

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ BAHIA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

AIALLA MARTINS DOS SANTOS

MEMORIAL DE FORMAÇÃO
**“Construção de uma enfermeira na Saúde da Família:
deslocamento e desafios”**

CAMAÇARI- BA

2020

AIALLA MARTINS DOS SANTOS

MEMORIAL DE FORMAÇÃO

**“Construção de uma enfermeira na Saúde da Família:
deslocamento e desafios”**

Trabalho de conclusão de curso apresentado por Aialla Martins dos Santos durante o programa de Residências Integradas Médica em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional de Saúde da Família da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA) como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Luísa Vale de Carvalho

CAMAÇARI - BA

2020

AIALLA MARTINS DOS SANTOS

MEMORIAL DE FORMAÇÃO

**“Construção de uma enfermeira na Saúde da Família:
deslocamento e desafios”**

Trabalho de conclusão de curso apresentado por Aialla Martins dos Santos durante o programa de Residências Integradas Médica em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional de Saúde da Família da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA) como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

Banca Examinadora

Luísa Vale de Carvalho (orientadora)
Preceptora do Programa de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da
Família – FESF-SUS/FIOCRUZ

RESUMO

Trata-se de um memorial reflexivo e descritivo de formação em especialista em Saúde da Família onde exponho minha relação com o programa de residência; minhas vivências, desafios que enfrentei no campo de prática e meu deslocamento na compreensão dos temas que norteiam o saber prático da Saúde da Família. A construção deste trabalho se dá a partir da formação do Grupo Diversidade (GD), primeira aproximação com a formação em Saúde da Família, cujo objetivo era promover encontros para compartilhamento de temas, trocas de saberes e experiência a fim de contribuir na formação de cada residente. No primeiro encontro de GD os preceptores trouxeram os temas que seriam trabalhados durante a formação, e são alguns desses temas como o acolhimento com classificação de risco e trabalho em equipe que venho elucidar nesse memorial de formação. O acolhimento com classificação de risco como uma prática entre os trabalhadores de saúde que deve estar presente em todas as relações de cuidado e a colaboração aparecendo como diferencial no trabalho em saúde, com resultados positivos em diversos aspectos. É nessa perspectiva que a residência da Fundação Estatal Saúde da Família se apresenta estimulando o senso de cooperação interprofissional em todos os espaços, seja no acolhimento, nos espaços dos consultórios, nas atividades coletivas como também nas reuniões de equipe. Nessa ótica, o objetivo deste trabalho é refletir sobre minha formação em Saúde da Família, oportunizada no âmbito do programa de Residências Integradas Multiprofissional em Saúde da Família e Médica em Medicina da família e Comunidade da FESF-SUS e da FIOCRUZ-BA, com cenário de prática no município de Camaçari (BA). Para tanto, revisitarei brevemente minha trajetória focando fundamentalmente naquilo que acredito ter contribuído para meu desenvolvimento nessa especialização.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	06
2. INTRODUÇÃO.....	07
3. GRUPO DIVERSIDADE (GD)....	08
4. EXPERIÊNCIAS DA DE RESIDÊNCIA	09
4.1 Acolhimento	09
4.2 Mudança de Paradigma.....	11
5. TRABALHO EM EQUIPE.....	14
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
7. REFERÊNCIAS.....	17

1. APRESENTAÇÃO

Querido leitor, convido-o a fazer uma breve leitura deste memorial de formação em Saúde da Família de uma residente Enfermeira graduada pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), que “caiu de paraquedas” no campo da Saúde da Família e hoje sente-se feliz e agradecida por esse belo “tombo”.

O desejo de fazer uma residência surgiu durante o período de graduação em Enfermagem deste então busquei trilhar caminhos que me levassem a tão sonhada residência. No entanto, até o 5º semestre do curso de Enfermagem o meu olhar estava voltado a área hospitalar, logo, não foi difícil desejar fazer residência em Obstetrícia.

