horário das 18h para realização de atividade pedagógica da residência, e com a proibição, sem chance de negociação, teve suas atividades prejudicadas por semanas até que se achasse um novo local. Compreendemos que se há possibilidade de abrir exceções para realização de atividades extra-turno em outras USF, também poderá haver para a nossa;

- 2) Foi informado também que sob orientação da Gestão, as reuniões de unidade não deveriam acontecer mais com frequência mensal. Desde então, foi informado o cancelamento, às vésperas, de duas reuniões de unidade pela gerente, sem questionar às equipes previamente, sendo mantida uma delas, no dia 30 de maio de 2018, após questionamentos acalorados e insistência dos profissionais do NASF. Entendemos que esta medida verticalizada fere a autonomia das equipes na gestão do cuidado em saúde e organização dos seus processos de trabalho. Entendemos ainda a reunião de unidade como um espaço indispensável para a organizar o funcionamento de uma USF tão grande, com cinco equipes Saúde da Família que precisam trabalhar juntas para melhor atender o usuário, portanto solicitamos esclarecimentos sobre essa determinação da ausência de periodicidade da mesma;*
- 3) No final do mês de maio, após divulgação para os usuários sobre a festa junina a ser realizada no dia 13 de junho de 2018, a gerência alterou arbitrariamente a data para o dia 07 de junho. Quando questionada pelos trabalhadores em reunião de unidade, alegou que a Gestão proibiu a realização de festividades juninas em todas as USF do município e a única exceção aberta foi para a USF São Judas Tadeu, caso a festa fosse realizada no dia 07, o dia do aniversário da unidade. Em retaliação, os profissionais optaram, em decisão coletiva, pelo cancelamento da atividade. Porém, passados os festejos, recebemos fotos de festas juninas que aconteceram em outras USF do município. Exigimos esclarecimentos sobre essa divergência de informações;*
- 4) Mais recentemente, proibiu a permanência de trabalhadores da unidade nos consultórios vagos no período em que não estivessem ocorrendo*

atendimento, sob a justificativa de que a gestão determinou que fosse feito um inventariado de itens quebrados, danificados e precisando de reparo, sob ameaça dos agentes de portaria solicitarem a saída do profissional do espaço caso a norma não fosse respeitada. Tal medida foi informada pela gerente no dia após os residentes do segundo ano serem expulsos de um consultório ocioso, que utilizavam para uma reunião de planejamento dos processos de trabalho da residência. Não compreendemos porque os trabalhadores da própria instituição estejam sendo proibidos de permanecer no seu ambiente de trabalho, e menos ainda a relação da realização desse inventariado com essa proibição. Entendemos que tal associação sugere que a permanência dos trabalhadores residentes nesse espaço oferece risco de dano ao patrimônio público, e de antemão deixamos claro, que consideramos a insinuação ofensiva, uma vez que somos todos profissionais idôneos e zelamos pelo patrimônio e boa preservação do nosso ambiente de trabalho, não havendo uma situação sequer que possa servir de exemplo para contradizer essa afirmação. Consideramos por fim a medida excessiva e verticalizada e solicitamos uma justificativa clara e melhor fundamentada para tal proibição.

Para além dessas situações, existe ainda por parte da gerência, certa hostilidade com a residência, sempre se referindo aos residentes como “você da FESF”; incitando divisão entre os contratados do município e residentes através de tratamento diferenciado; notificando atraso dos residentes no livro de ocorrência da unidade sem conversa prévia, desconsiderando o papel da preceptoria que tem como uma das atribuições o controle da frequência em folha de ponto; fazendo cobranças abusivas, e apenas aos profissionais da residência, sobre cumprimento de horário, notificação com antecedência rigorosa à gerência para alterações na agenda de qualquer ordem e para realização de atividades fora da USF, no território e controle sobre a organização dos processos de trabalho das equipes. Entendemos que retaliações por escrito ou públicas sem um diálogo anterior, tratamentos diferenciados, cobranças excessivas e abusivas, exposições constrangedoras e a política de “tolerância zero” ao que se interpreta como falha dos residentes está causando desconforto, adoecimento mental e resistência à figura da

gerência entre todos os trabalhadores, em especial a quem se destina às hostilidades. Entendemos que esse rigor excessivo demandado somente dos residentes qualifica perseguição.

Até a presente data, nossa conduta tem sido apenas questionar às determinações ou retaliações públicas diretamente à gerente, buscando esclarecer as hostilidades e esclarecer mal-entendidos. Buscamos ainda através da preceptoria sempre o diálogo e a diplomacia para resolver as divergências, acionando inclusive a coordenação geral da residência da FESF-SUS para tentar através da pacificação dialogada, acordos e formas de conciliar todos esses conflitos. Porém percebemos que os ataques não cessaram, e ao contrário, o nome da Gestão Municipal tem sido utilizado cada vez mais para justificar situações nebulosas e atitudes autoritárias e abusivas, centralizadoras que divergem das diretrizes do SUS e do modelo de saúde que acreditamos e buscamos construir.

Entendemos ainda que a implantação de uma residência em um município não se dá de maneira pacífica em muitos casos. É extensa a literatura científica que evidencia os desafios e conflitos entre residentes e os atores que compõem o cenário da saúde, e isso é compreensível, uma vez que a vinda da residência mexe com estruturas engessadas, processos de trabalho acomodados, pactos e acordos entre colegas, desarticulando modelos arraigados de uma micro política com reflexos na politicagem local, infelizmente ainda presentes na Saúde Pública brasileira. Acreditamos, no entanto, que se existe um acordo que mantém a o Programa de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS/Fiocruz no município de Lauro de Freitas, é porque há interesse dessa Gestão pela mudança que essa residência oferece, e portanto, nos recusamos a acreditar que esse leque de ações supracitadas e que configuram uma perseguição velada aos residentes trabalhadores da USF São Judas Tadeu esteja partindo desta gestão.

