



MÔNICA BATISTA DE JESUS

**VIVÊNCIAS DE UMA ENFERMEIRA DURANTE A RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

SALVADOR

2019

MÔNICA BATISTA DE JESUS

**VIVÊNCIAS DE UMA ENFERMEIRA DURANTE A 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.

Orientadora: Enf^a Renata Souza Oliveira.

SALVADOR

2019

RESUMO

O presente trabalho consiste num relato de experiência descritivo que visa relatar as vivências pessoais de uma enfermeira durante a Residência em Saúde da Família da FESF/ FIOCRUZ, realizada no período de março de 2017 a março de 2019, no município de Camaçari. Durante o primeiro ano da residência o local de atuação foi a Unidade de Saúde da Família Nova Aliança, no segundo ano além da permanência na unidade durante dois dias e meio na semana, nos demais dias em períodos estabelecidos estagiei no Centro Multiprofissional de Reabilitação Física de Camaçari, no Centro de Especialidades Odontológicas, na Central de regulação e realizei o estágio eletivo na Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador em Salvador. O objetivo desse relato é descrever a trajetória nesses espaços, marcada por desafios, dificuldades, momentos de aprendizado, trabalho conjunto, companheirismo, crescimento pessoal e conhecimento de novos campos, o que me possibilitou a vivência de experiências significativas e enriquecedoras tanto no aspecto pessoal quanto profissional.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 APRESENTAÇÃO/TRAJETÓRIA	5
2. A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA ALIANÇA.....	8
3. RELATO DE EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA	10
3.1 ACOLHIMENTO	10
3.2 A EQUIPE DE SAÚDE E OS DESAFIOS ENFRENTADOS	12
3.3 A SAÚDE MENTAL E XI PARADA DO ORGULHO LOUCO	14
3.4 ESTÁGIOS NO SEGUNDO ANO DE RESIDÊNCIA-R2	16
3.4.1 CEMPRE E CEO.....	17
3.4.2 CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CAMAÇARI	20
3.4.3 DIRETORIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR.....	22
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO/TRAJETÓRIA

Ao analisar o percurso profissional, Gonçalves (2009) entende que este é o resultado da ação conjugada de três processos de desenvolvimento: o pessoal, o da profissionalização e o socialização profissional. Acredito que o conjunto desses processos constroem o perfil e as características próprias de cada profissional durante sua atuação.

Minha trajetória profissional se inicia a partir do incentivo que sempre recebi dos meus pais, caçula de quatro irmãos e oriunda de escola pública, finalizei o ensino médio em 2003, não dando seguimento aos estudos por questões financeiras.

Decidi então que precisava inverter o processo, trabalhei para ajudar minha família e custear meus estudos, meu primeiro emprego foi numa escola pública em um dos bairros mais violentos de Salvador. Trabalhava no período noturno e logo iniciei as aulas no cursinho pré-vestibular. Prestava serviço de assistência nas salas de aula, vídeo e biblioteca, o que me possibilitava conviver diretamente com o ambiente educacional. Não sabia que profissão escolher, gostava bastante de geografia e tinha decidido inicialmente fazer o curso. Comecei a pegar materiais emprestados dos professores, os quais foram meus grandes incentivadores.

Ao longo dos cinco anos de trabalho fui em vários momentos impactada por várias situações complicadas que passei nesse ambiente. E isso me direcionou quanto à escolha de uma profissão na área de saúde. Compreendendo que as ações em saúde precisam ter um vínculo extremo com a educação, e como a ineficácia conjunta desses setores acabam interferindo em diversos aspectos negativos de formação social do indivíduo.

Nesse ambiente escolar era assustador conviver diariamente com alunos que transitavam pela escola armados, com tráfico e uso de drogas, e os funcionários eram “obrigados” a conviver com isso por receio de represálias. Outra realidade recorrente era o número de adolescentes gestantes e mães em idade precoce, assim como as que praticavam aborto. Mantinha o contato direto com elas, pois me apresentavam os atestados após alguns dias de ausência das aulas, isso quando não abandonam por vergonha do ato que cometeram, elas em sua maioria sem qualquer estrutura e apoio familiar acabam optando por essa decisão, fui confidente, conselheira e prestei apoio em vários momentos, compartilhando com elas situações de conflito e angústia que me relatavam.

