

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

GÉSSICA SANTANA BASTOS

VIVÊNCIAS E REFLEXÕES DE UMA ENFERMEIRA EM UMA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LAURO DE FREITAS, BA
2019

GÉSSICA SANTANA BASTOS

VIVÊNCIAS E REFLEXÕES DE UMA ENFERMEIRA EM UMA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

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

Orientadores: Sabinly Pedreira Ribeiro e Victor Brandão
Ribeiro

LAURO DE FREITAS, BA
2019

RESUMO

O presente trabalho trata-se de um memorial. Tem como proposta apresentar a minha trajetória enquanto enfermeira residente em saúde da família e como objetivos relatar as principais atividades desenvolvidas e refletir sobre a atuação da enfermagem no contexto da Saúde da Família. Inicialmente foi feita uma introdução, contextualizando a minha trajetória de vida até a chegada na residência. Posteriormente foram expressas as minhas memórias. Essas foram subdivididas em experiências do primeiro ano, período em que assumi, enquanto enfermeira, uma equipe de saúde da família e desenvolvi atividades inerentes a esse processo de trabalho, das quais destaquei o projeto de territorialização, participação no acolhimento com classificação de risco, atuação em um caso clínico desafiador, participação em uma pré-conferência municipal de saúde, criação de um grupo de convivência para apresentar neste memorial e segundo ano, no qual vivenciei estágios na gestão municipal e trouxe nas memórias o projeto para implantação da linha de cuidado para hipertensão e diabetes e participação no grupo de apoio a pesquisa. O período da residência foi muito intenso e me proporcionou bastante aprendizado, visto que tive oportunidade de aprender sobre novas temáticas; adquirir experiência profissional; atuar com equipe multiprofissional e assim, adquirir conhecimento de outros núcleos; vivenciar espaços de gestão. Logo, a qualificação adquirida será importante para as futuras atuações enquanto enfermeira.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	3
2. MEMÓRIAS.....	4
2.1. Vivências do primeiro ano	5
• Período de acolhimento dos residentes.....	5
• Seguimento das atividades após acolhimento dos residentes.....	6
• Cenário de pratica: Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu.....	7
• Territorialização.....	7
• Acolhimento com classificação de risco.....	9
• Criação do grupo de convivência.....	11
• Participação na pré-conferência municipal de saúde.	12
• Caso clínico – a Visita domiciliar como estratégia de cuidado (atenção domiciliar) 13	
2.2 Vivências do segundo ano de residência	15
• Participação no projeto de implantação da linha de cuidado para hipertensão e diabetes.....	16
• Participação no Grupo de Apoio e Pesquisa - GAP Vigilância	17
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
4. REFERÊNCIAS	21

1. APRESENTAÇÃO

A minha história começa em 04/01/1991, dia do meu nascimento. A cidade que nasci foi Ribeira do Pombal, Bahia onde permaneci até os 18 anos de idade. Tive uma infância e adolescência tranquilas, com responsabilidades apenas com os estudos, os quais sempre foram priorizados e investidos pelos meus pais.

No final do ensino fundamental e início do ensino médio os adolescentes vivenciam o dilema de pensar/escolher a profissão que seguirá. Assim, aconteceu comigo, no início do ensino médio, os colegas e familiares começaram a me questionar qual curso faria no vestibular. Os familiares sempre com opiniões sobre o curso de medicina ser mais valorizado socialmente na tentativa de influenciar na minha escolha.

Então, aos 17 anos decidi que estudaria Medicina. Prestei vestibular para o referido curso, não sendo aprovada. Em 2009, mudei-me para Salvador para fazer pré-vestibular. Não foi um ano fácil, não estava acostumada a ter as responsabilidades de morar só, não acostumei com a cidade e mais uma vez não fui aprovada.

Mudei-me para Aracaju onde fiz mais um ano de pré-vestibular. No final deste ano fiz a prova, agora para o curso de enfermagem, sendo aprovada em duas universidades: Universidade Federal da Bahia (UFBA) e de Sergipe (UFS). Optei por voltar para Salvador, após muito pensar, pois coloquei como critério que a UFBA era mais conceituada e melhor para minha formação.

Iniciei a graduação em enfermagem no ano de 2011. Durante o curso passei por inúmeros dilemas, várias vezes pensei em desistir. O terceiro semestre foi o começo do dilema, pois na disciplina de fundamentos de enfermagem, quando se iniciam os estágios hospitalares, não me identifiquei com o trabalho da enfermagem neste âmbito. Como estava no início do curso e não gosto de desistir das coisas facilmente, optei por não abandonar o curso e vivenciar outras disciplinas.

No quarto semestre cursei a disciplina de saúde coletiva na qual me identifiquei bastante e comecei a me encontrar no curso, embora os dilemas retornassem sempre que os estágios hospitalares se iniciavam. Apesar dos períodos de incerteza, formei-me em 2016.

Assim que me graduei, fiz o processo seletivo dessa residência, sendo aprovada e acontecendo o que planejei: terminar a graduação e entrar em uma residência em saúde da família, área da enfermagem que me fez continuar no curso de enfermagem, que gosto e que me proporcionaria uma qualificação e segurança para minha atuação enquanto enfermeira.

Diante disso, a proposta deste trabalho é apresentar a minha trajetória enquanto enfermeira residente em saúde da família e tem como objetivos relatar as principais atividades desenvolvidas e refletir sobre a atuação da enfermagem no contexto da Saúde da Família na atenção básica, durante minha passagem pela residência multiprofissional em saúde da família.

2. MEMÓRIAS

O programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família é na modalidade de tempo integral, com dedicação exclusiva, com carga horária total de 5.760 horas, duração de 24 meses. Propõe-se, conforme o Projeto Político Pedagógico, a uma formação crítico-reflexiva de profissionais da área da saúde incorporando as dimensões ético, político e técnico-científico. Desta forma, constitui-se como um programa de Saúde Coletiva com área de concentração na atenção básica/saúde da família, apoio institucional e matriciamento da atenção básica.