Por outro lado, não cremos que essas mesmas ações partam de uma perseguição pessoal da gerência à Residência, não havendo uma explicação razoável que justificasse uma motivação pessoal para tais atos.

Assim sendo, solicitamos a essa Superintendência e Coordenação de Atenção Básica esclarecimentos sobre cada situação acima descrita, e sobre o cenário que envolve esse conflito, para que os mal-entendidos sejam

resolvidos, se possível sanados, e assim possamos trabalhar pela construção e fortalecimento de um SUS equânime e resolutivo.

Solicitamos por fim que, se possível, a resposta a esse documento possa se dar através de uma reunião presencial com os atores envolvidos nesse conflito, que entendemos ser os residentes R1, o corpo pedagógico da residência, a gerente, tendo como mediadores desse diálogo a representação da Superintendência de Atenção Básica, a representação da Coordenação de Atenção Básica e a representação da Coordenação da Residência da FESF-SUS. Após várias tentativas de diálogos, não conseguindo êxito e acordos, o programa de residência foi encerrado em Lauro de Freitas.

2.2 UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PHOC CAIC

Conclui o primeiro ano da residência na USF PHOC CAIC, após encerramento do programa da residência em Lauro de Freitas. Iniciei em janeiro de 2019 na unidade PHOC CAIC, o sentimento foi de não pertencimento e falta de identidade, senti que não fazia parte daquilo. A identidade é passível de mudanças de acordo com os momentos e fases que cada um vive. A identidade é o "resultado de um trabalho permanente de renovável construção social e política, mas também geográfica, que leva em conta a extrema mobilidade dos agentes sociais" (JORGE, 2010, p. 240). Sendo assim, necessário a ressignificação e conhecimento dos novos espaços, novos processos de trabalhos, novos profissionais de saúde, novos colegas residentes.

A USF PHOC CAIC surgiu em 2015, a partir do desmembramento de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família. Parte dos usuários da antiga UBS foi remanejada para acompanhamento da saúde na USF. A estrutura da USF PHOC CAIC ainda não está adequada para comportar 4 equipes mínimas de saúde, a territorialização encontra-se em andamento, a estimativa da população adscrita é de aproximadamente 14.000 usuários (em 2017) e, além disso, enfrentamos outras dificuldades quanto ao suprimento de recursos materiais e também de recursos humanos.



Fonte: Própia autora

Um dos grandes problemas enfrentados na unidade de saúde Phoc Caic é a falta de recursos humanos e recursos materiais, fato que reflete na atuação de todos os profissionais e na dinâmica da unidade. Isso afeta principalmente na atuação do enfermeiro, que além das suas demandas, assume responsabilidades que seriam designados aos técnicos de enfermagem. Como minimizar os efeitos do déficit na Unidade de Saúde da Família? O processo de municipalização da saúde no SUS traz consigo a necessidade da utilização de conhecimentos sobre tecnologias de gerenciamento em saúde por parte dos gestores municipais, antes usados apenas na esfera federal. Dessa forma, estes passaram a responsabilizar-se pela execução de ações de planejamento, desenvolvimento e avaliação das políticas de saúde (PAIVA, 2018).

Segundo Silva (2014), a função dos gestores do setor público, mais especificamente, nas unidades básicas de saúde, está limitada pelas regulamentações, o que restringe sua autonomia. Além disso, estes encontram problemas como a inexistência de orçamento próprio de gerir recursos humanos (contratar, descontratar), negociar salários ou instituir estratégias de incentivo ou sanções mediante a produção de metas. Também existe o fato da indicação de indivíduos para a função de gestor estar relacionada às questões político- partidárias, as relações de amizade e confiança e não decorrente de avaliação meritória. Dessa maneira, as mudanças ocorridas no âmbito da política afetam os serviços de saúde, o que leva à descontinuidade das ações.

Entretanto, é possível gerenciar uma equipe de saúde de maneira a atender as perspectivas dos usuários do serviço, desde que o gestor seja equilibrado ao ponto de superar as fragilidades, que perpassam desde o déficit de pessoal, de recursos, bem como a crescente demanda da comunidade. Além disso, ressalta-se a importante função de gerenciar as relações interpessoais, com o objetivo de minimizar possíveis conflitos. A competência gerencial, o empenho para o alcance de metas e objetivos, a personalidade e a habilidade para lidar com pessoas são imprescindíveis para a efetividade das ações, motivação a equipe e satisfação do usuário (GOMES, 2016).

Dessa forma, o planejamento pode ser considerado uma importante ferramenta para o desenvolvimento de ações no âmbito administrativo das organizações e sistemas de saúde. Para tanto, é imprescindível estimular os agentes envolvidos no processo a refletirem sobre suas práticas como forma de melhorar a qualidade e a efetividade do processo de trabalho. Assim, o planejamento também tem função educativa, uma vez que instiga os agentes sociais a analisar sistematicamente as ações e serviços, bem como pensar estrategicamente, com o objetivo de alcançar as metas da instituição. O comprometimento com tal finalidade possibilita que os funcionários atuem para além da simples execução de tarefas, alcançando-se melhores resultados, como a satisfação dos usuários e a resolução efetiva dos problemas de saúde. Para Almeida (2016), educação permanente aparece como estratégia essencial para transformar os processos de trabalho, com a finalidade de promover a atuação crítica, reflexiva, comprometida e efetiva.