Contudo, o 6º semestre torna-se um divisor de águas, adentro o cenário de prática da Saúde da Família cheia de medos, incertezas, acreditando não ter habilidades do campo da criatividade que a Saúde da Família exige. Então, é nesse ambiente de conflitos que a cada dia fui descobrindo um espaço rico de aprendizado, vínculo, continuidade do cuidado, afeto e de potencial para o meu desenvolvimento de aptidões criativas. Logo, já encontrava-me radiante cheia de expectativas, vontades e com mais uma nova opção de pós graduação, agora, na área da Saúde da Família.

Dessa forma, concluir o curso de Enfermagem determinada a realizar residência, no entanto a primeira opção continuava a ser a Obstetrícia e assim fiz tentativas, porém, sem êxito. Até que encontro nas redes sociais as inscrições abertas para a Residência Multiprofissional em saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA) resolvi arriscar e obtive a aprovação.

E aqui estou eu, após 2 anos em formação em Saúde da Família, a contar a você leitor, as minhas vivências no programa de residência multiprofissional em Saúde da Família na unidade de saúde da família do PHOC- CAIC no município de Camaçari- Ba e as contribuições que proporcionaram em minha vida pessoal e profissional e que me fazem perceber o amadurecimento a respeito do saber fazer profissional na Saúde da Família.

Nessa perspectiva, o ponto de partida será o primeiro encontro do Grupo Diversidade (GD) ocorrido na primeira semana de acolhimento dos residentes, logo após explanarei as vivências da residência.

2. INTRODUÇÃO

A FESF-SUS atua como Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir do desenvolvimento de ações e serviços de saúde da família através da modalidade de residência. Essas ações e serviços são desenvolvidas por equipes multiprofissionais em Unidades de Saúde da Família (USF) que assumem responsabilidades sanitárias com ações de promoção, proteção, prevenção, cura e reabilitação da saúde, conta também com serviços de apoio matricial, os Núcleos Ampliado de Saúde da Família (NASF) que apoiam as equipes de saúde da família através da ampliação dos mais diversos conhecimento multiprofissional.

Um dos campos de atuação da residência médica e multiprofissional de saúde da família é a cidade de Camaçari, a qual, no âmbito da saúde está subdividida em três distritos sanitários: Distrito Sede (70% da população), Distrito de Vila de Abrantes (19% da população) e Distrito de Monte Gordo (11% da população). No Distrito Sanitário de Saúde - Sede, a Atenção Básica possui 05 regiões de saúde, enquanto os demais distritos são constituídos por 03 regiões. Em janeiro de 2020, o Distrito Sanitário de Saúde - Sede estava composto por 21 Unidades de Saúde da Família, 42 Equipes de Saúde da Família, 04 Unidades Básicas de Saúde, 04 equipes do NASF, 01 Academia da Saúde, 01 CRES - Centro de Referência Especializado em Saúde e, 03 Centro de Atenção Psicossocial.

Dentro da Região 04, um dos bairros de atuação da residência é o bairro denominado PHOC - Projeto Habitacional Organizado de Camaçari. A USF do PHOC foi inaugurada em 17 de julho de 2015 em uma estrutura que faz parte de um complexo escolar que funciona desde 1990 no CAIC - Centro de Atendimento Integral à Criança e ao Adolescente, ficando conhecida pelo nome de USF PHOC CAIC.

A USF do PHOC está localizada na Avenida Luiz Gonzaga, funciona de segunda à sexta-feira, das 08:00 às 17:00 horas. Atuam nesta unidade 01 gerente, 01 recepcionista, 03 auxiliares administrativos, 01 auxiliar de farmácia, 01 reguladora; 04 Equipes de ESF compostas por 04 médicos, 04 enfermeiras, 04 dentistas, 01 auxiliar de saúde bucal (ASB), 02 técnicas de enfermagem e 13 agentes comunitários de saúde (ACS), sendo que cada equipe está responsável por uma área do território.

A vivência da prática cotidiana no serviço de saúde do PHOC CAIC tem como finalidade a formação profissional a partir da inserção nos serviços de saúde da família. Nesse intuito, os residentes dispõem de suporte pedagógicos de preceptores e apoiadores que utilizam metodologias ativas de ensino-aprendizagem a partir da espiral construtivista, a qual, segundo LIMA (2017), é uma abordagem em que estimula os profissionais a serem protagonistas na construção do conhecimento a partir de situações problematizadoras, considerando os saberes prévios de cada indivíduo a fim de estimular reflexões críticas.