O curso se organiza por Unidades de Aprendizagem (UA) e formação por competências, orientado por aprendizagem significativas na perspectiva pedagógica *Construtivista e Problematizadora* (COSTA et al., 2018). A UA é um modo de planejar as ofertas pedagógicas dialogicamente ao ambiente de desenvolvimento de aprendizado (COSTA et al., 2018, p.18).

“Consiste, portanto, em um conjunto de atividades selecionados para o estudo de um tema específico o interdisciplinar, com vistas à reconstrução do conhecimento dos participantes, bem como ao desenvolvimento de habilidades e atitudes” (FRESCHI M; RAMOS, MG, 2009 apud COSTA et al., 2018, p.19).

No primeiro ano de residência subdivide-se nas competências gerais de campo e de núcleo por categoria profissional. Nas competências gerais tinham as Unidades de Aprendizagem Saúde da Família I e II (respectivamente 1º e 2º semestres do primeiro ano); no segundo ano de residência o formato é de três modalidade de UA: Unidade de Aprendizagem Saúde da Família III, ainda como foco assistencial e gestão do cuidado; Unidade de Aprendizagem Gestão e Articulação de Redes; Unidade de Aprendizagem Cuidado Integral, possibilita escolhas e ênfase tanto no campo assistencial, quanto no campo da gestão. Associados a estas UA tinham as competências transversais atitudinais a serem desenvolvidas nos dois anos de residência.

Na competência por núcleo de categoria profissional a enfermagem se organiza por quatro grandes eixos de conhecimento: cuidado integral nos ciclos de vida; aspectos técnicos organizacionais da vacinação e curativos; gestão local da USF; trabalho em equipe com ênfase no apoio matricial.

O município que fora destinada o campo de prática da minha experiência foi Lauro de Freitas. Para sistematizar minhas memórias, organizo o memorial nas vivências do primeiro ano e segundo ano de residência.

2.1. Vivências do primeiro ano

Na UA I o objetivo era desenvolver competências relacionadas a uma fundamentação crítica da Reforma Sanitária Brasileira, fundamentos e princípios e das diretrizes da atenção básica e da estratégia de saúde da família, orientado para o cuidado territorializado, integralizado e usuário centrado. Na UA II, segundo semestre, as competências eram relacionadas ao processo de gestão e dinamização das práticas de cuidado e organização do serviço da estratégia de saúde da família.

Antes de inserir-nos no cenário de prática, as duas primeiras semanas da residência foram destinadas ao acolhimento dos residentes, e se faz necessário retratar este período para análise do processo de aprendizagem. E logo depois, abordarei experiências significativas no campo de práticas da Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu – Lauro de Freitas: estrutura da USF; territorialização; acolhimento com classificação de risco; grupo de convivência; participação na pré-conferência municipal de saúde; e por fim, análise de caso clínico.

- Período de acolhimento dos residentes

Durante esse período foram desenvolvidas atividades de integração e abordagem de assuntos importantes. A metodologia utilizada foi ativa, onde os residentes eram os sujeitos do aprendizado. Os facilitadores trouxeram as dinâmicas e nós participávamos e debatíamos os temas selecionados.

Alguns pontos avalei como negativo durante essas duas semanas: a falta de um cronograma para este período, a demora para saber o município onde seríamos alocados e para disponibilização do PPP. Apesar das inúmeras solicitações, os questionamentos foram esclarecidos somente no último dia.

Apesar disso, considero que a proposta de acolhimento e integração dos residentes é válida e necessária. As dinâmicas desenvolvidas foram bem elaboradas, no entanto, considero que uma semana de integração seja suficiente. A segunda semana foi cansativa, devido a sucessivas dinâmicas (que apesar de interessantes seriam melhor aproveitadas se realizadas no decorrer da residência) e da angústia de não saber a cidade de atuação.

Após esses 15 dias, os residentes começariam sua atuação profissional. Infelizmente isso não aconteceu em Lauro de Freitas (município que fui alocada) e começou a saga para inauguração do nosso campo de atuação: a USF São Judas Tadeu.

- Seguimento das atividades após acolhimento dos residentes.

Após as duas semanas iniciais de acolhimento, alguns residentes foram alocados para suas devidas cidades e unidades de atuação. Nós de Lauro de Freitas, infelizmente, não pudemos ir para nossos campos, pois o contrato com o município não havia sido assinado.

Nesse período, nos reunimos todos os dias para discutir o processo de trabalho. Ficamos um período nos reunindo nos auditórios do Hospital Roberto Santos e Fiocruz. Esse período foi bem estressante, pois vivemos a incerteza da assinatura do contrato.

Após mais ou menos uns quinze dias de discussão, a gestão da atenção básica de Lauro de Freitas compareceu a uma das nossas reuniões diárias, apresentando como funcionava a atenção básica em Lauro de Freitas, os departamentos existentes e as dificuldades enfrentadas por conta da mudança de gestão. Conhecemos também a preceptoria de enfermagem e medicina, que eram funcionárias da unidade de saúde que atuaríamos.

As preceptoras começaram a frequentar as nossas reuniões diárias e assim nos apresentar a real situação da USF São Judas Tadeu. Ficamos mais uns 20 dias levantando problemas com as preceptoras, a partir da experiência do território já conhecido por elas. Priorizamos e classificamos estes por cores, vermelho (mais urgentes) amarelo (intermediário) e verde (menos urgentes).