Para o trabalho em equipe ocorrer sistematicamente, é preciso trabalhar nos processos de criação, armazenamento, partilha e distribuição de conhecimento, a partir do desenvolvimento do capital humano, estrutural e relacional. Desenvolver o capital humano não significa obter somente um acréscimo na formação, mas desenvolver as competências individuais, por meio da mudança de atitude das pessoas, orientadas não apenas para o cumprimento de objetivos previamente negociados, mas igualmente com uma crescente autonomia e liberdade de ação, condições indispensáveis para o desenvolvimento de atos criativos (FERNANDES, MACHADO e ANSCHAU, 2009).

As fragilidades na gestão no âmbito municipal e, conseqüentemente, da unidade saúde estão evidentes, entretanto, a utilização do planejamento

estratégico aparece como importante ferramenta para garantia da efetividade das ações e serviços de saúde. Dessa forma, é essencial que o planejamento estratégico seja realizado de acordo com as competências dos atores envolvidos no processo, bem como os recursos humanos disponíveis.

Para tanto, o gestor precisa conhecer as competências de cada profissional para que faça a distribuição das responsabilidades com base no que está regulamentado em lei. Além disso, faz-se necessário que o próprio profissional conheça suas atribuições, a fim de que estejam preparados para realizar apenas atividades que estiverem sob sua competência.

O controle social aparece como estratégia a ser utilizada pelos gestores das unidades básicas de saúde para a convocação da população a fim de mobilizá-la em função da melhoria de sua condição de saúde. Contudo, como o cargo de gerente é comissionado, essa ferramenta é, na maioria das vezes, inutilizada. A participação da sociedade na gestão pública é um direito garantido pela Constituição Federal que permite que os cidadãos fiscalizem de forma contínua a aplicação dos recursos destinados à realização de tais políticas, assim como na elaboração das políticas públicas. O direito do cidadão não fica restrito à escolha dos seus representantes, abrange o direito de acompanhar de perto, como esse poder delegado está sendo exercido, supervisionando e avaliando a tomada das decisões administrativas (BARBOSA, 2016) .

Dessa forma, está claro que a efetividade das ações e serviços de saúde está vinculada na forma como estes são gerenciados, seja no âmbito dos recursos humanos, relações interpessoais ou administração dos recursos materiais e equipamentos. Para tanto, é preciso que os gestores busquem o aprimoramento do conhecimento sobre as tecnologias de gerenciamento em saúde.

3 RELATOS DE EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA

Muitos dos problemas observados durante as práticas estavam relacionados à falta de organização do processo de trabalho e a falta de vontade de fazer o que é certo. Todos os profissionais sabem os seus deveres diante da assistência à saúde da população adscrita e devem ser garantidos.

“A garantia de assistência integral à saúde como direito e dever dos cidadãos, profissionais e gestores, implica em sujeitos ativos. A integralidade pressupõe acesso a bens e serviços, formulação, gestão e controle participativo de políticas públicas, interação usuário/profissional sem perder a perspectiva daquilo que é comum a todos e deve ser universal: o direito de viver e ser tratado com respeito à integridade e à dignidade da condição humana em situações de saúde, doença e morte” (VEIGAS, 2013).

A criação do SUS objetivou alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, ofertando serviços na atenção primária, secundária e terciária. Dessa forma, as ações e serviços públicos de saúde passaram a integrar “uma rede regionalizada e hierarquizada”, organizada de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. No contexto do SUS, as ações e serviços de saúde constituem um direito social que deve ser assegurado pelo Estado e gerido sob responsabilidade das três esferas de governo. A universalidade do direito à saúde sem distinções, restrições e a qualquer custo (VEIGAS, 2013).

No contexto da falta de organização do processo de trabalho e profissionais desmotivados, é importante destacar a atuação dos técnicos de enfermagem. Esses não reconheciam os enfermeiros da residência como o profissional da equipe, não garantiam a assistência qualificada aos usuários e eram desmotivados. Sendo difícil conseguir a integração desses profissionais em outros contextos como: reunião de equipe, atividades educativas, visita domiciliar e até mesmo nas campanhas de vacinação. Vinculado a este processo ainda existia a falta de apoio da gerência aos profissionais enfermeiros residentes. A enfermagem é reconhecida como uma prática social caracterizada por atividades elaboradas por uma equipe, um conjunto de

indivíduos só funciona com perfeição se seus integrantes estiverem articulados entre si. Buscamos diante dessas dificuldades fortalecer as relações interpessoais, que no ambiente de trabalho, devem ser compreendidas, a fim de aperfeiçoar o vínculo pessoal entre os membros da equipe, estabelecendo relações éticas e de respeito.

A teoria da ação comunicativa compreende que interação é a solução para o problema da coordenação que surge quando diferentes atores envolvidos no processo comunicativo estabelecem alternativas para um plano de ação conjunta. Tal teoria retrata também que as atividades orientadas para um fim, dos participantes da interação, estão integradas umas às outras através de um meio: a linguagem (ARAUJO,2016).

Uma das principais estratégias foi a busca pela comunicações efetiva, tendo como primeiro passo uma reunião com a equipe de enfermagem. Trazendo a prática comunicativa, entende-se, que os profissionais poderão construir um projeto de trabalho mais adequado as suas demandas, a fim de possibilitar uma comunicação favorável entre a equipe. Ao permitir o agir comunicativo, a equipe buscará o entendimento mútuo, possibilitará o cuidado a partir da melhoria do ambiente e das relações.

