



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

CARLA PATRÍCIA DA SILVA SANTOS

**VIVENCIAR, PENSAR E (RE)SIGNIFICAR: A TRAJETÓRIA (AUTO)FORMATIVA  
E A REFLEXÃO ACERCA DA SUPERVISÃO E DA COORDENAÇÃO DE  
ENFERMAGEM COMO FERRAMENTAS GERENCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA À  
SAÚDE SOB O OLHAR DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE**

LAURO DE FREITAS, BA

2019

**VIVENCIAR, PENSAR E (RE)SIGNIFICAR: A TRAJETÓRIA (AUTO)FORMATIVA  
E A REFLEXÃO ACERCA DA SUPERVISÃO E DA COORDENAÇÃO DE  
ENFERMAGEM COMO FERRAMENTAS GERENCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA À  
SAÚDE SOB O OLHAR DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado 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: Bárbara Vilas Boas

LAURO DE FREITAS, BA

2019

Dedico esse Trabalho de Conclusão da Residência a todos os profissionais de Enfermagem que atuam no SUS e que fazem do seu exercício profissional objeto de constante reflexão, buscando emancipar-se do consenso ideológico dos dominadores como via para a mudança de paradigmas para o alcance do modelo de Atenção Integral à Saúde.

A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.

(Albert Einstein)

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR – Acolhimento com Classificação de Risco

ACE - Agente de Combate às Endemias

ACS - Agente Comunitário em Saúde

AI - Apoiador Institucional

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal

CG - Colegiado Gestor

CLS - Conselho Local de Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

EACS - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

EESP - Escola Estadual de Saúde Pública

ENEM - Exame Nacional do Ensino Médio

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia Saúde da Família

FESF - Fundação Estatal Saúde da Família

FUNESA - Fundação Universidade Estadual de Alagoas

HGRS - Hospital Geral Roberto Santos

MS - Ministério da Saúde

NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

PET-Saúde/Redes - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Redes de Atenção

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PPP - Projeto Político Pedagógico

PROFAGS - Programa de Formação Técnicas para Agentes de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SESAU - Secretaria de Estado da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

UBS - Unidade Básica de Saúde

UE - Unidade de Emergência

UFAL - Universidade Federal de Alagoas

UFPI - Universidade Federal do Piauí

UNCISAL - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

UNEAL - Universidade Estadual de Alagoas

USF - Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

### **8 Prefácio**

Pensem nas feridas como rosas cálidas

### **12 PRIMEIRA PARTE**

O ser e o mundo e ser-no-mundo

12 CAPÍTULO PRIMEIRO

17 CAPÍTULO SEGUNDO

### **19 SEGUNDA PARTE**

O ser-aqui

19 CAPÍTULO TERCEIRO

24 CAPÍTULO QUARTO

### **31 TERCEIRA PARTE**

O mundo do Ser e do Querer Ser

31 CAPÍTULO QUINTO

39 CAPÍTULO SEXTO

### **45 QUARTA PARTE**

O estar-no-mundo e o fazer profissional

45 CAPÍTULO SÉTIMO

### **53 QUINTA PARTE**

...e o mundo não é algo pronto

53 CAPÍTULO OITAVO

58 CAPÍTULO NONO

### **60 SEXTA PARTE**

Pelo mundo afora e pelo mundo adentro

60 CONSIDERAÇÕES NÃO FINAIS



## PREFÁCIO

*Pensem nas feridas como rosas cálidas*

(Vinícius de Moraes)

O presente trabalho objetiva refletir sobre a supervisão e coordenação de Enfermagem como ferramentas gerenciais na Atenção Básica à Saúde (ABS), sob meu olhar como enfermeira residente, com enfoque nos profissionais de nível técnico da categoria e nos agentes comunitários de saúde (ACS), a partir da minha inserção no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA), sendo alocada no município de Lauro de Freitas.

Para facilitar a leitura e a compreensão, divido o trabalho em seis partes com subdivisão em dez capítulos. Na primeira parte, intitulada “**O ser e o mundo e o ser-no-mundo**”, o(a) leitor(a) poderá encontrar o relato dos elementos construtores e definidores do interesse pela Enfermagem e pela Saúde da Família. Acompanhará aqui o caminho que conduz à Residência.

Quando ingressei na Residência, devido à proximidade com Salvador, ranqueie Lauro (apelido para os íntimos) como primeira opção dentre os demais municípios ofertados (Camaçari, Dias D'Ávila e Catu). Todavia, este cenário de prática possui diversas e complexas relações que interferem diretamente no fazer profissional e na inserção da atuação como residente. Na segunda parte, intitulada como “**O ser-aqui**”, trarei estes elementos como também expressarei brevemente as minhas concepções e sentimentos neste lugar. Convido o(a) leitor(a) a embarcar brevemente no embrião do processo enquanto imersão na Residência, no território de abrangência da Unidade de Saúde e nesse emblemático município e seus tensionamentos.

A Atenção Básica assim como a atuação da equipe de Enfermagem e seu fazer na Atenção Primária à Saúde transpassam o mundo jurídico. Dentre uma diversidade de atribuições, há, para o profissional enfermeiro, a supervisão e coordenação de Enfermagem. Na terceira parte, intitulada “**O mundo do ser e do querer ser**”, trago

brevemente os aspectos legais e jurídicos e meu olhar sobre as questões que os permeiam. Neste item o(a) leitor(a) poderá encontrar a caracterização dos elementos que interferem, em maior ou menor grau, no gerir da Enfermagem na Unidade de Saúde. Adiante as pontuações aqui feitas servirão de subsídio para o que vai ser descrito nos capítulos seguintes.

Ao adentrar - ou diante da tentativa de - os meandros do gerenciamento de Enfermagem houve um emaranhado de atravessamentos por parte da gerente da Unidade de Saúde e do apoio institucional frutos do contexto político e frutificados pelo mesmo, sendo eles agentes modificadores/agregadores/tensionadores da experiência. Na quarta parte, intitulada como **“O estar-no-mundo e o fazer profissional”**, exponho minhas reflexões sobre o gerenciamento de Enfermagem, seus entrelaços e delineamentos e como se perfaz no meu fazer como enfermeira residente dentro do contexto vivenciado.

A transformação da realidade nem sempre é fácil e requer a construção gradual e contínua de uma visão crítica e problematizadora sobre o meio em que está inserido e, a partir dela, elaborar soluções para modificação do cenário. Na quinta parte, intitulada como **“...e o mundo não é algo pronto”**, trago também minhas projeções e perspectivas de transformação do cenário de atuação e da atuação nos cenários. O(A) leitor(a) poderá também apreender como o autor converte e/ou potencializa tanto as experiências negativas como as positivas vivenciadas visando a modificação da sua atuação profissional e a incorporação de novos aprendizados...o residente enquanto agente de transformação (e de construção) da realidade.

O término da inserção na Residência representa o fim de um ciclo. Acarreta a necessidade de desabrochar para o mundo outra vez e o convite a adentrá-lo novamente. Novo convite a sair mundo afora a fim de experimentar outras novas realidades e contextos e conflitos e dilemas. Na sexta parte, intitulada **“Pelo mundo afora e pelo mundo adentro”**, finalizo expondo minhas considerações sobre o que representou construir este trabalho. Convido o leitor(a) a embarcar comigo na (auto) análise do processo e das experiências vividos no decorrer do tempo em que estive aqui inserida bem como a conhecer brevemente as ansiedades e angústias quanto o pós-Residência.

Aproveito para fazer duas pontuações que considero importantes: os elementos utilizados para essa construção partem das MINHAS memórias, das MINHAS experiências, das MINHAS divagações, do MEU olhar. Ninguém, mesmo imerso, no mesmo contexto; na mesma Unidade de Saúde; nas mesmas 60 horas, terá, nem um milímetro sequer, as mesmas afetações e significações. É a subjetividade das minhas experiências que torna esse memorial único e tão particular como nenhum outro. repito: é MINHA visão acerca das coisas. Também, devido a isso, sou enfática: o que permeia todo o desenrolar das linhas deste memorial é a visão sobre o tema, não me ocupando por muito tempo, de muitos referenciais teóricos e, quando ocorre, agrego minha reflexão crítica. Enfim, aproveite a leitura!





## PRIMEIRA PARTE

O ser e o mundo e o ser-no-mundo

### CAPÍTULO PRIMEIRO

*De como as vivências e experiências da autora a faz enveredar-se pela Enfermagem. De como inicia a (auto) consciência e o despertar dos interesses pela Saúde da Família.*

O ponto de partida do meu relato é o que considero ponto-chave para o que me fez chegar até aqui. Venho do interior de Alagoas, da cidade de Arapiraca, onde passei a minha vida inteira. Filha mais velha, dentre os quatro filhos da dona de casa Maria de Fátima e do electricista José Carlos. Neta da Vardelice, minha avó paterna...a vovó “Valdé”; e da Alcina, a vovó, minha “caqueca”. Eles, que somados aos meus irmãos, foram, são e sempre serão os meus eternos pontos de partida e de destino.

Meus pais sempre primaram por investir na nossa educação em todos os momentos. À custa de alguns sacrifícios e abnegações dos meus genitores, na maior parte da minha trajetória escolar, assim como a dos meus irmãos (até o ensino médio) estudei em escola particular. Sempre buscaram nos ofertar o melhor que podiam e até mais que isso, eu sei. O pai e a mãe relutavam em aceitar a ideia do estudo em escola pública. Lembro de muitas vezes pedir para me matricular e o argumento para a negativa que vinha sendo preparada para ser dada era as tão temidas greves e as suas incontáveis experiências sobre isso. Definitivamente, não era algo negociável para eles.

Por sermos em quatro filhos e apoiados pela convicção de tentar ofertar oportunidades iguais para todos, meu pai, com mais fervor – talvez por ser o provedor da casa - sempre foi muito franco e transparente conosco sobre as suas possibilidades, sempre nos responsabilizou e conscientizou bastante no que se refere à importância dos estudos, da qualificação. Sempre com muita tranquilidade, sem pressões, mas nos levando a refletir e nos puxando para isso. Expunha por diversas vezes que poderia investir até o ensino médio, mas que não teria condições

financeiras de custear uma faculdade particular para todos (consequentemente nenhum) e que teríamos que estudar para passar numa universidade pública.

Durante o ensino médio, sempre fui bastante estudiosa, mesmo pertencente a tão polêmica turma do fundão. Era considerada nerd, mesmo que negasse e nem entendesse muito bem esse tal rótulo, por inúmeras razões. Sempre fui bastante responsável e observadora. A trajetória escolar e, principalmente, as duras perdas da vida, sempre me instigaram, de uma forma ou de outra, ao desenvolvimento de uma visão crítica sobre o mundo e a ser bastante questionadora. Peço licença, inclusive, para saldar meus heróis professores, por quem tenho o maior respeito, principalmente no nosso contexto atual de caça aos docentes e as leis das mordanças ameaçando a todos nós.

No ambiente escolar, disciplinas que envolviam cálculos, fórmulas e destrezas com os temidos números não era muito a minha praia...muito não, nada. Sempre, com raríssimas exceções, eu “passava arrastada”. Em compensação português, biologia, literatura, história e afins eram as minhas paixões. A garota das Ciências Humanas e Biológicas. Entender o porquê das coisas e suas histórias sempre foram o que me instigaram e despertaram o meu interesse. Afirmando, sem dúvida alguma: a educação, os estudos, os livros me salvaram e me protegeram contra muitas coisas. Tenho a consciência que faço parte de uma classe de privilegiados, pois muitos não têm o mesmo acesso no país chamado Brasil.

No ano de 2006, foi implantada em Arapiraca um Campus da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), fruto do processo de expansão (e interiorização) das universidades federais brasileiras e, no mesmo ano, a Fundação Universidade Estadual de Alagoas (FUNESA), tornou-se autarquia intitulada Universidade Estadual de Alagoas (UNEAL). Ambas instituições com cursos de licenciatura e bacharelado em diversas áreas.

Pois bem, no 3º ano do ensino médio, no ano de 2008, chegou o momento de tomar a assustadora e temida decisão de escolher em qual curso me inscrever no vestibular. Na seleção natural das coisas, diante da obrigação e urgência dessa escolha, cogito opções de acordo com os seguintes critérios de exclusão: 1) não podia ter cálculo (doce ilusão parte 1) e 2) não podia ser licenciatura, por falta de identificação com práticas pedagógicas de ensino. (doce ilusão parte 2). Alicerçando-

me por estes critérios, para o processo seletivo da UFAL, sem muita animação, sobrou Enfermagem. Não estudei, não estava certa da escolha e acabei não sendo aprovada. Na UNEAL, com base nos mesmos critérios, sobrou Direito. Também não fui aprovada.

Em 2009, fiz um preparatório pré-vestibular, agora estava estudando frenética e enlouquecidamente, mas sem convicção e encantamento por nenhum curso específico. Só não podia “perder tempo”, tinha que ingressar sem demoras em uma universidade pública. Para mim, estava fora de cogitação passar mais um ano estudando para o vestibular. Seguia uma rotina de estudo bastante disciplinada e até rígida demais, por cobrança exclusivamente minha. Eu me pressionava excessivamente.

Neste período minha avó materna precisou ficar internada e eu permaneci a acompanhando uma parte significativa do tempo em que estive no ambiente hospitalar. Neste momento, eu tive a certeza de que prestaria vestibular para Enfermagem. A partir da observação, comecei a valorizar bastante aqueles profissionais, mesmo já entendendo um pouco que não era nada fácil: a dedicação dos que assistiam minha avó; e mesmo aqueles que pareciam pouco se importar me trouxeram a perspectiva do que eu pretendia ou não ser. Uma profissional diferente destes e inspirada por aqueles.

No mesmo ano, fui aprovada no curso de Enfermagem na UFAL em Arapiraca; em Enfermagem na Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), em Maceió; e em Nutrição, na Universidade Federal do Piauí (UFPI), este porque tinha uma ótima nota no Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e resolvi utilizar, mesmo sabendo que não iria cursar. Uma completa abstração (como diria meu apoiador matricial) ou puro ego. Este mais que àquela, devo confessar. Agora tinha que decidir: UFAL ou UNCISAL? Arapiraca ou Maceió? minha inexplicável e intensa relação com minha avó foi, mas não somente ela, o fator gritante que me fez decidir permanecer no ninho e começar a caminhada universitária na minha cidade.

No meu processo de formação, muito voltado para a saúde pública e com vários cenários de prática em vários semestres/estágios na Atenção Básica, começo a me identificar enormemente pela Saúde da Família e a repelir veementemente a lógica hospitalar. A construção do vínculo com os pacientes, a inserção no território, o

cuidado longitudinal, as fortes relações interpessoais, o “melhor prevenir do que remediar” me encantava. Apesar da imensa, valorosa e inquestionável importância que a lógica hospitalar possui, ela não se encaixava na visão sobre os aspectos de saúde que eu possuía. Ela não se encaixava em mim e eu não me encaixava nela. Mera falta mútua de afinidade.