Após esse período, devido pressão dos residentes, tivemos a autorização para conhecer a USF, o que até então não era permitido pela gestão municipal. Apesar de construída, estava suja, sem energia, sem água para beber, mas permanecemos nos reunindo neste local até a inauguração. Gradativamente os demais profissionais como recepcionistas, técnicos de enfermagem, auxiliar de limpeza, porteiros eram contratados e integravam a equipe. Nesse período organizamos a unidade e nos dividimos em grupos de trabalho (GT).

Os temas dos GT's desenvolvidos foram: territorialização, construção das agendas, acolhimento, organização dos livros da unidade, organização das salas. Estes eram debatidos em grupos menores de pessoas e posteriormente debatidos no coletivo.

Após dois meses do início da residência, a gestão de Lauro de Freitas marca a data de inauguração para dia 06\05\2018. Porém, a prefeita não pode comparecer e a inauguração foi cancelada.

Apesar da gestão marcar a data para inauguração, a unidade não estava estruturada, visto que materiais essenciais para o funcionamento não estavam disponíveis para unidade tais como: cadeiras para profissionais e usuários e turbina para atuação dos dentistas.

A unidade foi inaugurada no dia 07\06\2017, um mês após a data prevista anteriormente.

- Cenário de prática: Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu

A USF São Judas Tadeu, fica localizada no loteamento Pérola Negra, Itinga, Lauro de Freitas, Bahia, Brasil. Foi construída para atuação de três equipes de saúde da família e saúde bucal para atender a uma população de 12.000 pessoas. Funcionava anteriormente em outra sede, uma casa adaptada, onde atuava apenas uma equipe.

- Estrutura

A unidade é composta por uma sala de curativo, uma sala de vacinação, uma sala de procedimentos, dois banheiros femininos e dois masculinos (um para trabalhador e um para usuário), um auditório, um expurgo e CME, um almoxarifado, um espaço para produtos de higienização, uma copa, uma farmácia, uma recepção, três salas de odontologia e sete consultórios.

- Composição das equipes

A unidade é composta por cinco equipes. A que eu fiz parte foi a São Judas 1, composta por uma enfermeira, um médico, uma dentista, uma técnica de enfermagem e três agentes comunitários de Saúde. Éramos responsáveis pelas três microáreas mais próxima do território, que já pertencia a unidade anterior, e por uma população de aproximadamente 1600 pessoas.

- Territorialização

A territorialização é fundamental para o planejamento da atenção básica. Como citado anteriormente, a unidade São Judas Tadeu foi ampliada para aumentar a cobertura populacional, mas com a falta do planejamento da área adscrita, a divisão das equipes e organização do território tornou-se um problema.

“Denominamos territorialização, em saúde, o processo de reconhecimento do território. Pode ser visto como uma prática, um modo de fazer, uma técnica que possibilita o reconhecimento do ambiente, das condições de vida e da situação de saúde da população de determinado território, assim como o acesso dessa população a ações e serviços de saúde, viabilizando o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas à realidade cotidiana das pessoas” (COLUSSI; PEREIRA, 2016, p. 29).

Segundo Starfield (2002) citado por Colussi e Pereira (2016) “é evidente a necessidade de definir os limites territoriais de atuação na atenção básica, para que seus atributos – primeiro contato com o sistema de saúde, continuidade, coordenação e integração das ações – sejam efetivados na prática” (COLUSSI; PEREIRA, 2016, p.20).

Inicialmente, a unidade seria composta por 4 equipes de saúde da família cobrindo uma área de 8.000, mas a gestão municipal determinou que a unidade seria composta por 5

equipes, visto que a unidade foi construída para três equipes tradicionais que poderiam cobrir um total de 12.000 pessoas.

Com essa determinação, nós, residentes, percebendo que o território adscrito não teria a quantidade de pessoas que a gestão determinou, resolvemos mapear os limites do território da unidade e abrangência da equipe. Assim, analisamos que para determinar a área adscrita seria necessário mapear as áreas das outras unidades fronteiriças. Então, foi feito um projeto para mapear o bairro de Itinga, pensando em organizar a área da USF São Judas Tadeu e das outras unidades.

No projeto foi utilizado um programa de computador com imagens de mapas por satélites, o Google Earth, programa que possibilitou o mapeamento da USF's de Itinga e sua visualização em 3D. Após esta etapa, os residentes fizeram a proposta de organização do território de cada unidade, porém a gestão não aceitou a proposta desenvolvida pelos residentes.

Após insistência dos residentes foram organizados grupos no município para pensar na implantação desse projeto. Para efetivação deste foi necessário a participação dos ACS's das unidades do território de Itinga. Algumas reuniões aconteceram, porém, o projeto não foi colocado em prática.

Este processo foi mais difícil do que se imaginava. Para fazer a territorialização haveriam mudanças de áreas entre os ACS, o que não foi aceito pelos atores envolvidos. Devido a essa problemática e as dificuldades de pacto com a gestão o projeto não avançou e os residentes recuaram na proposta.

Sem a territorialização, foi mantida a determinação da gestão de que seriam cinco equipes na unidade. No entanto, não havia população suficiente, algumas residências eram longe da área de abrangência, o que conseqüentemente acarretou no aparecimento de outros problemas como a baixa produtividade dos profissionais, sempre contestada pela gestão.

“A delimitação de uma área de atuação de uma ESF compreende um dos sentidos da territorialização e não podemos negar a sua importância. Mas, um grande desafio é procurar qualificar esse uso com ênfase no reconhecimento do ambiente, da população, do acesso às ações e serviços de saúde e da dinâmica social existente em cada território. Nesse sentido, a territorialização se coloca como um meio capaz de produzir mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes” (COLUSSI; PEREIRA, 2016, p. 24).

Assim, as equipes que tinham suas microáreas determinadas, conseguiam desenvolver suas atividades com mais tranquilidade e vivenciavam outros problemas inerentes ao processo de trabalho da equipe e do território. Enquanto para as outras, a falta da delimitação territorial acabou sendo um dos principais problemas, o que dificultou o enfrentamento das demais problemáticas.

