



**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

SIENA NOGUEIRA GUIRARDI

**AS MÚLTIPLAS FACES DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**Salvador -BA
2020**

SIENA NOGUEIRA GUIRARDI

AS MÚLTIPLAS FACES DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz, como requisito obrigatório para obtenção do título de Enfermeira Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Laize Maria Santos Costa

**Salvador - BA
2020**

Crescer como profissional significa ir localizando-se no tempo e nas circunstâncias em que vivemos, para chegarmos a ser um “ser” verdadeiramente capaz de criar e transformar a realidade em conjunto com os nossos semelhantes para o alcance de nossos objetivos como profissionais da Educação (FREIRA, p.35, 2001).

RESUMO

O presente trabalho é um resgate de memórias de uma enfermeira residente no Programa Multiprofissional em Saúde da Família, realizado em uma Unidade de Saúde da Família, lotada no município de Dias d'Ávila-BA. Este memorial apresenta minha trajetória como enfermeira durante a especialização profissional. O relato se divide em quatro capítulos que tratam do meu caminhar até o início da residência, os processos de trabalho de uma enfermeira na estratégia de saúde da família, a educação em saúde como ferramenta e o processo de trabalho de uma enfermeira gerencial. Viver esses dois anos de residência foi transformador tanto profissional quanto pessoalmente. Ter a possibilidade de trabalhar com uma equipe multiprofissional que apoia, incentiva, compartilha e acredita no SUS fez com que o caminho fosse mais leve e rico. A partir de agora, a busca é pela multiplicação dos ensinamentos e vivências.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Saúde da Família, Clínica Ampliada, Educação em Saúde.

LISTA DE ABREVIATURA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACE – Agente Comunitário de Endemias
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AME – Aleitamento Materno Exclusivo
APS – Atenção Primária à Saúde
ATB - Antibioticoterapia
CAF – Coordenação de Assistência Farmacêutica
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
EP – Educação Permanente
EqSF – Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia de Saúde da Família
MP – Ministério Público
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAS – Programação Anual de Saúde
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNI – Programa Nacional de Imunização
PSE – Programa Saúde na Escola
R1 – Residente do primeiro ano
R2 – Residente do segundo ano
RAG – Relatório Anual de Gestão
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RN – Recém-nascido
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAU – Secretaria de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TP – Turno Pedagógico
UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana
UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFBA – Universidade Federal da Bahia
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
USF – Unidade de Saúde da Família
VD – Visita Domiciliar
VIEP – Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1 COMO EU CHEGUEI ATÉ AQUI?	7
2 AS DESCOBERTAS DE UM PRIMEIRO ANO DE RESIDÊNCIA	9
2.1 Territorialização como ponto de partida e ordenadora do trabalho na Estratégia de Saúde da Família	10
2.2 A Visita Domiciliar como ferramenta de cuidado e articulação da rede de assistência social e de saúde	11
2.3 O ser Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família	14
2.3.1 Consultas de enfermagem	15
2.3.2 Atendimento de urgência na USF	17
2.3.3 Teste rápido	18
2.3.4 Sala de vacina	19
2.3.5 Sala de procedimentos	20
2.3.6 Gerência da USF	21
3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO POTENCIALIZADORA DO CUIDADO	22
3.1 Programa Saúde nas Escolas (PSE):	22
3.2 Educação permanente	22
3.3 Educação em Saúde	24
4 MEUS PRIMEIROS PASSOS ENQUANTO RESIDENTE DO SEGUNDO ANO	26
4.1 Inserção do enfermeiro na Assistência Farmacêutica: Primeira experiência em Dias d'Ávila	26
4.2 O enfermeiro na Vigilância Epidemiológica	28
4.3 O enfermeiro gerencial	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 COMO EU CHEGUEI ATÉ AQUI?

Ao terminar o ensino médio, já sabia que queria ser enfermeira, sem nenhuma explicação muito lógica, mas quis ser aquela que estaria presente do início ao fim da vida, acompanhando todo o desenvolvimento e prestando cuidados que podem melhorar a qualidade de vida independente da situação em que as pessoas se encontram. A partir daí, após 10 meses de conclusão do ensino médio, comecei a cursar enfermagem na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) em Jequié. Como morei em Feira de Santana por 7 anos e meu pai também morava lá, quis ficar mais perto de casa, então tentei o vestibular da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e da Universidade Estadual de Feira de Santana. O primeiro resultado que saiu foi o da UEFS, então tranquei a matrícula em Jequié e voltei para casa, começando novamente o primeiro semestre. Após 3 meses de curso na UEFS, saiu o resultado da UFBA e, para não começar novamente o primeiro semestre, dei preferência por continuar e concluir o curso na UEFS.

O decorrer da graduação foi bem puxado, como em todos os cursos, sempre tinham aquelas matérias que não havia muita afinidade e aquelas outras que a gente se apegava e não quer que termine. Identifiquei-me, de primeira, com Saúde da Mulher e Saúde da Criança.

Ao final da graduação, no Estágio Supervisionado I, em que o campo de prática era a Unidade de Saúde da Família. Imaginava que o trabalho seria mais burocrático, com mais papéis e menos contato com os usuários, mas acabou sendo uma experiência única, que fez despertar um grande interesse pela Saúde da Família, pelo fato de conseguir acompanhar os usuários, conhecer ~~todo~~ o território, a família, a situação social, cultural, enfim, criar vínculos; e, pela infinidade de possibilidades e atuações da enfermagem nesse contexto.

Sempre quis fazer residência após a conclusão da graduação, pelas oportunidades de aprendizado e experiência que esse espaço pode proporcionar. Meu foco era a residência em Obstetrícia, mas como todo recém-formado, não deixei escapar nenhuma oportunidade. Acabei fazendo a prova da residência em Saúde da Família também.

Para minha surpresa, fui chamada para compor a vaga de enfermeira na residência em Saúde da Família no mesmo dia em que foi publicada a minha convocação para assumir uma vaga no setor de neonatologia do Hospital Estadual da Criança de Feira de Santana. Foi uma escolha bem difícil, mas acabei optando pela residência porque sempre quis fazê-la, pelas oportunidades e experiências de aprendizado. Apesar do meu foco ser a residência em obstetrícia, quando passei na

Multiprofissional em Saúde da Família, veio à tona toda afinidade cultivada durante o estágio curricular na graduação.

Então, desafio aceito! Criei expectativas, fiz planos... Neles estavam, também, uma busca por crescimento profissional e pessoal, além de uma profunda vontade de colaborar com a melhoria da qualidade de vida da população, vê-los evoluindo no autocuidado, ampliar a minha maneira de enxergar o outro de forma integral. Hoje, estou muito perto da conclusão desta etapa, sem nenhum arrependimento da escolha que fiz.

Por isso, convido-o a leitura desta narrativa autobiográfica, em formato de memorial de formação, que materializa o esforço de olhar, sistematicamente, para a minha história (BUOGO e CASTRO, 2013). Este memorial reflete a minha trajetória enquanto enfermeira residente de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no período de março de 2018 a março de 2020. Apresento-lhes as descobertas da assistência, desde os primeiros dias, até os dias de compreensão e ampliação da visão para as diversas possibilidades de uma enfermeira de saúde da família nos setores mais gerenciais do fazer saúde.

2 AS DESCOBERTAS DE UM PRIMEIRO ANO DE RESIDÊNCIA

Os primeiros dias de residência foram de reconhecimento. Fomos apresentados a alguns profissionais do gabinete e coordenação da Secretaria de Saúde e a diversos pontos de atenção à saúde do município, a Unidade de Pronto Atendimento, o CREAS, o Centro de Atenção Psicossocial, o CRAS, a Secretaria de Saúde, entre outros.

Após conhecer tudo isso a ansiedade tomou conta. Conhecer um pouco da rede, compreender como são os encaminhamentos e como nós, na USF, podemos colaborar para melhorar o andamento dos processos de trabalho foi muito importante. Sabendo que a Atenção Básica (AB) deve ser a ordenadora da rede e a coordenadora do cuidado, conhecer os fluxos e os pontos de atenção à saúde do município foi fundamental (OPAS, 2010).

A escolha da USF aconteceu no terceiro dia de residência, após as R2 apresentarem suas lotações. Como éramos 8 enfermeiras, dividimo-nos igualmente entre as unidades. Essa escolha foi bem fácil, desde a apresentação das R2, já havia me decidido, apenas pela identificação e emoção com que a unidade e o território foram apresentados.

Ao chegar na USF, só confirmei meus pensamentos, a equipe nos acolheu muito bem, depositando muita expectativa em nós, o que deu ainda mais ansiedade ao processo, pois queria corresponder à altura, executando um bom trabalho, além de aprender com eles o fazer Saúde da Família.