Em vários momentos me sentia impotente e despreparada para ajudar aqueles adolescentes, entendendo que somente o poder do aprendizado e o conhecimento que deveria ser construído naquele espaço poderia dar a oportunidade para muitos daqueles jovens de mudança de sua realidade e de suas famílias, duramente marcada pela desigualdade social e falta de oportunidade.

Ao mesmo tempo percebia o despreparo do corpo pedagógico da escola na criação de estratégias, articulação e implantação de ações para enfrentamento dos problemas desses jovens. Uma vez que para o alcance da promoção da saúde e o avanço da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) se fez necessária articulação das ações de saúde com as da educação, modificando a ideia de que a educação está associada apenas à escola, e a saúde somente aos serviços de saúde, superando as práticas isoladas, através de um trabalho integrado e articulado.

Confesso que foi um grande aprendizado e crescimento pessoal, saí daquele espaço outra pessoa e com novos ideais. Diante dessa nova realidade que convivia resolvi desistir da área de educação e escolher alguma profissão na saúde, percebendo a importância dessa área e o quanto as informações e ações em saúde são importantes ferramentas de construção social e de transformação da realidade.

Logo de primeira a fiz a opção pela enfermagem, não conhecia nada da profissão, mas optei por indicação de alguns professores. Acabei passando no vestibular da Universidade Federal da Bahia (UFBA) na segunda tentativa, logo no início me identifiquei com a proposta e a metodologia do curso, no primeiro semestre tive contato direto com a atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No meu primeiro dia de estágio me recordo de uma visita realizada com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), me questionava o papel daquele profissional que passava em várias casas e cadastrava as pessoas. Porém fui compreender melhor a importância da ESF em uma visita em que o ACS passando pela casa de uma idosa verificou que a insulina estava na janela exposta ao sol.

Ele de pronto ao observar a situação se dirigiu a casa e orientou a senhora quanto ao armazenamento e conservação da insulina, verificando posteriormente em prontuário que os níveis glicêmicos da paciente durante as consultas se mantinham sempre elevados. Esse primeiro contato e o envolvimento dos profissionais na atenção básica daquele território marcaram minha trajetória. Inúmeros outros contatos com a ESF foi possível durante a graduação.

Fiz parte também durante a graduação de um grupo de pesquisa que realizava projetos em comunidades quilombolas, realizei algumas atividades nesse meio e ao longo do processo de formação percebi que a atenção básica era uma área que me despertava maior interesse.

Meu envolvimento nesses projetos foi motivada pela inquietação em compreender melhor a realidade, dificuldades, projetos desenvolvidos e a busca por melhores condições de vida em comunidades carentes, o que me levou a posterior inserção em um Grupo de Estudo da Criança e do Adolescente (Crescer), da Escola de Enfermagem/UFBA. O grupo desenvolve atividades em comunidades quilombolas e ribeirinha. Sempre tive o interesse de conhecer comunidades com aspectos culturais próprios, o que certamente foi um diferencial em minha formação.

No Brasil, o termo “quilombola” construído desde o processo de colonização portuguesa, foi originalmente utilizado para designar um espaço e um movimento de resistência ao sistema escravocrata, composto predominantemente por negros que fugiram e formaram núcleos paralelos de poder, produção e organização social, esses grupos sociais ocupam territórios comuns e compartilham características socioculturais (OLIVEIRA, 2015).

Desenvolvi no grupo atividades de extensão, iniciação científica e o meu trabalho de conclusão da graduação nas três localidades citadas anteriormente, voltada para gestantes adolescentes, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e trabalhadores locais de uma fábrica de persianas. Todas as atividades desenvolvidas com o grupo tinham o objetivo de auxiliar não somente quanto às questões de promoção e prevenção da saúde, mas também de criar e traçar estratégias de combate a vulnerabilidade social e melhoria da qualidade de vida.

A população de remanescentes quilombolas na atualidade requer atenção, tendo em vista a situação de empobrecimento a que está submetida, a saber: às piores condições de estrutura habitacional, de alimentação, desigualdades históricas e descaso político e social, agravando a situação de exclusão que estão submetidos (OLIVEIRA, 2015).

Durante esse período tive a oportunidade de vivenciar experiências únicas, de compartilhar, de aprender e compreender um pouco a realidade e a cultura dessa população. E o quanto as ações e informações básicas em saúde, assim como estratégias que contribuam para tentar mudar a realidade precária dessas comunidades são fundamentais, principalmente quando retratamos povos quilombolas.