Durante esse processo, compreendi a importância do processo de territorialização para organização das USF's. O nosso território foi dividido geograficamente, acredito que sem o

conhecimento da área. A unidade foi construída em uma parte do território longe de algumas microáreas de abrangência, o que dificultou o processo de trabalho das equipes, as visitas domiciliares, a participação da população em atividades coletivas que eram desenvolvidas na unidade. Logo, percebi na prática como a falta de conhecimento da área e a má divisão territorial dificultam a implantação da estratégia de saúde da família.

Outro aprendizado com esse processo foi a necessidade de ser estratégico para negociação com a gestão. Nós residentes pressionamos muito para resolver o problema que era a falta de territorialização e acredito que esse processo causou desconforto nas relações e frustração dos residentes.

- Acolhimento com classificação de risco

Outra atividade desenvolvida foi o acolhimento com classificação de risco.

“O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários” (BRASIL, 2010, p.21).

“[...] não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções [...] é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde” (BRASIL, 2010, p.19).

Além de ofertar uma escuta qualificada e resolutiva para o usuário, a USF estava fechada há 9 meses e a população estava sem assistência à saúde, precisávamos organizar uma maneira de classificar o risco desses usuários, para os que necessitavam de atendimento com maior rapidez pudessem ter atendimento prioritário. Além disso, inferimos que o fluxo de pessoas na unidade seria elevado nos primeiros dias e precisávamos organizar a fila de espera.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009, p.24;25).

A implantação do acolhimento com classificação de risco foi uma experiência nova para a maioria dos residentes. Devido a isto, foi necessária uma apropriação teórica do tema. Assim, fizemos leitura dos cadernos de atenção básica: acolhimento a demanda espontânea volumes um e dois.

Em seguida, nos reunimos para decidir a maneira de acolhimento que seria utilizada na nossa USF. O primeiro volume do caderno de atenção básica lista algumas das modelagens possíveis: acolhimento pela equipe de referência do usuário, equipe de acolhimento do dia, acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia) e acolhimento coletivo (BRASIL,2013).

Após debate e apropriação do tema, elegemos o acolhimento misto como o melhor para nossa realidade. Foram feitos alguns documentos para o funcionamento do acolhimento: a escala de profissionais que estariam responsáveis pelo acolhimento, o documento com a padronização da classificação de risco e o fluxograma do caminho percorrido pelo usuário na unidade, desde sua chegada. Foi definido nesta reunião que os profissionais responsáveis pela primeira escuta eram enfermeiras e equipe do NASF e a equipe médica seria responsável pela segunda escuta/retaguarda caso necessário.

Assim, no primeiro momento todas as equipes ficaram no acolhimento, das 8:30 às 9:30h, contendo um profissional na primeira escuta e a retaguarda médica da equipe de referência do usuário. Em seguida, das 9:30 as 12h, apenas um profissional ficou na primeira escuta e um médico responsável pela retaguarda. No período da tarde, um profissional era responsável pela primeira escuta e todos os médicos presentes na unidade seriam responsáveis pela retaguarda, considerando que no período da tarde o fluxo de usuários na unidade é menor.

No decorrer do processo foi necessário repensar diversas vezes a maneira como estava sendo desenvolvido o acolhimento. Nas reuniões mudamos o tipo de acolhimento de misto para acolhimento do dia, refizemos escalas, tentamos modificar o documento norteador para classificação de risco e fizemos matricialmente das equipes.

A operacionalização do acolhimento foi bastante desgastante e o de maior conflito dentro da unidade. Acredito que, principalmente, pelo pouco envolvimento da equipe médica e dos demais funcionários da unidade e pela mudança no processo de trabalho, visto que este modelo de acolhimento foi algo novo, mas também pela necessidade de atendimento multiprofissional (e maior comunicação entre os profissionais) que a operacionalização do acolhimento provocou.

[...] colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica: [...] uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário[...] (BRASIL, p. 19-20, 2010).

Logo, mesmo com as dificuldades, o acolhimento foi o espaço de maior aprendizado. Enquanto enfermeira atuei tanto na primeira escuta, onde classifiquei o risco e encaminhei ou

resolvi a queixa do usuário, quanto na retaguarda, recebendo o usuário que foi escutado e necessitava de atendimento no dia. Além disso, a atuação multiprofissional proporcionou compartilhamento de conhecimento entre os diversos núcleos. Considero esse espaço muito importante, onde pude realizar uma escuta qualificada da demanda do usuário e através dos critérios presentes no documento da padronização da classificação de risco, classificar e ofertar o serviço mais apropriado e com tempo oportuno aos usuários.

- Criação do grupo de convivência

Compreendendo a importância de atividade em grupo nas USF's, a equipe em que fui enfermeira debateu, nas reuniões de equipe, sobre a necessidade de montar um grupo de atividades coletivas na unidade.

“O trabalho de grupos em atenção primária é uma alternativa para as práticas assistenciais. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença” (Dias; Silveira; Witt, p. 221, 2009).

Para criação do grupo de convivência, aguardamos dois meses da inauguração da unidade para perceber a demanda da equipe e assim definir o público alvo do grupo e o que pretendíamos trazer como propostas de atividades. Nas reuniões de equipe fizemos uma abordagem teórica sobre criação de grupos na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Taiana (dentista residente) foi a responsável por fazer a educação permanente sobre o tema, visto que ela havia trabalhado o tema no turno pedagógico de odontologia, espaço de reflexão teórico prático por núcleo, e discutimos em uma das reuniões de equipe.