Um outro grande desafio foi o trabalho com os agentes comunitários de saúde (ACS), assim como os técnicos, em sua maioria não reconheciam os enfermeiros da residência, como profissionais atuantes da equipe de saúde da família. Trabalhar como enfermeira em uma equipe onde os agentes comunitário são poucos colaborativos traz um grande prejuízo na prestação da assistência ao usuário, pois era difícil conhecer o território, o perfil epidemiológico, os principais agravos e demandas dos usuários. A área da minha equipe de trabalho durante o primeiro no era a mais distante da Unidade de Saúde, eram 3 ACS, apenas um era atuante no serviço, os outros já vinham de um processo de desmotivação e comodismo do serviço, não faziam visitas e cadastros dos usuários. Com a chegada da residência, muitos dos profissionais tiveram que qualificar sua forma de trabalhar.

O trabalho do ACS, que se encontra inserido na saúde da família deve desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na

comunidade. Sendo uma figura fundamental na saúde da família, pois possibilita que as necessidades da população cheguem à equipe de profissionais, que irá intervir junto à comunidade. O ACS também mantém o fluxo contrário, transmitindo à população informações de saúde. Tem relação direta com o enfermeiro da equipe, o qual supervisiona suas atividades de identificação dos marcadores de saúde, bem como de usuários que necessitam de uma atenção diferenciada pelos demais profissionais, acompanhamento de usuários assistidos por determinados agravos de saúde através de visitas domiciliares frequentes, e reconhecimento de inconformidades que devam ser reportadas à equipe (LANOZNI, 2013).

A nossa equipe de enfermagem buscou nesse contexto fazer uma roda de conversa com uma abordagem reflexiva de sua atuação na ESF. Discutir as ações do ACS é oportuno e necessário na medida em que vai ao encontro dos desafios atuais acerca da qualificação do serviço. Logo, o conhecimento do cotidiano dos agentes nos territórios poderá contribuir na elaboração de estratégias que visem a melhoria da qualidade do trabalho desenvolvido no âmbito da saúde de família.

3.1 ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE

A equipe de saúde da família é responsável pelo desenvolvimento das ações na atenção primária, e devem fazer a articulação entre os setores, organizar a rede, estabelecendo parcerias para elaborar e conduzir ações destinadas à saúde de todos os membros da família. Dentro da assistência integral a saúde dos indivíduos, deve-se considerar todo o ciclo de vida do indivíduo, contemplando todas as suas fases (BRASIL, 2013). Na minha vivência prática foi possível perceber o distanciamento das adolescentes da unidade de saúde. Com isso, reflito se não existe uma preocupação dos serviços de saúde em implantar e implementar ações específicas a este grupo, as poucas ações estão voltadas a livre demanda, geralmente de planejamento familiar e/ou restritas as suas queixas sendo possível observar uma lacuna no processo de atenção voltada aos adolescentes.



Fonte : Própria autora

Segundo o estatuto da criança e do adolescente (2008), a adolescência abrange a faixa etária entre 12 e 18 anos, essa fase é caracterizada por profundas mudanças e descobertas, desde aspectos físicos e psicológicos. É lhes assegurado por lei todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, a fim de proporcionar o seu desenvolvimento. Sendo dever da família, comunidade, sociedade e do poder público assegurar a saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito e liberdade. Considera ainda que o sistema único de saúde deve garantir atendimento integral a saúde da criança e do adolescente, considerando acesso universal e igualitário (BRASIL, 2008).

A adolescência é marcada por riscos relacionados à exposição às drogas, a precocidade das experiências sexuais e situações de violência. No Brasil, durante a década de 1990 e início da década atual, tem sido incluído a atenção à saúde do adolescente nas políticas públicas, as iniciativas foram em 1989, com a criação do Programa Saúde do Adolescente, no entanto os adolescentes participam pouco das ações de saúde (SILVA; 2017).

Os adolescentes pouco participam das ações de saúde, e os profissionais estão pouco qualificados para atuação nos serviços, não agindo com as especificidades dos adolescentes. As ações que conseguimos alcançar a população dos adolescentes são as práticas do Programa de Saúde na

Escola. A minha realidade no primeiro ano de residência, foi a dificuldade de articulação com as escolas, a impossibilidade de datas, e a não participação dos profissionais da educação. Uma grande dificuldade foi na atuação de todos os profissionais da equipe, principalmente com a categoria médica que recusava-se a participar das atividades, queria atender apenas as demandas agudas do serviço.

Mesmo com práticas de saúde na escola, existe uma grande falha no processo, visto que não é observada a real demanda dos adolescentes, e sim, os temas especificados pelo ministério da saúde. Cada região tem suas características, trago como reflexão que essas demandas podem ser diferentes de acordo com cada realidade.

Na comunidade estão inseridos diferentes sujeitos com histórias, realidades e papéis sociais distintos, no contexto e realidade escolar. Há Diferentes atores, professores, alunos, merendeiras, porteiros, famílias, voluntários, entre outro que produzem diversos modos de refletir e agir sobre si e sobre o mundo. Devem ser atendidos pelas equipes de Estratégia Saúde da Família de acordo com as suas necessidades e especificidades. Com isso, as ações de saúde desenvolvidas em âmbito escolar, não devem atender somente os alunos, mas também a família a que esse aluno pertence e todos aqueles que compõem e estão presentes no cotidiano escolar, desde os funcionários a comunidade a qual a escola está situada.