Um instrumento pedagógica de ensino aprendizagem utilizada pela FESF-SUS é o Grupo Diversidade (GD), o qual os residentes do primeiro ano são organizados de forma

diversificada de categoria profissional e lotação de atuação no cuidado, com a finalidade de troca de experiências sobre a prática. Utiliza-se para isso situações problema e temas envolvendo as áreas: gestão, cuidado em saúde e educação. Por ser o meu primeiro contato com a formação em saúde da família, decidi iniciar a construção deste trabalho a partir desta atividade.

3. GRUPO DIVERSIDADE (GD)

A primeira semana de acolhimento dos residentes ocorreu na primeira semana de fevereiro de 2018. Foram organizadas diversas atividades divididas cada dia da semana, uma dessas atividades foi a formação do grupo diversidade (GD), o qual era composto por 10 residentes de diferentes categorias profissionais e lotação de campo de prática, Dias D'ávila, Camaçari e Lauro de Freitas, seu objetivo era mensalmente ocorrer encontros para compartilhamento de temas, trocas de saberes e experiência afim de contribuir na formação de cada residente.

Minha primeira aproximação com a formação em Saúde da Família deu-se a partir da formação do GD onde foi apresentado no primeiro contato de preceptores e residentes temas que seriam trabalhados durante a formação e foi solicitado que cada residente explanasse e registrasse seus conhecimentos prévios acerca de cada tema.

Os temas escolhidos para elucidação foram: acolhimento com classificação de risco, abordagem familiar, apoio institucional, apoio matricial, coordenação do cuidado, atenção domiciliar, projeto terapêutico singular, redes de atenção a saúde e cuidado individual do seu núcleo profissional.

Desses temas, alguns trazia em minha "bagagem" de formação profissional de forma teórica, outros, desconhecia, como exemplo do apoio institucional. Nessa ótica, surgiram inquietações relacionadas ao processo de trabalho em saúde da Família, logo surgiram aspirações pelo conhecimento de cada temática, fiquei entusiasmada e com grandes expectativas do que estava por vir. Tive naquele momento a convicção de que estava adentrando um espaço rico de aprendizado e percebi que meus saberes prévios estavam em fase de amadurecimento. Portanto, a partir de tantas temáticas resolvi desenvolver esse trabalho sobre acolhimento com classificação de risco e trabalho em equipe porque acredito ter contribuído de maneira mais decisiva em minha formação durante o período da residência.

4. EXPERIÊNCIAS DA DE RESIDÊNCIA

4. 1. Acolhimento

Após 01 semanas de acolhimento da residência fomos alocados no campo de prática na USF PHOC CAIC em Camaçari. Fomos bem recebidos na unidade por todos os preceptores, funcionários e os residentes do segundo ano que existiam lá. O primeiro desafio para mim foi a compreensão da modalidade de serviço denominada acolhimento, a qual não havia vivenciado durante meu período de formação acadêmica. A concepção de acolhimento que trazia da formação era que:

É necessário receber o indivíduo na unidade de saúde com uma escuta qualificada e através de parâmetros pré-determinados busca-se selecionar necessidades imediatas e necessidades que podem esperar, buscando a resolutividade das necessidades de saúde da pessoa.

Durante a minha formação em Enfermagem tive a oportunidade de entrar em contato com um modelo de atendimento aos usuários que baseava-se em destinar 70% da agenda para consultas programada e 30% para demandas espontânea. Essa forma de organização engessava o sistema por não permitir flexibilidade de agenda segundo as necessidades da comunidade e também levava a demora dos atendimentos devido agendas lotadas. Além disso, os pacientes acabavam sendo direcionados para atendimento com um membro da equipe sem critérios de necessidade, por vezes, por escolhas dos próprios pacientes ou da recepcionista da unidade de saúde. Dessa forma, muitas vezes os usuários entravam numa consulta de enfermagem, por exemplo, com necessidades de demandas que necessitam novo agendamento futuro para outra categoria.

