

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM – ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE

ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Estéfane Jennifer Santos Câmara

Evandia Gama Gomes

Lillian Morais de Almeida Zaleski

Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde durante o período da  
pandemia através da integração do programa de residência  
multiprofissional em Atenção Básica: Um relato de experiência.

Brasília, 2022

Estéfane Jennifer Santos Câmara

Evandia Gama Gomes

Lillian Morais de Almeida Zaleski

Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde durante o período da  
pandemia através da integração do Programa de Residência  
Multiprofissional em Atenção Básica: um relato de experiência.

Trabalho de Conclusão de Programa  
apresentado à Escola Fiocruz de Governo  
como requisito parcial para obtenção do título  
de especialista em Atenção Primária à  
Saúde.

Área de concentração:.

Orientador: Francy Webster de Andrade  
Pereira

Brasília, 2022

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	4
2. OBJETIVO GERAL.....	6
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	6
4. JUSTIFICATIVA.....	6
5. MÉTODOS .....	7
Tipo de estudo.....	7
Local de estudo .....	7
6. RELATO DA EXPERIÊNCIA .....	8
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
8. Anexos:.....	24
Anexo 1: Relatos pessoais .....	24
Anexo 2: Poesia da enfermeira Estéfane Jennifer Santos Câmara.....	25
Anexo 3: Fotos da Equipe de Residentes .....	28
9. REFERÊNCIAS .....	30

## 1. INTRODUÇÃO

O Brasil é um dos países com alto índice de desigualdade no mundo, encontra-se em sétimo lugar, essa descoincidente se dá pelas condições de vida e renda da população brasileira, que resulta em um grande desequilíbrio, que reflete diretamente nas dificuldades destes usuários para acessar aos serviços de saúde. Em busca de redução dessas iniquidades, a organização mundial de saúde orienta que os países integrantes priorizem a Atenção Primária à Saúde (APS) com objetivo de melhoria do cuidado e qualidade do acesso. Nesse sentido, o Brasil buscou através da criação de políticas públicas a redução da desigualdade social e pobreza (GEREMIA, 2020).

A criação do Sistema Único de Saúde em 1988 se deu mediante um feito histórico do movimento da Reforma Sanitária iniciada na década de 70, no qual logrou o tão almejado direito à saúde, onde a sua crucial expansão se deu a partir da constituição e fortalecimento da Atenção Básica (AB) no Brasil (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

Em meados de 1993, o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) que visava estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária de Saúde que pudesse resolver boa parte dos problemas de Saúde, e modificar a forma tradicional de prestação de assistência. (Da Ros, 2006; Brasil, 1997; Roncoletta, 2003). Em 2006, devido a necessidade de ações permanentes e contínuas, o então PSF, passa a ser denominado como Estratégia de Saúde da Família (eSF), tendo em vista que este anterior, teria início, meio e fim (DALPIAZ e STEDILE, 2011).

O primeiro contato da assistência continuada se dá através da APS, responsável por coordenar os cuidados da assistência que serão encaminhados para outros níveis de atenção, sendo responsável por resolver mais de 80% dos problemas de saúde dos usuários (MENDES, 2009).

A organização da APS tem em seu esqueleto a Estratégia de Saúde da Família (eSF), formada por uma equipe multiprofissional que possui pelo menos, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Assim como também existe a equipe de Saúde Bucal, composta por cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Cada equipe é responsável por, no máximo, 4.000 pessoas em determinado território, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL,2017).

O Brasil apresenta um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo, ancorado em extensa rede de APS, mas que apresenta problemas crônicos de financiamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços (SARTI, 2020).

Com o intuito de fortalecer a APS através dos campos, promover a educação de profissionais, o Brasil adotou os programas de residência multiprofissional em saúde da família, implantados a partir das necessidades de saúde da população, e tem como objetivo a educação permanente como eixo para modificar a realidade desses usuários, o cenário é oportuno para mudanças no modelo de assistência, e criar um novo perfil do profissional de saúde, condizente com o SUS, humanizado e preparado para responder às reais necessidades e demandas do seu território de abrangência (SILVA et al.,2021).

Neste sentido, no que se refere a formação de profissionais de saúde para atuar na APS, destaca-se o enfermeiro, que se torna um aparato para transformação na prática clínica no SUS, com novo modelo centrado na pessoa, e abandono do modelo tradicional biomédico centrado na doença (FERREIRA; PÉRICO; DIAS 2018).

No que tange a assistência à saúde neste contexto, concomitante a sobrecarga dos sistemas de saúde, faz-se necessário abordar uma das formas com que os casos suspeitos de infecção pelo novo coronavírus, poderiam adentrar ao sistema, e receber o cuidado e manejo adequado, em Unidades Básicas de Saúde.

Defronte ao novo cenário do sistema de saúde imposto pelo novo coronavírus, com o vasto aumento das demandas a nível ambulatorial e hospitalar, os níveis de adoecimento físico e mental dos profissionais da saúde se elevaram, corroborando para altas taxas de absenteísmo profissional dentro das unidades de saúde. A pandemia trouxe consigo a necessidade de aperfeiçoamento de serviços de saúde, baseado em protocolos, novos fluxos e diretrizes, sendo um grande desafio para a saúde em seus diferentes níveis de atenção (PORTELA, M., et al).

Assim, a partir da problemática descrita, este artigo objetiva relatar a experiência das enfermeiras residentes no fortalecimento da Atenção Primária à saúde e o enfrentamento ao COVID-19 no mesmo período.

## **2. OBJETIVO GERAL**

Relatar a experiência das profissionais residentes de enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional de Atenção Básica em Saúde na UBS 02 do Riacho Fundo 1, no contexto da pandemia de Covid-19 no período de 2020 a 2022.

## **3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o percurso e as experiências das residentes na Atenção Primária do Distrito Federal, no contexto pandêmico.
- Apresentar instrumentos feitos pelas residentes a partir de protocolos operacionais padrão (Pop's)
- Analisar as práticas da enfermagem na APS, a luz das diretrizes e protocolos clínicos, discutindo a dicotomia em relação a teoria e prática.