O primeiro passo para a criação do grupo foi a análise dos dados dos cadastros dos ACS para saber a situação do território. A partir desta análise percebemos a quantidade de pessoas que apresentavam transtornos mentais e assim resolvemos fazer um grupo de convivência com o objetivo de incluir esses usuários em atividades coletivas na unidade.

No Planejamento desenvolvido pela equipe ficou definido:

- Público alvo: comunidade em geral.
- Periodicidade: todas as sextas-feiras às 08:00h
- Número de participantes: livre (preferencialmente no máximo 20, por conta do espaço)
- Metodologias: oficinas (música/dança/costura/artesanatos), cuidados da horta que pretendíamos fazer na unidade, caminhadas/atividades físicas, atividades educativas, entre outros temas.

- Materiais necessários: E.V.A (material emborrachado para artesanato), fuxico, palitos de picolé, garrafa PET, tecidos.

Fiquei apreensiva, pois nunca tinha tido a experiência de trabalhar com grupos. Sabia que teriam que ser encontros bem planejados e agradáveis para que a população comparecesse, caso contrário não teria a adesão da comunidade.

Nas atividades contamos com a participação do NASF. No primeiro encontro definimos o nome do grupo com a comunidade e o mais votado dentre os levantados pelos participantes foi o Grupo boa vontade.

Tive muita dificuldade em dar continuidade ao grupo, achei que fiquei sobrecarregada no planejamento, apesar de cobrar a presença e envolvimento dos ACS, isso não aconteceu. Nunca fui boa em ideias criativas e para manter o grupo interessante seria necessário desenvolver atividades atraentes.

Mesmo com as dificuldades conseguimos desenvolver algumas das atividades planejadas: pilates, dança circular, atividades educativas. No entanto, na volta das minhas férias percebi que o grupo tinha enfraquecido e a participação da comunidade tinha diminuído. Mesmo após os dias de descanso estava muito desmotivada (devido alguns acontecimentos da unidade) para preparar as atividades, motivar a equipe e o grupo acabou.

Foi uma experiência importante para minha formação, apesar das dificuldades que encontrei na manutenção das atividades. Considero que espaços de atividades coletivas são essências nas boas práticas das instituições de saúde e principalmente nas unidades de saúde da família, visto que essa tem como uma das características o enfoque na prevenção de agravos. Portanto, enquanto enfermeira vivenciar a criação, planejamento e execução das atividades foi fundamental para minhas futuras atuações profissionais.

- Participação na pré-conferência municipal de saúde.

No primeiro ano da residência, tive a oportunidade de participar de uma pré-conferência de saúde em Lauro de Freitas. Este é um importante espaço de debate, onde a sociedade pode discutir, levantar propostas e de incentivo a participação dos usuários nas conferências de saúde, instância colegiada do SUS de controle social previstos na lei 8142\90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 1990).

A conferência tem representação dos vários segmentos sociais. A participação popular deve ser incentivada para avaliação da situação de saúde e propor diretrizes para formulações de políticas de saúde e assim defender seus interesses e mostrar para gestão qual a real necessidade de saúde da população (BRASIL, 1990)

A pré-conferência que participei ocorreu na Associação Comunitária Talismã em Itinga, Lauro de Freitas. Primeiramente foram expostos os problemas e as propostas da conferência anterior. Em seguida, os participantes avaliaram a necessidade de manter, melhorar e incluir novos problemas e propostas para serem discutidas na conferência municipal de saúde. Após o debate e levantamentos das propostas foram escolhidos os delegados, para representação da comunidade, dos profissionais de saúde e da gestão na conferência, sendo a representação dos segmentos dos usuários paritária, de acordo com a lei 8142/90.

Essa experiência foi importante não só por ser profissional de saúde, mas também como cidadão. Durante a graduação, aprendi sobre as leis dos SUS e entre elas a lei 8142/90, conhecia a conferência como um dos dispositivos de controle social, no entanto não entendia o funcionamento, organização, percebia como algo que não saísse efetivamente da lei. Essa oportunidade de participar da pré-conferência me fez perceber na prática a participação social na tomada de decisão da gestão, pois as propostas levantadas na pré-conferência são debatidas na conferência e assim, influenciam a construção dos planos de gestão dos governos.

- Caso clínico – a Visita domiciliar como estratégia de cuidado (atenção domiciliar)

Durante a minha experiência como enfermeira em saúde da família na USF São Judas Tadeu, um caso foi o que mais me marcou. Uma gestante do território encontrava-se em situação de rua e sua família entrou em contato com a equipe solicitando ajuda, pois foi acionada pelo Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) informando que havia localizado a gestante.

“A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por estas características, é comum que os profissionais de Saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico” (BRASIL, p. 19, 2013).

A usuária tinha 29 anos, estava grávida de 6 meses e em surto psicótico, estava na quarta gestação e histórico de surto psicótico desde a primeira gravidez, sendo que dois filhos estão sob cuidados de familiares e um foi para adoção (conforme relato de familiares).

Poucos dias após a conversa com a equipe, a família consegue levar a gestante de volta para casa e comunica a equipe. No mesmo dia, conseguimos fazer a visita domiciliar.

“O PSF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares” (ALBUQUERQUE; BOSI, p. 1104, 2009).

Médico, enfermeira e agente comunitário de saúde realizaram visita para avaliar o quadro clínico. A.L apresentava-se em um quarto no andar superior da casa, deitada na cama, desorientada, com pensamento desagregado, delirante, discurso incoerente, higiene precária e com dificuldades de se relacionar com o meio social. Inicialmente ficou constrangida com a presença da equipe, pouco comunicativa, mas após tentativa de aproximação e diálogo dos profissionais, conseguiu comunicar-se. Entretanto, não permitiu que os profissionais fizessem exame físico e pré-natal e não aceitou desenvolver conversa sobre a gestação.