Enfim, após cinco longos e árduos anos de muita luta me graduei em novembro de 2016 e decidi que iria me especializar na área de saúde da família. Sendo aprovada no ano seguinte na residência em saúde da família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF), um novo desafio a ser vivenciado enquanto profissional recém-formada e sem nenhuma experiência na área.

2. A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA ALIANÇA

Iniciei a residência como enfermeira na USF Nova Aliança, no Município de Camaçari em março de 2017. Sou da terceira turma de residentes nesta unidade, dando seguimento a proposta de além de cumprir atividades enquanto residente o de também fazer parte de uma equipe de saúde da família como enfermeira.

A proposta de assumir a equipe me deixou apreensiva inicialmente pela falta de experiência, porém a equipe da unidade se mostrou bem unida e a sensação de confiança nos demais profissionais me tranquilizou, mesmo tendo a noção que o caminho a ser percorrido seria desafiador. Após passar esse período percebo o quanto fez a diferença, pois esse método torna o residente mais seguro e possibilita um maior amadurecimento profissional.

As equipes de saúde da família devem estabelecer vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade, com o desafio de ampliar as fronteiras de atuação e resolubilidade da atenção (ROCHA, 2012).

Além disso, tem como estratégia visando uma atenção integral conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco às quais a população que ela atende está exposta; com o objetivo de prestar uma atenção resolutiva e de desenvolver ações que vão além de práticas curativas (ROCHA, 2012).

Porém, atender de maneira integral, compreendendo a realidade de cada usuário e seus reflexos no processo saúde-doença se torna um desafio constante em nossa prática diante de tamanha demanda que lidamos diariamente na unidade, visto que a maior parte da área de abrangência possui uma população carente, necessitando de melhorias nos quesitos saúde, educação e infraestrutura.

A Unidade de Saúde da família Nova Aliança está situada no município de Camaçari-BA, sendo composta por quatro equipes mínimas de saúde e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). A USF é formada por equipes multiprofissionais que prestam assistência no âmbito individual e coletivo que vão desde a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde, tanto na unidade quanto no domicílio e em outros espaços.

A estrutura física da Unidade de Saúde é um dos grandes desafios para o desenvolvimento das atividades, considero como a pior estrutura das unidades 5

unidades que compõem a residência. Logo na entrada é possível visualizar um corredor com a divisão das salas que fazem parte da unidade, dificultando a dinâmica de funcionamento, o deslocamento e a privacidade, visto ser de fácil acesso aos usuários, assim como salas insuficientes e com estrutura comprometida.

A Unidade Nova Aliança possui: sala de recepção; quatro consultórios; consultório odontológico; sala de procedimentos/triagem; sala de vacina; sala de curativo; sala de digitação do e-sus; copa/cozinha; área de depósito de materiais de limpeza; um banheiro para o público; um adaptado para pessoas com deficiência; um banheiro para funcionários; sala de esterilização; almoxarifado; administração/gerência, uma sala para dispensação de medicamentos e um espaço destinado a atividades educativas em grupo.

Ressalto em detalhes esta questão estrutural, pois impactou bastante no processo de trabalho, como ter que se descolar e ser abordada por vários pacientes no percurso ou acolher uma pessoa em meio a outras, dentre outras situações em que as ações dos profissionais dependem diretamente da infraestrutura da unidade para uma melhor qualificação da atenção e do cuidado e, conseqüentemente, para a obtenção de melhores resultados em saúde.

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), é de responsabilidade comum a todas as esferas de governo garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, assim como garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde (PNAB, 2017).

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA

3.1 ACOLHIMENTO

Um dos aspectos principais que me marcou logo na chegada à residência é o “ACOLHIMENTO”, tanto o processo do ser acolhido quanto o de acolher, uma tarefa nada simples. Conhecia o acolhimento a partir de momentos compartilhados e construídos na faculdade, mas exclusivamente de forma teórica. Nas semanas iniciais da residência foram desenvolvidas discussões, dinâmicas e momentos de convivência visando também o acolhimento entre os residentes. Eu mal sabia que aquilo era tão distante do acolher em uma unidade de saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece o acolhimento como um dos processos constitutivos das práticas de produção e promoção da saúde. Uma vertente para análise das ações de acolhimento na AB pode ser realizada com base na tríade acolhimento-diálogo, acolhimento-postura e acolhimento-reorganização dos serviços, compreendidas como possíveis dimensões do acolhimento (GUERRERO, 2013).