Toda essa introdução ao campo fez com que percebesse o quão querida a equipe era por seus usuários e vice-versa, o vínculo – fundamental pois amplia a eficácia das ações e estimula a participação do usuário durante a oferta do serviço na unidade – era perceptível, mesmo nos primeiros dias de residente na unidade, fato que provocou um pensamento particular: “o que eu posso fazer para manter esse vínculo?”. Esse foi o ponto de partida para a construção de uma relação profissional-usuários tão natural que esse fato acabou não sendo mais uma preocupação.

Acredito que o acolhimento tenha sido o principal responsável, visto que é caracterizado pelo dever de resposta às necessidades dos usuários que buscam o serviço de saúde (BRASIL, 2010). Assim, o simples fato de se importar e buscar as ferramentas que estão ao seu alcance, para dar resolutividade a cada problema levantado pelo usuário, faz com que esse vínculo se fortaleça cada vez mais.

Além disso, deu para perceber certa dificuldade de comunicação entre os profissionais de cada equipamento e unidade, ficando claro que a melhora na comunicação resultaria em menos "problemas". Outra coisa que me chamou atenção é que todos esperam muito das Unidades de Saúde da Família, por fim, acaba sendo

apontada sempre como "culpada" pela a grande quantidade de pessoas nos outros pontos de atenção.

2.1 Territorialização como ponto de partida e ordenadora do trabalho na Estratégia de Saúde da Família

As primeiras semanas foram bem intensas, muitas informações, diversas coisas para aprender e estudar, a começar pela territorialização que é considerada ponto de partida no trabalho da ESF, posto que deve ser o instrumento de organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2006a). Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (2006b), esta é uma atribuição de todos os profissionais da USF, uma vez que é a partir desse momento que se identificam os grupos populacionais, equipamentos do território, riscos e vulnerabilidades, sendo uma constante atualização de informações.

Dessa maneira, ao fazer esse movimento, conhecemos todas as ruas da nossa área de abrangência, visitamos algumas casas, reconhecemos alguns equipamentos sociais como terreiros e igrejas, a situação em que as ruas se encontravam, saneamento básico, pontos de lixo etc.

Nesse mesmo período, tivemos a oportunidade de fazer o reconhecimento de uma área rural que fazia parte do território, a cerca de 14 km da unidade por uma estrada de terra, com alguns pontos de lixo.

Uma comunidade com cerca de 130 famílias, sem sinal de celular, a comunicação era feita através de uma "macaca" que fica ao centro do povoado, ao lado da casa que funciona como uma escola, contando apenas com um banheiro, duas salas pequenas e uma "recepção". Nosso primeiro contato foi com o líder da comunidade, que não ficou muito satisfeito em nos ver, pois estavam lutando por melhorias, inclusive, uma Unidade de Saúde da Família (USF) naquele espaço, uma vez que a USF de referência era distante e o meio de transporte utilizado, ônibus, só passava 3 dias na semana (segunda, quarta e sexta-feira). Apesar das dificuldades, conseguimos cadastrar 18 famílias naquele momento.

Conforme o Ministério da Saúde (MS), a área de abrangência das Unidades de Saúde da Família são definidas pelo quantitativo de famílias (600 a 1000) e população (2400 a 4000) atendidas por equipe, podendo sofrer variações conforme características como densidade demográfica, barreiras físicas, eficiência do transporte e dimensão dos problemas (BRASIL, 2006b). Levando em consideração as dificuldades de transporte e barreiras físicas, essa zona rural não deveria fazer parte do território de abrangência da USF, seguindo essa lógica, o território passou a pertencer ao município vizinho.

Com essa movimentação, conseguimos agendar um atendimento nessa comunidade que, a princípio, seria um encontro mensal. Organizamos tudo, separamos

medicações e materiais necessários e fomos: 2 enfermeiras, 1 médica e 1 administrativo. Cederam a escola para a ação, pela localização e espaço. Passamos o dia atendendo os usuários, cerca de 42 pessoas, aferimos a pressão arterial (PA) a glicemia (HGT), distribuimos medicações, realizamos testes rápidos... A maioria das pessoas tinham muito tempo sem acompanhamento de saúde.

Foram atendidos de crianças a idosos, de avaliação de exames a casos mais complexos como uma mulher com Síndrome de Turner, a qual é definida pela presença de apenas um cromossomo X, caracterizada pelo pescoço curto, sobrancelhas espessas, ptose palpebral, implantação baixa das orelhas, boca de peixe, alteração dentária, tórax em escudo, hipertelorismo mamário, escoliose, baixa estrutura, características que são bem evidentes na usuária atendida.

O reconhecimento do território e dos usuários levanta questões quanto à longitudinalidade do cuidado dessas pessoas, uma vez que é um local de difícil acesso, com pouco transporte, além de diversos outros fatores que impossibilitam a regularidade e continuidade do cuidado, fator que é fundamental, já que a longitudinalidade do cuidado possibilita o acompanhamento integral do usuário, desde a efetividade do tratamento, a avaliação das necessidades, além do estabelecimento de confiança e vínculo (STARFIELD, 2002). Entretanto, mesmo após todo esse tempo, não consegui pensar estratégias eficazes para garantir essa assistência ao território.

2.2 A Visita Domiciliar como ferramenta de cuidado e articulação da rede de assistência social e de saúde

Conforme desenho da agenda sugerida pela instituição da residência, há um turno protegido para visitas domiciliares, nesse caso, toda semana tínhamos oportunidade de realizá-las, sem maiores problemas. Apesar da gestão do serviço e a assistência direta ser centrada no trabalho da enfermeira, tendo um papel fundamental em proporcionar a articulação entre os usuários e a equipe multiprofissional, uma vez que, em teoria, compete a esse profissional a capacitação do cuidador, a supervisão dos técnicos de enfermagem e a identificação de demandas para outros profissionais, sempre realizávamos a visita em equipe, enfermeira, dentista, agente comunitária de saúde (ACS), algumas vezes o NASF e, uma vez ao mês, a médica (FURAKER, 2012; SILVA, 2012).

A realização das visitas domiciliares (VD) em equipes multiprofissionais é fundamental, pelo fato de que através da visita e escuta, o profissional acaba identificando outros fatores prejudiciais ao usuário, para além da patologia (FIGUEIREDO, ACIOLI, MELO, 2009), além de ser a principal maneira de mudanças de práticas cotidianas no cuidado à saúde e ao domicílio, uma vez que as orientações das

diversas categorias profissionais passam a ser individualizadas e compatíveis com a realidade de cada usuário.

A primeira que tivemos oportunidade de realizar, foi à uma jovem usuária, 25 anos, que realizou transplante de fígado em 2009, aos 16 anos, após ter cirrose hepática. Ao chegarmos, fomos recebidos pela mãe da jovem, juntamente com sua filha, de 01 ano. Quando a jovem veio nos receber, fiquei sem palavras, esta estava muito icterícia, olhos, rosto, corpo... como a preceptora estava conosco e já possuía um vínculo com a família, ficamos examinando a jovem enquanto ela conversava com a mãe. Ao sairmos, a preceptora nos contou sobre a real situação, devido as complicações, o prognóstico era muito ruim, não havia mais o que se fazer, apenas cuidados paliativos.

Uma sensação de impotência, de falta de conhecimento inexplicável. Você ver uma jovem, com uma vida inteira pela frente, começando a construir uma família e saber que não pode fazer nada que permita a ela mais tempo para viver isso. Entretanto, diante dessas situações, as visitas domiciliares a esses usuários são realizadas com objetivo de prestar os cuidados paliativos, visando proporcionar qualidade de vida aos indivíduos e familiares buscando promover o alívio do sofrimento, da dor física, psicossocial e espiritual (VENTAFRIDDA, 2017).

Ao longo do ano, realizamos visitas a todos os usuários com esse perfil do nosso território, seja pelo fato de estarem acamados, por não frequentarem a unidade, visitas puerperais, dificuldade de locomoção, etc. Uma vez que essa estratégia visa além da assistência aos usuários que necessitam de cuidado contínuo, o diagnóstico local e a programação das ações (ABRAHÃO E LAGRANGE, 2007), dessa forma a visita domiciliar abrange não só os usuários acamados, mas àqueles que tem dificuldade em acesso à USF, o binômio mãe-filho nas visitas puerperais, além da busca ativa dos usuários. E ao fazê-las, conhecíamos cada vez, um pouco mais do território e das condições de vida dos usuários que atendíamos.

As visitas puerperais sempre foram uma paixão, poder acompanhar toda a gestação e ver a família, agora com mais um membro, na sua residência, entender e acompanhar um pouco da rotina é fascinante. Além de estreitar o vínculo e a confiança, as orientações são mais individuais e compatíveis com a realidade de cada puérpera e recém-nascido (RN).

A partir das primeiras vivências com a visita puerperal, durante um turno pedagógico – momento em que nos reunimos para discutir questões pertinentes ao núcleo – elaboramos uma ficha de atendimento ao recém-nascido (RN), afim de facilitar e otimizar a visita, possibilitando a avaliação integral do RN, com todos os seus aspectos desde o nascimento até o vínculo, alimentação e rotina na residência.