Por meio de articulação com o apoio institucional, a equipe realizou contato com Centro de Atenção Psicossocial II do município para obter orientações sobre o manejo do caso e articular atendimento compartilhado para futura vinculação com serviço da saúde mental. Naquele momento, em função de dificuldades de recursos humanos, o CAPS não pode disponibilizar profissional para uma visita domiciliar, mas ficou à disposição para a discussão do caso.

Como a equipe não teve retorno do CAPS, o médico da equipe resolveu prescrever medicação haloperidol e orientou familiares quanto ao manejo. Após uma semana foi realizada nova visita domiciliar e a equipe observou melhora significativa da gestante, pois a mesma foi mais receptiva e comunicativa com profissionais e aceitando negociar possibilidades de cuidado. Estava com o pensamento mais organizado, por vezes, ainda com discurso repetitivo e um pouco desconfiada, mas ao perceber que os profissionais podiam ajudá-la aceitou algumas orientações. Neste dia ainda não aceitou iniciar a consulta de pré-natal, no entanto com diálogo conseguimos agendar a nova visita.

No dia agendado, comparecemos pela terceira vez na casa dela para iniciarmos a consulta de pré-natal. A.L encontrava-se tranquila, receptiva e conseguimos fazer a avaliação clínica e obstétrica e percebemos que ambos estavam bem. Como em todo pré-natal foi prescrita medicação e solicitados os exames. A equipe avaliou também a necessidade de encaminhamento para o pré-natal de alto risco, visto que gestante com quadros de transtornos mentais tem tal indicação.

Foi discutida a necessidade de coleta de exames domiciliar, devido ao quadro clínico, o que foi conseguido pela apoiadora institucional e com diálogo conseguimos convencê-la de realizar. Os exames recebidos estavam sem alterações. Não conseguiu fazer a USG obstétrica devido dificuldade da família em levá-la, assim como as consultas ao pré-natal de

alto risco. Todos os cuidados prestados foram à domicílio, visto que A.L não aceitava sair de casa.

O filho de A.L nasceu em casa e foi socorrido por uma equipe do SAMU, como na gravidez anterior. A família solicitou à justiça uma ordem para realização de Laqueadura tubária, visto que não teria capacidade de ficar com essa criança que assim como a outra foi para adoção. O procedimento foi realizado e a mesma retornou para casa sem a criança. Continuamos fazendo as visitas, porém não mais semanais como fazíamos e percebemos que ela estava compensada e que começou a frequentar o CAPS como combinado.

Esta foi a experiência mais complexa e desafiadora que tive durante o primeiro ano. Nunca havia prestado atendimento a pessoa com transtorno mental, sendo esta mais difícil por se tratar de gestante, que já requer cuidados específicos. Foi um período de preocupação e doação da equipe, visto que realizamos o pré-natal inteiro em visitas domiciliares. A vivência foi de bastante aprendizado e acredito que junto com a equipe conseguimos apoiá-la e a família, prestar os cuidados e atendimentos mínimos necessários com o que tínhamos de recursos disponíveis.

2.2 Vivências do segundo ano de residência

A proposta do segundo ano da residência ocorre em três Unidades de Aprendizagem com o objetivo de seguir com o desenvolvimento das competências assistenciais, gestão do processo de trabalho em saúde e preceptoria, na UA Saúde da Família III. Na UA Gestão e Articulação de Redes o foco é na gestão da atenção básica e articulação de redes. Na UA Cuidado Integral, o residente escolhe a ênfase entre a gestão e assistência na perspectiva do cuidado integral e articulação de redes, é uma síntese de todo o programa, considerando as particularidades de cada residente.

Os locais de estágio foram definidos junto com os representantes dos municípios, nas áreas que esses necessitassem de maior apoio. Diante disso, os campos de estágio que atuei foram: Vigilância em Saúde, Coordenação de Planejamento, Auditoria, Controle e Avaliação da qualidade dos serviços de saúde e gestão da atenção básica. Durante este período desenvolvemos alguns projetos, dos quais destaquei dois para desenvolver neste memorial: participação no projeto de implantação da linha de cuidado para hipertensão e diabetes e participação no Grupo de Apoio e Pesquisa - GAP Vigilância.

- Participação no projeto de implantação da linha de cuidado para hipertensão e diabetes

Um dos nossos projetos no estágio de gestão da atenção básica foi a participação na construção da linha de cuidado para hipertensão e diabetes no município de Lauro de Freitas. Esta linha de cuidado está sendo desenvolvida por um consultor contratado pelo município e a gestão nos inseriu nesta atividade

O objetivo da implantação da linha de cuidado é fortalecer e qualificar o cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes na Atenção Básica gerindo e regulando de forma integrada suas ações com os serviços especializados, de urgência e emergência e vigilância epidemiológica, garantindo a avaliação contínua e a melhoria da gestão do cuidado, através do enfoque multiprofissional e integral, por meio da cooperação técnica e compartilhamento de experiências.

A primeira etapa deste projeto foi a aplicação do questionário de Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas (ACIC) nas equipes de uma unidade de Saúde da família de Lauro de Freitas, que funcionaria como unidade piloto.

Este questionário foi feito para avaliar a implantação do Modelo de Condições Crônicas (MCC), modelo criado por uma instituição norte-americana a fim de estabelecer intervenções resolutivas para a mudança do perfil epidemiológico e traz importantes conceitos para a melhoria do processo de trabalho a essas condições (Costa; Cazola; Tamaki, 2016).

O instrumento Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) (Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas), tem a finalidade de avaliar a atenção às condições crônicas por meio da percepção dos profissionais, e deve ser utilizado pelas equipes de saúde para identificar áreas com maior fragilidade, a fim de qualificar a atenção em doenças crônicas antes da programação de ações para a qualificação e avaliar o nível das intervenções adotadas (COSTA; CAZOLA; TAMAKI, p.107, 2016).