A proposta é que as atividades sejam programadas e executadas em parceria com os profissionais das escolas. Essas acabam sendo executadas apenas pelo setor saúde. As atividade devem fazer parte do projeto político pedagógico escolar, devem ser debatidas em sala de aula pelos professores, orientados pelo pessoal da Saúde ou diretamente por profissionais de Saúde previamente agendados. Preparar o educando no dia-a-dia da escola pode implicar a maior participação dos adolescentes, desde o agendamento e a organização das atividades até mesmo durante a realização delas (MINISTERIO DA SAÚDE, 2015).

3.2 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O acolhimento com classificação de risco é uma mudança significativa na Atenção Básica concretizando a partir da proposta da política de humanização nos serviços, garantida através do atendimento acolhedor e resolutividade dos problemas dos usuários (BRASIL, 2013). O meu primeiro contato com a temática foi na imersão na residência desde a chegada em Lauro de Freitas, existem muitos conflitos relacionados ao melhor modelo a se adotar para atender a demanda espontânea dos usuários. A vivência no acolhimento trouxe um diferente olhar para as potencialidades da atenção primária, sendo este uma oportunidade fundamental para o fortalecimento de vínculos.

A demanda espontânea dentro das unidades básicas de saúde tem crescido, no entanto, o cotidiano das unidades básicas de saúde é trabalhar com agendas programadas. Muitos usuários já possuem uma ideia que para conseguir uma consulta é necessário chegar de madrugada nas filas. Esta é uma realidade que tende a melhorar com a implantação do acolhimento com classificação de risco, onde os usuários são atendidos de acordo com suas prioridades, e não por ordem de chegada, mas, esta questão muitas vezes é cultural e pode levar um tempo para a adaptação da população.

A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Ou seja, o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades. Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas “há acolhimentos e acolhimentos” (BRASIL, 2013)

É importante destacar que o acolhimento configura-se um trabalho multiprofissional, sendo o apoio da equipe fundamental para que a(o) enfermeira(o) desenvolva uma prática eficaz no fortalecimento do acolhimento e classificação de risco, por isso faz-se necessário um olhar voltado à formação

e capacitação desses profissionais, para que a Política Nacional de Humanização se concretize no cotidiano dos serviços de saúde.

As equipes de saúde, tem que estar abertos para perceber as especificidades de cada situação. Buscando os tipos de recursos e tecnologias disponíveis, que ajudem a aliviar o sofrimento, reduzir danos, melhorar condições de vida e construir vínculos com os usuários. Faz muito sentido, dessa forma, que as equipes de Saúde da Família possam cuidar do usuário, considerando sua singularidade, pedir ajuda ao CAPS ou NASF para abordar casos específicos, inclusive os mais graves; descobrir/acionar a rede social significativa e acolhedora.

O acolhimento não é uma tarefa fácil, pois demanda mudanças no modo de organização das equipes, nas relações de trabalho e no modo de cuidar. Por ser um modelo novo, quando proposto e iniciado na unidade de saúde com iniciativa dos residentes, houve muita resistência dos profissionais. Muitas foram as discussões e tentativas de mudança, na busca do melhor modelo de acolhimento que atendesse aquela população. É um dos maiores desafios na cotidiano da atenção básica, pela dificuldade de encontrar um modelo que atenda a expectativas de todos os profissionais e que atenda as demandas da comunidade.

Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem conduzidas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. A equipe deve discutir e definir o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. É fundamental ampliar a capacidade clínica reconhecendo riscos e vulnerabilidades.

4 ESTÁGIOS NO SEGUNDO ANO DE RESIDÊNCIA-R2

O segundo ano da residência inicia-se com muitas incertezas, ansiedade e curiosidade. Por não saber em qual serviço será direcionado, nem qual a sua real atuação nos serviços. Nesse período fomos inseridos em diferentes serviços, com o objetivo de conhecer a Rede de Atenção à Saúde; e os serviços de gestão.

Redes de Atenção à Saúde (RAS) é desenhada de maneira a centralizar na Atenção Primária a Saúde como a coordenação do cuidado e ordenadora da rede, busca qualificar a atenção por meio da ampliação do acesso e longitudinalidade do cuidado, tendo como objetivo o alcance da integralidade. Nas RAS, a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção devem ser definidos de modo a responder prontamente aos eventos agudos, como também manejar as condições crônicas de saúde (PIETER, 2019).

A Organização Mundial da Saúde considera que as RAS contêm seis modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial. A partir dessas modalidades produz uma conceituação de serviços integrados de saúde como “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (BRAIL, 2011).

No estágio de redes na Urgência/Emergência foi possível perceber a fragmentação dos serviços e a falta de articulação de redes. Os serviços trabalham individualizados, pouco fazem referência e contra referência. Os serviços não conversam, não se conhecem. Na Rede de Urgência /Emergência devem existir ações de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, que tem por objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas. Componentes da RAS:



Fonte: Brasil, 2013

Os cenários de prática foram a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e SAMU (Serviço Atendimento Móvel de Urgência) desenvolvendo atividades em articulação com os componentes da atenção primária. A Atenção Básica deve contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, sendo a base, resolutiva, coordenadora do cuidado e ordenadora das redes. No âmbito da urgência/emergência, os profissionais de saúde devem acolher de forma qualificada, realizar classificação de risco, avaliar a necessidade de saúde e analisar situações de vulnerabilidades, visando a assistência resolutiva aos primeiros atendimentos às urgências e emergências e à demanda espontânea (BRASIL, 2013).