## **4. JUSTIFICATIVA**

A principal justificativa para este tema, é evidenciar a importância do processo formativo ativo para os profissionais de saúde, bem como a importância dos programas de residência multiprofissionais para o SUS, em especial, no âmbito da APS.

## 5. MÉTODOS

### **Tipo de estudo:**

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, que consiste numa forma narrativa, que através da escrita é capaz de expressar as experiências vivenciadas que podem ser individuais ou coletivas, que objetivam contribuir para a produção do conhecimento (CASARIN e PORTO, 2021).

O uso da metodologia ativa, que entende-se como a ideia de educação fundamentada, com pilar no processo de ensino aprendizagem, envolvendo o docente que está em busca do conhecimento (MACEDO, et al., 2017).

O presente relato foi subsidiado por anotações e estudos dirigidos, frente à atuação de três enfermeiras residentes na atenção primária à saúde concomitante à pandemia Covid-19 em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal, pertencente à região de saúde centro sul, localizada na cidade do Riacho Fundo 1.

O corte temporal para a experiência iniciou-se em março de 2020 e encerrou-se em fevereiro de 2022, período este, de realização da residência multiprofissional em atenção básica das enfermeiras residentes envolvidas neste relato.

Buscou-se analisar a expansão e o aperfeiçoamento dos atendimentos de usuários acompanhados pelo SUS, explanando as práticas de enfermagem sob a ótica da vivência da residência em saúde.

### **Local de estudo:**

Atualmente existem mais de 43 mil Equipes de Saúde da Família no Brasil, no Distrito Federal são 472 equipes, que abrangem 1.628.400 milhões de pessoas, o que corresponde a mais de 50% de cobertura no território. O presente relato de experiência, ocorreu na Unidade Básica de Saúde nº 2, que se encontra na região administrativa do Riacho Fundo 1, na região de saúde Centro-Sul (determinada de acordo com a territorialização do DF), sendo uma unidade compatível com porte III,

ou seja, a mesma está designada e apropriada a abrigar, no mínimo, 3 (três) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 3 (três) Equipes de Atenção Básica (eGestor, 2022).

O Riacho Fundo 1, tem cerca de 80 mil moradores, inclusive, os moradores das áreas rurais, quanto a área urbana a média é de 41 mil pessoas, onde parte desta população tem a UBS 2 como sua unidade de referência (PDAD, 2018).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) nº 2 do Riacho Fundo 1 conta com 3 Equipes de Saúde Família (eSF) e 1 Equipe de Saúde Bucal (eSB). Cada equipe de saúde da família conta com 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 2 agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe de saúde bucal conta com 1 cirurgião dentista e 1 técnica em higiene dental (THD). Conta também com 4 técnicos administrativos que atualmente atuam nas atividades internas da farmácia e apoio à gerência, e esta, por sua vez, composta por 1 gerente e 1 supervisor. Por fim, a UBS ainda dispõe de 1 farmacêutico e 1 técnica de laboratório. Entre os anos de 2020 e 2022 a unidade contou pela 1ª vez com enfermeiras residentes pela Fiocruz Brasília.

Cada Equipe de Saúde da Família é responsável por 05 microáreas na região administrativa do Riacho Fundo 1, e da região do Núcleo Bandeirante, no qual apenas o Setor Placa das Mercedes, encontra-se no território por proximidade da Unidade Básica de Saúde.

## **6. RELATO DA EXPERIÊNCIA**

Para fomentar esta discussão, o presente relato de experiência foi organizado em cinco blocos: 1) Chegada no território do Riacho Fundo I; 2) Construção de Diretrizes e Protocolos; 3) Início dos atendimentos Covid-19; 4) Participação como Enfermeira de Família; 5) Nova onda da pandemia Covid-19; e por fim a suma dos ciclos nas considerações finais.

### **6.1 - Bloco 1 - Chegada no território do Riacho Fundo I**

Nossa inserção no cenário ocorreu no início do mês de março do ano de 2020, em uma Unidade Básica de Saúde, localizada em uma região administrativa, do Distrito Federal, denominada Riacho Fundo 1. Atualmente a região possui duas Unidades Básicas de Saúde, estávamos alocadas na UBS de Nº 2, onde éramos residentes da primeira turma de Atenção Básica da Fiocruz/Brasília, bem como, as primeiras residentes da referida unidade.

A UBS 2 do Riacho Fundo 1 possui três Equipes de Saúde da Família (eSF), no qual fomos recebidas e ficamos alocadas em somente uma destas, tendo em vista ser a equipe da enfermeira que assumiu a preceptoría do campo.

Ao chegar no cenário, somente a preceptora estava realizando atividades competentes ao enfermeiro, pois uma enfermeira estava de licença e outra equipe estava inconsistente, sem enfermeiro. E então nossa chegada trouxe expectativas de mudanças e redução da sobrecarga desses profissionais.

No início ficávamos observando os atendimentos da preceptora, para nos adequarmos e aprendermos um pouco sobre a função da enfermeira dentro de sua Equipe de Saúde da Família, que por sua vez, têm o trabalho de coordenar toda a equipe. Os consultórios comportavam as 4 enfermeiras, que, mediante autorização do paciente, acompanhavam os atendimentos de pré-natal, puericultura, saúde do adulto e idoso, dentre outros.

De antemão éramos vistas apenas como reforço para uma sobrecarga, e muitas vezes, fomos tratadas como “estagiárias”. Para realizar funções apenas colaborativas, e ainda não individuais. Tendo em vista que tínhamos acabado de nos formar no curso de Enfermagem, e ainda não havia uma segurança estabelecida para realizar consultas de forma individual. Com o passar do tempo, através dos conhecimentos e confiança em nossas próprias ações, obtivemos mais segurança em nossos atendimentos, e assim conquistamos o espaço e respeito, com o tratamento de verdadeiras profissionais.