Com o tempo, aprimorávamos o nosso olhar, conseguindo perceber, além da questão de saúde do usuário que íamos avaliar, a quantidade de pessoas que moram

na residência, a situação e estrutura do lugar, as relações familiares, tendo a visita domiciliar como um instrumento de identificação dos problemas de saúde do usuário de maneira mais ampla, levando em consideração o contexto biopsicosocioespiritual do indivíduo (ROCHA et al, 2017).

Um outro momento de visita domiciliar que foi muito marcante, foi uma que realizamos em área descoberta, na qual só conseguimos entrar na casa uma vez, porque sempre que íamos, não conseguíamos contato com ninguém para abrir a porta. Nessa que conseguimos entrar, quando chegamos a irmã do usuário que buscávamos a visita, estava chegando em casa no mesmo momento que nós, dessa maneira, conseguimos acesso.

Ao entrarmos, percebemos a residência recém reformada, passamos pelos cômodos até chegar à lavanderia, que tinha um portão trancado com parafuso, passamos pelo corredor e uma porta, fechada com um pedaço de varal, ao abrir, entramos em um quartinho que se encontrava bastante empoeirado, contendo apenas uma cama de ferro e um colchão, puro, e lá estava o usuário, além de todos os seus pertences (um saco de espuma, duas escovas de dentes desgastadas e algumas roupas). Além disso, havia um balde de urina ao lado da cama. O usuário encontrava-se sem tomar banho, com um odor forte de urina, vestindo apenas uma fralda. Conversamos e realizamos o atendimento à ele, além de conversarmos com a irmã, que nos justificou a falta de tempo para a higiene do usuário, além de solicitar um aviso prévio da visita, alegando que pode não estar em casa, e que por isso não conseguimos acesso antes.

A partir dessa fala, percebemos como é importante realizar visitas domiciliares sem aviso prévio, permitindo que seja vista a realidade mesmo da rotina dos usuários, a fim de entendermos do que se precisa realmente o usuário, seja de habilidades e instrumentos da USF ou das redes de apoio.

Sáimos da residência perplexas com a situação e tudo o que vimos. Ao chegar na unidade, sem saber o que fazer com o que vimos, em conversa com as residentes do segundo ano (R2), fomos orientadas a entrar em contato com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), por ser o centro responsável por atender indivíduos que têm seus direitos violados, porém ainda mantêm um vínculo com seus familiares, mesmo que fragilizado, além de situações de risco pessoal e social, violência, maus tratos, abandono (FERREIRA, 2013), dessa maneira, fizemos contato telefônico e ficha de referência e contra referência.

Demoramos um pouco para ter resposta do CREAS, mas nesse tempo, conseguimos articular e fazer parte das reuniões que eram realizadas entre as USF e o setor, dessa forma, pudemos estreitar as relações e passar a discutir presencialmente os casos. A partir daí, como o CREAS também não conseguiu acesso a residência, após

quatro tentativas, fomos orientadas a realizar uma denúncia do Ministério Público (MP) por entender que esse órgão atua na defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis, visando garantir os direitos sociais preconizados pela Constituição Federal (RIBEIRO, 2008).

Seguimos sem uma resposta do MP, pois justificaram que precisam de um relatório do CREAS ou do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), para dar seguimento ao processo, entretanto, como esse setor também não conseguiu acesso a residência, não foi possível realizar o relatório. Porém, quando me encontrava já no segundo ano de residência (R2), por ainda possuir agenda na USF, fiquei sabendo que a equipe conseguiu acesso à residência novamente e que estão conseguindo, eventualmente, prestar cuidados ao usuário.

Um fator muito importante em todos esses casos de visita domiciliar, foi a multidisciplinaridade e o apoio que tivemos por conseguir realiza-las sempre em equipe, contando com o olhar além do meu, de enfermeira, da ACS, da dentista e da médica, além de, em alguns casos, dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o que é fundamental para o tratamento do usuário, mas também faz com que a gente aprenda muito mais, tendo uma visão mais ampla além de mais conhecimento científico.

2.3 O ser Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família

Compondo a equipe de saúde da família, o enfermeiro exerce atividades assistenciais, educativas e administrativas. Dessa forma, além das consultas de enfermagem, o profissional é responsável por ações educativas, sejam elas com outros profissionais ou com usuários, pela supervisão de enfermagem, previsão e provisão de materiais e insumos, etc. O enfermeiro realiza uma ampla variedade de atividades na Unidade de Saúde da Família (CAÇADOR, 2015; MONTENEGRO, 2010).

Entendendo as diversas atividades exercidas pelo enfermeiro nesse espaço e, tendo as vivenciado apenas na graduação, a ansiedade e a insegurança em assumir esse papel eram muito grandes.

Nas primeiras semanas de atendimento, tinha o acompanhamento da minha R2 de referência, ponto que foi muito importante para que eu me sentisse cada vez mais segura e mais à vontade em realizar o atendimento sozinha, o apoio de uma pessoa que também já passou por esse momento foi fundamental para que eu desenvolvesse a autonomia.

2.3.1 Consultas de enfermagem

A consulta de enfermagem é definida como a oferta da assistência pelo profissional enfermeiro seja para indivíduo sadio ou adoecido, objetivando a prestação de assistência sistematizada de enfermagem, identificação dos problemas, execução de ações e avaliação dos cuidados visando a promoção, prevenção, recuperação e habilitação da saúde (PORTO, 2007; CAMPOS, 2007).

A oferta dessas consultas é baseada em diversos Programas, dentre eles os específicos para doenças crônicas, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, saúde do homem, abrangendo a diversidade de gênero, faixa etária e singularidade dos indivíduos (BORGES, 2010).

Dentro da ESF, as agendas de enfermagem, em sua maioria, são organizadas por programas, entretanto, durante nossa vivência na USF, modificamos a agenda, elencando turnos de Saúde da Família, no qual engloba todos os atendimentos ofertados pela enfermagem, com exceção do citopatológico de colo de útero e do pré-natal.

A consulta de coleta de citopatológico de colo de útero, que engloba além dessa técnica que consiste na coleta de células da ectocérvice e da endocérvice do colo uterino e fixação imediata do material em lâmina para análise (BRASIL, 2002), a avaliação das mamas através de inspeção e palpação à procura de possíveis nódulos ou anormalidades visando a identificação precoce do câncer de mama (BRASIL, 2013). Dessa maneira, por ser uma consulta que necessita de determinados materiais e da limpeza posterior da sala para novos atendimentos, esta ocorre em turnos específicos da agenda, não sendo marcado juntamente com outros programas.

Semanalmente realizava exames citopatológicos do colo do útero, e acabei em uma delas com a visualização de dois colos de útero, fiquei perdida, sem saber o que fazer, nunca tinha nunca tinha visto ou lido nada sobre isso, então segui as orientações da R2, colhi o material e realizei o atendimento normalmente. Essa alteração acontece devido a falhas na fusão dos ductos de Muller, que ocorre entre a 10 e a 12ª semana, e é denominada útero didelfo, podendo ser dois colos de útero distintos desembocando em uma única vagina ou ter duplicidade de vagina também (BARACAT, 2010).

Em busca por explicações e condutas a serem adotadas nesses casos, percebi que, por ser pouco comum, não há uma conduta específica a ser seguida, entretanto, acredito que é importante ter um diálogo mais aprofundado com a usuária e colher o material de ambos os colos de útero seja o melhor caminho a ser seguido.

Seguindo com os exames citopatológico de colo de útero, um outro, em particular, me chamou muito a atenção. Apesar de o Ministério da Saúde (MS) indicar a realização desse exame dos 25 aos 64 anos (BRASIL, 2013), optei por realizá-lo em

uma adolescente de 14 anos, devido sua história: início da vida sexual com 12 anos e casos de sexo oral em locais desapropriados.

Dessa forma, ao realizar o exame, juntamente com a R2, observamos um colo de útero bem hiperemiado, com pontos mais escurecidos e abundante leucorréia. Fiquei impressionada com a história, uma menina tão nova e já com essa realidade, apesar de entender que normalmente é nesse período da vida que alguns indivíduos iniciam as práticas sexuais (TAQUETTE et al, 2005).

Ao final da consulta, prestamos as orientações, reforçando o uso do preservativo e buscando ganhar sua confiança para que siga as orientações e não se exponha a riscos desnecessários. Analisando o resultado, não foram constatadas alterações significativas e, mais tarde, conseguimos realizar consultas de planejamento familiar e dar seguimento ao acompanhamento integral.

As consultas de planejamento familiar consistem em ações voltadas à contracepção e, um dos pontos fundamentais para a efetividade nesse ponto são as orientações, a oferta de acesso à informação tanto para mulheres – que são o maior público dessas consultas – quanto para homens, gerando condição de escolhas conscientes e compatíveis com a realidade de cada usuário (ARAÚJO, 2004).