Sendo assim, desenvolvemos um modelo de acolhimento, após avaliação crítica dos modelos propostos nas unidade de saúde que são campos de atuação da Residência, utilizando as potencialidades existentes em cada uma. Com o objetivo de padronizar a acolhimento com classificação de risco.

- **PRIMEIRO MOMENTO:** RECEPÇÃO/ Colocar o nome na lista por ordem de chegada.
- **SEGUNDO MOMENTO:**
Fazer uma breve Sala de Espera explicando o Acolhimento para que os usuários se empoderem do fluxo estabelecido na unidade e

compreendam como será o seu atendimento e quando deve procurar o acolhimento.

- **TERCEIRO MOMENTO: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**
- A demanda deve ser avaliada e classificada de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde:

Classificação dividida por cores:

Vermelho: atendimento imediato

Amarelo: prioritário

Verde: atendimento no dia

Azul: demanda não aguda

- **QUARTO MOMENTO: ESCUTA QUALIFICADA DA DEMANDA**

Este é o momento em que o usuário terá sua demanda ouvida e avaliada pelo profissional que o acolher dentro da sala, é um espaço que se deve ter atenção não somente às demandas ditas pelo usuário, mas também as demandas observadas por quem realiza a escuta para que haja o encaminhamento mais resolutivo possível para o usuário.

- **QUINTO MOMENTO: SISTEMATIZAÇÃO MENSAL**

O consolidado mensal pode ser utilizado para avaliar as demandas mais comuns. A partir dessa análise, é possível traçar estratégias para mapear situações e condicionantes de saúde, criação de grupos de acordo com as necessidades do público, melhorias no atendimento e fluxo da unidade.

O modelo busca ampliar a melhor compreensão dos profissionais, com o objetivo de modificar a lógica tecno-assistencial na saúde, visando melhorar o atendimento ao usuário e comunidade é uma ferramenta importante para inclusão do usuário e ampliação do acesso à saúde, não se reduzindo apenas

a um protocolo/espço, mas tendo em vista a mudança de postura dos profissionais que estão na assistência.

A vivência nos estágios das linhas de cuidado/redes de atenção à saúde é de suma importância para processo de formação dos profissionais de saúde, pois possibilita a construção de um olhar ampliado necessário para a prestação do cuidado ao usuário de forma integral. Faz-se necessário haver uma boa comunicação entre tais serviços para um funcionamento em rede efetivo . Os atores devem compreender seu papel, assim como o do outro, dentro da linha de cuidado para que seja garantida a integralidade da atenção ao usuário proposta pelo SUS.



Fonte: Própria autora

4.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O planejamento em saúde é uma etapa de gestão muito importante para os serviços. Na Coordenação de Planejamento em Saúde (CODEPLAN), foi possível compreender o impacto do Plano de Saúde como instrumento estratégico de gestão; os mecanismos envolvidos na operacionalização do Plano de Saúde, por meio da elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS) e no Relatório Anual de Gestão (RAG) e refletir as potencialidades dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) para a tomada de decisão na gestão do SUS para além de uma atividade burocrática e obrigatória para que se garanta uma análise situacional fidedigna para elaboração das ações de saúde e o recebimento de recursos financeiros.

Os Instrumentos de Gestão em Saúde garantem o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis. A gestão do SUS é de responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios objetivando garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde (BRASIL, 2002).



Fonte: Própria autora

Se as ações no setor saúde não são planejadas, dificilmente o resultado será positivo. Ao planejar o gestor parte do pressuposto dos problemas

levantados, resolvendo primeiramente aqueles de maior gravidade, agindo na raiz do problema. Um dos métodos de planejamento é a elaboração da agenda estratégica, correspondendo a cada nível da esfera de governo municipal, estadual e nacional. Na construção da agenda devem-se identificar os atores, com isso destacar aqueles que estão a favor das estratégias do ator principal (BRASIL, 2002).

É preciso identificar os problemas e apresentar alternativas de soluções. Nos cenários de atuação os problemas serão analisados e priorizados. As estratégias propostas para o enfrentamento dependeram dos atores envolvidos e irão refletir diretamente na saúde da população. Para a identificação dos problemas os atores devem fazer uma análise da situação de saúde, que pode ser trabalhado a partir da árvore de problemas, onde são apontadas as causas e as consequências. A análise da situação deve contemplar a caracterização da população, desde fatores socioeconômicos, sociais, políticas, demográficos e suas condições de vida (Teixeira, 2010).

Deve caracterizar o problema identificando qual é realmente sua causa, se ocorre devido a falta de recursos, gestão ou inadequação dos serviços. Com isso buscar o ambiente envolvido quem, onde, como, para especificar a população afetada. Depois do levantamento dos dados a equipe deve apresentara-los para todos os atores envolvidos, fazer análises levantar discursões e reflexões. Com isso priorizar os problemas e apontar os objetivos que devem ser alcançados. Posteriormente deverá pensar-se na interversões pertinentes para os problemas levantados, aplicar as interversões, monitorar e avaliar, tendo o controle das ações que estão dando certo e as que não estão, para serem ajustadas ou implementadas outras alternativas.

Relacionando com o campo de pratica, um dos motivos das ações destinadas às resoluções dos problemas, não terem sucesso é a falta do planejamento. Os gestores devem estimular os profissionais a levantar os problemas em saúde da população e juntos buscarem soluções pertinentes à raiz do problema, apontando os objetivos a serem alcançados. Com isso é preciso designar as funções que cada ator deve desenvolver nas ações, buscando assim melhorias nas condições de vida e de saúde da população.

Quais as estratégias para a implantação de transformações de práticas nos serviços de saúde?