Recordo-me que no primeiro dia ao chegar à unidade, me deparei com uma residente bastante sorridente no meio da unidade prestando informações e direcionando os usuários, fiquei observado e tentando compreender a cena, em alguns momentos era uma pessoa que a abordava e em outras situações várias se aglomeravam, ela tentava escutar e dar atenção aos usuários, buscando soluções para as dúvidas e queixas apresentadas.

Na semana seguinte sem qualquer entendimento do meu papel dentro da proposta do acolhimento fui colocada nessa difícil missão de “acolher”. Sem ter nenhuma compreensão do que fazia, tentava ouvir o usuário no meio da unidade e buscava respostas pontuais às necessidades apresentadas. O que agravava o modelo do acolhimento era que questões muito subjetivas eram expostas na frente de outras pessoas, gerando situações muitas vezes constrangedoras e que interferia na busca de soluções seguras, o que ocasionava o retorno do usuário e conseqüente aumento da demanda e insatisfação, isto tudo devido a inadequada estrutura física descrita anteriormente, onde não tínhamos um local específico para realizar escutas qualificadas.

Na perspectiva dos gestores e profissionais da saúde, para gerenciar tais conflitos é imprescindível a disponibilidade para uma escuta ativa, qualificada e

resolutiva, que acolha o outro e as referências que o orientam. Dessa forma, a escuta da fala de quem presta a assistência e de quem a recebe é um fator importante para viabilizar o atendimento e proceder com os encaminhamentos adequados (GUERRERO, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o acolhimento é considerado um modo de materializar os processos de trabalho em saúde, realizando a assistência à demanda espontânea, com escuta qualificada e prestação de um atendimento com resolutividade e responsabilização e estabelecendo articulações entre todos os níveis de assistência à saúde buscando garantir a eficácia e satisfação do usuário dos serviços.

Durante o primeiro ano da residência várias discussões foram propostas na tentativa de aprimorar o acolhimento, visto ser uma ferramenta eficaz de resolutividade dentro da atenção básica.

Em conjunto criamos um fluxo de acesso ao acolhimento, em que o usuário ao chegar à unidade de saúde será abordado por um Agente Comunitário de Saúde (ACS) que irá direcionar conforme a demanda apresentada pelo usuário, caso seja apresentada uma necessidade de escuta mais qualificada a pessoa será direcionada ao momento posterior, chamado de segundo momento do acolhimento, seguindo para o terceiro em casos específicos.

Para que se pudesse concretizar foi necessário a participação e comprometimento de todos os funcionários, a proposta era alinhar um acolhimento organizado e seguindo fluxos, apesar da estrutura precária. O alinhamento quanto ao discurso e decisão durante o processo é fundamental, definir o que cada momento tem que resolver e dar encaminhamentos seguros mesmo quando não compete a unidade resolver.

Sem dúvidas, a vivência no acolhimento possibilita um crescimento pessoal e profissional, com a incorporação de uma postura que passa pela decisão do serviço em dar uma resposta à demanda do usuário, desde uma orientação verbal ao atendimento clínico propriamente. Dessa forma, a escuta de queixas, medos e expectativas, a identificação de riscos e de vulnerabilidades e a responsabilização são ações que remetem a esta dimensão. Sendo um processo dinâmico, inacabado, não estando, portanto, totalmente pronto.

Desse modo, se faz necessário que haja um processo de avaliação e reorientação permanente. A dimensão dialógica do acolhimento representa um diferencial na atenção básica à saúde, que desencadeia transformações no processo de trabalho e nas relações entre os envolvidos. Que precisa ser aprimorado através da

capacitação dos profissionais e de discussões recorrentes nas reuniões de planejamento mensais das equipes de saúde.

3.2 A EQUIPE DE SAÚDE E OS DESAFIOS ENFRENTADOS

Durante o primeiro ano da residência a proposta apresentada visa possibilitar o residente vivenciar experiências em diferentes territórios, conhecer a dinâmica de funcionamento da unidade de saúde, as práticas profissionais e os processos de trabalho em equipe na atenção primária. Os residentes nesse período têm o grande desafio de assumir uma equipe de saúde, que juntamente com os ACS, os únicos profissionais efetivos, formam a equipe mínima com o apoio do NASF.