Observamos e aprendemos sobre as diversas práticas e linhas de cuidado, sobre consultas de enfermagem e prescrições, onde essa possibilidade é de autonomia de enfermagem somente na APS. Conhecemos a partir da preceptora, os protocolos clínicos aprovados pela secretaria de saúde, e com auxílio destes,

pudemos subsidiar nossas ações dentro da Estratégia de Saúde da Família. Após termos adquirido confiança e segurança, começamos a realizar atendimentos.

Apresentaram-nos o nosso território, no que concerne a sua localização e quantidade de usuários cadastrados, bem como a média de usuários atendidos na unidade. Para Milton Santos o território usado constitui-se como um todo complexo onde se tece uma trama de relações complementares e conflitantes em que “o espaço de todas as dimensões do acontecer, de todas as determinações da totalidade social” (SANTOS, 2000).

Logo, entende-se este processo como de grande importância para efetivação da territorialização. Processo valioso na APS, pois fortalece o vínculo entre o profissional, paciente e a unidade de saúde. Se tornando um complexo onde se tece uma trama de relações complementares e conflitantes em que aprendemos a partir do espaço as dimensões do acontecer, a grandeza da totalidade social de nossos usuários.

Foram endereçadas às enfermeiras residentes várias demandas, dentre elas, o fortalecimento do acolhimento à demanda espontânea, onde discutimos com a equipe de enfermagem casos do cotidiano da unidade. A priori uma das maiores dificuldades encontradas até o momento.

Logo no início, fomos apresentadas ao projeto do Planifica-SUS, devido a Unidade de Saúde exercer a função de núcleo dentro da nossa região de saúde. O Planifica-SUS tem como objetivo dar continuidade à implantação da metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), em regiões de saúde das Unidades Federativas para fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. Em uma de suas ações ficamos responsáveis pela aplicação de instrumentos que viriam a contribuir com as melhorias de atendimento dentro da unidade (EVANGELISTA et al., 2019).

Este período foi entre março e julho de 2020, período de adaptação com os profissionais, com a eSF, população e o restante da unidade de saúde.

## 6.2- Bloco 2- Construção de Diretrizes e Protocolos

Os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) são instruções detalhadas descritas para alcançar a uniformidade na execução de uma função específica (BARBOSA, 2011).

Dentre as ações dentro da planificação, de imediato, ficamos responsáveis pela criação de Procedimento Operacional Padrão (POP's) para gestão de qualidade da Unidade de Saúde. Este possui ações descritivas de técnicas e procedimentos assistenciais relacionados ao cuidado do paciente e que expressa o planejamento de um trabalho rotineiro que deve ser executado para o alcance de determinada meta, de forma sistematizada e padronizada (IFPI, 2020). Objetiva padronizar a execução de tarefas fundamentais e minimizar a ocorrência de desvios e variações na execução destas tarefas, o que o torna essencial para garantir uma assistência de alta qualidade, uma vez que permite ao profissional sistematizar suas ações e seguir uma rotina unificada e realizada em todos dentro da Unidade Básica de Saúde (IFPI, 2020).

Dentre esses procedimentos realizamos a criação de POP's para a higienização das mãos, medida que visa a prevenção de propagação de infecções. Também criamos POP's acerca da utilização do carro de emergência, incluindo check list de material, para evitar danos relativos em momentos de urgência e emergência. Realizamos POP's para realização de curativos em lesões da pele, como forma de adequar as técnicas corretas para esse procedimento. Também criamos para POP's de sinais vitais; verificação de glicemia capilar; limpeza, desinfecção e esterilização dos ambientes.

Abaixo segue quadro que demonstra resumidamente alguns dos POP's criados para Unidade de saúde:

<b>Procedimento Operacional Padrão</b>	
<p><b>Orientação Básica de Higienização das mãos</b></p> <p><b>Executante:</b> Todos os profissionais de Saúde</p> <p><b>Elaborado:</b> Pelas residentes de enfermagem</p>	<p><b>Definição Geral:</b> Medida eficiente, rápida e eficaz para prevenir a propagação das infecções relacionadas á assistência de saúde (IRAS).</p> <p><b>Objetivos:</b> Remover microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, evitando sua proliferação.</p>
<p><b>Utilização do carro de Emergência</b></p> <p><b>Executante:</b> Enfermeiros, dentistas e médicos.</p> <p><b>Elaborado:</b> Pelas residentes de enfermagem</p>	<p><b>Definição Geral:</b> O carro de emergência é um armário móvel, utilizado em situações de emergência na unidade de saúde, onde contém materiais em caso de parada cardíaca.</p> <p><b>Objetivos:</b> Facilitar o acesso aos materiais em casos de urgência/emergência. Tornar o acesso ás drogas e equipamento mais dinâmico. Facilitar a assistência durante a intercorrência.</p> <p>Checagem do material de forma padronizada.</p>

<p><b>Curativo em lesão da pele</b></p> <p><b>Executante:</b> Enfermeiros e técnicos de enfermagem</p> <p><b>Elaborado:</b> Pelas residentes de enfermagem</p>	<p><b>Definição Geral:</b> Meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma lesão na pele.</p> <p><b>Objetivos:</b> Técnica adequada de limpeza da lesão que favoreça a cicatrização e previna infecções.</p>
<p><b>Verificação de Sinais Vitais</b></p> <p><b>Executante:</b> Equipe de enfermagem</p> <p><b>Elaborado:</b> Pelas residentes de enfermagem</p>	<p><b>Definição Geral:</b> Indicadores do estado de saúde. Os sinais vitais são: pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura e dor.</p> <p><b>Objetivos:</b> Estabelecer a normalidade dos padrões, identificar problemas fisiológicos, e monitorar a resposta do paciente.</p>
<p><b>Verificação de glicemia capilar</b></p> <p><b>Executante:</b> Equipe de enfermagem</p> <p><b>Elaborado:</b> Pelas residentes de enfermagem</p>	<p><b>Definição Geral:</b> Obtenção de gota de sangue capilar por meio de punção para monitorar valores glicêmicos.</p> <p><b>Objetivos:</b> Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea.</p>

<p><b>Limpeza terminal e concorrente</b></p> <p><b>Executante:</b> Responsável pelo serviço de limpeza</p> <p><b>Elaborado:</b> Pelas residentes de enfermagem</p>	<p><b>Definição Geral:</b> Limpeza técnica com objetivo de remoção de sujidades , mediante a aplicação de agentes químicos, mecânicos ou térmicos num determinado período de tempo.</p> <p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <b>Limpeza concorrente:</b> Processo de limpeza diária de todas as áreas objetivando a limpeza e o asseio, proporcionando ambiente limpo e agradável.</li> <li>· <b>Limpeza terminal:</b> Processo de limpeza e desinfecção de área contaminada, objetivando redução de contaminação ambiental.</li> </ul>
--	--

(I MANUAL DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) PARA AS UNIDADES BÁSICAS E EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE E SAÚDE DA FAMÍLIA Secretaria Municipal de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2020).