Em 2013, ingressei no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Redes de Atenção (PET-Saúde/Redes), este era constituído pela Rede Cegonha, Saúde Indígena e Saúde Mental Álcool, Crack e Outras Drogas. De forma geral, eram compostos por estudantes de Enfermagem, Serviço Social, Educação Física e Psicologia. Minha atuação no PET-Saúde da Rede Cegonha se deu no meu amado subgrupo 2C e havia estudantes de Enfermagem, Serviço e Social e os respectivos preceptores das áreas profissionais em questão. As atividades nas Unidades de Saúde com promoção da saúde e atenção humanizada baseada em evidências, à gravidez, parto, puerpério e à saúde da criança me encantavam de uma forma que eu jamais poderei. Fazer parte disso só aumentava aquela chama da Saúde da Família há muito tempo acesa em mim, ainda que as atividades não se restringissem apenas a este ponto de atenção (nem deveria ser tendo em vista a linha de cuidado materno-infantil), mas, sim, debruçadas integralmente nas ações de prevenção, promoção e (auto) cuidado ao público em questão. Orgulho-me em dizer e lembrar que por dois lindos e ricos anos fiz parte deste Programa.

Nos últimos semestres, em 2014, no mesmo período do estágio supervisionado curricular obrigatório, tínhamos que vivenciar tanto a prática na Atenção Básica quanto a prática hospitalar, ambos por um tempo maior que o percorrido nos estágios anteriores. Lembro-me como eu clamava para não ir para o hospital no primeiro ciclo, não estava preparada psicologicamente para esta última possibilidade. Eis que o “destino” prega peças conosco e muitas vezes nos faz encarar à força aquilo de que tanto tentamos fugir: a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) publicou o edital do processo seletivo para estudantes de Medicina e Enfermagem para estágio não obrigatório, extracurricular, previsto para um ano de duração, na então Unidade de Emergência do Agreste de Arapiraca (UE, como era conhecida). Para me desafiar, resolvo fazer a prova. Estudei bastante e fui aprovada. E agora? agora seria encarar a oportunidade. E assim foi.

“Destino” brincalhão: além ser aprovada no processo seletivo da UE, devido à logística, fico no primeiro ciclo do estágio obrigatório da UFAL também nesse local que eu tanto temia. Digo que era, literalmente, minha residência. Eram muitos dias na semana, muitas horas por dia. Um verdadeiro intensivão. Vivência hospitalar elevada ao quadrado regada ao medo, à insegurança, à inexperiência, mas também à coragem e à enorme vontade de aprender.

Esse período foi enriquecedor para minha formação. Aprendi demais, inclusive a enfrentar (UM POUCO) a minha resistência com (n)aquele ambiente. Foi bastante intenso e cansativo. Conciliar o estágio obrigatório e o não obrigatório não foi missão tão simples. Somado ao dilema em assumir o cargo de assistente administrativo que passei nesse mesmo período no concurso da prefeitura de Arapiraca. Mas terminar o curso tendo como agregadoras aquelas experiências era, sem dúvida, minha prioridade. Definitivamente, não iria abandonar essa oportunidade. Apesar de ter levado a documentação, optei por não tomar posse ao cargo e a me dedicar aos estágios.

Mesmo diante do enriquecedor aprendizado, uma coisa vinha à tona: o ligeiro e pontual contato com os pacientes; a alta rotatividade; o pouco aprofundamento no vínculo estabelecido me incomodavam intensamente; o ambiente duro que o hospital, geralmente, é; o acompanhar de vários pacientes que passavam várias semanas e até meses e o abrupto corte do vínculo me causavam uma sensação estranha. Sempre ressoava em mim.

Passados os estágios curricular e extracurricular no hospital, é hora do supervisionado obrigatório na USF, esta que mesmo guardando fortes características de Unidade Básica de Saúde (UBS), (me)apresentava grandes potencialidades desde o envolvimento das equipes (três, naquele momento), a atuação do Conselho Local de Saúde (CLS), as atividades educativas realizadas, o envolvimento e vínculo estabelecidos com os usuários, a integração com os profissionais, principalmente com os ACS das equipes. Encontro-me definitivamente neste espaço: é o marco de concretude da afinidade e da identificação que eu sempre tive por este lugar. Aqui é meu lugar.

## CAPÍTULO SEGUNDO

*De como a autora prepara-se para enfrentar o processo seletivo. De como ela opta por mudar-se para a Bahia a fim de vivenciar a Residência em Saúde da Família partindo de outro lugar...literalmente.*

Em outubro de 2015, me formei em Enfermagem. Do lado do meu pai, a primeira a se graduar; a primeira a produzir um furo nas barreiras do racismo social e institucional e estrutural para o acesso ao Ensino Superior; a acessar o espaço universitário, ainda bastante elitista, celetista e excludente, e antes tão impensado para uma família negra e pobre; a primeira a se graduar. Do lado da minha mãe, pertencente a uma família branca e de classe média, mais uma a compor a história já marcada por acessos bem mais facilitados dentro desta realidade. Contextos diferenciados, bastante opostos e mestres na gradual e progressiva construção de uma consciência de mundo partindo sempre desses dois lugares.

Seguido ao pós-formatura, acalmada a euforia daquele momento, a ficha do desemprego foi caindo. Somado a isso, a insegurança da atuação profissional foi me invadindo. Os “se”, o medo da inexperiência foram gritando ressonante e em silêncio, bastante paradoxal, eu diria. Ingressar numa Residência me proporcionaria vivências e experiências que me agregariam elementos diferenciados, pensava eu. A saída para todos aqueles monstros que me povoavam naquele momento.

Fui em busca de alguns processos seletivos e tantos outros chegaram até mim. Nessa saga, recebi os editais do Processo Seletivo Unificado para Residência Multiprofissional e em Área Profissional, da Escola Estadual de Saúde Pública (EESP); a seleção para provimentos de bolsas para Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) e a da UNCISAL também para Residência Multiprofissional, sobre esta, diferentemente das demais, eu já tinha conhecimento anterior. Faço, sem muito estudar, o processo seletivo das duas primeiras Residências e debruço-me um pouco mais no estudo para o da UNCISAL. Sou classificada na da FESF e na UNCISAL; na SESAB, inabilitada. A não aprovação seria, sim, o resultado DAQUELE MOMENTO. Mas não definidora de todo o enredo.

Neste momento, o “insucesso” foi tranquilo para mim. Eu fazia uma reflexão com uma visão apreendida de fora. Como quem analisa, em uma lista contendo alguns nomes, aqueles que demandaram esforços para alcançar um objetivo ou uma meta e, partindo desta cláusula única, receberão uma gratificação: Possuía a consciência de que não havia me dedicado como deveria e julgava que, naquele momento, eu não era merecedora. Ambos os pensamentos partiam de uma reflexão crítica, sem romantização e sem culpas.

Em 2016, comecei o curso especialização em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família, que, à medida que eu me aprofundava nas leituras e no descobrimento de novos elementos, me fazia ampliar os olhares e interesses. Em meio às apreensões de conhecimento na pós-graduação, uma rotina louca de estudo iniciava-se e um verdadeiro esquema de guerra era montado. Novamente me inscrevo nessas três Residências e, dentre o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da especialização, os estudos para os concursos da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), desdobro-me em milhões de partes para dar conta de todo o conteúdo trazidos pelos três editais dos processos seletivos para as Residências.

Havia traçado todo um esquema logístico, com algumas etapas a serem desenvolvidas. Claro que por mais que tenha seguido a programação quase na sua totalidade, não dei conta de tudo. Neste período, minha vida baseou-se em alcançar meu objetivo. Agora eu iria fazer por merecer minha gratificação. Obviamente, tudo isso não foi algo saudável para mim. Em todos os aspectos, inclusive. Eu me cobrava ao extremo, estava exausta, ao mesmo tempo não desviava do foco e da rotina pesada de estudo.

Fui convocada para segunda etapa, na EESP, para entrega dos títulos. Na FESF e UNCISAL, fui aprovada. Com isso, alguns dilemas surgem para mim: permaneço em Alagoas ou mudo para a Bahia? Continuo com a estabilidade, a comodidade e a segurança do que é relativamente conhecido ou parto para o completo desconhecido? me distancio, só e somente só, fisicamente da situação delicada que estávamos enfrentando em casa ou permaneço como um dos grandes suportes para minha família? permaneço no mesmo contexto ou me jogo em novos cenários?

Submersa por uma enxurrada de dúvidas e apreensões quanto a melhor decisão a ser tomada, me matriculei na UNCISAL. Pretendia vivenciar a primeira semana, a

fim de captar algumas impressões, ainda que superficiais, sobre a Residência, almejando que isso me ajudasse a esclarecer os questionamentos que eu vinha formulando e, assim, me levasse a tomar a melhor decisão...o objetivo era sentir o clima mesmo. Uma típica librianinha, com lua em determinação, sol em foco e com ascendente em indecisão.

Mesmo já matriculada na outra instituição, vim para Bahia inscrever-me na Residência da FESF. Trouxe todas as documentações necessárias, mas claro que, posteriormente, a minha matrícula prévia impossibilitaria o processo aqui. Agora não havia jeito, teria que me decidir: opto por vir para a Bahia. Já estava passando da hora de jogar-me no mundo, sair do casulo e alcançar novos lugares.

É paradoxal pensar que mesmo diante de toda a insegurança e adiamento, sentia que Arapiraca era pequena para mim e para tudo que almejo como profissional e como ser humano. Permanecer lá não era (nem é) um ideal. Há muito tempo que desbravar o mundo era o que eu almejava, contudo, vários elementos presentes ou os que vinham surgindo imprevisivelmente ligavam-me àquele lugar de uma maneira intensa.

Confesso que o que estava por vir não me amedrontava, a Residência também não, afinal era fruto de muita dedicação, mas estar longe de casa, principalmente em um momento delicado para todos nós, ah, isso trazia bastante sofrimento a mim e era fator de peso para tanta postergação daquela decisão. Mas o tempo era AGORA e estava mais que na hora de me pegar pela mão e me conduzir por mim mesma.



## SEGUNDA PARTE

O ser-aqui

### CAPÍTULO TERCEIRO

*De como transcorreu o processo inicial do acolhimento dos residentes pelo Corpo Pedagógico da Residência. De como se deu o esperar pela inserção em Lauro de*

*Freitas. De como vão se compondo as sensações e os sentimentos da autora frutificados, ainda que embrionariamente, pelos delineamentos, tonalidades e rumos conduzidos pelo lugar em que se encontra.*

No auditório do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) foi onde se deu o primeiro contato dos residentes com alguns membros da Residência, digo fora do processo burocrático, pois até então havia sido no momento da matrícula. As atividades de acolhimento tiveram início no dia 07 de março de 2017, as atividades transcorreriam das 08h às 17h.

O acolhimento, como anunciado por eles, abarcaria a primeira semana. Era um mar de gente de vários lugares, com diferentes olhares e sotaques e propósitos e vivências e um universo gigantesco a descobrir. Mas uma coisa todos tinham em comum: a ansiedade e a expectativa de entender a Residência, esta que tomaria conta das nossas vidas por 24 meses, 60 horas por semana. A metodologia empolgava, instigava, era bem legal estar ali. Pelo menos, até então.

Esse acolhimento de poucos dias durou duas semanas e com o passar do tempo tornou-se cansativo, principalmente pela repetição da forma de aplicação da metodologia ativa de que tanto falavam. Quanto a isso: assume-se como referência metodológica para o processo de ensino-aprendizagem a Espiral Construtivista. Com uma abordagem construtivista, são utilizadas metodologias ativas de aprendizado, orientadas pelo cotidiano do trabalho em saúde (FESF, 2017).

Vale dizer que no ato da matrícula, nos foi oportunizado ranquear a nossa preferência dentre 4 municípios (Lauro de Freitas, Camaçari, Dias D'Ávila e Catu). À exceção de Camaçari, os demais eram novos campos para a Residência. Catu, posteriormente, desistiu do convênio, pelo que me recorde, mas não sei ao certo o que aconteceu.

Enfim, voltando ao acolhimento: nossos questionamentos não eram respondidos. Pareciam mais ganhar tempo. Fatores estes que somados à ansiedade e à incerteza do que seria a Residência, de como funcionaria na prática, a indefinição e a não distribuição dos residentes nos respectivos municípios resultaram em um descontentamento generalizado com o acolhimento. Já não aguentávamos mais. Era nítida a falta de alinhamento entre o corpo pedagógico. Várias informações divergiam em vários momentos e as respostas, quando dadas, não eram concretas. Só nos

restava aguardar. Enquanto isso, muitos estavam alojados em casas de parentes, conhecidos, amigos, enfim. Após muita expectativa, a lotação dos residentes foi anunciada: A minha, Lauro de Freitas. Ok, lá vamos nós... não, não vamos.

Com início em 23 de março, o endereço das nossas atividades é o auditório da Fiocruz, com a finalidade de começar o planejamento das atividades que seriam desenvolvidas. Em seguida, vamos, sim, para o 2º andar do HGRS, sala 117, no prédio Anexo para continuar a planejar, onde permanecemos a maior parte do tempo. Planejavamos enquanto, ansiosamente, esperávamos. Ficaríamos neste espaço devido ao trâmite do convênio com o município que ainda não havia sido efetivado.

Mesmo sem conhecer, de fato, a realidade da área de abrangência da USF, do território das equipes, do contexto em que a Unidade de Saúde estava inserida no município e da conjuntura deste, passamos dias e dias nos dedicando ao planejamento, à discussão, às pactuações sobre coisas necessárias ao processo. Planejar no escuro ocupou a totalidade do nosso tempo nesse espaço.

O convênio com o município ensaiou acontecer. Enfim poderíamos ir para Lauro. Todos empolgados. Porém, vamos para a Secretaria Municipal de Saúde, fazer o que? planejar. Utilizamos este espaço por três vezes, até ir para a Unidade. Não houve recepção pelos gestores ou por qualquer representatividade ligada ao município. A sensação (até o último dia como R2, inclusive) foi que entramos à força em Lauro de Freitas, o que trazia uma dose de angústia e receio.

Não nos era permitido conhecer, ao menos, a USF. Nós, residentes, fomos, por conta própria, ver a área externa da Unidade. A então a apoiadora pedagógica institucional não podia se comprometer a ir conosco (uma incógnita até hoje, apesar dos pesares). A área interna? parecia ser impossível naquele momento. Onde eu fui me meter? questioneei a mim mesma por inúmeras vezes.

Inclusive é pertinente dizer agora que o município de Lauro de Freitas, que se localiza na Região Metropolitana de Salvador e possui área de quase 60Km<sup>2</sup> com aproximadamente 197.636 habitantes e está dividido em 19 bairros, que compõem cinco distritos sanitários (BRASIL, 2010a). De acordo com a Resolução da CIB Nº 275/2012, o município faz parte da Região de Saúde de Salvador na Macrorregião Leste de Saúde e está habilitado na Gestão Municipal dos Serviços de Saúde (BRASIL, 2012).

Apresentação feita, seguimos: após vários dias de planejamento na secretaria, fomos liberados para adentrar e exercer aquelas atividades nos intramuros da Unidade de Saúde, contudo continuava sem inaugurar, aliás, a Residência continuava sem convênio com o município. Fomos comunicados que, a partir do dia 06 de abril de 2017, as atividades seriam realizadas na Unidade São Judas Tadeu. A essa altura, alívio e desconfiança eram nossos sobrenomes.