Nessa perspectiva, fica visível a fragilidade que ocorria à política do SUS uma vez que limitava acesso à atenção primária e conseqüentemente aos demais pontos de atenção dos SUS, aumento de filas, atendimentos sem priorização de critérios de risco, inviabilizando assim a execução do princípio da equidade além de prejudicar a capacidade de resolubilidade.

Diferentemente desse modelo, tem-se o modelo de acesso avançado que atualmente tem surgido como um formato de organização em unidades de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) cuja característica baseia-se no fazer hoje o trabalho de hoje. Nessa ótica, ele busca ativamente promover a resolutividade dos casos de forma mais breve, atendendo os pacientes no mesmo dia ou em até 48 horas, e assim, conseqüentemente, reduz a demanda reprimida de atendimentos, o absenteísmo e amplia o acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Ministério da Saúde traz 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” para além disso é uma postura ética, atitude e tecnologia de cuidado; um mecanismo de ampliação/facilitação do acesso dos usuários e; um dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2013).

NA USF PHOC CAIC, o acolhimento acontecia como postura e como serviço os usuários quando adentravam a unidade eram direcionados a segunda recepção e recebiam fichas pela vigilante da unidade por ordem de chegada divididas entre prioridade e não prioridade. O modelo utilizado era equipe de “acolhimento do dia”, o que significava que atendíamos os pacientes de qualquer área e ou equipe e sempre havia uma equipe de referência para o atendimento.

No início, foi muito difícil compreender essa metodologia de serviço e me entender nesse processo porque nunca havia vivido a experiência do acolhimento. Encontrei dificuldades em perceber o real sentido de acolher o usuário através do serviço de acolhimento e se estávamos acolhendo de forma humanizada com escuta qualificada.

Certa vez durante o acolhimento vivenciei um episódio que explanarei a seguir:

“Dona Maria” numa quinta feira acordou mais cedo e compareceu a USF PHOC CAIC para buscar uma solicitação de consulta com oftalmologista uma vez que apresenta dificuldade visual, ao chegar na unidade por volta das 08:00 a recepção informou que a mesma deveria pegar uma ficha para acolhimento, “Dona Maria” pegou a última ficha do dia, número 20, e aguardou na sala de espera a sua vez. Ao meio dia a senha de Dona Maria é chamada e ao dirigir-se a enfermeira que estava acolhendo e relatou que gostaria de uma solicitação de consulta com oftalmologista, a enfermeira informa que a mesma precisa ser avaliada por um clinico da unidade e este após avaliação entrega a solicitação do especialista, no entanto, aquele turno de quinta feira não tem médico na unidade sendo necessário o retorno em outro turno ou dia. Indignada “Dona Maria” responde: Afinal pra que serve esse acolhimento?

Foi a partir dessa inquietude que iniciou meu processo de questionamentos: o que é o acolhimento? Porque devemos acolher na atenção básica? Como está o modelo de acolhimento implantado na USF PHOC CAIC? Estou fazendo acolhimento?

Partindo dessa perspectiva, podemos pensar na importância que é acolher o usuário que chega a unidade de saúde, muitas vezes nos momentos que se sentem desamparados, desprotegidos, ameaçados e fragilizados e são esses momentos de sofrimento dos usuários que são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos. Devemos acolher porque os usuários em seus momentos de sofrimento recorrem às unidades de atenção básica quer pela proximidade física, quer pelos vínculos que possuem com os profissionais em quem eles confiam. Não podemos esquecer que as unidades precisam estar prontas para acolher porque o usuário não sabe o dia nem a hora que irá necessitar de cuidados, além disso, mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar quadros de agudização e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado.

Nessa ótica, nós residentes do primeiro ano iniciamos um processo de discussão e insatisfação com o modelo de acolhimento o qual encontramos ao chegar na USF PHOC CAIC, a forma de acolher os usuários não atendia as necessidades do momento que eram o vínculo entre comunidade e equipe de referência e o conhecimento do perfil epidemiológico da área adscrita. O modelo de “acolhimento do dia”, dificultava atingir esses objetivos por ser organizado em profissionais de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. Tem como vantagem que as equipes que não estão “escaladas” para o acolhimento podem realizar as atividades programadas com mais facilidade, no entanto trazem como desvantagem a menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita como também a sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia (BRASIL, 2013). Isso resultou em um ciclo vicioso de procura dos usuários para renovação de receitas e análise de exames no espaço do acolhimento e aumento do absenteísmo nas consultas programadas e menor responsabilização do autocuidado dos usuários.