Entendemos que essas medidas foram fundamentais para padronizar processos inexistentes até o momento de nossa chegada na UBS, principalmente, para sistematizar nossa assistência de forma produtiva e responsável para com os profissionais e pacientes. Em que através destes protocolos podemos perceber um menor desvio na execução das tarefas que são essenciais para o funcionamento correto do processo.

A Política Nacional de Atenção Básica nº 39, deixa evidenciado que: “ A educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços”. Logo, os profissionais foram capacitados pelas profissionais residentes, em horário reservado para educação permanente, e também impresso e alocado na gerência, bem como feito pasta comum e disponível nos computadores, nos quais toda a eSF poderia ter acesso a qualquer momento.

### 6.3 - Bloco 3- Início dos atendimentos Covid-19

Ainda no início da residência, já haviam casos confirmados de infecção pelo novo coronavírus no Brasil, e o medo pelo desconhecido já caracterizava o cenário nacional. A COVID-19 é uma doença causada pelo vírus causador da SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave 2), pertencente a uma extensa família de vírus, denominada coronavírus (BRASIL, 2021).

Com o avanço da doença, decretou-se pandemia em 11 de março de 2020. Neste momento, a conformação das equipes já estava diferente do que encontramos nos primeiros dias, e todas as eSF's possuíam equipe de enfermagem, e somente uma das equipes estava sem médico para atendimento.

A percepção que tínhamos em relação aos profissionais no início da pandemia era similar ao nosso: medo e receio de atuar, e de combater uma nova doença, até então desconhecida pela comunidade científica, e pela ausência de protocolos e diretrizes terapêuticas para o manejo adequado dos casos. Vale ressaltar que aqueles profissionais pertencentes a grupos de risco foram afastados das atividades assistenciais, e realocados para atividades administrativas.

Diante do cenário de insegurança, iniciou-se a reorganização dos serviços na referida unidade de modo a viabilizar o fluxo de atendimentos de demandas programadas e demandas espontâneas. Ainda sem local adequado para atendimento, com pacientes sintomáticos esporádicos procurando o serviço, iniciou-se acolhimento do lado de fora da UBS, de modo a impedir que casos suspeitos de Covid-19 tivessem contato com pacientes que procuravam a unidade por outras razões. Neste momento, percebemos que a comunidade encontrava-se amedrontada, deixando de procurar os serviços de saúde, seja para acompanhamento de suas condições crônicas (hipertensos, diabéticos e etc), ou nas consultas de pré-natal e crescimento e desenvolvimento das crianças.

Com premência, as escalas da UBS foram reformuladas e planejadas para o enfrentamento do novo. As equipes para atendimento dos casos suspeitos eram compostas por um profissional de nível superior (médico ou enfermeiro) e um profissional técnico de enfermagem. Neste momento chegaram os primeiros testes rápidos para detecção da Covid-19. Filas eram formadas, além dos assentos já

disponibilizados no local de espera para atendimento, ocasião esta, possibilitou a nós profissionais entender a importância do trabalho em equipe.

Por vezes, os profissionais escalados em outras funções na unidade, seja atendimento de agenda programada, demanda espontânea, ou outras atividades, sem prejuízo deste serviço, ainda que sobrecarregados, no momento oportuno, deslocavam-se para cooperar com os colegas que estava no atendimento de síndromes respiratórias, assim diminuindo a sobrecarga de trabalho da equipe Covid-19 do período. Fator de suma importância, pois além do cansaço físico, os profissionais da saúde já caminhavam para uma saúde mental prejudicada, a demanda desse tipo de atendimento era superior para quantidade existentes de profissionais, sem falar a complexidade de cada caso, a sensação estávamos propensas a enfrentar além da pandemia, o burnout.

Surge o primeiro fluxo assistencial proposto pelo Ministério da Saúde denominado “FAST-TRACK PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM LOCAIS COM TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA”, o objetivo era realizar abordagem dos usuários com síndrome respiratória aguda, com suspeita de Covid-19, e encaminhar para atendimento. A abordagem inicial era através do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na recepção, que seria responsável pelo primeiro contato, posteriormente esse usuário seria encaminhado para o técnico de enfermagem, para aferição dos sinais vitais, e em seguida para o enfermeiro e finalmente ao médico se houvesse necessidade.

A gestão da unidade seria responsável por determinar espaços para esse tipo de atendimento, a sala que se enquadra nos critérios e que oferece boas condições para receber esses pacientes, se localizava no final do corredor que era de grande circulação de pessoas, dessa forma o fluxo precisava ser revisto, a fim de minimizar a transmissão do novo coronavírus.

Sabendo da possibilidade de escassez de materiais na rede pública, a gestão da unidade realizou um controle rigoroso na dispensação de equipamento de proteção individual (EPI), conscientizando os profissionais acerca de seu uso racional, de modo que em nenhum momento a assistência ao usuário deixou de ser realizada de forma adequada e seguindo todos os protocolos sanitários. Tal fator não impediu

que os primeiros profissionais começassem a se infectar e se afastassem de suas funções, haja vista que na maioria das vezes, não é possível identificar onde ocorreu a contaminação, podendo ter acontecido fora do desempenho laboral.