E na Unidade de Saúde da Família (USF)? Foram vários dias planejando as ações em condições insalubres: calor, falta de higienização e de energia elétrica e seria preciso custear água para consumo, o filtro estava vencido, não havendo água para ingestão. A ação a ser desenvolvida era **P-L-A-N-E-J-A-M-E-N-T-O**. A uma certa altura não havia mais o que se planejar. Por vezes replanejamos o planejamento, mesmo sem ter colocado em ação nenhuma daquelas ações pensadas no primeiro momento e ainda sem possuir o sensor se estas realmente faziam sentido para o território. O copo da dose de angústia só enchia ainda mais. Havíamos contemplado a totalidade das propostas do corpo pedagógico (Leiam-se: idas ao território para mapeamento dos equipamentos/espços sociais e líderes estratégicos da comunidade bem como conhecimento da área de abrangência da USF; mutirão nas áreas para cadastramento e contagens do número de usuários; estudo das modelagens e (re)desenho da proposta para o Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR); reuniões com os profissionais para construção participativa; reunião com a comunidade; construção do fluxograma e protocolo do ACCR; definição e (re)organização dos livros de registro a serem utilizados nos atendimentos de cada profissional; estudo e construção das agendas de atendimento dos profissionais; organização do serviço; conhecimento e articulação da Rede de Atenção de Saúde em Lauro de Freitas; apropriação dos impressos utilizados no município; construção dos cronogramas de atividades a serem desenvolvidas, entre outras).

Enfatizo que o planejamento das ações de saúde é bastante importante assim como avaliar também é. O planejamento faz parte de um processo dinâmico no qual planejam-se as ações, as executam e avaliam a efetividade delas. Diferentemente, porém, ficávamos exclusivamente no pensar. Campos, Santos e Faria (2010) afirmam que não se deve esquecer que as atividades de avaliação, em última instância, servem para alimentar os processos de planejamento e de decisão. Retroalimentam com

informações que permitam os ajustes táticos necessários ao alcance dos objetivos pretendidos e/ou mudanças de caráter mais estratégico, de maior profundidade, nos projetos ou processos avaliados como, por exemplo, a expansão do projeto, mudanças dos objetivos inicialmente desenhados ou mesmo sua total interrupção. Planejar passa a ser uma necessidade cotidiana, um processo permanente para que se possa garantir direcionalidade às ações desenvolvidas, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e buscando sempre caminhar em direção aos objetivos que se quer alcançar.

Entre os meados de março e o início de junho, permanecemos nesse processo desgastante e desmotivador. Em maio, a data da inauguração da Unidade foi marcada, que, aliás, foi apenas comunicada aos profissionais, sem participação alguma dos mesmos, desconsiderando, aliás, a sinalização da falta de condições estruturais em que se encontrava, sendo, assim, uma escolha extremamente verticalizada. Houve, pelos Gestores Municipais e da Atenção Básica, uma tentativa de inauguração. Diante do tensionamento e da resistência dos residentes devido a total falta de estrutura para início das atividades o desfecho não poderia ter sido diferente: não houve inauguração. Fica aqui claro, ademais, a importância que os profissionais participem ao máximo das decisões que impactem diretamente no seu fazer, no seu processo de trabalho. É claro que se estes não são inseridos verdadeiramente na cogestão a probabilidade de falta de êxito em todo ou boa parte dos processos são enormes.

Lembro-me da nossa extrema angústia em saber e presenciar a enorme demanda reprimida da população que tanto necessitava de cuidados, de atenção, de ser, ao menos, acolhida, e que iria permanecer sem prazos concretos para satisfação das suas demandas... os usuários que jamais foram desconsiderados nas nossas decisões, muito menos naquela, porém o mínimo de condições para que pudessemos atuar de maneira digna e ofertar uma assistência com o mínimo de qualidade era, sim, indispensável.

Posteriormente, nós, em colaboração com os demais profissionais da Unidade de Saúde, elencamos as condições básicas necessárias para a inauguração. Feitos os devidos (mas nem todos) ajustes, foi agendada uma nova data: dia 7 de junho de

2017. Agora, o copo, que a essa altura já era um caminhão-pipa carregado de angústia, misturava-se também à expectativa. FINALMENTE INAUGURAMOS!!

## CAPÍTULO QUARTO

*De como se delimita o território de abrangência da Unidade de Saúde da Família. De como configura-se o cenário de prática e suas definidoras situações de tensionamentos. De como a autora (se) percebe, sente, vivencia e reflete sobre a realidade em que se encontra.*

Acredito que aqui e agora, caro leitor (a), é imprescindível começar esclarecendo que o que cito por inauguração da USF é referente, na verdade, à mudança para uma nova Unidade, visto que anteriormente funcionava em um prédio alugado, com apenas uma equipe. Uma reabertura, um recomeço. A Unidade seria reaberta em outro espaço, agora com prédio próprio, maior estruturação e com mais equipes, cinco no total. Permaneceu, até a inauguração no estabelecimento de saúde atual, cerca de dez meses fechada devido à falta de condições para funcionamento.

Através de diálogos estabelecidos com diversos profissionais pude, através de seus relatos, compreender o processo de aceitação da implantação da Residência neste local, suas vivências na antiga Unidade e o que significou para eles a linha temporal entre o processo de fechamento até a reabertura da USF dez meses depois. Relataram, por diversas vezes, que o processo de aceitação para a inserção da Residência iniciou através do convencimento, isto, principalmente com os ACS, realizados pelas médica e enfermeira, até então preceptoras dos seus respectivos núcleos. A resistência inicial foi dando lugar à absorção da ideia com menor inquietação, mas não sem ela. Considero a captação desses elementos necessária e primordial não somente pela necessidade de entendimento do local no qual estamos nos inserindo, como também para a construção de empatia com os profissionais, suas experiências e o respeito à história da USF.

Apesar da desconfiança e receios dos profissionais, principalmente por parte dos ACS, visto que eram a maioria deles, doze no total, não foi perceptível nenhum mal-estar nos primeiros momentos da nossa inserção. Fomos muito bem recebidos e

acolhidos. A casa ia ficando ainda mais cheia à proporção que iam chegando muitos novos profissionais contratados pelo município. As relações interpessoais eram bastante positivas.

Com o intuito de introjetar você no local de inserção para proporcionar uma melhor compreensão e visualização do espaço vivenciado trarei a seguir um panorama breve e geral com elementos que caracterizam a USF em questão.

A USF São Judas Tadeu atualmente está localizada no Loteamento Jardim Pérola Negra, no bairro de Itinga. É composta por 05 equipes de Saúde da Família, 02 equipes de Saúde Bucal e 01 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). A área de abrangência inclui os loteamentos Jardim Pouso Alegre, Jardim Pérola Negra, São Salvador, Parque Santa Júlia e Vila de Senna, com expectativa de até 12 mil indivíduos cadastrados.



Imagem 1: Unidade Saúde da Família São Judas Tadeu, Lauro de Freitas-BA, 2018. Fonte: cedida pela residente Lisane Oliveira

Itinga significa "água branca", junção dos termos "Y" (água) e "ting" (branco). Na década de 70, o bairro de Itinga foi oficializado, dando início a grandes transformações, passando a ser dividido em loteamentos identificados por pessoas que moravam ou tinham alguma ligação com o local. Nos anos 90, com a construção dos conjuntos habitacionais ocorreu um aumento exponencial da população, oriunda principalmente da cidade de Salvador. É considerado o bairro mais populoso do

município, que até o momento possui cerca de 80 mil habitantes, quase metade da população (ITINGA, 2012).

A mudança de localização da Unidade e a ampliação do número de equipes culminou na consequente expansão da área de abrangência com aumento da cobertura da oferta do serviço dentro desse território. Cada equipe de Saúde da Família é formada por até três residentes, um médico, um enfermeiro e um dentista, que assumem responsabilidade sanitária por um território com aproximadamente 2.000 a 3.000 pessoas (FESF, 2018), número um pouco menor contraposto o da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) - relata a população adscrita de 2.000 a 3.500 pessoas podendo alterar esse parâmetro devido às especificidades do território, desde que seja mantida a qualidade do cuidado - devido a estarmos em processo de aprendizado.

Segundo dados do portal de gestão e informação dos agentes de saúde, território é dividido em 05 microáreas: São Judas I (570 famílias e 1718 indivíduos cadastrados), São Judas II (213 famílias e 552 indivíduos cadastrados), São Judas III (515 famílias e 1370 indivíduos cadastrados), Diamante I (382 famílias e 1200 indivíduos cadastrados) e Diamante II (189 famílias e 426 indivíduos cadastrados)<sup>1</sup>.

Aqui, uma ressalva que necessita ser feita é que devido à desistência de duas médicas e a transferência de um médico para outro município - todos residentes - as equipes sofreram conformações diferenciadas das propostas trazidas no Projeto Político Pedagógico (PPP) da Residência e diferentes entre si: São Judas I, era composta por médica e enfermeira efetivas; São Judas II, por enfermeira residente e médico contratado; Diamante I, por enfermeira e médica residentes; Já a São Judas III e a Diamante II, composta por uma médica contratada para atender as duas equipes, estas com atuação de enfermeiras residentes, respectivamente.

O NASF-AB era composto em quase toda sua totalidade por residentes, sendo 02 fisioterapeutas residentes, 02 nutricionistas (01 residente e 01 contratada), 01 profissional de educação física residente e 01 psicóloga contratada pelo município. À equipe de saúde bucal (eSB) integravam-se 02 dentistas residentes e 02 auxiliares de saúde bucal (ASB) contratados. A USF conta também com 01 sanitarista residente,

---

<sup>1</sup> O portal encontra-se atualmente com banco de dados desatualizado.

01 apoiador institucional, 01 gerente, 01 auxiliar de farmácia, 04 recepcionistas e 03 agentes de segurança todos contratados.

Com a visão panorâmica posta, sigamos em frente, leitor(a): obviamente após a inauguração e após todo o período de “planejar no escuro”, agora podíamos clarificar as ideias pensadas/ pactuadas e, enfim, executar as ações. Inclusive “pactuar” era a palavra que não saia das nossas falas e corpos e mentes e espíritos e alma. Estava impregnada em nós. Muitas delas, como presumimos, não foram aplicadas, porque não faziam sentido para o que o contexto pedia; umas, naturalmente, precisaram ser “re-planejadas”; outras traziam a sensação era de “re-trabalho”, “re-petição”. Retrospectivamente, e cito com brevidade, questões como o acolhimento, mapeamento da área de abrangência e organização do processo de trabalho, que haviam tomado boa parte do nosso tempo, concomitantemente à tentativa de elaboração conjunta por todos os profissionais da Unidade de Saúde, temporalmente também nos chamavam para “re-organização”, algo que é inerente ao processo, pois o território é dinâmico e ignorar isso é atribuir a ele uma estaticidade que é irreal e inexistente, sabíamos.

As três questões expostas anteriormente foram desgastantes para todos, não só para os residentes e corpo pedagógico inseridos no cotidiano da Unidade como também para todos os profissionais que vivenciavam conosco aquele processo até certo ponto...corrijo, bastante adoecedor, principalmente pelas questões de conflitos e tensionamentos vivenciados a todo tempo. Os problemas internos geravam situações muito nocivas, adoecedoras e desgastantes para todos nós. É tentar produzir saúde valendo-se da sua própria e isso é uma lógica perversa. Dentre os vários fatores determinantes no processo de adoecimento que afetam o profissional de saúde o ambiente de trabalho é um dele. O modo como este se modela afeta, sem dúvidas, a maneira como se oferta não apenas o atendimento ao público que necessita dos serviços, mas também a satisfação no trabalho comprometendo a capacidade para o trabalho.

Aproveito aqui, caro leitor(a), para agradecer aos meus companheiros de luta. Olho com carinho para o que conseguimos construir juntos, como coletivo. Meus “residentes que rodam”: Taiana, Anne, Letícia, Géssica, Luana, Arthur, Gislene, Tayane, Janilson,, Jéssica, Helena, Sílvio e Susana.

: As tensões nesse cenário de prática deram-se e dão por questões políticas entre a FESF e sua história no município de Lauro de Freitas - diferentemente da inserção da Residência em Dias D'ávila e Camaçari. Nisto, prefiro nem adentrar. Além de serem complexas o bastante para tal, não tenho interesse em fazê-lo. O que era palpável dentro disso tudo é que os tensionamentos históricos e políticos reverberavam na nossa atuação dificultando e aumentando exponencialmente os desafios a enfrentar, estes inerentes ao cenário e também trazidos pelos elementos relacionados à USF São Judas Tadeu e sua trajetória/história. Sempre foi importante lembrar que apesar de estarmos construindo uma nova realidade para a fase atual da Unidade, ela (a USF) não nasceu com nossa ida, ela tem sua história dentro do panorama geral, dentro do território e sua significação para os usuários. Isto jamais poderia nem nunca poderá ser desconsiderado.

De fato, era uma outra USF. Imagino como todas as transformações ocorridas geraram um enorme estranhamento aos profissionais que conheceram a outra realidade. A Unidade São Judas já não era mais a mesma e nem poderia ser, independentemente da Residência, mesmo tendo aqui vários “poréns”. A expansão da área de cobertura iria acontecer e mudanças seriam inevitáveis, isto é um fato.

No momento de imersão na reorganização do processo de trabalho e diante da sua necessidade emergencial e prioritária, é alocada na Unidade uma gerente administrativa, a segunda desde nossa chegada. Antes do nosso começo aqui e da reabertura/inauguração era apenas uma equipe, sendo estas atribuições eram desempenhadas pela enfermeira e pela médica.

Essa figura gerencial, apesar da sua incontestável importância, também instigou ainda mais alguns conflitos e trouxe alguns atravessamentos na atuação dos profissionais, isto gerando outros conflitos... era um ciclo de tensões. Estas questões estavam contidas no conjunto. Era parte do todo. Não se configurou através do acaso nem de forma isolada. Muito pelo contrário, ocorreu de forma interdependente e inter-relacionada mediante orientações, validações e conduções de quem detinha o poder central dentro do contexto geral.

Uso a temporalidade no passado tão somente pela visão retrospectiva do momento em que vivi mais forte e intensamente, mas aquela realidade perdura até hoje. Com mais ou menos força, mas é atual.

Avalio que as formas diferenciadas de vínculos empregatícios também era um fator a se analisar: efetivos, contratados e Residência. Os efetivos, principalmente a médica e a enfermeira, fortemente atreladas à Gestão Municipal; os contratados, subjugados e facilmente manobrados; e nós, os residentes, dentro desta Residência. Personificamos está, infelizmente, mas com superlativos “poréns”: o contexto, a história, o interesse são dela...d-e-l-a! e tudo que isto possa implicar. Três formas diferenciadas, dois grupos bem demarcados.

O fortalecimento das diferenciações só aumentava: Os residentes não eram vistos como parte do todo que compunham a Unidade, muito pelo contrário. E essa divisão - e sem abrir mão dos elementos já postos anteriormente - dificultava absurdamente o transcorrer de todo o processo, pois segregava/repartia/seccionava boa parte das coisas desenvolvidas naquele mesmo espaço. Éramos grupos e não equipe. Éramos parte e não unidade. Sou enfática ao dizer: Havia, assim como há, intenções e intencionalidades nisso! Enquanto a visão e postura dos residentes e da maioria dos profissionais que ali estavam não era essa; outros a todo momento traziam à tona a intencionalidade reducionista, fragmentada e excludente...e, esses “outros”, aliás, sempre eram os mesmos, não coincidentemente.