Outra consulta que a enfermeira realiza é o pré-natal, que é sempre um tema de muito interesse talvez pela afinidade ou admirável processo de se gerar uma vida. Essa consulta objetiva garantir uma gestação tranquila e o pleno desenvolvimento do bebê, através da realização de exames clínico-laboratoriais, orientações, suplementação de ferro e ácido fólico, vacinas, etc (XIMENES NETO et al, 2008).

Ao longo do primeiro ano de residência (R1), tive a oportunidade de acompanhar muitas gestantes, algumas desde o começo da gravidez outras já em estágios mais avançados, mas cada uma delas fez com que eu aprendesse e me encantasse ainda mais por esse momento.

Durante as consultas, além da avaliação física e demais condutas do atendimento, orientava a gestante e os acompanhantes, sobre diversos pontos, desde alimentação a parto, puerpério e aleitamento. O profissional de saúde tem papel fundamental no fornecimento de orientações que auxiliam as gestantes no processo de gestação, parto e pós parto, a exemplo a prevenção e manejo de dificuldades com o aleitamento (GIUGLIANE, 2004).

Já li bastante sobre aleitamento, amamentação e suas complicações, mas, até então, nunca havia presenciado uma situação tão difícil com a mastite, que é um processo inflamatório que pode evoluir para infecção bacteriana (GIUGLIANE, 2004). Uma adolescente, 16 anos, não morava na minha área de abrangência, a conheci no acolhimento, referiu estar em aleitamento materno exclusivo (AME), quando já estava com a mama direita “aberta” e em uso de antibioticoterapia (ATB), conversamos e

orientei sobre os cuidados também com a mama esquerda, para não evoluir como a direita, dentre eles o início precoce da amamentação em livre demanda, realizar técnica correta de amamentação, realizar ordenha e, a partir da formação de nódulos, realizar massagem e compressas mornas na mama (BIANCUZZO, 1999).

Uma semana depois ela retornou à USF com mastite na mama esquerda também, daí em diante, além da ATB, como ela tinha facilidade em ir a USF, todos os dias, por uma hora, realizávamos massagem na mama juntamente com compressa morna e ordenha, além das orientações de realizar esses passos na residência, porém acabou evoluindo como a mama direita. Fiquei arrasada que, mesmo com todo nosso esforço, não pudemos evitar isso, entretanto após o tratamento, tudo se estabilizou e ela retornou com o aleitamento e sem maiores complicações. Essa situação só reforçou a importância das orientações durante as consultas e salas de espera sobre o tema para evitar outros casos como esse.

Assim como o planejamento familiar, as demais consultas são agendadas como saúde da família, dentre elas encontram-se a saúde do adolescente, puericultura, HIPERDIA, saúde do homem, saúde da mulher, saúde do idoso e demais consultas conforme necessidade do usuário.

2.3.2 Atendimento de urgência na USF

O acolhimento a demanda espontânea é uma maneira de garantir escuta à todos os usuários que buscam a USF, indicando alternativas de solução do problema que o levou à unidade, o que conseqüentemente, qualifica a relação entre o profissional e usuário, fortalecendo o vínculo entre eles (BRASIL, 2009; SCHIMITH; LIMA, 2004).

Nessa perspectiva, ao contrário do que muitos pensam, em USF também acontecem atendimentos de urgência e emergência, principalmente quando a unidade é o ponto de saúde mais próximo da residência, existe um vínculo entre os profissionais e usuários e há acolhimento a demanda espontânea eficiente e eficaz.

Dessa maneira, em uma sexta-feira, antes nas 8h da manhã, horário de abertura das unidades, quando cheguei para mais um dia de trabalho, percebi um homem sentado na escada, pálido, sudoréico e vomitando. Entrei para guardar minhas coisas e só tinha a recepcionista na unidade até então, fiquei um pouco nervosa, sem saber o que fazer, então ela me incentivou a acolhê-lo. Peguei o material (esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro) e fui falar com ele.

Ao questioná-lo sobre como estava se sentindo, ele me afirmou estar dessa maneira desde a noite anterior, sem fome, com tremor, ao verificar a PA = 90X60 mmHg, o levei para uma sala e ele deitou na maca, o HGT estava em 400 mg/dL, a temperatura 32,5°C. Questionei sobre alimentação, bebida, para todas houve negativa, foi então que

a preceptora e as técnicas de enfermagem chegaram e me ajudaram a conduzir a situação. Entramos em contato com o SAMU e com familiares do usuário e o encaminhamos para a UPA em segurança.

Após uma semana, o usuário retorna à unidade, agradecido, e refere não ter ingerido bebida alcoólica desde então, quando percebo que o caso foi uma crise de abstinência, fato que ocorre em pessoas que ingerem grande quantidade de determinada substância e reduzem esse consumo drasticamente o que ocasiona sinais e sintomas pouco específicos como tremores, náusea, vômito, hipertensão arterial, taquicardia, por isso seu reconhecimento e avaliação se tornam complexos no primeiro contato (LARANJEIRA et al, 2000).

A partir desse momento, percebi ainda mais a necessidade de estudar e compreender as condutas referentes às USF nos casos de urgências e emergências que por ventura possam surgir, principalmente pelo fato de o enfermeiro ter papel fundamental nesse tipo de atendimento, triando os usuários conforme classificação de risco e implantando ações visando a identificação precoce de problemas, causas e riscos, além de garantir uma atenção eficaz e integral na busca por controle dos problemas já instalados, prevenindo os agravos (SOCESP, 2015).

2.3.3 Teste rápido

A ideia de informar à pessoa, através do teste rápido, que ela tem determinada condição, sempre me foi muito desagradável, como se eu estivesse diretamente impondo essa condição a ela. Entretanto, desde o início da atuação na USF, sempre realizei muitos testes rápidos que, nada mais são do que um exame rápido de diagnóstico precoce de infecções como Sífilis, HIV, Hepatite B e Hepatite C (BRASIL, 2013).

Muitas foram as oportunidades, não muito agradáveis, que tive de ter essa sensação, Sífilis, HIV, Hepatite B... ou seja, quase todos os testes rápidos que disponibilizamos. De todos, o de sífilis acabou sendo o mais comum e o menos desconfortável, talvez pela existência de tratamento (apesar de difícil, pela convocação e aceitação do parceiro) e cura ou pelo fato de as pessoas banalizarem tanto essa patologia, que não demonstravam a devida importância dela seja na gestação ou não.

Sobre a Hepatite B, foi um desafio, não tinha muito conhecimento técnico referente as condutas a serem adotadas uma vez que o teste rápido positiva. Ocorreu durante uma 1ª consulta de pré-natal, ao realizar os testes rápidos, a hepatite B positivou e, nem a gestante, nem o companheiro esperavam por isso. A partir daí, expliquei toda a situação para ambos, que a patologia é transmitida de forma vertical, sexual ou por inoculação percutânea (PERIM e PASSOS, 2005), o que isso acarretaria na gestação e

no feto, devido a possibilidade de transmissão vertical, uma vez que pode ser passada desde a vida intra-uterina, da 20ª semana de gestação até os 5 anos de idade (PERIM e PASSOS, 2005) e, com ajuda da preceptora, solicitamos os exames complementares, as sorologias adequadas, oferecemos todas as orientações e seguimos com o acompanhamento dessa família.

Dos casos mais difíceis nesse sentido, foi quando um teste rápido de HIV positivou, juntamente com o de sífilis. Realizei o 2º teste de HIV e lá estava. Fiquei completamente sem chão ao ter que dar essa notícia ao usuário, principalmente pelo fato de que ele estava em uma consulta médica, que me solicitou apenas para realizar o teste.

Eu não sabia muito sobre sua história ou motivo da consulta. Mesmo assim, expliquei e orientei sobre o vírus e o seguimento do acompanhamento, mas após toda a explicação, houve um questionamento: “descobrimo rápido assim, tem cura?”. Fiquei sem palavras, tinha explicado tudo há um minuto, então, sentei e expliquei tudo novamente. Quando a médica retornou à sala, explicamos tudo mais uma vez, orientamos e o encaminhamos para realizar o acompanhamento e tratamento na unidade de referência, mas tive a sensação de que ele não tinha compreendido realmente o que estava acontecendo.

Além da realização do teste, o Ministério da Saúde determina o aconselhamento pré e pós teste, o qual presumindo relações estabelecidas de confiança e vínculo entre profissional e usuário, consiste na escuta individualizada visando o apoio emocional, educativo, a avaliação dos riscos e busca de alternativas para enfrentamento em conjunto com o usuário, estimulando a autonomia e o reconhecimento dele como sujeito de sua própria saúde (BRASIL, 2008).

Dias depois, o encontro na unidade, aguardando para continuar o tratamento da sífilis, ao conversarmos, percebi que está seguindo o tratamento corretamente e sendo acompanhado na unidade de referência, além de, principalmente, manter o vínculo com a unidade.