A atuação da enfermagem foi influente durante a pandemia, os enfermeiros residentes em conjunto com a gerência, criaram o Procedimento Operacional Padrão (POP) para atendimento de pessoas suspeitas de Covid-19. Seguindo a realidade da unidade, o novo fluxo assistencial foi implementado, todo usuário com síndrome gripal passou a ser considerado caso suspeito, então esses usuários não adentrava a unidade, eles eram direcionados pela recepção para tenda, local destinado a este tipo de atendimento, o acolhimento era realizado pelo enfermeiro, ao qual realizava consulta de enfermagem aos casos suspeitos de Covid-19.

Esse foi um momento de protagonismo da enfermagem e nosso como enfermeiras residentes, éramos linha de frente, responsáveis pelo primeiro contato do paciente na rede, no qual os usuários que se encontravam no quadro leve da doença, eram atendidos na APS, o enfermeiro realizava a consulta de enfermagem, dentro da consulta, além da anamnese e exame físico que são de extrema relevância, nossa consulta englobava ações de promoção, proteção e recuperação que fazem parte do escopo da atenção primária à saúde.

Neste sentido, foi possível perceber o quão importante é a profissão que escolhemos. Prestamos cuidado para os pacientes com imenso zelo, mas também precisávamos proteger os nossos familiares ao chegar em casa. Tamanha responsabilidade. Quantas vezes iniciamos oxigenoterapia em pacientes graves, ainda na UBS, até que o transporte chegasse para remoção do mesmo ao Hospital. A quantos familiares tentamos ser rede de apoio. Quantos de nossos pacientes não evoluíram com a recuperação. Quantos familiares retornaram à UBS para agradecimento. E aqui nós quem agradecemos a confiança de suas vidas a nós profissionais da saúde. Juramos dedicar nossa vida profissional a serviço da humanidade, respeitando a dignidade e os direitos da pessoa humana, assim o fizemos.

#### 6.4 - Bloco 4- Participação como Enfermeira de Família e comunidade

Segundo Santos, Soares e Campos (2007) os trabalhadores da saúde da família devem cumprir metas, participar de reuniões e ao mesmo tempo atender aos imprevistos, os quais abrangem demandas por respostas a problemas que extrapolam os programas previstos para os usuários e questões administrativas que muitas vezes vão além das funções previamente estipuladas para os profissionais.

Neste quarto bloco, nossa participação foi em cada eSF foi diferente, no que concerne à quantidade de atendimentos de enfermagem, uma equipe só, possuindo quatro enfermeiras para divisão de atendimentos, começou a mostrar-se inviável. Tornando o momento oportuno para discussão da diluição das residentes entre as três equipes, de modo que em julho do ano de 2020, cada residente foi designada para uma equipe da unidade, sendo posteriormente cadastradas no CNES, e vinculadas a suas respectivas equipes.

A vinculação com a equipe possibilitou nosso desenvolvimento individual, em especial, porque estávamos responsáveis pela equipe juntamente com a coordenadora, auxiliando-a no desempenho das funções de coordenação. Aprendemos processos gerenciais e assistenciais, de forma que ao passar do tempo também éramos vistas como coordenadoras de nossas equipes. Contribuímos nas tomadas de decisão, na organização de equipe e cronogramas, planejamentos, realização de escalas, visitas domiciliares. Fortalecemos o vínculo com nossa equipe, nossos pacientes, e com as pessoas dentro da unidade. Neste momento foi possível perceber a importância da separação em equipes, haja vista que o crescimento pessoal e profissional de cada uma de nós foi enorme, fortalecendo a nossa autonomia, como residentes e como enfermeiras.

No que se refere ao aprendizado, a diluição entre as equipes, foi um fator de grande potencial. Passamos a receber conhecimentos, orientações, discutimos casos, e tiramos dúvidas com um leque maior de profissionais. Neste sentido, todos os profissionais demonstraram-se interessados em cooperar com nosso processo de aprendizado. Conhecemos a potencialidade de atividades em grupo para o manejo de doenças crônicas, apresentaram-nos o telessaúde, compreendemos o fluxo de

regulações para outros níveis de atenção, bem como, o funcionamento das redes de atenção em saúde.

A autonomia foi exercida nos espaços com o auxílio de diversos dispositivos legais, dentre eles a Política Nacional de Atenção Básica, os protocolos assistenciais do Ministério da Saúde, tais como, os Cadernos de Atenção Básica (CAB's). Essa autonomia foi percebida de forma positiva dentro da APS, como por exemplo, na possibilidade de prescrição de medicações pela enfermagem, sendo o processo independente de outros profissionais para tomada de decisão, e isso também propiciava a diminuição de demandas relativas somente para os médicos.

O ponto supracitado merece destaque, devido a falta de segurança dos pacientes em serem atendidos pela enfermagem, pois para a população ainda é um tabu ver a enfermagem exercendo autonomia, realizando consultas, prescrições, dentre outras atribuições. Processo esse que é de suma importância para a educação da população neste sentido, para que eles também compreendam acerca do importante e essencial papel da enfermagem no processo do cuidar.

Embora com o passar do tempo e vinculação com a população, fomos percebendo certa notoriedade e respeito vindo da população em nosso atendimento, prova disso, foram os vários elogios referentes aos nossos cuidados.

Dentre os atendimentos em linhas de cuidado, destacam-se os atendimentos à saúde da mulher, bem como consultas de pré-natal, que consistiam em consultas realizadas pela profissional de enfermagem, onde cada equipe apresentava suas próprias particularidades na forma de atendimento às gestantes: uma equipe preferia atendimento de gestantes com agenda mista como indicado no Caderno de Atenção Básica nº28 (CAB 28), outra equipe já preferia reservar uma agenda específica para essa linha de cuidado, a partir do modelo tradicional anterior. Como referido no Cab 28: “ Não é aconselhável manter uma programação estanque de consultas segundo categorias ou grupos, pois estas podem variar a depender das outras ofertas de cuidado e de mudanças na situação epidemiológica”. Entretanto é notável que ainda existe uma resistência para o modelo atual, embora todas as equipes seguem os padrões de protocolos da secretaria de saúde. E no caso de haver pacientes faltosos

eram feitas buscas ativas dessas gestantes, através de ligações telefônicas e/ou até visita domiciliar pelas agentes comunitárias de saúde (ACS's).