Vale aqui trazer - e desde já peço perdão a você, leitor(a), pois não possuo total certeza dessa demarcação temporal, pois pode ter acontecido antes - que a médica e enfermeira, até então preceptoras (lembra?), no período de transição<sup>2</sup> e da avaliação dos preceptores, foram desligadas (ou desligaram-se?) da Residência. Em verdade, por mais inconsistência que houvesse na condução deste papel, acredito que sabíamos que só sairiam se fosse insustentável a permanência delas. Foram sendo levadas por bastante tempo. A propósito, houve um profissional do corpo pedagógico desta Residência que disse aos residentes em alto e bom som, ao “tensionarmos” quanto à preceptoria de Enfermagem e Medicina, que *“é mais fácil a Residência sair do município do que [fulana] sair da Unidade”*. Façam, caso queiram, suas próprias reflexões. De fato, além do exercício da preceptoria acontecer de forma deficiente, isso para não dizer inexistente, estas figuras dificultavam o caminhar da Residência

---

<sup>2</sup> A etapa transição e acolhimento foi o período em que todos os R2 permaneceram nos seus respectivos serviços da Saúde da Família de origem (R1), com manutenção de todas as agendas de cuidado previamente pactuadas com seus preceptores e equipe, porém passaram a fazer um momento de transição com os novos residentes que iniciaram em março de 2018, de maneira a facilitar o acolhimento dos novos com o tempo necessário de apropriação para as novas pessoas ingressantes.

(consequentemente dos residentes, mas não necessariamente), então, foram desligadas do Programa de Residência. Se estava difícil com elas, pior sem elas: as tensões intensificaram-se visivelmente.

Tínhamos que lidar com os antigos fantasmas que rondavam a história que não era nossa, mas que herdamos; das representações que nós, residentes, despertávamos em alguns agentes-chave do município; com os desafios da expansão do território e todas as nuances que este traz; da reorganização do processo de trabalho dentro da nova realidade da USF; dos entraves pela implantação do ACCR tal qual orientam as políticas públicas em saúde. Enfim, os desafios e as tensões eram inúmeros. A postura acuada, recuada e defensiva da Residência perante aos conflitos era inacreditável. É! Muitas vezes (para não dizer boa parte do tempo) se desresponsabilizou, ao menos, era essa a sensação que tenho.

Embora não fosse uma condicionalidade forte o bastante para produzir efeitos nas relações interpessoais - estas que sempre se mantiveram positivas, mesmo bombardeadas pelas tentativas do efeito contrário a isso e de falas arbitrárias feitas repetidas vezes pelos “intencionados” - todo o contexto já descrito anteriormente somado às intencionalidades ocasionaram um forte comprometimento na capacidade como os profissionais executavam suas ações, o que, infelizmente, fez diminuir a grande potência que tínhamos, caso realmente as lógicas de equipe e de time, pudessem ter sido concretizadas, como expus repetidas vezes. Permita-me dizer que falo isso com bastante pesar. Faço minhas leituras sobre todo o contexto e não posso negar: houve perdas incalculáveis não somente em relação ao que não pudemos fazer juntos, todos juntos, mas o quanto podíamos ser juntos. Claro que haveria dificuldades independentemente da Residência... certamente outras; talvez as mesmas; mas as perdas, estas, infelizmente, não hão como quantificar nem recuperar. Para agora: evitemos novas perdas análogas àquelas.



## TERCEIRA PARTE

### O mundo do Ser e do Querer Ser

#### CAPÍTULO QUINTO

*De como a autora enxerga a legislação e o decreto que regulamentam o exercício da Enfermagem no Brasil. De como ela entrever a Portaria que organiza Atenção Básica no âmbito do SUS e atuação da Enfermagem neste lugar.*

Leitor (a), começo expondo que optei por colocar um capítulo como este no meio do caminho, pois me dará subsídios para compor a trilha pela qual almejo te conduzir ancorando-me na prévia apresentação dos aspectos legais e jurídicos constituintes e/ou fundantes da Enfermagem e da função gerencial do enfermeiro. Vamos lá?

Ao longo da história humana, afirmam Lessa e Araújo (2013), o conhecimento político foi e continua sendo desenvolvido e aprimorado, por tratar-se de um conhecimento e uma prática que interferem na vida dos cidadãos. A política permite questionar o que já foi construído, aprimorar as formas de construir e de implementar novas ideias para que o exercício profissional seja diversificado e objeto de constante reflexão.

As autoras seguem dizendo que as profissões são construções sociais que se situam no tempo e no espaço daquilo que chamamos sociedade. Portanto, fazem parte de uma base existencial do fenômeno social, ou seja, a forma como uma profissão é vista e valorizada é determinada por seu contexto histórico. Assim, o estabelecimento da atuação da Enfermagem como prática profissional ocorreu no século XIX. A necessidade de recuperação dos soldados feridos de guerra nos hospitais e a manutenção do controle e da fiscalização dos doentes determinam a introdução do enfermeiro no ambiente hospitalar. A partir desse fato, a profissão passou a ser construída baseada no modelo biomédico, deixando o cuidado como prática secundária, em detrimento de um modelo centrado na cura e na técnica, que isoladamente é incapaz de responder às necessidades de saúde das pessoas. Isso ocorreu porque nas primeiras escolas de Enfermagem a figura do médico constituía-

se em qualificada para o ensino, pois era ele que detinha o conhecimento científico sobre as doenças.

Resgatar o percurso histórico da Enfermagem é entender que a profissão se configurou como subordinada ao saber e ao fazer da Medicina, desprovida de liberdade, e construindo suas bases teóricas sob os ensinamentos médicos que foram passo a passo transferindo técnicas e procedimentos para esse profissional. Este deveria não só controlar os doentes, como também cumprir as prescrições médicas no seu processo de entrada nas instituições hospitalares. Essa institucionalização é o ponto que marca a transição para um cuidado profissional e ao mesmo tempo representa a violência fundadora na profissão, uma vez que afasta os enfermeiros da lógica da consciência e do livre arbítrio do cuidado anteriormente prestado, e agora passa a vincular o profissional a crenças socialmente definidas e a processos de sujeição complexos da estrutura hospitalar. Nesse percurso de afirmação profissional, o enfermeiro busca conhecimentos científicos e teorias próprias para fundamentar sua prática e passa por um processo de definição e aproximação com o cerne do seu trabalho: o cuidado humano. O esforço atual é pelo retorno do enfermeiro à cabeceira do paciente. Mas, se olhar a história, o enfermeiro jamais esteve exclusivamente nessa posição, pois a profissão, quando institucionalizada, se fez com base na divisão social e técnica do trabalho. O enfermeiro foi designado para controlar os doentes e o processo de trabalho, não para cuidar. No ambiente medicalizado e disciplinado no qual o hospital moderno se constitui, o cuidado não era o centro, a ênfase era no desenvolvimento da clínica e na cura dos pacientes (LESSA; ARAÚJO, 2013).

O exercício da atividade de Enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) da respectiva região. O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem.

Referente ao gerenciamento, baseando-me no Decreto 94. 406, de 8 de junho de 1987, cabe-lhe, privativamente: a direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de Unidade de Enfermagem; a organização e a direção dos serviços de Enfermagem e

de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem; e a consultoria, a auditoria e a emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem.

Quanto às atividades exercidas pelo técnico de Enfermagem este desenvolve atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabe assistir ao Enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem, entre outras (BRASIL, 1987).

A questão é que mesmo com a regulamentação da profissão, com a criação do Código de Ética e do Conselho Federal e Regionais de Enfermagem (COFEN/COREN), ainda se reproduz o modelo biomédico na prática profissional e a profissão é tida como complementar à ação médica. Desconhece-se o cuidado como especificidade da prática profissional, sem valor social, fazendo com que a profissão não seja percebida e reconhecida (LESSA; ARAÚJO, 2013).

A constituição da Enfermagem moderna ordenou-se a partir da organização do cuidado, com a sistematização dos procedimentos técnicos; organização do ambiente terapêutico, adoção de medidas de limpeza e higiene; organização dos agentes, por meio de mecanismos disciplinares e de capacitação de pessoal, em uma conformação caracterizada pela divisão social e técnica do trabalho, conforme afirmam Chaves et al., 2017.

No tocante a administração, Chaves et al. (2017), são enfáticos em dizer que, historicamente, a Enfermagem vem adotando modelos gerenciais oriundos de outros setores produtivos, incorporando princípios tayloristas, que enfatizam a divisão do trabalho em que se atribui a cada trabalhador a execução de determinada tarefa. Assim, o processo de trabalho em Enfermagem, que sofreu influência dos princípios que norteiam a administração e gestão no paradigma capitalista, ainda apresenta reflexos de atividade caracterizada pela divisão técnica e social do trabalho, com um modelo de supervisão embasado na distribuição de tarefas e ações fragmentadas, com vistas a garantir a produtividade, no qual o enfermeiro assume a responsabilidade pela organização e resultados do trabalho.

Sobre a divisão do trabalho e seu contexto dentro do capitalismo, Chaves et al. (2017) trazem que

“a divisão do trabalho surgiu, inicialmente, com a divisão social do trabalho, característica comum a todas as sociedades enquanto forma e modo de produção e, com a divisão técnica do trabalho, esta como característica inerente às sociedades capitalistas. Segundo os vários autores que abordaram o tema, a divisão técnica do trabalho se caracteriza na fragmentação e parcelamento das ações, sendo responsável pela alienação do trabalhador no que se refere à visão de conjunto e a concepção do produto. A divisão técnica do trabalho surgiu no século passado com a manufatura e com os estudos de Taylor que comprovaram a necessidade de racionalização do processo de trabalho através de atividades parceladas em tarefas e da cisão entre a concepção e a execução. Tal procedimento surge com o capitalismo, em resposta a um interesse no aumento da produtividade, viabilizada através da fragmentação do trabalho em tarefas e do controle de tempo e movimento por parte da gerência. Essa divisão parcelada do trabalho, que se desenvolveu principalmente com a indústria norte-americana, tem repercussão na produção de bens e serviços. A divisão do trabalho, nestes moldes, é uma estratégia de dominação e controle. O modo de produção capitalista trouxe, em si, a separação intelectual entre os indivíduos ligados ao processo produtivo e a subdivisão sistemática do trabalho especializado em operações limitadas entre indivíduos diferentes”

Em seguida fazem o paralelo com o exercício da Enfermagem e a divisão técnica do trabalho. Afirmam que

“no caso específico da Enfermagem, enquanto atividade profissional é caracterizada pela divisão técnica do trabalho, parcelando as suas atividades em tarefas, procedimentos e atribuições que são designadas aos vários agentes que compõem a equipe. Esse procedimento surge a partir do século XIX, quando o hospital passa a exercer a prática assistencial, objetivando o tratamento e cura dos pacientes. Neste momento surge a necessidade da classe médica ocupar o poder na estrutura dos hospitais e as atividades de Enfermagem passam, então, a ser executada por diversas pessoas” (CHAVES et al., 2017).

De fato, ainda hoje, a atuação da Enfermagem é dividida entre as categorias profissionais citadas acima mantendo-se a lógica taylorista da divisão do trabalho. Segundo COFEN (2019), no Estado da Bahia há 124.538 profissionais de Enfermagem com cadastros ativos. No Brasil, conforme há 2.129.445<sup>3</sup>. Este grande contingente confere não somente uma fragmentação do cuidado como também um forte comprometimento da identidade dos profissionais de Enfermagem, o que, a meu ver, não gera identificações; uma fragmentação das ações de cuidado que atenua -

---

<sup>3</sup> Os dados anteriores são os mais recentes informados pelos Conselhos Regionais de Enfermagem e referem-se a inscrições ativas. Dessa forma se um mesmo profissional possui mais de uma inscrição, seja na mesma categoria (inscrição secundária) ou em categorias distintas, ele foi contabilizado mais de uma vez. Dados do COFEN atualizados em 01/01/2019.

ou tende a atenuar - a força da categoria causando uma segregação diante das lutas por melhorias, pois os determinantes que incidem sobre cada um converge em alguns pontos, mas não são exatamente os mesmos; uma repartição do princípio da integralidade do cuidado, às vistas da subdivisão trazida antes.

As atividades acerca dos técnicos e auxiliares de Enfermagem referidas na Lei de Exercício Profissional, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

Nesse contexto, a supervisão emerge como um instrumento gerencial que pode possibilitar o melhor planejamento, implementação e avaliação do cuidado integral ao usuário, bem como a orientação do trabalho da equipe de Enfermagem. A função de supervisionar a equipe de Enfermagem é tradicional e legalmente atribuída ao enfermeiro, que responde pela gestão do serviço de Enfermagem perante o órgão fiscalizador do exercício profissional. O enfermeiro desempenha a função de supervisão em sua prática diária, não podendo exercê-la de modo desarticulado da análise profissional, institucional e social do país e do mundo; se assim agir, estará atuando de forma limitada na compreensão da problemática e da dimensão das intervenções em saúde de um modo geral (CHAVES et al, 2017).

Em 1994 é criado o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia do Ministério da Saúde (MS) para ampliar o acesso à assistência de saúde e solucionar os males da saúde pública, priorizando as ações da Atenção Básica de saúde, na qual propõe o trabalho em equipe multiprofissional, baseado na interdisciplinaridade, permitindo uma maior diversidade de ações no trabalho (FREITAS; SANTOS, 2014).

Segundo Brasil (2012), a Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo MS e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Para Freitas e Santos (2014), nesse contexto de mudança do modelo de atenção e cuidado em saúde no Brasil, surge o papel de destaque da atuação do enfermeiro na Atenção Básica frente à equipe multidisciplinar proposta pelo MS. Isso porque o enfermeiro é capacitado para desenvolver ações de promoção e prevenção de saúde, devido ao processo de assistência de Enfermagem e características do seu saber centrado em um modelo holístico, humanizado e contextualizado.

Em 2017, a Portaria nº 2.436, aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde e revogando a anterior, a Portaria nº 2.488, de 2011.

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Segundo a PNAB (2017), são algumas das atribuições específicas do enfermeiro que atua na Atenção Básica:

I - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

II - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de Enfermagem, ACS e ACE (Agentes de Combate às Endemias) em conjunto com os outros membros da equipe;

III - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de Enfermagem e ACS;

IV - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

V - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Vale trazer os elementos importantes que não continham na PNAB anterior nas atribuições do enfermeiro é a supervisão dos ACS e dos técnicos/auxiliares de Enfermagem, este último contido na legislação profissional de Enfermagem; a supervisão do acolhimento; o planejamento, gerenciamento e avaliação das ações

desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de Enfermagem e ACE em conjunto com os outros membros da equipe.

É prevista pela nova PNAB a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica. Como um dos itens necessários à implantação desta estratégia a atuação de ACS e enfermeiro supervisor, devendo estarem cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) vigente, vinculados à equipe.