A criação de um programa de Educação Permanente (EP) em saúde proporciona um potencial dispositivo de mudança no processo de trabalho, sob o ponto de vista ético e político, servindo como um instrumento de aproximação entre o profissional de saúde e as reais necessidades da população. Além disso, é interessante a participação de todos os atores sociais envolvidos na prestação dos serviços de saúde, com o intuito de haver uma melhoria na qualidade da assistência .

A EP traduz uma teoria dialética do conhecimento, com objetivo de melhorar a qualidade dos serviços, aumentar a resolutividade das ações frente aos problemas prevalentes, fortalecer o processo de trabalho das equipes e fortalecer o compromisso com a saúde da população. Sendo um processo de criação e recriação, estimulando a reflexão crítica dos profissionais sobre suas práticas, as necessidades de aprendizado e a abordagem de determinados temas nas estratégias de EP devem coincidir com a significação destas temáticas na prática profissional dos integrantes da equipe (BRASIL, 2000).

Para que o processo de EP seja efetivo, é importante que haja um planejamento adequado às necessidades locais, utilizando-se todos os recursos humanos e materiais disponíveis. Portanto, o levantamento das necessidades de saúde da população configura um importante processo do planejamento de ações de saúde. Além do levantamento das necessidades, outros passos são necessários para que o planejamento seja efetivo e eficaz, como, por exemplo, o estabelecimento de metas e objetivos da ação a ser implementado, levantamento da viabilidade e factibilidade de recursos, determinação e realização das técnicas operacionais necessárias à ação e, por fim, mas não menos importante, a avaliação e monitoramento da ação realizada. Tais passos, se seguidos corretamente, garantem o sucesso da ação, principalmente se ocorrer a avaliação da ação realizada. A avaliação periódica dos resultados, de acordo com Silva e Seiffert (2009), tem por finalidade verificar a eficácia do programa/ação, isto é, se realmente atendeu às necessidades da organização, das pessoas e dos clientes, objetivando

retroalimentar o setor de Educação Permanente, redirecionando ou mantendo suas ações.

Percebe-se, portanto, que antes da implantação da EP, que, além dos conceitos estabelecidos na literatura de processo pedagógico, é, um processo político que movimenta e modifica o processo de trabalho . Enquanto profissionais de enfermagem, é necessário saber a demanda dos outros profissionais envolvidos no serviço, do local em questão e dos usuários, para que a ação ocorra com sucesso, ou seja, construir em conjunto, e não somente impor/propor as resoluções e soluções encontradas para o problema.

O processo de construção de Educação Permanente é um desafio a ser enfrentado. A implantação precisa ser gradual, pois os trabalhadores necessitam compreender a importância de se fazer parte do processo de trabalho a educação permanente. Pois ela é uma estratégia de gestão para refletir e contribuir para mudanças nas práticas educativas e no processo de trabalho.

O profissional de enfermagem é essencial para conhecer as necessidades de sua equipe e local de trabalho, quais são as demandas diante da realidade, Com o conhecimento das demandas de sua equipe, poderá escolher a melhor estratégia para proporcionar a aquisição do conhecimento, a capacitação profissional e desenvolvimento pessoal.

A educação dos trabalhadores é fator essencial para o desenvolvimento da sociedade que vive em constantes transformações. A educação é uma estratégia para que o indivíduo tenha maior capacitação de construir-se dentro do mundo do trabalho, em um movimento dinâmico e complexo mediado por valores políticos, culturais e éticos (SENA, RICALDONI, 2006).

A função da educação permanente é basicamente estratégica para a organização do processo de trabalho de enfermagem em articulação com as demais profissionais. A educação permanente deve estar sustentada nos conceitos e metodologia crítica e reflexiva. Esse processo implica em reconhecer que as práticas rotineiras precisam estar contextualizadas dos reais problemas, pois assim permitirão o desenvolvimento da capacidade de reflexão (SENA,2006).

Na estratégia da educação permanente em saúde o desafio é a transformação do caráter puramente pedagógico no aspecto educacional deste

dispositivo como ferramenta, para colocá-la como centro de uma proposta de mudanças de práticas cotidianas de trabalho no próprio espaço de trabalho. O trabalho é um espaço de aprendizagem, através da reflexão coletiva com potencial para reorientar a organização dos serviços de saúde. Ao se trabalhar com uma concepção crítica de educação em saúde como política de saúde, construindo o processo de aprendizagem com base em problemas reais das práticas, o controle sobre o processo é pequeno e a insegurança é grande. Este é um desafio porque é uma experiência que desestrutura o pensamento hegemônico, que está fortemente arraigado a saúde. (FEUERWERKER, L.M, 2003).

A Política de Educação Permanente em saúde propõe a produção de novos conceitos construídos coletivamente, que impõem perguntas que por muitas vezes é difícil encontrar respostas. Por isso, é fundamental adotar uma perspectiva crítica, estar aberto a rever e problematizar constantemente a realidade para avançar no processo e assegurar a possibilidade de criar um cenário com todos os espaços mobilizados para a mudança.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência na Residência Multiprofissional trouxe significativas transformações, sendo essas pessoais e principalmente profissionais. Reconhecer a Saúde da Família como um serviço de grande potencial na mudança do cotidiano do sujeito, de vínculo com os usuários, de perceber a satisfação dos mesmos com a prestação de um cuidado qualificado é muito gratificante.