4.2 Mudança de paradigma

Foi mediante indagações e insatisfações de todos os residentes do primeiro ano que a USF PHOC CAIC viveu um momento de discussão, a fim de remodelar o modelo de acolhimento, o que levou a necessidade de construção de um grupo de trabalho (GT) de acolhimento. Dessa forma, coloquei-me a disposição para fazer parte dos componentes desse grupo a fim de contribuir nas discussões e elaboração de um modelo de acolhimento que viesse atender as reais necessidades do momento de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento a necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada no processo de trabalho das equipes.

Organizar o acolhimento a partir das necessidades dos usuários e de um melhor rearranjo do processo de trabalho exige, portanto, que as equipes reflitam sobre o conjunto

de ofertas de ações e serviços que tem disponíveis. Para isso as equipes precisam de espaços para reflexão e discussão do seu processo de trabalho, a fim de planejarem as ações e definirem o modo como os diferentes atores participarão do acolhimento. Isso envolve quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias, dentre outras. Nessa perspectiva as reuniões do grupo GT, os turnos pedagógicos e os turnos de educação permanente foram priorizados para promover essas discussões tendo como priori estudos das modelagens de acolhimento.

Existem diversas modelagens de acolhimento, no entanto, não há receitas ou fórmulas que definam como atender à demanda espontânea adequadamente. Por essa razão o ideal é que os modelos de acolhimento implantados sejam objeto de discussão, decisão, experimentação e análise pelos trabalhadores das equipes de saúde, aproveitando as ferramentas e experiências já existentes.

Quanto à organização do modelo de acolhimento, o Caderno 28 de Acolhimento à demanda espontânea (BRASIL, 2013) propõe diversas modalidades: por equipe de referência do usuário; acolhimento coletivo; acolhimento misto; e equipe de acolhimento do dia. Dentro da realidade a qual encontrava-se o CAIC e do objetivo de alcance pretendido pelo acolhimento, escolhemos o modelo de equipe de referência do usuário a qual caracteriza-se por o usuário ser acolhido pelos profissionais de sua equipe de referência, um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta dos usuários de sua área de abrangência organizando o acesso dos usuários num determinado momento, posteriormente assumindo suas demais atribuições. Dessa forma atingimos o objetivo de potencializar o vínculo entre usuários e equipe de referência como também responsabilização entre equipe e população adscrita.

A Política Nacional de Humanização (PNH) traz que o objetivo do acolhimento é “a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva e através de uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde”.

Sem dúvida, essa relação de confiança e vínculo permite o enfrentamento da fragmentação das ações de saúde e promove uma prática ampliada. O espaço do acolhimento para mim foi de grande potencialidade para o desenvolvimento da clínica ampliada, a qual, consiste numa ferramenta que proporciona uma abordagem do adoecimento dos indivíduos de forma ampliada a partir do olhar singular dos sujeitos no seu processo saúde doença (BRASIL, 2013).

Nos meses seguintes começamos a perceber o fortalecimento do vínculo, conhecimento das necessidades dos usuários e o predomínio das patologias que mais acometiam adoecimento a população, como também as vulnerabilidades dos usuários. Nessa ótica nasce a necessidade da utilização do instrumento de classificação de risco da Atenção Primária à Saúde (APS).

O acolhimento com classificação de risco, segundo a PNH prevê mudanças nos modelos de atenção e gestão (BRASIL, 2013), promovendo organização de modo a promover ampliação efetiva do acesso à APS, objetivando assim o rompimento com a o atendimento por ordem de chegada, nesse sentido, busca-se sua a redução/eliminação de filas, uso de fichas de ordem de chegada e a organização do atendimento com base em riscos priorizados e a adequação da capacidade de resolubilidade.