Poderão ser consideradas, entre outras, atividades dos ACS, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a Unidade de Saúde de referência:

I - Aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - Realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - Realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VI - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

O COFEN (2018), inclusive, manifesta-se contrário ao Programa de Formação Técnicas para Agentes de Saúde (PROFAGS), para oferta de curso Técnico de Enfermagem para ACE E ACS. Demonstra ainda posição contrária à nova PNAB, que

atribui aos ACS ações técnicas realizadas por profissionais de Enfermagem. Ressalta, por fim, que a equipe de Enfermagem possui composição de categorias especificadas por meio de legislação própria, não cabendo a supervisão ou delegação de atividades exercidas pelos ACS e ACE, sem que estes estejam regularizados ao COREN.<sup>4</sup>

Atualmente, a atuação do enfermeiro transpassa várias dimensões contemplando a assistência, a educação, a pesquisa e gestão/administração. Não posso jamais esquecer de uma dimensão que deveria permear todos os processos de trabalho do profissional que é a participação (e reflexão) política mesmo sendo pouco percebida pela sociedade e pouco explorada pela Enfermagem. Considero ser imprescindível que todas as dimensões estejam interligadas na execução dos serviços de Enfermagem e desconectá-los é comprometer a qualidade do cuidado. É possível que dentro da Atenção Básica, todos estes elementos caminhem lado a lado para melhoria da prestação do serviço de saúde.

Em vários momentos quando referencio a legislação do exercício profissional de Enfermagem bem como a PNAB é posta como atribuição do enfermeiro à “supervisão” de algumas categorias de nível médio, opto por trazer essa nomenclatura tão somente devido a isto; porém teço várias reflexões críticas acerca do significado da palavra e ao ato de “supervisionar”. Seu sentido, segundo Holanda (2002), é: dirigir ou orientar em plano superior, superintender, supervisionar. Denotando, assim, uma postura hierarquizante e verticalização do conhecimento.

Há diversas críticas quanto à supervisão, dizem Severo, L'abbate e Campos (2014), caracterizando-a como modelo autoritário e modelo liberal. No primeiro, o supervisor é aquele que tudo sabe e o supervisionado aquele que nada sabe, o que reforça a relação de submissão e onipotência que se reproduz nas instituições. Já o segundo é de inspiração humanista, no qual o supervisor afirma ser um igual a seus estagiários, o que escamoteia as relações de poder aí existentes. Há críticas à supervisão instituída no sentido de ser uma supervisão, um olhar superior de controle sobre o processo de formação. As críticas à concepção taylorista que norteia a supervisão em saúde, na qual o supervisor controla e fiscaliza o cumprimento de normas.

---

<sup>4</sup> Para maiores informações: Portaria MS nº 083/2018 e Lei nº 13.595/2018

Para as autoras, supervisor assume a função de ajudar na identificação e enfrentamento de problemas, apoiando mudanças nas equipes de trabalho. Não deve haver uma valorização demasiada do saber do supervisor, mas, sim, estímulo ao diálogo de todos os saberes da equipe, fazendo circular o poder entre as diferentes categorias discursivas. Como dispositivo de controle da formação e do processo de trabalho, o termo supervisão vem sofrendo críticas constantes no campo da saúde, com proposições de novas denominações, como inter-visão e co-visão, admitindo que o olhar desse “externo” é um entre outros, que se junta ao olhar da equipe com a proposta de revisitar os caminhos trilhados por ela, de modo a propiciar a percepção de seu modo de sentir, pensar e agir. Seria, por fim, um agente externo que se reúne com a equipe para instituir processos de reflexão crítica e de educação permanente.

Verdadeiramente um olhar compartilhado: finalizo deixando aqui esta inquietação fruto do entendimento do processo enquanto enfermeira e residente como também das reflexões e apreensões de todo o processo, este que tomarás ciência à medida que fores avançando a leitura deste trabalho.

## CAPÍTULO SEXTO

*De como e em que se personificam outros elementos que interferem, de forma direta ou indireta, no gerir da Enfermagem. De como os contornos do gerenciamento de Enfermagem na Unidade de Saúde São Judas Tadeu ganham forma.*

Antes de entrar no cerne do que esse capítulo se propõe, considero importante trazer, antes de mais nada, alguns elementos que permeiam o processo de gestão na Unidade ao mesmo tempo que produzem efeitos dentro dele: o enfermeiro, o apoio institucional e a gerente. O primeiro, já trazido anteriormente.

Autores clássicos da administração, afirma Costa (2009), definem “gestão” como o processo de gerir – ou administrar – que significa dirigir, conduzir, coordenar, organizar um conceito de gestão pública da saúde apresentado por Garcia classificando-a em: macrogestão, referindo-se às ações de formulação e implantação de políticas; mesogestão, relacionando às atividades de condução de uma

organização (instituição, secretaria, etc.) e microgestão, relativa às tarefas de coordenação dos processos de trabalho desenvolvidos em uma organização.

Campos (2014) propõe um conceito de gestão como função gerencial, política, pedagógica e terapêutica. Trata a gestão da saúde numa perspectiva ampliada, integrando seus diferentes significados, seja nos aspectos gerenciais (de secretarias, instituições, unidades e serviços de saúde), seja no âmago dos processos de trabalho em saúde, a partir do trabalho em equipe, da relação gestor-gestor, gestor-trabalhador, trabalhador-trabalhador, trabalhador-usuário, gestor-usuário, enfim aspectos intrínsecos aos mais diversificados processos de produção de saúde.

Segundo Carvalho et al. (2013), dentre os agentes gerenciais na Unidade de Saúde, temos a figura dos gerentes, cujo papel é de mediador, de articulador intra e intersetorial. Neste papel, cabe ao gerente fazer a tradução e a intermediação das políticas emanadas do gestor junto aos trabalhadores, usuários e população do território; participar do diagnóstico das necessidades dos usuários e do planejamento de ações para o enfrentamento destes (juntamente com demais trabalhadores da Unidade e comunidade); promover a articulação e integração dos trabalhadores da Unidade, coordenando o processo de trabalho e ainda promover a articulação da UBS junto aos demais serviços da rede, necessários à integralidade da atenção.

A nova PNAB, instituída por Brasil (2017), recomenda a inclusão do gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas UBS, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

A Política entende por gerente de ABS um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão.

I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na PNAB, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e

terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da Unidade; e

XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo Gestor Municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (MS), enquanto política proposta para qualificar a atenção e a gestão, favorece a reorganização dos processos de trabalho com dispositivos que promovam a mudança na forma de produzir saúde (BRASIL, 2010b).

A partir de 2003, o Ministério da Saúde (MS) iniciou um processo de formulação e implantação do apoio institucional, inicialmente com dois enfoques: I) apoio à gestão descentralizada do SUS e II) apoio à mudança dos modelos de gestão e atenção dos sistemas e serviços de saúde. Em um segundo momento, a partir de 2011, o MS centrou-se na implementação do apoio institucional, buscando uma articulação interna (PEREIRA JÚNIOR; CAMPOS, 2014).

Humanizar a atenção e a gestão do cuidado implica em transversalizar ações e instâncias gestoras do SUS, fomentando a cogestão; a valorização e a inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde e trocas solidárias entre os diferentes sujeitos implicados neste processo (BRASIL, 2010b).

O apoio institucional (AI), para Maerschner et al. (2014), apresenta ofertas a partir das demandas do grupo, respeitando-as sempre. O papel do apoiador é estar atento às necessidades do grupo, escutar as angústias, fragilidades e fortalezas, mediar conflitos, na tentativa de possibilitar ambiente de confiança e solidariedade. Dessa forma, as discussões fluem mais facilmente, principalmente quando há empenho, abertura e receptividade, por parte da gestão, e interesse das pessoas envolvidas, facilitando a reflexão e análise dos processos de trabalho, percebendo entraves e soluções possíveis. O importante é ampliar a resolutividade dos serviços, por meio de ambiente saudável para relações interpessoais entre profissionais, gestão e usuários, e assim, favorecendo a circulação de ideias, afetos e escutas, permitindo que mais pessoas opinem, sendo protagonistas do processo.

A PNAB entende que o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias.

A compreensão dada por Campos (2007), citada por Falleiro et al. (2014), é a de que, na cogestão, são experimentadas formas de acolher as demandas provenientes dos diversos atores envolvidos no contexto, oferecendo diretrizes e submetendo tanto as demandas quanto às ofertas a processos de discussão, negociação e pactuação, construindo projetos de mudança do modo mais interativo possível. A cogestão como base do apoio institucional pressupõe um modo de agir mais dialogado por parte da organização que intenta projetos de mudança. Busca-se construir relações e ações que valorizem o princípio da autonomia dos sujeitos e dos coletivos sobre suas próprias realidades e problemas. Assim, o apoio institucional procura enfrentar as práticas verticais e autoritárias, presentes nas relações intra e interinstitucionais, para superar os modelos de supervisão centrados na realização e fiscalização de normas e padrões que, em geral, são previamente estabelecidos por pequena parte da organização.

Adianto que introduzo esses elementos aqui para facilitar o entendimento do próximo capítulo, visto que servirão de subsídios para o que vai ser descrito adiante. Posto isso, é hora de retomar o memorial como ele realmente propõe-se a ser.

Noto que pela dinâmica da USF São Judas Tadeu e pelo processo de trabalho, a aproximação com algo semelhante à gestão de Enfermagem se deu - não sem grandes dificuldades/resistência/interferências, como abordarei no próximo capítulo - com maior amplitude através da atuação com os ACS tendo como interlocutoras as reuniões de equipe, as visitas domiciliares, as tentativas de organizar o território de abrangência; nas educações permanentes; nas visitas ao território. Com as profissionais de nível técnico, como não deveria ter sido, com menos profundidade devido forte comprometimento de sua participação nesses espaços.

O envolvimento das técnicas nas atividades fora das salas que ocupam rotineiramente era baixo. Baixo, não, era praticamente inexistente. Entretanto tenho a noção que nossa aproximação nesses espaços não era diferente, apesar da escala de distribuição das enfermeiras residentes (e somente) na ocupação dessas salas bem como nossas ações, quando preciso. QUANDO PRECISO. Quando preciso? Faço ressoar isso porque não existe o “quando houver necessidade”, sempre há necessidade, mesmo não precisando assumir as funções e ações referentes a cada sala. Nossa presença na de curativo era bem mais frequente e corriqueira, devido aos chamamentos constantes das técnicas, que pareciam ter insegurança na realização.

Por vezes, a preceptora sinalizou a necessidade de olharmos para as salas ocupadas pelas técnicas de Enfermagem. De fato, estávamos focando mais na agenda de atendimento, nas consultas/visitas domiciliares aos usuários, nas outras demandas requeridas pelo processo de trabalho e pelas demandas espontâneas advindas do ACCR, este que nos dedicamos, defendíamos e lutamos até o último momento dos nossos dias como R1s.

Enfim, era claro que as questões assistenciais estavam nos tomando de tal maneira que se sobrepunha às questões gerenciais. O chamamento dela foi necessário. Passamos a nos ocupar um pouco desses espaços, mesmo que ainda de forma incipiente. Decerto: a preceptora precisava de apoio para exercer a preceptoría, e aqui especificamente, para ter subsídios para nos despertar para os meandros da Enfermagem no papel de gestão.



## QUARTA PARTE

### O estar-no-mundo e o fazer profissional

#### CAPÍTULO SÉTIMO

*De como o trabalho da gerente e do apoio institucional gera conflitos e atravessamentos com/no fazer das enfermeiras na USF. De como a autora vivencia e reflete sobre a complexidade e o delineamento do gerenciamento de Enfermagem na Unidade e seu contexto político. De a autora reflete sobre o gerenciamento de Enfermagem e a efetivação desta atribuição enquanto enfermeira residente.*

A partir da exposição dos elementos apresentados a você até aqui, acredito ter traçado uma rede para a composição da sua visão panorâmica sobre o contexto, necessária para o entendimento do caminhar e de que maneira tudo se relaciona à supervisão e coordenação de Enfermagem como ferramentas gerenciais, temas do presente trabalho.

‘Antes de mais nada, vale aqui encaixar uma nova peça na construção da visão panorâmica que almejo sistematizar: Já mencionei lá no início do trabalho que a gerente administrativa que hoje atua na USF São Judas Tadeu é a segunda desde nossa chegada. A primeira saiu ainda antes da reabertura. Após isso, outra foi nomeada a assumir o cargo. Um outro fator é que a função de AI da USF era exercida exclusivamente por uma residente, uma enfermeira sanitária que atuava apenas na Unidade em questão. Com a chegada dos novos residentes, no período de transição, o município incorporou uma apoiadora, esta vinculada também a outra USF. Em teoria, a nova e atual sanitárias residentes ocupariam a função de AI em conjunto com ela.

Colocar isso é relevante dada a importância da clara compreensão de que a função gerencial da Unidade ficou inteiramente sob dominação da gestão da Atenção Básica, o que favoreceu o surgimento de diversos atravessamentos, tendo em vista os já conhecidos entraves políticos já relatados.

Há de se esperar que várias figuras exercendo atribuições gerenciais instaurassem alguns conflitos. O que noto, na verdade, é um embaralhamento de entendimento acerca dos limites dessas atribuições. Seja aquele decorrente da falta de clareza de onde inicia-se a função administrativa do gerente e onde esta acaba e, por sua vez, começa a do apoio institucional. Há uma enorme confusão. São muitos caciques para pouca tribo, julgamento meu, caríssimo leitor(a). A função da Enfermagem nesse meio, mesmo diante das diversas dificuldades já relatadas, era clara para mim. Só não sei acontecia o mesmo com os donos do bastão do poder. (claro que eu sabia ao certo).

Acontecia frequentemente diversos atravessamentos por parte da gerente, em grande parte, com relação às técnicas de Enfermagem e os ACS. Folgas eram concedidas aos profissionais de forma não dialogadas com as enfermeiras e com a equipe; eram feitas pactuações que interferiam no funcionamento das atividades da equipe; reuniões com estes “sem prévia comunicação” eram “proibidas”; necessidade de permissão para desenvolver atividades próprias da atuação profissional, como visitas domiciliares emergenciais bem como tentativas de intervenção nos funcionamentos das salas ocupadas pelas técnicas; interposição referente à participação, principalmente dos ACS nas reuniões de equipe; intervenção quanto à contribuição desses profissionais em espaços como as das atividades coletivas. O poder, de fato, seduz.

Obviamente, os diversos atravessamentos geravam um ciclo de conflito, visto que não nos curvávamos ao que era posto e intervínhamos paulatina e incisivamente naquilo que estava sob nossa governabilidade (e digo nossa, pois incluo as demais enfermeiras residentes), o que gerava mais conflito e intervenções da gerência. O ciclo reiniciava-se permanentemente. Os ACS e as técnicas de Enfermagem voltavam-se bastante a ela. Muitos, pelo temor/medo/receio advindos dos vínculos empregatícios frágeis; outros, pela hierarquia e a forte submissão presente nessa relação de poder; alguns, pela forte subjugação dos residentes em comparação aos “contratados e efetivos”, como era dito por diversas vezes na repartição da Unidade; ou tudo isso e mais um pouco.