O MCC foi adaptado por Mendes que desenvolve um modelo de atenção às condições crônicas (MACC) que pudesse ser aplicado ao sistema público de saúde brasileiro (MENDES, 2012). O ACIC foi traduzido e também adaptado. É composto por sete dimensões, seis associadas à efetivação do MACC, e uma que avalia a integração das dimensões (COSTA; CAZOLA; TAMAKI, 2016).

Os primeiros encontros foram destinados a aproximação dos residentes sobre a proposta já elaborada pelo consultor e algumas leituras sugeridas pelo mesmo. Nessas reuniões, ficou definido que o produto dos residentes seria a aplicação e análise deste questionário. Nos reuníamos semanalmente com o consultor, onde discutimos o tema; avaliamos o instrumento para alinharmos a aplicação do instrumento, visto que seriam entrevistadores diferentes e adaptamos o mesmo para nossa realidade. Em seguida,

aplicamos o questionário nas quatro equipes mínimas e no NASF da unidade e realizamos a análise quantitativa e qualitativa das respostas.

Participar desse projeto foi bem interessante, visto que enquanto enfermeira sempre me preocupei em como lidar com pacientes hipertensos e diabéticos e percebi que nas USF's as ofertas para esse público não conseguem intervir na melhoria da qualidade de vida desses usuários, visto que a conduta é muito voltada para consultas médicas, com medicalização na grande maioria das vezes.

Os atendimentos de enfermagem para hipertensos e diabético eram pontuais. O foco principal da abordagem dessa profissão é a mudança no estilo de vida, fundamental para o controle desses agravos, mas que é pouco aderida e valorizada pelos pacientes, devido às dificuldades de se conseguir mudar hábitos de vida e a valorização do modelo biomédico, com a medicação sendo a principal e mais rápida forma de lidar com a doença.

Nos 10 meses que atuei como enfermeira, não consegui criar estratégias para enfrentar essa dificuldade. Após o projeto, percebi ainda mais a necessidade de o tratamento ser voltado para o autocuidado apoiado, estratégia para se conseguir avançar no apoio e orientações para mudanças de estilo de vida e controle dessas doenças.

“O Modelo de Atenção às Doenças Crônicas chama a atenção para as necessidades de mudanças e adaptações no sistema de saúde para atender adequadamente às pessoas com doenças crônicas. Criado para o atendimento pontual ou de urgência, típico das doenças transmissíveis agudas, os sistemas de saúde precisam mudar seu modelo de atenção para alcançar pacientes mais ativos e informados e uma equipe multiprofissional preparada e comprometida com a atenção e os resultados funcionais e clínicos obtidos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, p. 217, 2010)”.

Logo, a participação na construção da linha de cuidado me proporcionou muito conhecimento, não sabia sobre o MACC, o ACIC, pouco sabia sobre o autocuidado apoiado, assuntos bastante discutidos nas reuniões. Além disso, o consultor disponibilizou um vasto referencial teórico sobre o tema.

- Participação no Grupo de Apoio e Pesquisa - GAP Vigilância

Um das atividades teórico-práticas propostas pela residência foi a participação dos residentes do segundo ano nos grupos de apoio e pesquisa. A linha geral do GAP variou de acordo com a disponibilidade de vagas nos estágios nos diferentes municípios. Como o desenvolvimento das minhas práticas foi na Vigilância em Saúde fui integrante do grupo que trabalhou esse tema.

De acordo com o material disponibilizado pela residência, o GAP:

“Trata-se de espaço educacional inspirado na metodologia da pesquisa-ação. Na residência, desejamos um espaço de integração ensino serviço com ênfase na qualificação das práticas profissionais, com estímulo à busca de explicações a partir dos problemas e desafios reais e o esforço para desenvolvimento de ações inovadoras que sejam capazes de trazer benefícios para a população e para a qualificação do Sistema Único de Saúde, bem como capazes de facilitar uma introdução à pesquisa participante aos residentes. Neste sentido, não temos o objetivo de estabelecer ritos acadêmicos de construção de pesquisas! A realidade é o princípio e será definidora dos projetos a serem implementados e estudados pelos grupos. As demandas locais e da rede municipal para qualificação do SUS também serão definidoras das ações a serem priorizadas” (FESF, p. 01, 2018).

“Em geral, a idéia de pesquisa-ação encontra um contexto favorável quando os pesquisadores não querem limitar suas investigações aos aspectos acadêmicos e burocráticos da maioria das pesquisas convencionais. Querem pesquisas nas quais as pessoas implicadas tenham algo a "dizer" e a "fazer". Não se trata de simples levantamento de dados ou de relatórios a serem arquivados. Com a pesquisa-ação os pesquisadores pretendem desempenhar um papel ativo na própria realidade dos fatos observados” (THIOLLENT, p. 16, 1986).

No processo pedagógico foram inseridos elementos da metodologia da problematização, com base no arco de Magueréz. Este consiste em cinco etapas: a observação da realidade e a identificação do problema, os postos-chave, a teorização, as hipóteses de solução e a aplicação à realidade (VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015).

As atividades foram desenvolvidas mensalmente, sendo conduzidas por facilitadores da residência. Inicialmente foi feito o levantamento dos problemas, onde cada residente elegeu problemas individualmente, de acordo com a realidade vivenciada no município de atuação. Estes problemas foram escritos em tarjetas, que posteriormente foram compartilhadas com o coletivo, agrupados e expostas por núcleo de sentido possibilitando uma visualização das dimensões abordadas e identificação de macroproblemas pelo grupo. Em seguida, foram definidas as situações objetivos, onde foram apresentados os desejos de mudanças das realidades.