Nos momentos de acolhimento pude lançar mão de outros recursos que permitiram diagnósticos para além do enfoque orgânico, a qualificação do diálogo, percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas como também, possibilitou tomada de decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.

Diante dos problemas de saúde que estão cada vez mais complexos um ambiente acolhedor com abordagem para além dos aspectos orgânicos é de fundamental importância. O enfrentamento desses desafios exige do sistema de saúde ofertar serviços de saúde coerentes com as demandas sociais e de saúde. Não é uma tarefa fácil, e exige um remodelamento no processo de trabalho a fim de assegurar boa resposta e fortalecimento à saúde dos usuários.

Pela natureza das necessidades de saúde, fica muito evidente que um profissional sozinho não consegue dar as respostas exigidas pelas diferentes situações, apontando assim, para a necessidade do trabalho em equipe. Por muitas vezes há uma forte divisão do trabalho em saúde pelas especificidades dos profissionais construindo fortes barreiras para as relações entre as profissões e até mesmo entre os profissionais e usuários, famílias e comunidades.

Nessa perspectiva, o ambiente de acolhimento é uma estratégia de quebra desse paradigma, onde por muitas vezes pude vivenciar trocas interprofissionais onde aprendemos juntos para trabalhar juntos através das práticas colaborativas em saúde.

Outra contribuição importante na minha formação atribuída pelo acolhimento foi a formação de uma logística de agendamentos de consultas baseado em prioridades. A escuta qualificada dos usuários possibilita um melhor reajuste de agendas, priorizando as necessidades mais urgentes.

Ao ouvir os usuários no acolhimento conseguimos resolver demandas no dia que não exijam muitas intervenções, e agendar com mais brevidade as necessidades mais urgentes.

Conseguimos analisar o perfil de morbimortalidade da área adstrita e assim elaborar ações de saúde de acordo as necessidades reais da população.

5. TRABALHO EM EQUIPE

Trabalhar em equipe por muitas vezes é compreendido como o saber aplicado de diversos profissionais de acordo a sua competência de núcleo nos indivíduos, sem troca ou discussão de casos entre os profissionais sendo o contato por muitas vezes via prontuário. No entanto, no âmbito da saúde o conceito de trabalho em equipe vai além do conceito multiprofissional, é necessário lançar mão de um conceito de educação interprofissional que garanta a colaboração na saúde.

Segundo o CAIPE, 2002, “A educação interprofissional ocorre quando duas ou mais profissões aprendem entre si, com e sobre as outras, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados”

Contudo, como garantir o trabalho em equipe de forma interprofissional visto que, o cenário de formação acadêmica dos mais diversos profissionais ainda estão voltadas para o conhecimento “nas caixinhas” de forma individual de cada núcleo?

“A aprendizagem interprofissional deve ser valorizada para a formação de competências para o efetivo trabalho em equipe, se mostrando potente para o exercício da colaboração como aspecto diferencial no trabalho em saúde” (COSTA; ET AL, 2018).

A residência da FESF/FIOCRUZ se apresenta na perspectiva de estímulo ao senso de cooperação interprofissional em todos os espaços, seja no acolhimento, nos espaços dos consultórios, nas atividades coletivas como também nas reuniões de equipe.

Na residência pude desenvolver a discussão de casos com a equipe mínima e apoio matricial, nos espaços de reunião de equipe, nos acolhimentos era sempre um momento oportuno para a troca de aprendizados e discussão de casos, as consultas compartilhadas com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), favoreceram a decisão mais assertiva na terapêutica dos pacientes.

Todos os dias na realidade da produção dos serviços de saúde os profissionais de diferentes profissões vivenciam experiências comuns e situações que podem ser atendidos por todos os profissionais, sem que isso interfira nas diferentes identidades profissionais.

A colaboração aparece como diferencial no trabalho em saúde, com resultados positivos em diversos aspectos, e que segundo D’amour et al 2005, ainda temos conhecimento limitado acerca da potencialidade da colaboração. Através da prática colaborativa é possível atingir níveis de integralidade da saúde dos pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades proporcionando saúde com qualidade em todos os níveis da rede de serviços.