As intervenções no processo de trabalho dos profissionais e agora referindo-me às técnicas de Enfermagem, principalmente com relação às folgas não dialogadas,

acarretavam comprometimento do serviço, pois mais de uma profissional era liberada, sem prévio acordo com as enfermeiras...éramos apenas comunicadas, geralmente, na manhã do turno. Isso era bastante recorrente. Para resolver o problema, era demandada às enfermeiras, ou melhor, às residentes a reorganização das atividades programadas para assumirmos aqueles serviços com desfalque de profissional. Na grande maioria das vezes, nos remanejávamos; em outras, aproveitávamos o problema gerado por esses atravessamentos para demonstrar as implicações do ato e fazíamos isso devolvendo a responsabilidade pela sua resolução ou com o fechamento do serviço, a sala de curativo, no geral. Infelizmente era necessário. Isso causava mais efeitos que tomar para nós a resolução do problema. Resolver, sim, mas gerenciar, não? Era uma conta que não fechava!

Com relação aos ACS, as maiores implicações estavam, ao que me parecia, nos resultados das pactuações feitas a portas fechadas com a gerente administrativa da Unidade. Muitos comportamentos, como ausências nas reuniões de equipes semanais, eram estimulados. Isso, como não poderia deixar de ser, atrapalhou demais o andamento e a estruturação das equipes. Incontáveis vezes dialoguei com ela acerca das faltas de um dos ACS às reuniões de equipe, nas visitas domiciliares e a resistência com os cadastramentos. Mas nada foi feito. Pelo contrário, parecia legitimá-lo. Férias foram concedidas sem prévio diálogo nem pactuação com a equipe.

Minha equipe era a Diamante II. Além de mim, faziam parte dela três ACS - uma fora do exercício profissional há bastante tempo devido afastamento por motivo de doença. Não a conheci durante o período em que estive na Unidade -, um dentista residente e uma médica - que, no primeiro momento, era residente, contudo, com sua desistência no final do ano de 2017, o município contratou outra para substituí-la.

Era bastante difícil (para não dizer quase impossível) desenvolver as ações adequadamente. 1) Havia uma reação em cadeia: a ACS afastada, estando, assim, a microárea descoberta de agente de saúde. Como agravante era uma microárea nova no território de abrangência da USF. Como cadastrar e vincular essas pessoas à Unidade e à equipe? 2) Um outro, era novo na USF e na microárea. Era também preciso realizar os cadastramentos...trazer nossos usuários, fazê-los nos conhecer, conhecer a nossa Unidade. Como desafio: o baixo comprometimento à função exercida somado à dificuldade de encontrar população suficiente para completar o

quantitativo previsto. Isto porque a USF, na prática e, baseada nos nossos estudos no/do território, não comportaria as 5 equipes que ali atuam devido o quantitativo populacional da área de abrangência. Tentamos, sem sucesso, convencer à Gestão Municipal: o funcionamento de todas elas resultou em inúmeros transtornos às equipes, principalmente à São Judas I e Diamante II; 3) por último, o outro Agente Comunitário era comprometido com o trabalho e com os usuários, porém sobrecarregado e desestimulado (e ousou dizer também adoecido) devido ao déficit gerado pela ausência de um profissional, a falta de um maior comprometimento do outro e a desorganização da equipe. Mesmo fazendo parte de um todo (leia-se a equipe), administrar tudo isso, sem apoio dos demais integrantes, tornava uma missão quase que impossível para mim. Senti-me solitária nessa atribuição, confesso. Não teria como ir longe sozinha, eu sabia. Fiz o que pude, sei também. Dei meu melhor, mesmo sabendo que não foi o suficiente. Porém, não trago culpas. Que não éramos equipe, era uma realidade. Pude contar com o apoio da Anne Sullivan durante todo o processo. Era a representante do NASF-AB na Diamante II. Foi uma espécie de “núcleo de apoio à enfermeira desesperada”, arrisco dizer.

O território é um dos mais desafiadores, e não teria como ser diferente pela particularidade que traz, principalmente pelo forte impacto causado pela não efetivação do processo de territorialização de Lauro de Freitas e da USF São Judas Tadeu. Contudo, o excesso das exógenas intervenções desnecessárias/arbitrárias/desfavoráveis junto com a escassez ou inexistência de intervenções indispensáveis/dialogadas/úteis intensificaram as dificuldades inerentes ao território de atuação da equipe, pelas tensões do contexto político (ainda que acredite que os atravessamentos são frutos deste) e pelas dificuldades apresentadas pelas profissionais, inclusive por mim.

Sempre percebi que nossa legitimação como enfermeiras nos diversos espaços da Unidade permanecia em um patamar inferior à concursada do município. Isso quando se referia à horizontalização e à igualdade nesses lugares, pois o papel de responsabilização (e culpabilização, muitas vezes) em várias atribuições das “enfermeiras” sempre nos era imputado, quando julgavam pertinente. A pseudo-valorização conforme a circunstância contida na camuflada desvalorização.

O papel do AI no município - e digo com segurança devido minha atual vivência no estágio na gestão - está longe de ser exercido conforme o propósito a qual foi criado. Vejo um movimento de tentativa de qualificar o papel do apoio institucional, mas também vejo o não entendimento por parte dos gestores e até mesmo dos apoiadores sobre o que, de fato, é essa função. São absorvidos pelas demandas solicitadas pelos Gestores Municipais, estão sobrecarregados com o excedente de equipes sob a sua responsabilidade, não conseguem estar próximos das equipes para qualificação dos seus processos de trabalho. Atualmente, é uma reprodução da gestão verticalizada, sem uma construção real do processo de cogestão e sem democratização das relações de poder. Sinto como uma extensão do trabalho da gerência com perpetuação de formas tradicionais e hierarquizadas de se fazer gestão na USF. Mais uma representação do que o poder do bastão tende a incitar em quem o detém: um ciclo contínuo de subjugação, que quem está ( ou pensa que está) no topo da cadeia hierárquica (quase a cadeia alimentar que estudamos no colégio) subjuga e faz questão de exercer, sob os problemas mortais, o poder que acreditam que deter.

Digo a você com toda a clareza do entendimento que trago sobre o processo: movimentos hierárquicos e autoritários como os relatados até aqui serão enfraquecidos e a construção/efetivação do processo de cogestão se tornarão possíveis a partir da criação e/ou fortalecimento do Colegiado Gestor (CG) nas Unidades bem como do CLS.

O CG, para Brasil (2009), por ser um espaço coletivo que inclui gestores, trabalhadores de saúde e usuários. Envolvendo a participação social. É um Espaço para discussão e tomada de decisões no seu campo de ação de acordo com as diretrizes e contratos definidos entre sujeitos envolvidos na trama do cuidado em saúde. Tem como objetivo discutir e deliberar sobre as questões e problemas relativos à Unidade, para exercer o gerenciamento participativo e democrático, através de pactuações e corresponsabilização pelas decisões tomadas. Tem como modo de implantação um processo seletivo em que sua configuração se dá pela escolha de representantes de todos os seguimentos, através de eleição/indicação de trabalhadores, gestores e usuários e/ou legitimação de um grupo constituído. Deve ter uma sistemática de frequência, duração e registros acordados com todos os membros

participantes. Como metodologia, busca-se a sistematização das ações de enfrentamento dos problemas, propiciando um espaço de gestão capaz de discutir, planejar, avaliar e pactuar ações definidas.

Os Conselhos de Saúde por serem órgãos colegiados deliberativos de caráter permanente, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Os CLS deverão observar a paridade, conforme lei 8.142 de 28 dezembro de 1990. Cabe a cada município, pelo decreto do executivo, Lei Municipal ou Portaria do Secretário Municipal de Saúde, criar os Conselhos Locais e Distritais de Saúde. Possibilitam a proximidade da comunidade da dinâmica dos serviços de saúde da Unidade e a interação com as demais organizações do bairro. Por esta razão são considerados como componentes estratégicos da gestão participativa (BRASIL, 2010c). É a instância máxima deliberativa e de participação da comunidade na área de abrangência de cada Unidade de Saúde, que atua no planejamento, na cogestão e na fiscalização, exercendo atuação descentralizada e regionalizada dos Conselhos Distritais de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde (BRASIL 2011).

Assim, a cogestão é um modelo centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantem, refere Brasil (2009), que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente com um ampliação do grau de transversalização entre sujeitos envolvidos na trama do cuidado em saúde fazendo com que se altere a correlação de forças na equipe e desta com os usuários e sua rede social, favorecendo a produção/ampliação da corresponsabilização no processo de cuidado.

No processo de reflexão e de busca por memórias sobre os aspectos voltados ao gerenciamento de Enfermagem, acabo por recordar-me daquele estágio supervisionado na Atenção Básica já citado anteriormente, lembra? caso não, volte cinco casas, leitor(a), rememore-o no capítulo primeiro e retome a leitura. Ok? na Unidade em questão, eu e uma amiga, companheira de curso, atuando em equipes diferentes, tínhamos encontros semanais com nosso professor supervisor nos quais sempre debatíamos temas relativos à Atenção Básica. Em um deles: gestão de Enfermagem. É interessante - tanto quanto simbólico - perceber que toda nossa fala versava sobre o gerenciamento a nível da instituição de saúde. A função do gerente.

Ao final das nossas pontuações, ele disparou reflexões quanto papel gerencial do enfermeiro no processo de trabalho da equipe. Contraditoriamente, a universidade não nos prepara para tal, ao menos a minha não. A ênfase é sob a assistência aos usuários, neste caso, sim, do terceiro ao décimo período nos foram oportunizadas várias vivências.

Durante a Residência, o papel do enfermeiro como gestor é, ao mesmo tempo, instigante na proporção que permite minha descoberta neste lugar partindo da descoberta deste lugar - quer seja com os ACS (este gerir a que me aproximei um pouco mais na graduação, mesmo que de forma breve e superficial), quer seja com as técnicas de Enfermagem (este, um mundo (quase) novo) - foi e continua sendo bastante desafiador, assim como amedrontador.

Dentro do processo pedagógico, apesar de estar dentro das habilidades, ações e desempenhos esperados para o núcleo de Enfermagem referindo-me à gestão local da USF, não houve um apoio pedagógico real que conduzisse para o alcance de tal resultado. Sobre isto, no PPP é posto que o enfermeiro apoia a equipe a dividir as tarefas de gestão do serviço, contribuindo para a desconstrução da cultura da centralidade da gestão local na Enfermagem; participa ativamente do planejamento, gerenciamento, coordenação e avaliação das ações desenvolvidas na Unidade junto a equipe, assumindo as tarefas de gestão divididas entre membros da equipe; participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF, especialmente das Unidades de produção assumidas prioritariamente pela equipe de Enfermagem (FESF, 2017).

Na verdade, o desafio parte do medo trazidos pelo desconhecido, em primeiro momento. Depois, o medo soma-se ao desejo de enfrentamento deste e de descobrir o que, de fato, é fazer a gestão de Enfermagem. Aqui, a figura do preceptor e do seu apoio pedagógico torna-se imprescindível.

Ao mesmo tempo que o interesse em aprender a fazer microgestão estava latente, eu não sabia como fazê-la. Diante disso, procurei estudar o quanto foi possível. Contudo, a teoria gritava por ser atrelada à prática, afinal, estávamos em campo. É certo: nem sempre a teoria e a prática se delineiam do mesmo modo. Muitas vezes, não convergem.

A respeito da construção do olhar gerencial e da desconstrução da cultura da centralidade da gestão local no núcleo de Enfermagem há relações paradoxais e conflituosas entre si: ao mesmo tempo que elementos gerenciais pareciam se caracterizar como intrínsecos do fazer da Enfermagem e eram postos pela Residência como competência e habilidade a serem desenvolvidas; por outro lado, a própria preceptoria de Enfermagem, imersa no seu fazer profissional, visto que passou a compor uma das equipes mínimas da USF; além de que é tomada por alguns hábitos viciosos que, dentre outras coisas, intensifica a centralidade da gestão na Enfermagem.

Essa centralização nos levou (a mim e as outras residentes enfermeiras) a questionar e a nos posicionar contrárias a várias conduções incentivadas pela preceptora. Sentimos na pele como desconstruir paradigmas fundamentados e construídos histórica e culturalmente é bastante difícil e requer muito fôlego. Mas que é preciso refletir constantemente sobre nossa atuação profissional e que resultados produzimos e/ou visamos produzir.

Enfatizo que as pontuações acerca do que se esboçava como apoio pedagógico parte tão somente da observação do contexto. Não é minha intenção tecer julgamentos, mas sim apreender os elementos que o contexto traz e, através do processo reflexivo, ressignificar almejando obter mudança na minha atuação profissional. Pontuo minha compreensão e empatia sobre os fatores externos à preceptoria que se tornaram definidores e/ou agravantes para o comprometimento do processo pedagógico do núcleo de Enfermagem, mas não somente deste nem somente por ela.

A crítica à preceptoria não vem sem antes haver uma reflexão de como estrutura-se esta Residência; não vem isolada à constatação da justa desmotivação de muitos que viviam inseridos no cotidiano; não invalida e não é insensível aos motivos que levam à afetação de inúmeros processos dentro da Residência. Apenas ponho à mesa a necessidade de não apenas haver o espaço para a realização dos turnos pedagógicos, pois isso torna-se insuficiente (tanto quanto ineficiente) se não nos são dadas condições para explorar e garantir, não apenas na ideologia, a utilização dos turnos pedagógicos bem como propõem

Grande parte das apreensões no que se refere à coordenação dos ACS encontra-se em como ocupar o espaço de gestão, este implica fazer, em primeiro lugar, com que as ações propostas ganhem significado para os agentes, lançando mão de estratégias para utilizar esse potente profissional como aliado, não somente como identificador e apontador de problemas, mas também para ampliar seu escopo: aquele que propõe, envolve-se e implica-se na busca por soluções, facilitando, dessa maneira, o alcance dos objetivos e uma melhor organização do processo de trabalho. Como dar voz a eles e torná-los aliados? como quebrar ideações de patamares e importâncias diferenciadas baseando-se em formação profissional que, talvez (ou certamente) possam existir? como ajudar os ACS a lidarem com questões pessoais que andam afetando diretamente o processo de trabalho? acho que isso e muitas outras questões sempre me desafiaram (e continuam a desafiar) a refletir acerca das posturas e condutas adotadas que pudessem causar certos distanciamentos. Lidar com essa coordenação é um desafio constante.

Ao tempo que reflito vejo que fui amadurecendo no que se refere à gestão de Enfermagem, mas que ainda preciso desenvolver isso como uma habilidade a ser treinada cada dia mais. Há avanços? É certo que sim, embora ainda tenha muito o que aprender e apreender desses espaços e ir construindo cada vez mais um olhar crítico sobre o que, de fato, faz parte da atribuição da Enfermagem no gerenciamento. Pois: nem tudo que dizem que é, é.

... e inclusive, NÃO: o que não é de ninguém não é da Enfermagem!



## QUINTA PARTE

...e o mundo não é algo pronto

## CAPÍTULO OITAVO

*De como a autora projeta suas perspectivas de modificação do cenário atual e do cenário de prática. De como a autora sugere mudanças no que permeia o gerenciamento de Enfermagem na USF.*

Minhas maiores projeções e perspectivas - e esperança, acima de tudo - de modificação do cenário relacionada não somente à efetivação da supervisão e coordenação de Enfermagem, como também em todos os aspectos que permeiam sua atuação profissional dentro do âmbito da saúde está na apropriação pelo enfermeiro dos espaços sob sua real responsabilidade através do processo crítico-reflexivo de todos os aspectos que envolvem sua atuação profissional.