2.3.4 Sala de vacina

A sala de vacina é um mundo à parte dentro da USF que, apesar de analisarmos o cartão vacinal dos usuários nas consultas, se não dedicarmos um tempo para essa sala, passamos despercebidas e perdemos o mundo de informações e experiências que ela proporciona, principalmente nesta equipe, com técnicas de enfermagem tão bem preparadas e dispostas a ensinar e ajudar-nos.

Por mais que alguns profissionais de enfermagem não tenham tanto domínio ou afinidade com o assunto, a supervisão da sala de vacina é de responsabilidade do

enfermeiro (BASIL, 2003), dessa maneira é fundamental que este profissional entenda e conheça todo o seu funcionamento conforme as normas do Programa Nacional de Imunização (PNI).

Em nossa agenda, tivemos a oportunidade de reservar uma semana para acompanharmos e entendermos mais sobre isso, mas desde o início, sempre que tive um tempo “livre”, busquei aprender e entender um pouco mais das vacinas e suas aplicações. Quando os calendários vacinais são bem atualizados, não temos tanto problema, mas quando chegam aqueles atrasados, no início, ficava meio perdida de como organizar para administrar tantas vacinas atrasadas.

Tive a oportunidade de acompanhar toda a rotina de uma sala de vacina, desde a organização e supervisão das vacinas, a temperatura da geladeira, até a administração delas e o funcionamento do sistema. Até a vacina da BCG, que tem uma técnica diferenciada, é a primeira vacina, administrada em RN, a qual nunca tive oportunidade de realizar e tinha muito receio, com a ajuda da técnica de enfermagem, pude administrá-la e perder o medo dessa técnica.

Essas vivências na sala de vacina me deram conhecimento e segurança para assumir a sala de vacina de qualquer USF, uma vez que tinha muito receio nessa questão, por conta das complicações e erros de administração, mas graças a essa experiência e ao apoio e paciência das técnicas e da preceptora, já me sinto apta nessa questão.

2.3.5 Sala de procedimentos

Ainda como atribuição do enfermeiro, bem como a sala de vacina, a sala de procedimentos é de responsabilidade e supervisão do mesmo. É um espaço reservado para realização de procedimentos como administração de injeções, usuários em observação, realização de pequenos procedimentos, dentre eles os curativos (BRASIL, 2011). Dessa maneira, são realizadas desde administração de medicamentos à curativos nesse ambiente.

A administração de medicamentos sempre me gerou um pouco de receio, principalmente por conta dos erros na administração e efeitos adversos e, na universidade, não foram muitas as chances de praticar, por esses motivos, sempre me prontifiquei à realiza-las na unidade, buscando sempre aprimorar a técnica e ampliar o conhecimento.

Ainda na sala de procedimentos, inúmeros são os tipos de curativos realizados na USF, desde simples retiradas de pontos a extensas úlceras venosas com miíase. Nesses procedimentos, uma coisa me inquieta, na REMUME, as medicações disponíveis para as USF não são suficientes para tratamento completo de alguns tipos

de feridas, dessa maneira, algumas vezes o tratamento acaba não sendo eficaz, fazendo com que uma ferida que tinha possibilidade de cura em um mês, permaneça por mais tempo, podendo até não ser cicatrizada.

Quanto a isso, o município está se organizando para implementar uma sala de curativo, bem como a criação do protocolo de feridas, o qual tive o prazer de participar, uma vez que fui residente da Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF).

2.3.6 Gerência da USF

Por último, mas não menos importante, há o papel de gerente da unidade, responsável pelo planejamento, coordenação, gerenciamento, execução e avaliação das atividades desenvolvidas na USF, sempre em integração com a equipe, buscando a melhora da qualidade do atendimento prestado ao usuário (BRASIL, 2006; GALVÃO, TREVISAN, SAWADA, 1998).

Das funções do gerente de uma Unidade de Saúde da Família, tem-se a previsão – levantamento das necessidades definindo quantidade e qualidade do material - e provisão – reposição dos materiais necessários para o desempenho das atividades - de materiais (CASTILHO e LEITE, 1991) a qual tive a oportunidade de realizar, uma vez que ficava intrigada com a maneira em que se realizava a solicitação de materiais mensalmente, a qual era realizada pelo administrativo da unidade, entretanto, os materiais são usados pelos profissionais de enfermagem e, ao final do processo, solicitava-se sempre a mesma quantidade de cada item.

Certa feita, ao concluir o atendimento mais cedo, em conjunto com a técnica de enfermagem, contamos e etiquetamos todos os materiais utilizados, desde agulhas a caixas de perfurocortantes, esparadrapos a garrafas de álcool 70%, a partir disso, foi possível realizar o pedido mais fidedigno de materiais.

Com isso, ficou mais clara a importância que tem o enfermeiro em conhecer todo o material da unidade bem como o processo de trabalho, para que a assistência ao usuário seja realizada de maneira adequada, uma vez que a falta do material implica diretamente no cuidado ao usuário.

3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO POTENCIALIZADORA DO CUIDADO

3.1 Programa Saúde nas Escolas (PSE):

O Programa Saúde nas Escolas (PSE), política intersetorial entre Ministério da Saúde e da Educação, visa atuar na prevenção, promoção e atenção à saúde das crianças, adolescentes e jovens do ensino público (BRASIL, 2010).

De todos os tipos de educação permanente e em saúde, o PSE é o que eu menos gosto de fazer, mesmo entendendo a importância do enfermeiro como educador em saúde e a potência exercida por essa atividade no desenvolvimento da autonomia desse público-alvo, motivando a formação do conhecimento individual e coletivo conforme realidade de cada um, favorecendo a promoção e prevenção a saúde (MENEZES, ROSA, 2004; OLIVEIRA, ANDRADE, RIBEIRO, 2009).

Entretanto, o primeiro encontro com a Escola do meu território foi uma experiência maravilhosa, abordamos sobre higiene e verminose de uma forma tão lúdica, dinâmica e participativa que divertiu e ensinou não só as crianças, como a nós, profissionais. Percebemos que de acordo com a maneira que o tema lhes é apresentado, as crianças se interessam, participam e aprendem mais.

Durante o ano, realizamos várias atividades, atendendo os três componentes propostos: avaliação das condições de saúde, promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos, capacitação permanente dos profissionais de saúde e educação (BRASIL, 2015) de diversas formas, de fantoches e brincadeiras à vídeos e encenações, sempre buscando maneiras atrativas de passar um pouco dos ensinamentos para que as crianças entendam o assunto e multipliquem ele.

3.2 Educação permanente

Entendendo o enfermeiro como potencial educador em saúde e tendo em vista que uma das funções desse profissional é supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente, o binômio enfermeiro-educação permanente é peça fundamental para se gerar novas competências ao trabalho da equipe, agregando novos conhecimento e fortalecendo experiências passadas na busca de melhorar a qualidade de vida dos usuário assistidos (BASSOTO, 2012).

A educação permanente é considerada uma estratégia para a gestão da educação e do trabalho em saúde, visando promover o ordenamento e desenvolvimento permanente dos trabalhadores motivando não só a atualização e transmissão de conhecimentos, mas direcionando a mobilização da criatividade e transformação coletiva de saberes e práticas do cotidiano do trabalho (MEDEIROS et al, 2010).

A primeira experiência de educação permanente (EP) foi com as ACS, no começo, senti um pouco de resistência da parte delas, talvez pelo tema, devido as falas “de novo isso? Não aguento mais ouvir sobre vacina” ou pelo próprio momento, que não é tão comum.

Pensei esse momento o mais dinâmico que pude, então quando nos encontramos, primeiramente montamos um calendário vacinal de acordo com conhecimentos prévios e após isso, discutimos e fomos adequando cada uma das vacinas e suas devidas orientações. Fiquei muito feliz com a participação e acolhimento delas comigo e com o tema, além disso, solicitaram mais momentos como este e, até em reunião de equipe, salientaram e parabenizaram pelo momento.

Além dessa, tive a oportunidade de realizar mais dois momentos como este, que foram muito valiosos, principalmente quando discutimos sobre visita domiciliar, um tema que eu não tinha muita afinidade, mas que elas sabem muito afinal, é a base do trabalho delas.

Foi um momento muito rico, pois além de abordarmos a teoria, a partir das escalas de Coelho e Savassi (2004), elas trouxeram casos e relatos de experiências muito interessantes que nos fez refletir em como está sendo realizada essa discussão de casos e de como podemos melhorar isso e o próprio planejamento das visitas. Esse momento foi muito importante, pois através dele levamos o tema para a reunião de equipe e passamos a construir, priorizar e analisar juntos as escalas e os riscos de casa usuário de VD, a fim de melhorar esse espaço na unidade, fazendo também com que as ACS interagissem e participassem mais desse momento.

Além da EP com as ACS, também houve com os demais profissionais de saúde da equipe, tanto da equipe mínima quanto do NASF, quando realizei o matriciamento sobre o Programa Nacional de Tabagismo (PNCT) que tem o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao uso dessas substâncias através de ações educativas (BRASIL, 2015).