COSTA; ET ALL, 2018, traz que a colaboração é uma ferramenta interprofissional em que exige menor interdependência e integração das ações entre os diversos profissionais, além de ser mais flexível por não haver necessidade de uma identidade compartilhada de equipe. O trabalho em equipe por sua vez é o nível mais profundo de trabalho interprofissional. Nessa ótica, a prática colaborativa mantém forte relação com a centralidade do usuário, família e comunidade, e suas necessidades de saúde.

Além disso, não posso deixar de falar no quanto foi prazeroso e de grande crescimento as atividades coletivas desenvolvidas a partir de um planejamento em equipe. Pude desenvolver habilidades e competências criativas que julgava não possuir, e que foram de grande valia para o crescimento pessoal e profissional.

Em fim, concluo essa residência com um forte ponto de mudança que é o trabalho em equipe de forma interprofissional. Aprendi a ouvir e acatar as contribuições de cada colega e dividir as responsabilidades.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do processo de residência posso perceber meu deslocamento de como cheguei, ainda com conceitos pouco amadurecidos, com falta de experiências práticas e como estou hoje, mais experiente. Percebo o crescimento em relação as percepções do mundo do trabalho e sem dúvida, compreendo a importância da forma de ensino aprendizagem utilizada como metodologia da FESF/FIOCRUZ.

O processo de ensino-aprendizagem a partir da realidade do cotidiano possibilita autonomia, segurança, proatividade e reflexão crítica do saber fazer saúde no processo saúde-doença dos indivíduos. Dessa forma, proporciona a formação de profissionais mais preparados para os dinâmicos problemas de saúde que assolam as populações modernas.

Então leitor, concluo essa residência com a certeza de que fiz escolhas assertivas, agora não sou apenas uma enfermeira, sou especialista em saúde da família e acredito que essas considerações são iniciais porque representam o início de uma nova jornada em minha vida: a jornada de especialista.

É maravilhoso agora poder cuidar do outro a partir de diversas alternativas que proporcionam a equidade da saúde, como o acolhimento, e saber envolver o paciente na busca de sua promoção de saúde a partir da corresponsabilidade, além de aprender que trabalhar em saúde da família é trabalhar de forma coletiva.

Então, peço a sua licença para me despedir com a seguinte canção:

Daqui pra Frente – Daniel Santos
“Algum tempo talvez pouco tempo juntos
Na escola aprendemos, ensinamos

Concluimos um degrau da escada, mas vamos subir ainda mais
Como fosse ontem tenho em minha mente
Amizades que formei tão de repente
Professores e amigos que não quero esquecer jamais

Daqui pra frente
Um novo recomeço e a saudade desse tempo que não vai voltar
Daqui pra frente
A nossa formatura, mas a nossa amizade continuará

Daqui pra frente
Muita coisa a gente ainda tem pra conquistar
Daqui pra frente
Muita coisa a gente ainda tem pra conquistar

Tudo que aprendemos é nossa bagagem
Nessa longa estrada da nossa viagem
O conhecimento é base pra quem sabe aonde quer chegar
Foi com Deus e foi por Deus que aqui chegamos
E com ele siga em busca dos teus sonhos
Não podemos desistir, há muito chão ainda pra pisar

Daqui pra frente
Eu vou sentir saudades e confesso, na verdade posso até chorar
Daqui pra frente
Eu vou lembrar da gente em cada minuto nosso aqui eu vou guardar

Daqui pra frente
Só espero que a gente vá se reencontrar
Daqui pra frente
Só espero que a gente vá se reencontrar”

7. REFERÊNCIAS

LIMA, V V. *Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem*. *Interface (Botucatu)* [online]. 2017, v.21, n.61, p.421-434. Epub Oct 27, 2016. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0316>>. Acesso em: Fev 2020.

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.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAIPE. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. *United Kingdom: Center for The Advancement of Interprofessional Education - CAIPE*, 2002.

COSTA, MVDA; PEDUZZI, M; FILHO, JRF; SILVA, CBG. *Educação Interprofissional em Saúde*. Natal: SEDIS – UFRN, 2018.

D'AMOUR, D. et al. *The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks*. *Journal of interprofessional care*, v. 19, n. sup. 1, p. 116-131, 2005.