Comumente, o enfermeiro volta-se para o que não é sua atribuição, incorporando, absorvendo e aceitando encargos alheios à sua função e esquece de olhar para o que, de fato, é. No princípio de causa e efeito relacionada ao que antecede, podemos nos remeter a algumas questões trazidas com maior força no capítulo quinto, todavia aparece em quase todo o texto. A falta de entendimento, sobretudo, quanto ao exercício da profissão; a pouca ou nenhuma apropriação do lugar que ocupa; a escassa (para não dizer inexistente) reflexão crítica sobre o que é ser enfermeiro; a insipiente participação e engajamento da Enfermagem no campo político e suas lutas por conquistas para a categoria profissional; a reduzida compreensão do processo histórico da Enfermagem e como implica no contexto atual; a precarização do trabalho da Enfermagem no Brasil; a subjugação historicamente criada em que a Enfermagem é colocada e a aceitação passiva da mesma.

Aqui peço licença ao leitor(a), inclusive, para dizer que julgo que há uma alienação de muitos profissionais quanto ao lugar em que estão inseridos e seu processo de trabalho nesses lugares. Decerto, falta um processo reflexivo, uma autopercepção.

Todos esses fatores supracitados, a meu ver, incorre na aceitação de outras atribuições que não nos pertence, porque muitos acabam acreditando e vestindo “a carapuça” que lhes dão.

Quanto ao que foi anteposto, acho interessante trazer ao leitor(a) uma fala que achei interessante encontrada em um dos artigos estudados que versa sobre a supervisão sob a ótica dos enfermeiros. Para introduzir a fala de um dos enfermeiros entrevistados, as autoras do texto trazem que, a respeito das dificuldades encontradas no exercício da supervisão, vários entrevistados enfatizaram que a maior dificuldade está na sobrecarga de trabalho. Em seguida traz a pontuação do profissional: *“na verdade, a supervisão é muito difícil. Tenho muita dificuldade dessa questão de*

*supervisão, principalmente por não conseguir estar o tempo todo próximo dos funcionários, porque a gente executa várias funções dentro do serviço. Sou a **administradora, a funcionária da manutenção, a maqueira**. Executo várias funções, e acaba não conseguindo executar nem a assistência de maneira adequada e nem a supervisão de maneira adequada, então eu vejo muito mais dificuldade do que facilidade para executar a supervisão” (CARVALHO, 2017).*

•••

Leitor(a), deixarei esse espaço para prévia reflexão quanto aos elementos trazidos na fala anterior e os que se seguirão adiante.

Isto posto, marchemos em frente. É claro para mim: a modificação real da atuação do enfermeiro se dará à medida que houver a produção de uma reflexão crítica que reverbere na reconstrução dessa atuação profissional, fazendo-o sair da passividade e assumir seus lugares naqueles espaços que, teoricamente, são dele. Nosso. Enquanto não ocuparmos nosso espaço, alguém irá tomar conta dele, enquanto o que não é de ninguém, será imputado a nós porque nem nós sabemos o que é nosso, não nos apropriamos do nosso próprio fazer, resultando em uma conflituosa relação com o exercício da profissão.

Acredito que essa postura passiva e submissa que encontramos de forma corriqueira até hoje é fruto do percurso histórico da Enfermagem que relegou à profissão ao fazer da Medicina, a um patamar de inferioridade em relação à esta. Esses traços históricos são vistos com muita força até os dias atuais.

A utopia de uma prática política emancipatória, dizem Lessa e Araújo (2013), depende da desmontagem do consenso ideológico dos dominadores, da recusa de rótulos e das imposições. Para tanto, é preciso entender que na Enfermagem existem grupos politicamente fortalecidos, que frequentam os espaços de decisão, que mobilizam forças sociais, atuam em áreas de decisão na gerência do sistema de saúde e estão nas universidades fomentando conhecimento científico e despertando a consciência política na formação profissional, na tentativa de retirar da apatia a outra parte dos enfermeiros que insistem em manter a ordem vigente de submissão e do não compromisso social.

Por vezes, diante dos questionamentos e tensionamentos feitos enquanto profissional de Enfermagem, ouvi, de alguns enfermeiros, em um tom bastante conformista, eu diria: *“Ah, mas isso é histórico, demora para modificar”*. Ok, mas se nunca fizermos o movimento de quebra dessa mentalidade tanto nossa como enfermeiro (em primeiro lugar e acima de tudo) como da sociedade (consequentemente), como queremos mudar a lógica histórica? Para todo fim é preciso um começo. Caberá a quem dar o primeiro passo? aos “dominadores”? àqueles que nos subjagam à condição de inferioridade? permanecendo na passividade? compactuar com aqueles que “detêm o poder”, não é a saída. Desespera-me (tanto quando me desanima) ouvir coisas desse tipo do próprio profissional de Enfermagem. E digo: só explica o porquê das coisas estarem como estão. É inaceitável “ter” que entender que nós, profissionais de Enfermagem, somos a maior categoria em número de profissionais registrados e mesmo assim somos tão desvalorizados, subjagados e não temos a força que poderíamos ter. Isso é fruto do contexto histórico, mas sobretudo devido a como reafirmamos diariamente aquilo que precisaria ser desconstruído diariamente.

Lessa e Araújo (2013) são enfáticos em dizer que o enfermeiro é um profissional invisível, os pacientes o chamam de doutor, pois aquele que está de branco para eles personifica a figura do médico, agente salvador, de cura e resolução imediata dos seus problemas. Quando o técnico ou auxiliar de Enfermagem se aproxima do doente para prestar cuidado ele é chamado de enfermeiro, mas não é o enfermeiro que está lá. O profissional não é notado e não se faz notar no seu dia-a-dia de trabalho.

Outro ponto que considero que mudaria a postura do profissional enfermeiro seria a abertura de espaços para a discussão política voltada para a formação profissional ainda nas instituições de ensino de Enfermagem, seja no ensino superior ou médio. A produção de profissionais empoderados, críticos, com maior capacidade política, apropriados do espaço que ocupa é uma das vias para a mudança de paradigmas. O entendimento do seu papel social é potencializador para modificação do contexto em que estamos inseridos.

Além disso, como já citei algumas vezes anteriormente, voltar-se para a formação profissional de enfermeiros com olhar atento também para a forma de gerenciar a equipe é primordial. A graduação, de uma forma geral, preocupa-se sim

em formar profissionais assistencialistas-generalistas, mas não gestores, seja do seu processo de trabalho, seja em relação à equipe de Enfermagem e ao ACS. Somado ao já exposto neste capítulo, ao passo que os profissionais, principalmente os recém-formados, não se apropriam nem são despertados sobre o tema nem são empoderados para desenvolver tal função, perde o potencial lugar que poderia/deveria ocupar.

Além do que expus antes, acredito que a aproximação dos enfermeiros com os técnicos/auxiliares de Enfermagem, a melhor sistematização da supervisão desses profissionais bem como a do ACS, a melhor organização dos atendimentos para estar mais próximos das salas ocupadas pelas técnicas e acompanhamento dos ACS nas microáreas, a gestão compartilhada e colaborativa quanto ao processo de trabalho são elementos que considero importante para modificação do cenário atual no que diz à atuação do enfermeiro.

O mudança do cenário atual na Unidade São Judas Tadeu ocorrerá através do movimento da efetivação da cogestão enquanto premissa fundamental para o modo como se operacionaliza o gerenciamento na Unidade; retorno do Colegiado Gestor; instituição do conselho local de saúde; melhor comunicação com a gerente e a AI; responsabilização destas agentes na resolução dos problemas gerados pelos atravessamentos feitos constantemente; comunicação direta aos gestores da Atenção Básica, sempre que necessário; acionamento do Conselho de Classe de Enfermagem, quando impedidos de exercer suas atribuições assim como a comunicação das condutas adotadas pela categoria para o enfrentamento da problemática, quando necessário.

Apesar da ampliação do campo de desenvolvimento de trabalho e das novas oportunidades, os trabalhadores enfermeiros não conhecem seu campo de atuação, seus limites e possibilidades dentro da equipe multiprofissional e permanecem impotentes politicamente. A Enfermagem brasileira sofre de impotência de pensamento, levando-a a uma ação pontual, quase sempre frágil em termos de influir nos centros de poder, dentro e fora da própria, conforme Lessa e Araújo (2013). Acredito na mudança da realidade a partir da mudança de posturas e posicionamentos, ancorados pelo que rege o exercício profissionais da Enfermagem, apoiados/regulamentados pelo COFEN e COREN, agindo à luz do Código de Ética

com despertar da visão crítica e do empoderamento profissional, legitimados e embasados pelas políticas públicas estabelecidas pelo SUS. Só fazendo diferente obteremos resultados diferentes.

## CAPÍTULO NONO

*De como ela compreende as experiências como potencializadoras para o seu fazer profissional. De como essa vivência permite “metamorfosar” o negativo em positivo. De como a autora transforma antigas questões em novas oportunidades de aprendizado.*

Diante de todo o exposto, reafirmo mesmo incorrendo na repetição da fala: a supervisão e coordenação realizadas pelo enfermeiro, seja de forma privativa ou como membro da equipe é, por natureza, um desafio, principalmente quando falamos da relação e do contexto bastante conflituosos encontrados aqui. Esse desafio se exponencia a sabe-se lá quanto. Ao mesmo tempo, favoreceu à reflexão e a construção cotidiana (ou tentativa, ao menos) de novas competências e habilidades.

Para Carvalho (2017), desenvolver as competências gerenciais é o grande desafio para mudanças de paradigmas à gestão do enfermeiro. Nesse contexto, o enfermeiro deverá ser capaz de deixar de executar e repetir tarefas, para passar a refletir sobre a gestão: da aceitação para capacidade crítica, do ensino para a aprendizagem, reproduzir conhecimento para construir e aplicar o conhecimento, melhorar habilidades para gerar resultados.

Neste contexto, faz-se necessária a transformação que requer aperfeiçoamento e mudanças em diversas áreas, tanto no âmbito dos enfermeiros que estão inseridos no mercado de trabalho, quanto daqueles que estão em processo de formação, com a incorporação de conhecimentos (CARVALHO, 2017).

O contexto político exerce forte influência perante o modo de operacionalizar as ações de saúde (embora não somente elas). Sentimos no cotidiano das atividades no campo o quanto nossa atuação e a efetivação do processo de cuidado integral foram limitadas, dificultadas e, muitas vezes, inviabilizadas por velhos fantasmas que continuam a assombrar e por antigos (e reciclados) conflitos envolvendo a Residência

e pessoas-chave no município. Estivemos em contato com isso o tempo todo. Mas tem sua valia: julgo importante formular compreensões partindo da ótica real do que é fazer gestão, o que interfere nesse fazer, de que lugares partem e como vai sendo constituída. Construo essa nova visão tendo agora outros pontos de partida: como profissional formada e em formação; como trabalhadora da Unidade; como responsável pela condução da assistência prestada à comunidade; como uma das partes responsáveis pela organização do processo de trabalho. Os conflitos, as fortes relações de poder, os atravessamentos de outros agentes do processo de gestão. A realidade em que estiva inserida não se diferencia de tantas outras em tantos outros lugares do Brasil, infelizmente. Sem dúvida, todas as nuances do patrimonialismo na administração pública afetam diretamente o cotidiano e a atuação dos/nos serviços públicos.

A potencialidade que retiro da experiência é reflexiva: não apenas no que se refere à experiência do contexto citado anteriormente, mas, sobretudo, porque, na maior parte do tempo, voltei-me para a assistência, para o consultório. Claro que não se deu do começo ao fim da Residência e nem em todos os momentos, mas, indubitavelmente, havia a priorização em detrimento de estar mais perto dos elementos de gerenciamento como a coordenação e a supervisão de Enfermagem. Acredito, porém, que o despertar da autopercepção pressupõe e/ou precede o estímulo à modificação da conduta a partir do consequente despertar do olhar para tal questão. Como resultado, temos uma tentativa/desejo/anseio de reorganização do processo de trabalho e da qualificação enquanto enfermeira.

Potencializo a experiência e aprendo com ela: no momento em que nos apropriamos das ferramentas gerenciais acabamos por qualificar o processo de trabalho, pois identificamos problemas, analisamos o que precisa ser modificado, o que produz efeitos positivos quanto à qualidade da assistência. Fazendo isso coletivamente, não só com o ACS e técnicas de Enfermagem como também com o restante da equipe e dos trabalhadores da Unidade de Saúde.

Circular nos espaços da Unidade, principalmente nas salas ocupadas pelas técnicas, com um olhar que favoreça a detecção das fragilidades e fortalecimento das potências existentes. Julgo que a aproximação dos ACS e da equipe de Enfermagem e estar aberta ao diálogo para entender e acolher as necessidades trazidas por eles

possibilita a intervenção a partir de construção conjunta que qualifiquem a demanda visando solucionar problemas. E esse processo deve ser contínuo: (re)avaliar resultados das ações e refazer, se preciso, o processo ou parte dele. Quanto a isso, lembro-me, a partir desse circular na Unidade, que uma das técnicas estava aferindo a pressão arterial de um dos pacientes na sala de triagem de forma equivocada. A partir daí, gerou a necessidade das equipes realizarem educação permanente sobre o tema. A partir da coordenação das ações dos agentes de saúde, foi possível orientar quanto à utilização das fichas de cadastramento. Nos dois casos, o fruto colhido é a qualificação da ação e, conseqüentemente, da assistência prestada aos indivíduos pertencentes à área adscrita.

Aprendi a importância em acompanhar as atividades dos ACS, de compreender as dificuldades encontradas por eles nas microáreas e, juntamente com os outros membros da equipe, organizar o processo de trabalho de forma sistematizada levando em consideração dos aspectos trazidos por cada um. Tudo isso repercute de maneira benéfica e satisfatória para organização geral. Ajuda a estruturar a equipe e suas ações.

Não fantasiarei: apesar de haver despertado o olhar para a importância da gestão de Enfermagem, a teoria é mais fácil que a prática. Fazer que a efetivação ocorra continua sendo algo que ainda tenho a evoluir, mesmo diante do aprendizado que esta experiência trouxe.



## **SEXTA PARTE**

Pelo mundo afora e pelo mundo adentro

### **CONSIDERAÇÕES NÃO FINAIS**

*Do que representou para a autora a construção do presente trabalho. De como a autora analisa e se autoanalisa no processo no período vivido. De quais são as ansiedades e angústias da autora referentes ao pós-Residência.*

A construção desse memorial foi um convite (mais uma intimação, na verdade) a retomar as memórias. Carta aberta a lembrar. Revisitar, dar um replay em todo o filme, em todas as cenas e cenários. Ser também personagem do enredo narrado. Sem dúvidas, não foi fácil como parece ser. Exige vasculhar algumas caixinhas, colocar o dedo na ferida. Nem sempre isso é cômodo tampouco confortável.