O matriciamento foi realizado na reunião de unidade, abordando o fluxo, o funcionamento e o acolhimento desses usuários, além da retirada de dúvidas. Também foi abordado o tema nos turnos pedagógicos de odontologia, de enfermagem e com o NASF. E uma EP com as ACS, falando da importância do trabalho delas no Programa e solicitando o levantamento desses usuários. Após todos esses momentos, pegamos os dados dos usuários interessados, entramos em contato e demos início aos encontros, do qual uma usuária cessou o fumo e segue dessa maneira até os dias de hoje.

O turno pedagógico (TP) é um momento protegido na agenda do residente para discussão de assuntos pertinentes ao núcleo ou à equipe, dessa maneira, estando no R2, tive a oportunidade de facilitar um desses momentos com os R1, sobre sala de vacina e vacinas. Assim como quando abordei esse assunto com as ACS, tive o cuidado

de ser o mais dinâmica possível, também montamos o calendário vacinal com os conhecimentos prévios e em seguida, discutimos sobre cada vacina, suas devidas doses, vias de administração, validade, etc. Além disso, também relembramos as agulhas, seus tamanhos e indicações e treinamos a administração em um boneco.

Aproveitamos o momento e conversamos sobre a responsabilidade do enfermeiro em supervisionar a sala de vacina, observar e fazer o controle da temperatura da geladeira e garantir a provisão e previsão dos materiais e imunobiológicos necessários.

O teste do pezinho, testes para diagnóstico precoce de determinadas patologias congênitas ou infecciosas assintomáticas no período neonatal (BRASIL, 2002) e a triagem pré-natal, rastreamento e identificação de gestantes com risco de desenvolver doenças infectocontagiosas mais prevalentes visando reduzir a transmissão vertical (BRASIL, 2011) também foram assuntos abordados, demonstrados e praticados no boneco. Foi um momento de troca muito bom para a minha formação e o feedback positivo do momento me deixou ainda mais contente.

3.3 Educação em Saúde

Pensando nas salas de espera como uma estratégia de educação em saúde que visa o intercâmbio entre o saber popular e o científico com objetivo de ressignificar conceitos e atitudes de saúde, conseqüentemente promovendo o autocuidado e melhorando a saúde (CEVERA, PARREIRA e GOULART, 2011; ASSIS, 2004) e considerando o enfermeiro como potencial educador de saúde, ao longo do período de residência tive a oportunidade de realiza-la sobre diversos temas, desde o cardápio de ofertas da USF, com objetivo de facilitar o entendimento e a marcação dos atendimentos, a campanhas de vacinas, patologias e promoção de saúde mental.

Os temas das salas de espera variavam conforme público alvo, mês e casos de maior procura do acolhimento, por exemplo, juntamente com a dentista, realizamos um levantamento das duas maiores queixas de acolhimento no mês, com base nesse dado, realizamos salas de espera durante um mês sobre as duas queixas (respiratórias e odontológicas), sempre enfatizando os casos de urgência e emergência, casos mais agudos leves e os casos leves, dessa maneira, ao analisarmos os dados no mês posterior, já conseguimos perceber uma redução de queixas leves das duas áreas, sinalizando a importância da sala de espera até para o processo de trabalho no acolhimento.

Em todas elas, além de passar um pouco do conhecimento científico, buscava incentivar a fala dos usuários com a finalidade de entender cada vez mais a realidade em que eles vivem, compreendendo as crenças e os saberes que carregam em suas

bagagens, até para saber se e como devem ser feitas as orientações para que sejam seguidas conforme realidade de cada um.

Outra estratégia de educação em saúde muito presente na USF são os grupos, seja ele de convivência, de doenças crônicas, de saúde mental, de gestantes... cada um com sua particularidade, mas todos com o objetivo de criar vínculos, sensação de pertencimento, união entre os usuários, sanar dúvidas e dar orientações buscando sempre a melhoria da qualidade de vida.

Acredito muito no poder que a educação em saúde possui pelo fato de ser um momento de trocas em que todas as verdades e pontos de vista são levados em consideração para se chegar a um ponto que todos consigam aceitar e seguir para o bem estar individual e coletivo. Dessa maneira, o enfermeiro tem grande importância na prevenção de doenças e promoção da saúde dos usuários do seu território de abrangência.

4 MEUS PRIMEIROS PASSOS ENQUANTO RESIDENTE DO SEGUNDO ANO

Ser R2 era um sentimento misto, uma expectativa grande dos novos desafios e experiências, mas ao mesmo tempo um apego muito grande com a unidade e os usuários. Antes de iniciar o R2, tivemos momentos chamados de introdutório ao R2, os quais foram muito ricos e necessários, abordando temas iniciais ao que foram vivenciados por nós nesse segundo ano de residência, desde questões administrativas a novos conceitos, espaços e fluxograma.

Essas primeiras informações foram muito importantes, pois apesar de termos contato com alguns desses locais e pessoas, não tínhamos clareza desse fluxograma e de toda sua extensão. Percebemos que, mesmo estando durante um ano vivendo a atenção básica, ainda existiam muitas questões que não tínhamos conhecimento, principalmente no que diz respeito ao macro, uma vez que na unidade, apesar de termos contato com alguns locais citados, focamos mais naquele usuário em questão, nem sempre vendo todo esse processo que envolve o seu atendimento e a resolubilidade do caso.

Dessa maneira, além dos processos assistenciais, a enfermagem tem também um papel gerencial fundamental para o funcionamento dos serviços de saúde, tendo como objetos de trabalho os recursos humanos e a organização através de saberes do âmbito do planejamento, seleção e recrutamento de pessoal, educação permanente e continuada, dimensionamento, supervisão e avaliação de desempenho, apesar de não haver maior atenção em sua formação no preparo para esse posto (KURCGANT, 2010; CAVEIÃO et al, 2015).

4.1 Inserção do enfermeiro na Assistência Farmacêutica: Primeira experiência em Dias d'Ávila

Conforme desenho do R2, durante 6 meses os residentes estagiam em um ponto da rede e, por diversos motivos, dentre eles a curiosidade e a vontade de entender um pouco mais sobre isso, passei esse período na Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF). E não poderia ter estado em outro lugar, a experiência foi incrível!

Tive a oportunidade de entender e participar de todos os fluxos das medicações, desde seu pedido à distribuição nas unidades para os usuários, os sistemas utilizados, responder chamados do Ministério Público, além de me aprofundar mais em alguns temas como o descarte de medicamentos, o protocolo de curativos e a cartilha de interações medicamentosas dos psicotrópicos.

Um dos primeiros impactos, foi a questão da poluição devido o descarte inadequado de medicamentos, a partir de estudos sobre isso, percebemos que os medicamentos que são descartados nas próprias residências (fosse séptica, esgoto, lixo

comum), contém substâncias que, ao final do processo de infiltração, dissolução e lixiviação, acabam poluindo o lençol freático, rios, córregos podem contaminar essa água consumida (BRASIL, 2006).

Dessa maneira, reunimos esforços buscando nos embasar legalmente para amenizarmos esse fato no município, propomos uma lei municipal, referente ao descarte de medicamentos, além disso implantamos um fluxo através de portaria para as unidades municipais e solicitamos a avaliação da água para esses compostos. Não foi possível conseguir a avaliação da água, entretanto, atualmente os medicamentos, distribuídos nas USF, que vencem ou sobram, são devolvidos às mesmas para serem descartados corretamente pela Secretaria de Saúde (SESAU).

Uma das classes de medicamentos que são mais preocupantes no descarte incorreto, são os psicotrópicos, medicamentos que são muito utilizados no município e, através do levantamento dos dados, percebeu-se grande quantidade de interações entre os psicofármacos e os medicamentos prescritos pela AB, tanto por conta de outras doenças crônicas quanto por agravos agudos que acometem os usuários de saúde mental, afinal somos indivíduos biopsicossociais.

A partir dessa compreensão, foi possível perceber a fragmentação que existe na assistência ao usuário, que tem como consequência a ocorrência dessas interações medicamentosas, uma vez que a prescrição concomitante de medicamentos é uma prática regular tanto por conta das diversas patologias quanto para a melhor eficácia do medicamento (OGA, 1994; OLIVEIRA, 1986; THOMPSON, 1979; VASCO, 1993).

A ocorrência dessas interações pode estar relacionada tanto ao desconhecimento da patologia de saúde mental no indivíduo ou pelo desconhecimento das medicações que tem interações medicamentosas prejudiciais. A partir desse ponto, através do estágio na CAF, elaboramos uma cartilha de interações medicamentosas com os psicotrópicos mais prescritos no município e as medicações mais utilizadas na AB, levando em consideração a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

Infelizmente, devido ao tempo de permanência no setor, não foi possível realizar educações permanentes com as EqSF ou com o CAPS, mas as cartilhas foram encaminhadas para as unidades para servirem de apoio ao atendimento dos usuários, buscando reduzir as interações medicamentosas no município.