Também se destaca dentro da saúde da mulher, as coletas de citopatológico (prevenção do câncer de colo do útero), indicador este que foi possível observar grande melhora no desempenho, após curso que tivemos em que auxiliou na inserção correta de dados dentro do programa e-SUS. Neste se destaca uma consulta de extrema importância, com acolhimento, abordagem à importância da rotina desse exame, destacando a promoção e detecção precoce, o tratamento e o encaminhamento para outros serviços, caso necessário. Consultas preventivas foram também essenciais pois sanou questões referentes a outros problemas ginecológicos que muitas pacientes apresentavam dúvidas, como diferenciar infecções vaginais, bem como tratá-las e preveni-las.

Na consulta de pré-natal, puericultura, e prevenção do colo de útero, aproveitamos para realizar o planejamento familiar. Pois devido à pandemia do Covid-19, não podíamos realizar palestras referentes ao tema. Então essas consultas eram aproveitadas para realizar de forma geral também este planejamento familiar.

Na linha de cuidado de saúde da criança, os atendimentos eram feitos conforme protocolo de Atenção à saúde da criança da secretaria de saúde, dentro das idades: até 07 dias pelo médico, 1 mês pelo enfermeiro, 2 meses pelo médico, 4 meses pelo enfermeiro, 6 meses pelo médico, 9 meses pelo enfermeiro, 12 meses pelo médico, 15 meses pelo enfermeiro, 18 meses pelo médico, e a partir dos 24 meses será anualmente com o médico. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento nesta modalidade, permite uma avaliação ampla no que diz a respeito da qualidade da assistência prestada à criança.

Crianças que apresentavam situação de saúde mais delicadas, eram vistas com mais frequência. Essas consultas consistem em avaliar o crescimento e desenvolvimento das crianças, a partir de cálculo de IMC, avaliação da nutrição e alimentação correta, cuidados de higiene, e todos outros aspectos de saúde e doença. Este atendimento é de suma importância para a promoção da saúde de famílias e suas crianças, pois oferece o fortalecimento de suas capacidades para melhorar a saúde e exercerem um maior controle sobre a mesma.

Já nos atendimentos de cuidado ao adolescente, destacam-se atendimentos de agravos físicos, educação em saúde, e agravos emocionais e psicossociais. Neste tivemos alguns casos que envolviam maior sensibilidade, e por vezes contávamos com o apoio matricial junto com o Nasf-AB (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que nos auxiliavam em questões que envolviam profissionais de outras especialidades. Nesta consulta fazíamos o Plano Terapêutico Singular (PTS) desses jovens, e discutíamos nas reuniões com o Nasf-AB que aconteciam mensalmente. Neste construímos o cuidado integral e biopsicossocial para que pudéssemos analisar o caso de forma lúcida e empreender o melhor cuidado para esse paciente e família.

A atenção da saúde do adolescente também envolve atenção à saúde sexual e reprodutiva, promoção do crescimento e alimentação saudável, tratamentos não farmacológicos, condutas preventivas, orientações e monitorização de casos.

Dando seguimento, dentre as consultas de enfermagem também se destaca a Atenção à saúde do idoso, em que fazíamos o acolhimento, avaliação das necessidades desse usuário, avaliação multidimensional, agendamentos dentro dos programas como o de “HIPERDIA” (hipertensos e diabéticos) que aconteciam com a periodicidade de 6 meses. Tratamento de feridas, trocas de sondas vesicais, orientações nutricionais, e de forma correta de uso de medicamentos. Referência e contra-referência do usuário e apoio matricial caso necessário.

A consulta à demanda espontânea, que levou ao aumento significativo do acesso naquele serviço, nos permitiu compreender o comportamento daquela comunidade, e refletir acerca dos determinantes sociais e econômicos do nosso território. Através de protocolos de acesso de demanda espontânea, percebemos que o enfermeiro pode ter bastante autonomia em relação às prescrições dentro de linhas de cuidado como: disúria; dor lombar; crises de asma; dermatites; dor de garganta; dor de ouvido; reação alérgica; diarreia e vômitos; rinites alérgicas e cefaléia.

Em busca de alcançar a integralidade do cuidado, o que a atenção primária não fosse capaz de resolver, era então realizado o encaminhamento para a atenção secundária, essa comunicação ocorre através do sistema de regulação, que leva o usuário aos serviços especializados. Realizamos frequentemente durante a

residência vários encaminhamentos, dando resolutividade a diversos casos, assumindo um dos principais papéis da APS: coordenação e ordenação do cuidado.

Este período teve início em julho e se deu durante toda nossa jornada como residentes, contribuindo notoriamente para o nosso crescimento profissional, aumentando oportunidades de aprendizado, aumento de oferta de serviços à população e para o fortalecimento do vínculo com os demais profissionais da unidade.

### **6.5 - Bloco 5- Nova onda da pandemia Covid-19**

Se aproximando do final da residência, fomos surpreendidas por uma nova onda, com disparo de casos de Covid-19. Ao final do ano de 2021, seguindo a curva ascendente do país, os números de atendimentos de síndrome gripal (SG) na nossa unidade aumentaram, encontrando o ápice em janeiro de 2022.

Diferente do cenário inicial, nós profissionais da saúde, possuíamos neste momento, um melhor embasamento teórico, bem como protocolos mais específicos, contribuindo no manejo dos casos. Além disso, a população, em sua maioria, já encontravam-se vacinadas com pelo menos 2 doses da vacina contra a covid-19.

Neste período, a unidade dispunha de testes rápidos de antígeno para Covid-19, detectando o vírus em sua fase inicial, podendo ser realizado após 24h do início dos sintomas. Poderiam realizar esta testagem, conforme a nota técnica em vigor naquele momento, os indivíduos com sintomas, bem como as pessoas que tiveram contato com casos confirmados nos últimos 5 dias.