O meu processo de negação e resistência quanto a escrita durou um tempo bastante significativo. Lutar contra o inevitável não é algo muito inteligente a se fazer. Mas o “para que?”, o “por que?” tomavam o lugar. A bem da verdade é que ainda me questiono um pouco sobre algumas questões referentes a isso, mas me absterei. Optarei, sim, por afirmar que, enquanto enfermeira, permitiu colocar em primeiro plano a minha percepção sobre ao gerenciamento de Enfermagem na Atenção Básica, mas não somente isso. Propiciou o processo reflexivo quanto meu fazer profissional enquanto residente e minha atuação mundo afora. Vivenciar, pensar e (re) significar. Desconstruir para reconstruir.

Devo confessar que o início da escrita foi sendo postergada por várias afetações emocionais e psicológicas. Pela carga de estar longe de casa, no momento em que tem um turbilhão de coisas acontecendo por lá. Os “meus” não estarem bem me desestrutura de uma forma que jamais conseguirei explicar. Tira-me do eixo. O período mais delicado em que aqui estive.

Além disso, o estágio optativo na gestão da Atenção Básica, na linha de cuidado materno-infantil, foi um período pesadíssimo. Vivência válida, mas infértil, desgastante mentalmente. A experiência foi ruim, não vou negar. À minha sombra Leticia: ah, se não fosse você naquele momento para dividir comigo os duros momentos naquele lugar. Obrigada por dividir os risos, lamentos e a luta por tirar diariamente proveito daquele campo denso, duro e complicado.

Demorei bastante para me sentir confortável para iniciar a escrever. Inspiração zero. Porém, quando o “*start*” foi dado, serviu a mim, entre outras ocupações, como uma rota para fugir da angústia, do sofrimento, da ansiedade, da incerteza, do medo. Cabeça e coração a mil. Estar aqui neste momento não estava – nem está - sendo fácil.

Escrever este memorial foi pôr-me à prova, assumir meus erros, encarar frente a frente meus defeitos, questionar minhas certezas, aumentar minhas dúvidas. Foi o

desafio de olhar para mim e dar voz à minha subjetividade, enfatizar minha singularidade, mas sem “olhar pro meu umbigo”. Foi assumir um referencial contrahegemônico na academia, desafiar paradigmas sem estar preparada para tanto. Foi revisitar minha história, fazer um balanço da vida, reviver cenas nem sempre agradáveis. Foi um imperativo de autoconhecimento. Não foi fácil (BRANDT, 2016).

O mundo lá fora dá medo. O pós Residência traz angústias e ansiedades. O que fazer? Como fazer? Por onde começar a fazer? adentrar o mundo após esses quase dois anos completamente imersa e dedicada ao que estava sendo vivenciado e, daqui a pouco tempo, sair “especialista em saúde da família”, pelos menos para mim, é uma responsabilidade gigantesca, principalmente diante do processo formativo deficiente que nos foi ofertado.

Pudemos discutir, planejar e replanejar, vivenciar e experimentar diversos espaços singulares e especiais. Pudemos aqui “usar e abusar” da ousadia, “bater o pé”. Certamente o mundo lá fora vai ser tão ou mais impiedoso, sei disso. Posicionei-me bastante e optarei todos os dias por me posicionar. Isso não vai mudar nunca e tudo bem. Faz parte do que sou, que vai além de dois anos de Residência. São escolhas. Ousar contestar, reclamar, criticar é importante, mesmo que o “como fazer”, “de que forma fazer” seja tão importante quanto. Assertividade, é a palavra. Quando eu deixar de me aquietar é porque tal coisa não me toca, não me movimenta: estarei cumprindo a obrigação de fazer. Estarei passiva a cena e ao que se delinea. Entretanto, passividade, jamais. Mesmo esta parecendo não incomodar. Obediência, submissão e servilidade a qualquer custo (e finalidades) nunca me vestiram muito bem.

Meu olhar crítico sobre as coisas e, bem mais, sobre mim mesma batem à porta diariamente trazendo uma eterna tentativa de contribuir com o melhoramento do que vivemos hoje, para aprendizagem bem como para a abertura à incorporação de novos olhares. Sempre almejei descaracterizar certas certezas e concepções, a partir dessa rica troca de conhecimentos. Acredito ter conseguido o máximo possível.

Após refletir sobre minhas práticas relativas à supervisão e da coordenação de Enfermagem como ferramentas gerenciais na Atenção Básica à saúde, entendo que se faz necessária uma constante reavaliação e reflexão acrescidas de uma eterna desconstrução e reconstrução sobre o que é ser enfermeiro e o seu papel neste lugar

de gestão. Emancipar-se, desmontar-se do consenso ideológico dos dominadores, da recusa de rótulos e das imposições o que, acredito eu, deva ser mitigado desde a graduação. Despertar o olhar crítico e político dos futuros enfermeiros.

O contato com o ACS e as técnicas de Enfermagem, ao mesmo tempo que desafiador, foi muito enriquecedor. A constante tentativa do trabalho em equipe com esses profissionais atesta que se constituem como agentes de um saber inesgotável, com questões singulares diversificadas. Contudo, há múltiplos desafios para o alcance real do “trabalho em equipe”, aquele que vivenciei durante minha experiência foi bastante ideológico. MAS É POSSÍVEL!

Espero que as palavras aqui escritas possam me ajudar a seguir em frente, potencializando a experiência e aprendendo com ela acima de tudo. Anseio que a Enfermagem possa se metamorfosear, sair do casulo e ocupar um grandioso espaço de transformação dos contextos atuais. Por fim, finalizo esse trabalho, aperto o “*pause*” no filme, no enredo vivenciado, nas lembranças. Lembro-me, com isso, de um poema visto por acaso enquanto procurava sei lá o que na internet e que julgo pertinente para o momento: “os créditos vão passando e o filme vai acabando. Os espectadores se vão. Alguns gostaram do seu filme e até aplaudiram de pé. Outros, pouco se importaram. Disseram que fariam melhor, só insistiram em ver os erros. Alguns não conhecem, não quiserem assistir por subestimar. Muitos só ouvirão falar daqui há muito tempo. Tudo que você viveu não passou de uma projeção nas telas daqueles te assistiam, que vibraram, choraram, sorriram. Mas acabou. Sempre há o fim do espetáculo. E nessa hora seus olhos fecham e um outro filme começa”. Por isso, não cabe aqui um ponto final, mas, sim, reticências. Recomeçarei. Ainda tem muito a ser sentido, dito, vivido.

De certo, o processo não foi fácil, foi duro, foi denso, foi tenso, foi exaustivo, por vezes (inúmeras delas) cansativo. Porém, foi professor; foi semeador; foi construtor; foi instigante, foi mestre, foi enriquecedor. Foi. Ensina-nos a ser “reativos” (será mesmo?). “Reagentes”, eu diria. REAGIR É PRECISO, ÀS VEZES. Nem que seja para sobreviver ao caos. Fomos guerreiros; fomos desbravadores; fomos grandiosos; fomos resistentes. Fomos, nós, professores até para quem não quis aprender; fomos e somos. A ferida, agora latente, cicatrizará...está cicatrizando. Restará apenas o que

foi bom. No fim, até mesmo as experiências negativas metamorfoseiam-se em positivas, pois permitiram semear flores, flores no deserto.

Existe uma região nos Estados Unidos que recebeu o nome de Badlands (terras ruins, em português), por ter o solo árido e uma paisagem de desolação - algo semelhante ao lugar mais quente do mundo. A única coisa que se vê, por todos lados, são grandes pedras criadas pela erosão e rachaduras que percorrem toda a terra. Entretanto, em uma determinada época do ano, o cenário transforma-se: onde antes parecia impossível que qualquer tipo de vida progredisse, acontece uma explosão de cores em forma de flores selvagens. Isso se dá porque as plantas do deserto norte-americano evoluíram para sobreviver ao ambiente. Na primavera, quando recebem um pouco de umidade, usam todas as suas energias para florescer e se reproduzirem (VOGUE, 2015).



Imagem 2: Representação de Badlands, região localizada nos Estados Unidos. Fonte: Vogue

No Chile, o Deserto do Atacama é um dos lugares mais mágicos, bonitos e insólitos do mundo. Mas sempre uma beleza seca, pois o Atacama, com seus 105 mil quilômetros quadrados de imensidão vazia entre o Chile e o Peru, é regado por uma média de apenas 15 milímetros de chuva ao ano. Isso faz dele um dos lugares mais áridos e inóspitos do planeta. Normalmente, a aparência do Atacama é seca, desolada, toda tingida com a mais completa paleta dos ocres, amarelos e marrons. No entanto, até no Atacama, onde areia, rochas e minas de sal são os elementos dominantes, é possível assistir, uma vez a cada 6-7 anos, um milagre da natureza: o

céu de repente se enche de nuvens, aguaceiros banham a terra e, alguns dias depois, uma florada espetacular transforma essa paisagem numa colorida pradaria alpina (PELLEGRINI, 2017). Quando você pensa no deserto, pensa em secura total, mas existe um ecossistema latente apenas esperando certas condições para emergir (GLOBO, 2015).



Imagem 3: Representação do Deserto do Atacama, no Chile. Fonte: Google

Os grandes amigos conquistados, os vínculos com os usuários, as ricas vivências e experiências, todos os aprendizados, o crescimento profissional e pessoal, as novas histórias são as que floresceram para mim e em mim em meio ao deserto. Umas, sei que florescerão daqui em breve; outras, talvez (mais certamente que talvez) ainda não me dê conta, mas brotarão. Sim, pensarei nas feridas como rosas cálidas.

## EMBASAMENTO TEÓRICO

BRANDT, Laís de Almeida Relvas. **Memorial de formação:** Reflexões de uma sanitária em formação para o apoio institucional na modalidade Residência. 2016. 33 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialista em Saúde da Família. Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA), Camaçari, 2016.

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de Jun. de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm)>. Acesso em: 14. out. 2018.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de Junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem, e dá outras providências.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Gestão participativa e cogestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico.** 2010a. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 29 de set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção.** Brasília: Ministério da Saúde; 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como criar um Conselho Local de Saúde.** Santa Catarina: Núcleo de Telessaúde Santa Catarina, 2010c. Disponível em <<http://aps.bvs.br/aps/quais-os-principais-passos-para-a-criacao-de-um-conselho-local-de-saude-o-conselho-necessita-de-algum-tipo-de-registro-deve-possuir-estatuto>>. Acesso em 04 de nov. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos Locais de Saúde.** Porto Alegre: Conselho Municipal de Saúde. 2011. Disponível em <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p\\_secao=76](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=76)>. Acesso em 04 de nov. de 2018.

BRASIL. **Estratégia Saúde da Família.** 2012. Disponível em <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php)>. Acesso em: 17 de out. de 2018.

BRASIL. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Coopmed, 2010. 110 p.

CARVALHO, Brígida Gimenez et al. Gerência de Unidade de Saúde na Atenção Básica: quem faz e como faz. In: Congresso Brasileiro de Política, Planejamento E Gestão Em Saúde, 2ª ed., 2013, Belo Horizonte. **Anais**. Belo Horizonte: Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: Um Projeto Possível, 2013. p. 1 - 22.

CARVALHO, Natália Ana de. A supervisão sob a ótica dos enfermeiros: reflexos na assistência e trabalho em equipe. **Revista de Administração em Saúde**, [s.l.], v. 17, n. 69, p.474-480, 4 dez. 2017. Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde - ABRAMPAS. <http://dx.doi.org/10.23973/ras.69.68>.

CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi et al. Nursing supervision for care comprehensiveness. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 70, n. 5, p.1106-1111, out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491>

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. **Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais**. Resolução CIB n. 275, de 15 de ago. de 2012. Disponível em <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/06/resolucao-ba.pdf>>. Acesso em: 29 de set. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer sobre Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde**. Parecer normativo, n. 1, de 08 de março de 2018. Elaborado por: Elisabete Pimenta Araújo, Silvia Maria Neri Piedade, Regina Célia Diniz Weber e Fátima Virgínia Soqueira de Menezes Silva.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem em números**. 2019. Disponível em <<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>. Acesso em: 08 de fev. de 2019.

COSTA, Renata Maria de Oliveira. **O Processo de trabalho da equipe de apoio institucional com foco na Gestão do Trabalho e da educação na Atenção Básica no Estado da Bahia**. 2009. 122 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

FALLEIRO, Letícia de Moraes et al. Considerações preliminares sobre Apoio Institucional e Educação Permanente. In: FALLEIRO, Letícia de Moraes (org.). **Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 1-133.

FESF. Bahia. **Projeto Político Pedagógico**. 2018. Disponível em: <<http://ava.fesfsus.ba.gov.br>>. Acesso em: 28 set. 2018.

FREITAS, Gustavo Magalhães; SANTOS, Nayane Sousa Silva. Atuação do enfermeiro na Atenção Básica de saúde: revisão integrativa de literatura. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2014. maio/ago; 4(2):1194-1203.

GLOBO. São Paulo (Ed.). **Fotos impressionantes mostram deserto do Atacama coberto de flores**. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/natureza/noticia/2015/10/fotos-impressionantes-mostram-deserto-do-atacama-coberto-de-flores.html>>. Acesso em: 13 nov. 2018

HOLANDA, Aurélio Buarque de. **Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Positivo, 2002.

ITINGA: Conheça e se encante pelo meu bairro. Conheça e se encante pelo meu bairro. 2012. Disponível em: <<https://historiadelauro.blogspot.com/2012/03/ralatos-de-moradores-antigos-do-bairro.html>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

LESSA, Andréa Broch Siqueira Lusquinhos; ARAÚJO, Cristina Nunes Vitor de. Brazilian nursing: a reflection about political activity. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 17, n. 2, 2013. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130036>

MAERSCHNER, Rosane de Lucca et al. Apoio institucional – reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.1089-1098, dez. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0365>

PEIXOTO, Marisa Ribeiro Bastos; FREITAS, Maria Édila Abreu; ALVES, Marília. A divisão do trabalho na Enfermagem e a visão global da assistência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p.26-32, jan. 1996.

PELLEGRINI, Luís. **Atacama em flor**: a extraordinária florada no deserto mais árido do mundo. 2017. Disponível em: <[https://www.brasil247.com/pt/247/revista\\_oasis/314464/Atacama-em-flor-A-extraordin%C3%A1ria-florada-no-deserto-mais-%C3%A1rido-do-mundo.htm](https://www.brasil247.com/pt/247/revista_oasis/314464/Atacama-em-flor-A-extraordin%C3%A1ria-florada-no-deserto-mais-%C3%A1rido-do-mundo.htm)>. Acesso em: 13 nov. 2018.

PEREIRA JÚNIOR, Nilton; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.895-908, dez. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0424>.

PORTAL MAS. Bahia: Lauro de Freitas. Disponível em <<http://laurodefreitas.portalmas.com.br/open.do?sys=MAS>>. Acesso em: 11 de out. de 2018.

SEVERO, Ana Kalliny de Sousa; L'ABBATE, Solange; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 18, n. 50, p.545-556, 1 ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0520>

VOGUE (Ed.). **As raras flores do deserto**: quando terras áridas são cobertas por cor. 2015. Disponível em: <<https://casavogue.globo.com/LazerCultura/Fotografia/noticia/2014/06/raras-flores-do-deserto.html>>. Acesso em: 3 out. 2018.

As coisas tangíveis  
tornam-se insensíveis  
à palma da mão  
Mas as coisas finidas,  
muito mais que lindas,  
essas ficarão.

Carlos Drummond de Andrade