Outra experiência importante, principalmente para mim, que sou enfermeira, foi a oportunidade de criar o protocolo de curativos para o município, necessidade que surgiu a partir da implantação da sala de curativo municipal. Para elaboração desse documento, fizemos o levantamento dos materiais utilizados, durante 6 meses, em cada unidade afim de entendermos os gastos e os materiais mais utilizados, a partir daí, foi possível, além de conhecer as salas de curativos de cada unidade, elaborar um

protocolo fidedigno, com as coberturas e materiais que estarão disponíveis no município para cada ferida específica. Além disso, em conjunto com os profissionais da Rede de Crônicas, elaboramos um fluxograma de atendimento a pessoas com feridas englobando tanto as USF, quando a sala de curativo e a Policlínica regional.

A experiência na CAF ultrapassou todas as minhas expectativas, passei a compreender mais a situação macro referente às medicações, além de perceber que a enfermagem pode fazer a diferença nesse setor, levando a visão mais relacionada ao usuário e a dinâmica das unidades o que acaba possibilitando documentos mais acessíveis, além de facilitar a criação de novos documentos norteadores para o setor.

4.2 O enfermeiro na Vigilância Epidemiológica

Compondo a grade curricular da residência, passamos um período em setor e município de nossa escolha, dessa maneira, a minha foi a vigilância epidemiológica (VIEP), pelo fato de não ter muita aproximação com o setor, apesar de ser de grande importância para enfermagem e para a Saúde da Família.

A vigilância epidemiológica é um espaço de pesquisa, coleta, processamento, análise e interpretação de dados que possibilitam a recomendação de medidas de controle apropriadas para a promoção das ações de controle, além de se realizar a avaliação da eficácia das medidas adotadas e a comunicação e divulgação das informações para a comunidade e os profissionais (BRASIL, 2005).

Nessa perspectiva, o campo me proporcionou uma visão mais ampliada para a saúde da família, possibilitando a relação direta do impacto desses agravos com a atuação nas Unidades de Saúde da Família uma vez que, na grande maioria das vezes, é a porta de entrada dos usuários e é a unidade notificadora dos casos em que a VIEP atua. Dessa forma, a vivência nesse setor fez com que entendesse a importância das notificações em tempo oportuno e das ações de vigilância em saúde no território.

Além de acompanhar toda a rotina da VIEP, desde receber as notificações dos agravos até a investigação de óbitos decorrentes deles, acompanhei um surto de Chikungunya em um distrito do município, realizando visitas, investigações, ações de bloqueio, coleta de exames e todo o trabalho da vigilância nesses casos, desde os mais burocráticos aos mais práticos. Vale salientar que todo esse trabalho foi realizado em parceria com a USF do distrito, bem como a importância da enfermeira, ACS e ACE nesse processo, uma vez que conheciam muito bem o território e tinham vínculo com os usuários, o que facilitou o trabalho. Além disso, é a USF quem deve realizar esse papel, tendo a VIEP como apoio, já que a vigilância em saúde também é de responsabilidade das equipes, não só da VIEP.

Esse período coincidiu com o surto de Sarampo no Brasil e, conseqüentemente na Bahia e, principalmente por ser um dos locais de passagem dos primeiros casos confirmados no Estado, a VIEP do município teve um papel muito importante e ativo, uma vez que o Sarampo é uma doença altamente transmissível e tem alta taxa de morbimortalidade e hospitalização na infância e, apesar de ter a vacina como profilaxia, o número de pessoas susceptíveis é alto, pelo fato de os cartões de vacinas se encontrarem, em sua maioria, desatualizados ou incompletos (OPAS, 2019; BRASIL, 2014; BALLALAI, MICHELIN, KFOURI, 2018).

A partir dos casos confirmados de sarampo em municípios vizinhos, intensificaram-se as ações de vigilância e bloqueio no município, elaboramos um Plano de Contingência do Sarampo, montamos uma equipe de Resposta Rápida, realizamos capacitações com os profissionais a fim de se identificar os casos o mais precocemente possível e tomar as medidas adequadas, realizamos busca ativa e acompanhamento dos contatos de suspeitos, vacinação dos contatos e, até bloqueio no bairro em que confirmou-se o caso.

Como a VIEP engloba uma gama muito extensa de ações e agravos e o tempo do estágio eletivo é relativamente curto, não foi possível me aprofundar em todas elas, entretanto essa experiência me permitiu ter uma visão mais ampliada da vigilância em saúde, atribuindo maior valor de uso às ações que são realizadas nas USF, além da relação entre a teoria e a prática, fazendo com que fosse possível implementar ações de controle e agravos de doenças e acompanhar o comportamento epidemiológico de algumas doenças de notificação compulsória o que conduz a tomada de decisões para adoção de medidas de intervenção pertinentes e eficazes.

Como em todos os campos, a educação permanente é muito presente na VIEP, dessa maneira, entende-se que esse setor deve ter articulação direta com os demais setores da SESAU e que, a partir de ações de EP, todos devem trabalhar em conjunto em prol da vigilância em saúde, com o objetivo de controlar e erradicar as doenças.

Por todas as possibilidades e experiências, superei minhas expectativas, pois pude acompanhar o comportamento epidemiológico das doenças sob vigilância, propiciar adoção de medidas de controle oportunas, detectar eventos de relevância epidemiológica e epidemias, além de avaliar as medidas, intervenções de prevenção, controle e erradicação, e alguns programas já existentes. Fato que foi possível, principalmente, pelo acolhimento, apoio e confiança que a equipe de enfermeiras da VIEP depositou em mim.

4.3 O enfermeiro gerencial

Retornar ao município no ápice do novo financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) foi meio tenso. O tema não estava sendo muito falado no município em que eu estava, além do período de férias. Então retornar com todas essas mudanças e incertezas, e no estágio em gestão, foi desafiador.

O novo financiamento do SUS modifica o repasse para Atenção Primária, passando a ser baseado no cadastramento da população e na avaliação de indicadores (BRASIL, 2019) e a sensação que deixa é de impotência, é inacreditável que um Sistema referência, tão bom, apesar de alguns detalhes, esteja posto nessa situação, que usuários tão vulneráveis poderão não ter acesso a consultas, medicações e tratamentos, porque terão que escolher entre se alimentar e realiza-los.

Em meio a toda essa incerteza, o estágio de planejamento, o último da residência, gestão, um lugar tão fora da minha realidade e zona de conforto, tão distante da assistência... ou não. Nunca estive tão certa que todo o trabalho da ponta depende desse espaço, cada pensamento, sugestão e decisão decidem toda a vida dos usuários do município, cerca de 80 mil pessoas, é uma responsabilidade enorme.

Nesse espaço, existem alguns documentos norteadores do fazer saúde de cada município, como o Plano Municipal de Saúde (PMS) – instrumento que subsidia o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde por um período de 4 anos (BRASIL, 2009; BRASIL, 2016) -, a Programação Anual de Saúde (PAS) – instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PMS para 1 ano (BRASIL, 2018) -, o Relatório Anual de Saúde (RAG) – instrumento que apresenta elementos para o acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas referente ao PMS e anualmente à PAS - (BRASIL, 2018) e, em cada período/ano, realiza-se um.

Atualmente, por ser início de ano, ficamos com a responsabilidade de dar continuidade a construção da PAS 2020, buscamos nos aprofundar no assunto, foram realizadas oficinas riquíssimas com os trabalhadores tanto da SESAU quanto dos serviços de assistência, nas quais elencamos problemas reais de cada setor e âmbito, com o objetivo de construir uma PAS mais fidedigna que abarcasse todos os pontos de vista.

Ter a oportunidade de participar dessa construção e de todos os espaços de forma tão acolhedora e com o apoio dos profissionais foi muito importante, possibilitando um conhecimento profissional e pessoal muito significativo, além de mudar minha visão sobre gestão e compreender que existem diversos tipos de gestão e, diferente do que eu pensava, está muito mais próximo da assistência, diretamente ligado a cada atendimento, procedimento e medicação dispensada na USF.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho do enfermeiro na Saúde da Família é muito amplo, variando desde a assistência até a gestão, dessa maneira, apenas a graduação acaba não sendo suficiente para todo esse conhecimento e experiência que capacite e prepare para assumir esses espaços.

A Residência Multiprofissional em Saúde permite que, uma vez que o residente quer e está disposto a adquirir o conhecimento e vivenciar as experiências, o profissional fique seguro e tenha capacidade técnica e científica para assumir esse espaço com destreza, fornecendo ferramentas para resolução de problemas, aproximação entre a teoria e a prática, além da troca de experiências com outros profissionais e com usuários.

Viver esses dois anos de residência foi transformador tanto profissional quanto pessoalmente. Ter a possibilidade de trabalhar com uma equipe multiprofissional que apoia, incentiva, compartilha e acredita no SUS fez com que o caminho fosse mais leve e rico.