A próxima etapa foi a priorização dos problemas. Para isto, foi utilizada uma ferramenta denominada matriz de priorização de problemas do sistema de saúde (TEIXEIRA, 2010), onde os problemas foram avaliados por critérios: Relevância (importância do problema), urgência (a resolução deste problema pode esperar ou deve ser realizada imediatamente?), factibilidade (capacidade de intervenção no problema) e viabilidade (capacidade política, técnica e gerencial para execução das ações para o enfrentamento do problema). Cada problema foi julgado de acordo com esses critérios com pontuações de 0-3 pelos residentes. Os problemas que apresentaram maior pontuação total através das notas dos critérios foram os priorizados.

Após a eleição dos problemas foram identificados os atores sociais relevantes para a construção do projeto, para isso foi utilizada uma matriz de mapeamento de atores sociais.

Após a seleção dos atores foi atribuído um valor (baixo, médio ou alto), que representa a importância que o ator envolvido confere ao problema e o interesse de resolução por este, sendo atribuído sinais negativos (ator contrário à mudança da realidade), positivo: ator favorável à mudança da realidade e resolução do problema e indiferente (o) para cada ator diante de cada problema.

Em seguida foi feita a etapa de explicação dos problemas. Para isso, primeiro foi feito um levantamento teórico e debate dos temas. Posteriormente esses foram sistematizados através da construção de uma árvore de problemas contendo os descritores (fatos que definem a existência da situação, manifestações que melhor descrevem e mensuram o problema), causas que os determinam, consequências e identificação dos nós críticos (“causas-chave” sobre as quais os atores podem atuar de forma efetiva e oportuna) que foram os alvos de intervenção no plano de ação, etapa que não participei, pois fui para o estágio eletivo, período que não é necessária a presença dos residentes.

O GAP vigilância foi a melhor atividade teórica que desenvolvi na residência. Foi um projeto que proporcionou novo conhecimento, pois me apresentou novas estratégias de intervir em problemas de uma maneira sistematizada e organizada. Esse processo é fundamental no planejamento das atividades das equipes, mas devido ao desconhecimento, as intervenções nos problemas são feitas sem o seu real entendimento, e as vezes há esforço e desgaste em situações que pouco contribuem efetivamente para sua solução.

O conhecimento aprendido nessa atividade foi tão marcante que a metodologia para eleição de problemas foi utilizada pelos residentes em outros projetos que desenvolvemos: planejamento e programação local em saúde e nas pré-conferências municipais de saúde de Lauro de Freitas, associando assim a teoria à prática.

Logo, a atividade construiu bastante no meu processo formativo e assim como já utilizei em algumas atividades, acredito que utilizarei bastante nas atividades de planejamento e intervenção de problemas durante as futuras atuações profissionais.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A residência multiprofissional é um espaço importante de qualificação profissional. Enquanto enfermeira recém-formada participar dessa especialização foi uma oportunidade de obter experiência prática, e assim chegar com maior preparo para lidar com o processo de trabalho das USF's.

Além disso, e não menos importante, essa experiência contribuiu para meu amadurecimento profissional e pessoal, com pensamento crítico-reflexivo sobre os acontecimentos na unidade e nas discussões sobre assuntos que envolve a saúde. Algumas das atividades desenvolvidas tive a experiência anterior, enquanto estudante de graduação, mas que se tornaram um desafio quando assumi a equipe agora já enfermeira. Outros aprendizados foram novos como lidar com conflitos entre os trabalhadores, implementar mudanças no processo de trabalho.

Durante o processo, participei diversas atividades das quais considero de maior potencial para a minha formação: o projeto de territorialização, participação no acolhimento com classificação de risco, atuação em um caso clínico desafiador, participação em uma pré-conferência municipal de saúde, criação de um grupo de convivência, projeto para implantação da linha de cuidado para hipertensão e diabetes e participação no GAP.

Dentre essas vivências, duas foram as que mais me motivaram. A participação no acolhimento com classificação de risco foi a atividade prática de maior aprendizado, onde tive a oportunidade de atuar na primeira e segunda escuta, o que me oportunizou aplicação dos conhecimentos teóricos, maior atuação multiprofissional, e assim aprendizado de diversos núcleos.

A participação no GAP foi a experiência teórica que mais contribuiu para minha formação, pois me apresentou novas estratégias metodológicas de intervir em problemas de uma maneira sistematizada e organizada.

Foi um período intenso, sofrido, difícil, com bastantes conflitos, visto que muitas atividades pensadas pelos residentes, interferiram no processo de trabalho dos demais trabalhadores e requereram trabalho integrado. No entanto, a experiência foi de bastante conhecimento profissional e pessoal.

4. REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.1103-1112, maio 2009.
Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2009.v25n5/1103-1112/pt>>. Acesso em: 14 mar. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, DF, 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 10/02/2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização**. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
- COLUSSI, Claudia Flemming; PEREIRA, Katiúscia Graziela. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Florianópolis, 2016. 86 p.
- COSTA, Karine Cavalcante da; CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira; TAMAKI, Edson Mamoru. **Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): avaliação da aplicabilidade e resultados. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p.106-117, mar. 2016.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080009>. Acesso em 08/03/2019.
- COSTA, Alan Jonh de Jesus et al. **Projeto político pedagógico**. Salvador: Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) / fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2018. 43 p.
- DIAS, Valesca Pastore; SILVEIRA, Denise Tolfo; WITT, Regina Rigatto. **Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. Revista APS**, Rio Grande do Sul, v. 12, p.221-227, jun. 2009. Disponível em:
<<http://ojs2.ufff.emnuvens.com.br/aps/article/view/14261/7712>>. Acesso em: 16/02/2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf>. Acesso em: 06/03/2019.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

VILLARDI, Marina Lemos; CYRINO, Eliana Goldfarb; BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades**. In: *A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, p. 45-52. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 12/03/2019.