Concomitante ao aumento da demanda por SG, os profissionais começaram a testar positivo e se afastarem de suas funções. O atendimento que era realizado somente por 1 enfermeira, desde o acolhimento e escuta inicial, triagem, avaliação, coleta e resultado de exame, e conduta, necessitou de reformulação devido à sobrecarga de trabalho. A princípio, 2 enfermeiras foram escaladas para essa função, e posteriormente, montou-se uma equipe para atendimento. Neste momento, tivemos apoio dos técnicos de enfermagem, técnica de laboratório, cirurgião dentista, médicos, técnico administrativo e ACS.

Vale ressaltar, que este momento ocasionou para nós, não somente uma sobrecarga de trabalho, mas também uma sobrecarga emocional, nunca vivida nos 2 anos de atuação.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A vivência no território do Riacho Fundo I, através da integração da residência, nos possibilitou conhecer e compreender suas características. Percebemos que o uso dos Protocolos foram fundamentais para otimizar os processos de enfermagem e de toda a unidade, e que a autonomia favoreceu o atendimento. Principalmente com apoio do gerenciamento das ações com embasamento científico, e o vínculo criado com os usuários e atendimentos com eficácia foram essenciais para a contenção da disseminação do vírus a nível local. A partir dos fluxos, foi possível priorizar grupos de risco, reavaliar as formas de atendimento, criação de uma tenda do lado externo, com atendimento personalizado apenas para demandas agudas e COVID-19, fez com que nossa unidade de saúde tivesse reconhecimento em toda região de saúde, onde fomos parabenizados pela secretária de saúde a partir de documento oficial.

O percurso como enfermeiras residentes, nos fez entender a importância do profissional enfermeiro na atenção básica, e no processo de formação através do programa de residência multiprofissional em atenção básica, além de contribuir no processo formativo do estudante, pôde fortalecer a atenção primária à saúde em diversas regiões do Distrito Federal, aumentando a possibilidade de acesso aos usuários a sua carteira de serviços, aumentando o número de agendas, aumentando o número de atendimento às demandas espontâneas, expandindo o número de visitas domiciliares bem como o cadastramento das famílias para consolidação de seus territórios, contribuindo na organização do fluxo dos usuários (em especial no cenário da pandemia covid 19) entre os pontos de atenção à saúde, e etc.

A residência multiprofissional que tem em seu amparo esta metodologia, através do ensino em serviço, corroborou tanto para a construção de nós, profissionais recém-formadas, bem como para o aperfeiçoamento de todos os profissionais envolvidos no processo de ensino-aprendizado, sejam eles alunos,

preceptores ou colaboradores (entende-se por todos os profissionais da UBS 2 do Riacho Fundo 1).

## **8. Anexos:**

### **Anexo 1: Relatos pessoais**

Atuar na 1ª turma de residência multiprofissional em Atenção Básica pela Fiocruz Brasília e compor pela primeira vez um quadro de residentes na UBS, a princípio, foi desafiador. No entanto, essa experiência inédita no local, consolidando todos os princípios do SUS, e em meio a uma pandemia, logrou êxito em minha formação. Seja na construção de minhas habilidades, na troca de saberes e no fortalecimento do vínculo com a equipe e com a comunidade, a fim de promover qualidade na saúde da população, fortalecendo a APS e contribuindo para a interdisciplinaridade profissional prevista pelo SUS (*Lillian Morais*, egressa da Residência multiprofissional (RMS) em Atenção Básica (AB) 2020- 2022).

"Eu, Evandia como egressa da Residência multiprofissional em Atenção Básica da primeira turma (2020- 2022), explano aqui que a vivência na atenção primária, me proporcionou um leque de possibilidades, inicialmente a necessidade de compreender o papel da atenção primária como eixo estratégico da atenção básica, seu valor para o SUS, a necessidade de lutar por esse sistema, que é subfinanciado, e sofre diversos ataques. Entender a importância para APS, a formação dos profissionais de saúde nos moldes de residência, se faz necessário, uma vez que a educação permanente, com ensino em serviço, coloca o profissional em atuação no território.

Enaltece aqui o papel enfermeiro de família, como protagonista na APS, e potencializador do SUS. A unidade que estava alocada, possibilitou meu desenvolvimento, me fez ser capaz de alcançar a profissional que tanto eu almejava."

"Eu, Enfermeira Estéfane como egressa da Residência multiprofissional em Atenção Básica da primeira turma (2020- 2022), deixo reflexão sobre a linha tênue

entre gratidão e alívio pelo encerramento. Gratidão por ter conquistado uma vaga em um programa de suma importância para nossa sociedade em uma grande instituição renomada com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), tendo em vista que é um privilégio ter sido pioneira na 1ª turma desta residência supracitada. Acordo que tive grandes aprendizados e realizações, conheci pessoas maravilhosas e grandes profissionais, pude criar vínculos com trabalhadores da limpeza, segurança, e técnico administrativo; vínculo com enfermeiras, técnicas, e médicos; vínculo com as agentes comunitárias de saúde e também com a população. Sou imensamente grata a quem me estendeu a mão no momento de dúvida, a quem me ensinou um pouco das práticas as quais eu não sabia, aos que tiveram paciência para educar de forma Freiriana, onde se faz entender que: “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para sua produção, ou a sua construção” (Paulo Freire). Por conseguinte, o alívio se dá para o encerramento de um ciclo que foi proveitoso, porém árduo e cansativo. O medo, os anseios, a ansiedade gerada por enfrentar uma pandemia, jamais foram ensinados anteriormente em nenhuma Universidade. Não recebemos manuais de instruções de como agir e atuar durante uma pandemia! Tive receio pela minha família, amigos, e por mim mesma. Entretanto, como já dizia Criolo em uma de suas músicas: “Quem está na linha de frente, não pode amarelar”. Agradeço às minhas companheiras deste relato, que foram muitas vezes meu alicerce para continuar. E que sem o trabalho em equipe seria impossível enfrentar essa grande etapa.