A construção desse memorial possibilitou o resgate de muitos momentos importantes dessa trajetória e a certeza de que vale a pena acreditar e lutar pelo SUS, que ainda existem pessoas que tem potencial e vontade de fazer as coisas acontecerem. A partir de agora, a busca é pela multiplicação dos ensinamentos e vivências.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, Ana Lúcia, LAGRANGE, Valéria. A visita domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.151-71.
- ARAÚJO, Flávia Mentor de. Ações de Educação em Saúde no Planejamento Familiar nas Unidades de Saúde da Família do município de Campina Grande-PB: UEPB: 2004. 71p. Monografia (curso de especialização em Saúde da Família para Profissionais do Programa Saúde da Família de Campina Grande-PB). UEPB; NESC-UFPB; SMS de Campina Grande. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/especializacao/MonografiaFlaviaMentorAraujo.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2020.
- ASSIS Mônica de. Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do núcleo de atenção ao idoso da UnATI/UERJ [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz; 2004. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4330>>. Acesso em: 12 fev. 2020.
- BALLALAI, Isabella; MICHELIN, Lessandra; KFOURI, Renato. Nota técnica conjunta das sociedades brasileiras de imunizações, infectologia e pediatria de 16/07/18. Disponível em: < <https://sbim.org.br/images/files/nota-tecnica-conjunta-sarampo-sbimsbisbp20180716.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2020.
- BARACAT, Edmund Chada et al. Conduta frente às malformações genitais uterinas: revisão baseada em evidências. **FEMINA**. São Paulo, v. 38, n. 34, p. 217-228, 2010. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a007.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2020.
- BASSOTO, Tereza Raquel de Paiva. **Estratégia de saúde da família: o papel do enfermeiro como supervisor e educador dos ACS**: UFMG: 2012. 47p. Monografia (curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais). UFMG; Governador Valadares. Disponível em: < https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Estrategia_saude_familia_papel_enfermeiro.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.
- BORGES, I.A.L. Consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros na atenção básica à saúde. **Enfermagem em Foco**; n.1, p. 5-8, 2010. Disponível em: < <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1/0>>. Acesso em: 12 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006a. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36 p.: il. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf>. Acesso em 12 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela

Saúde 2006, v. 4). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa nacional de imunizações. 30 anos. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Série C. Projetos e Programas e Relatórios. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção do câncer do colo do útero. Manual Técnico. Profissionais de Saúde. Brasília, 2002a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem neonatal. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 182 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/manual_gerenciamento_residuos.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 108 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Estudos Pesquisas e Avaliação; n. 11). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_testagem aconselhamento_brasil.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 112 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: >
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf.>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b. p. 44.

BRASIL. Diretoria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde na Escola. 2010.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Orientações técnicas: centro de referência especializado de assistência social – CREAS. Gráfica e Editora Brasil LTDA. Brasília, 2011a. Disponível em <<http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n. 204, p.55, 24 out. 2011b. Seção 1, pt1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011c. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS a Rede Cegonha. Diário Oficial da União [DOU]. Brasília, DF; 2011. p.18-21

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na atenção básica: Rede Cegonha [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. 4ª ed. Brasília; 2014. 160p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 68 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 154 p.: il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40).

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programação Anual de Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília/DF, 2018a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao_anual_saude_PAS_2019.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Saúde 2017. Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília/DF, 2018b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2017.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Nota técnica n. 2.979 de 12 de novembro de 2019. Novo modelo de financiamento da Atenção Primária a Saúde. 2019.

BUOGO, Miriam e CASTRO, Gardenia de. Memorial de formação: um dispositivo de aprendizagem reflexiva para o cuidado em saúde. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 431-449, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a10v11n2.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

CAÇADOR, Beatriz Santana, et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev. Min. Enferm.** São Paulo, v. 19, n. 3, p. 620-626, 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

CAMPOS, R. M. C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem USP [online]**. São Paulo, v.45, n.3, p. 566-574, 2011.

CASTILHO, V e LEITE, M.M.J. A administração de recursos materiais na enfermagem **In KURCGANT**, Paulina (coord.) Administração em Enfermagem. São Paulo: E.P.U., 1991.

CAVEIÃO C et al. Prática docente da disciplina de administração em enfermagem: facilidades e dificuldades. **Revi práxis [Internet]**. 2015 Jan [cited 2015 Nov 03]; 7(13): 106-114.

CERVERA, Diana Patrícia Patino; PARREIRA, Bibiane Dias Miranda; GOULART, Bethania Ferreira. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n. 16, supl. 1, p. 1547-1554, 2011. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2011.v16suppl1/1547-1554>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

COELHO, Flávio Lúcio G., & SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro (2004). Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade**. 1(2), 19-26. [https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(2\)104](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104).

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida; ACIOLI, Sônia; MELO, Enirtes Caetano Prates de. **A VISITA DOMICILIAR como ação para promoção da saúde da FAMÍLIA: um estudo crítico sobre as ações do Enfermeiro**. Dissertação de Mestrado; UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. 2009. Disponível em: Acesso em: 11 de fev. de 2020.

FURAKER C. Registered Nurse Views on Competencies in Home Care. **Home Health Care Manag Pract**. Estados Unidos, v. 24, n. 5, p. 221-227, 2012

- GALVÃO CM, TREVIZAN MA, SAWADA NO. A Liderança do Enfermeiro no Século XXI: algumas considerações. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 32, n. 4, p. 302-306, 1998.
- GIUGLIANE, E.R. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **J. Pediatr.** São Paulo, v. 80, n. 5, p. 147-154, 2004.
- KURCGANT P. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- LARANJEIRA, Ronaldo et al. Consenso sobre a síndrome de abstinência do álcool (SAA) e o seu tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 22, n. 2, p. 62-71, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/a06v22n2>>. Acesso em: 12 fev. 2020.
- MEDEIROS, A.C. et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 63, n. 1, p. 38-42, 2010.
- MENEZES, G. A; ROSAS, R. dos S. Práticas educativas em saúde: a Enfermagem revendo conceito na promoção do autocuidado. **Revista Mineira de Enfermagem**. Minas Gerais, v. 4, n. 2, 2004.
- MONTENEGRO LC. **A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde** [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. 98 f.
- PAULO FREIRE. (2001, pag 35 - Freire, Paulo. (Org.) (2001). A pedagogia da libertação em Paulo Freire. São Paulo: Editora UNESP.)
- OGA, S.; BASILE, AC. Medicamentos e suas interações. São Paulo, Atheneu, 1994.
- OLIVEIRA, DS. Interação medicamentosa. *Cad Farm*, v.2, n.1, p.3-20, 1986.
- OLIVEIRA, Ester de, ANDRADE, Ilidiana Miranda, RIBEIRO, Rodrigo Soares. Educação em Saúde: Uma estratégia de Enfermagem para mudanças de comportamento. Conceitos e Reflexões. Trabalho de Conclusão de Curso em forma de artigo apresentado à Universidade Católica de Goiás - CEEN, Goiânia- GO, 2009.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington DC: OPAS; 2010. n. 4.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Folha informativa sobre sarampo. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5633:folha-informativa-sarampo&Itemid=1060>. Acesso 12 fev. 2020.
- PERIM Eduardo Brás, PASSOS Afonso Dinis Costa. Hepatite B em gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, Brasil: prevalência da infecção e cuidados prestados aos recém-nascidos. **Rev Bras Epidemiol**. São Paulo, v. 8, n. 3, p. 272-281, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000300009&lng=en>. Acesso em: 12 fev. 2020.
- PORTO, G. B. **Do corredor ao consultório: diversidade e multifuncionalidade da consulta de enfermagem na Atenção Básica de Porto Alegre**. Dissertação

(Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

RIBEIRO CFB. **O Ministério Público e o Controle Social: possibilidades de interação na construção da defesa e garantia do direito à saúde**. Londrina: Almedina; 2008.

ROCHA, Kátia Bones et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**. São Paulo, v. 18, n. 1, p. 170-185, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000100015>. Acesso em: 12 fev. 2020.

SCHIMIDT MD, LIMA MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**. 2004;20(6):1487-94.

SILVA KL et al. Supplementary home health care services and the inclusion of nursing in Belo Horizonte / Minas Gerais (Brazil). **Acta Paul Enferm**. Minas Gerais, v. 25, n. 3, p. 408-414, 2012.

SOCESP. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. **Papel do enfermeiro na Cardiologia**. 2015. Disponível em: <<http://www.socesp.org.br/departamentos/Enfermagem/#.WMHzzDsrLIU>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

TAQUETTE SR et al. A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. **Rev Assoc Med Bras**. 2005 mai-jun;51(3):148-52. Doi: 10.1590/S0104-2302005000300015

VENTAFRIDDA V. According to the 2002 WHO definition of palliative care. *Palliat Med*. Estados Unidos, v. 20, n. 3, p. 159, 2006.

XIMENES NETO, F.R.G. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 61, n. 5, p. 595-602, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a11v61n5.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2020.