Esses dois anos foram muitos intensos e de muito aprendizado, reconhecer na prática o que é assumir uma equipe de saúde, como enfermeira. No primeiro ano tenho muito a agradecer a cada um que esteve junto, que foram peças chaves na construção desse espaço vivo, no enfrentamento dos desafios, superação e mediação de conflitos. No segundo ano agradeço pela acolhida leve que proporcionou uma melhor adaptação ao novo cenário de prática.

Enquanto enfermeira na Estratégia de Saúde da família foi possível expandir o olhar para o território, ampliar a clínica juntamente com o NASF, trabalhar analisando os determinantes e condicionantes, assim como, ações voltadas para a promoção e proteção da saúde e prevenção de agravos. Na consolidação e fortalecimento do SUS e a redução da morbimortalidade por agravos que podem ser controlados através de medidas educativas e condizentes com a realidade local de uma determinada população.

Sendo assim, a formação em serviço a partir do desenvolvimento de metodologias ativas, influencia positivamente na formação de um profissional crítico-reflexivo capaz de transformar sua realidade. A partir da estratégia dialógica, buscando junto à sociedade, maneiras que visem a melhoria de sua realidade local, identificando e construindo soluções, de acordo as suas necessidades. Neste período houve o aprimoramento das práticas assistenciais, pois a Residência permite que a realidade profissional seja enfrentada com maior segurança. Desta forma, acredito que o Programa de Residência contribui para a melhoria das práticas profissionais e para a implementação de ações inovadoras.



Fonte: Própria autora

Afeto
Leveza
Acolher
Partilhar



Fonte: Própria autora

Trabalho em Equipe
Sorrisos
Ressignificação



Fonte: Própria autora

Vinculo
Cuidado
Saúde da Família

REFERÊNCIAS:

ABRAHÃO, Maria Helena Menna Barreto. O conhecimento de si, as narrativas de formação e estágio: reflexões teórico metodológicas sobre uma abordagem experiencial de formação inicial de professores. (Org.). *A aventura (auto)biográfica: teoria e empiria*. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2004. p. 387-417.

ALMEIDA , Janaína Rocha de Sousa; BIZERRIL, Davi Oliveira; SALDANHA Katia Gois de Holanda . educação permanente em saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. revista abenfo, V. 16,N.2

ARAUJO, Mariana Pereira da Silva . Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem: fragilidades e fortalezas.. 2016 . Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2016; 24(5):e7657. <http://www.facenf.uerj.br/v24n5/v24n5a09.pdf>

BARBOSA, EDILSON. Controle Interno e Auditoria Interna na Gestão Pública Municipal: desafios numa visão prospectiva. Disponível em: <http://www.tce.es.gov.br/portais/Portals/14/Arquivos/Biblioteca/Publicacao/001-Edilson-Controle.pdf>. Acesso em: 11 MARÇO 2020.

BRAGANÇA, Inês Ferreira de Souza. Sobre o conceito de formação na abordagem (auto)biográfica. *Educação*, Porto Alegre, 34, n. 2, p. 157-164, maio-ago. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2019 NOV 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente: Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008

_____. Mendes, Eugênio Vilaça As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013

FERNANDES, Léia Cristiane Löeblein; MACHADO, Rebel Zambrano; ANSCHAU, Geovana Oliveira. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.1541-1552, out. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000800028>.

FESF. **Projeto Político Pedagógico**. 2018, 11p.

FEUERWERKER, L.M. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação dos profissionais de saúde. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 3. p 21-36, jun-set 2003.

Gomes DR, et al. GESTÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS PARA O (A) ENFERMEIRO (A). Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano - Higia 2016; 1 (2): 01-18

JORGE, Rogério Ribeiro. Território, identidade e desenvolvimento: uma outra leitura dos arranjos produtivos locais de serviços no rural. São Paulo 2010.

LANOZNI, Simone de Melo et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 7,

p.2147-2156, jul. 2013. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000700030>.

LOPES, Sara et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**. 2007;18(2):147-155.

MENDES, Eugênio Vilaça As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

Paiva SMA, Silveira CA, Gomes ELR, Tessuto MC, Sartori NR. Teorias administrativas na saúde. *RevEnferm UERJ*. 2010;18(2):311-6.

PAIVA, Rosilene Aparecida ; RANDOW Raquel Randow; DINIZ, Luciene Patrícia; GUERRA , Vanessa de Almeida. O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais* 2018;28 (Supl 5): e-S280523

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4XXucSQrBAsJ:www.rmmg.org/exportar-pdf/2455/v28s5a28.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

RICALDONI, Carlos Alberto Caciquinho; SENA, Roseni Rosangêla de. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 14, n. 6, Dec. 2006 .

RICALDONI, Carlos Alberto Caciquinho; SENA, Roseni Rosangêla de. Permanent education: a tool to think and act in nursing work. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 14, n. 6, p.837-842, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692006000600002>.

Silva SF. Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticos [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2010.

SILVA, Carla Silvana Oliveira. et al. O adolescente na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão integrativa de Literatura. *Adolescência e Saúde*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.76-87, 2016. Disponível em:< http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=609>. Acesso em: 21 março 2017

SILVA, Gizelda Monteiro da; SEIFFERT, Otilia Maria LB. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica; *Continuing education in nursing:*

a methodological proposal; Educación continuada en enfermería: una propuesta metodológica. **Rev. Bras. Enferm**, v. 62, n. 3, 2009.

TEIXEIRA, Carmen. **Planejamento & gestão de sistemas e serviços de saúde**. Salvador : EDUFBA, 2010

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA Cláudia Maria de Mattos. **O SUS é universal, mas vivemos de cotas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1):181-190, 2013. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n1/181-190/pt>