Como enfermeira e artista, realizei a produção de uma poesia que teve repercussão nacional, onde foi exposta no Jornal Nacional e anunciada pelo William Bonner, deixo aqui a poesia como material para que através deste relato, para quem vier a ler, possa entender minimamente nossos sentimentos como profissionais de saúde em meio à pandemia:

## **Anexo 2: Poesia da enfermeira Estéfane Jennifer Santos Câmara**

“Ser enfermeira

O caos na saúde não começou no covid-19

Começou há muito tempo atrás  
Quando por ambição das grandes empresas  
Escolheram que o dinheiro é mais importante que vidas a mais  
Ser enfermeira no meio do caos é sentir aperto no coração  
Acordar pensando que tudo podia ser um pesadelo, mas não!  
É se dirigir para o chuveiro e ao invés de cantar  
Lembrar da fala: "E daí, não sou coveiro!"  
É se olhar no espelho  
Encarar o medo  
Enfrentar mais uma etapa  
E suplicar a Deus que eu possa abraçar meu filho quando chegar em casa  
Ser enfermeira é abdicar de estar com a família  
Com esperança que o amanhã será um novo dia  
Ser enfermeira é em qualquer chamado estar pronta  
É se vestir como se estivesse indo à guerra mas com receio de estar carregando a bomba  
É chegar no local de trabalho e não ter equipamentos para se proteger  
É se sentir impotente por não ter o poder de dar mais vida para quem está para morrer  
E quando se perde um paciente, é como perder um pedaço do que já foi seu E  
perder um colega de trabalho é se sentir num coliseu  
Como um gladiador lutando contra algo invisível  
Sem armaduras, sem estruturas, duelando com o imprevisível  
Ser enfermeira é continuar mesmo sem forças, sem equipamentos e com a dignidade em disforia  
O título de heroína eu descarto  
Apenas luto por reconhecimento e condições melhores para minha categoria  
Acho maravilhoso e agradeço pelas palmas na janela  
Mas infelizmente, palmas não enchem minhas panelas  
Quando lutamos para sermos vistos

Somos xingados, agredidos e cuspidos

Nós nos redobramos pela saúde do povo, mas cadê o povo que está comigo?

Luto por um salário digno como de um parlamentar

Imagine se o auxílio paletó virasse auxílio jaleco

Se tivéssemos metade das regalias daqueles que deveriam lutar pelos nossos  
direitos

Se eles entendessem a importância da ciência do cuidar, os enfermeiros teriam mais  
respeito!

Eu só peço: Respeito para a categoria de enfermagem

Pois muitas vezes, no último suspiro, são esses profissionais que vão estar  
segurando a mão, do seu pai, sua mãe, seus avós e seus filhos.”

(Poesia da Enf<sup>a</sup> Estéfane Câmara).

### Anexo 3: Fotos da Equipe de Residentes



***Evandia Gama, Estéfane Câmara e Lillian Moraes - Residentes e autoras do relato.***



***Lillian Morais*** - Enfermeira residente (Um dia histórico para a UBS 2 devido a enorme demanda de SG em uma tarde - na segunda onda da covid 19 - ).

## 9. REFERÊNCIAS

BARBOSA; et al. A importância dos procedimentos operacionais padrão (POPs) para os centros de pesquisa clínica; Rev Assoc Med Bras,2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é a Covid-19?. Brasil, 2021. Acesso em 20 de abril de 2022 às 07h20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, 2012a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf) Acesso em: 08 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-Gestor AB**. Brasília, 2022a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/> Acesso em: , 08 de mar de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

Brasil. 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. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

CASARIN St, Porto AR. Relato de Experiência e Estudo de Caso: algumas considerações. **J. nurs. health.** 2021;11(2):e2111221998. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/21998>

DALPIAZ, Ana K.; STEDILE, Nilva LR. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. **Jornada Internacional de Políticas Públicas: Estado, desenvolvimento e crise do capital**, v. 5, 2011.

DISTRITO FEDERAL. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal – PDAD/DF – 2018**. Companhia de Planejamento do Distrito Federal - CODEPLAN. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Riacho-Fundo.pdf>. Acesso: 19 de mar. 2022

Evangelista, Maria José de Oliveira et al. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 6 [Acessado 4 Maio 2022] , pp. 2115-2124. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08882019>>. Epub 27 Jun 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08882019>.

FERREIRA, S. R. S., PÉRICO L. A. D., DIAS V,R,F,G,.A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2018, v. 71, suppl 1 [Acessado 8 Março 2022] , pp. 704-709. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>.

GEREMIA, Daniela Savi . **Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 30, n. 01 [Acessado 1 Abril 2022] , e 300100. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300100>>. Epub 03 Jun 2020. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300100>.

MACEDO, Kelly Dandara da Silva et al. Active learning methodologies: possible paths to innovation in health teaching. **Escola Anna Nery** [online]. 2018, v. 22, n. 3 [Acessado 2 Maio 2022] , e20170435. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0435>>. Epub 02 Jul 2018. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0435>.

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP's): serviço de enfermagem / Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí – Teresina: IFPI, 2020.

MENDES, E. V. Agora mais do que nunca – uma revisão bibliográfica sobre a Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE.

Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2009. (Anexo II).

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, p. 15-36, 2014.

PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, 472 p. Informação para ação na Covid-19 séries. ISBN: 978-65-5708-123-5.

Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(N. Esp):777-81.

SANTOS, M. O papel ativo da geografia: um manifesto. *Revista Território*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 103-109, 2000.

SARTI, T. D; et al. Qual papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol. Serv. Saúde* 29 (2), 2020.

SILVA, G. F. et al. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e as Contribuições para o Processo de Formação do Enfermeiro. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 8, p. 76038-76055 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/33780/pdf> Acesso em: 18 de fev de 2022.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: . Acesso em: 20 mar. 2011.

TOREZANI, Guilherme Sperling. Estudo sobre as Faltas às consultas e seus motivos: uma análise da comunidade Sete Anões–Mesquita/RJ. 2017

I MANUAL DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) PARA AS UNIDADES BÁSICAS E EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE E SAÚDE DA FAMÍLIA Secretaria Municipal de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2020.