A equipe mínima para a qual fui designada era formada por mim, por uma médica e cinco agentes de saúde, refletindo a necessidade de um trabalho conjunto e articulado como forma de prestar uma assistência humana à população assistida.

A esse respeito, é preciso considerar que:

Equipe é um grupo de pessoas com alto grau de interdependência e com objetivo em comum a ser alcançado por meio de trabalho conjunto. Trabalho em equipe, portanto, é atividade produtiva exercida pela interação entre pessoas e pela articulação de tecnologias de distintas áreas do saber, sendo elemento essencial para o cuidado em seu respectivo ponto de atenção à saúde. Assim, o compromisso de cada profissional é fundamental, sendo que todos, com suas habilidades complementares, devem se considerar corresponsáveis por um propósito (MARIN, 2018, p.292).

Esses conceitos quando presente no âmbito da ESF, fortalecem a produção do cuidado e tendem a contribuir no processo de formação do residente, porém foi perceptível durante os primeiros contatos com os componentes da equipe, que a relação interpessoal seria algo desafiador durante o convívio com algumas agentes comunitárias, não percebi o espírito de equipe, companheirismo e cooperação por parte de todas .

Foi extremamente frustrante superar cada situação ao longo do ano, as reuniões de equipes e os contatos eram sempre marcados por exposição de problemas já instalados e novos, cobranças individuais na busca de soluções, críticas, comparações, questionamentos, desvalorização do trabalho dos outros componentes e ao mesmo tempo pouca ou nenhuma contribuição no que se refere ao seu papel enquanto membro da equipe.

Entre as maiores dificuldades estava o déficit na comunicação, resistência às mudanças, pouca cooperação durante a construção e realização das atividades da equipe e a não realização de sua atribuição impactar diretamente no trabalho do outro. Tais problemas éticos trazem consequências negativas tanto para profissionais quanto para pacientes, e para a formação do vínculo entre equipe e usuários, e têm potencial para gerar conflitos éticos.

Durante o meu processo de formação na faculdade tive a oportunidade de acompanhar as atividades dos ACS e certamente são uma categoria forte, formada por pessoas com histórias de vida marcadas pela superação, trajetórias profissionais de luta, entendimento do fazer saúde no SUS e de grande relevância para a ESF. Porém, existe uma visão desvirtuada sobre a ação que exige menor complexidade e, por esse motivo, é atribuída ao ACS, que a exerce não porque é menos importante ou pequena, mas por estar apto a exercê-la (MARIN, 2018).

Trabalhar em equipe significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base no conhecimento sobre o trabalho do outro, valorizando a participação deste na produção de cuidados, construindo consensos quanto aos objetivos e resultados a alcançar coletivamente (NAVARRO, 2012).

Tentava me aproximar principalmente durante as reuniões de equipe, pois a sobrecarga de trabalho acarretava falta de tempo e dificultava um maior convívio, porém sempre me colocava disponível e tentava atendê-las. Compreendo que a rotatividade dos profissionais, a figura de um estudante/profissional em processo de formação/especialização, falta de experiência, apoio, insegurança e por ser uma situação inesperada agravaram essa situação.

Saio com a sensação que muito pouco foi feito nesse aspecto, pois a origem e os próprios problemas e conflitos ainda persistem atingindo diretamente a equipe, gerando um desgaste e sobrecarga além do impacto no trabalho voltado para a população. Ressalto que essa equipe precisa de apoio e de um olhar mais sensível para enfrentar os conflitos internos e superar as dificuldades.

Nesse processo, deve-se lembrar que as pessoas são diferentes, com posições individuais e coletivas que devem ser respeitadas, podendo ainda acontecer entre a equipe conflitos e adversidades, que devem ser solucionados mediante participação e comprometimento de todo o grupo (MARTINS,2012).

3.3 A SAÚDE MENTAL E XI PARADA DO ORGULHO LOUCO

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial se iniciou no Brasil na década de 1970, a partir da discussão acerca das características da assistência psiquiátrica oferecida nos manicômios às pessoas com transtorno mental (CORREIA, 2006).

Os Manicômios desde a sua criação revelou-se como um espaço de violência e arbitrariedade sobre as pessoas que acolhia. A estrutura manicomial se apresenta como desumana e ineficiente por seus resultados desastrosos, constituindo-se um lugar de sofrimento e dor, onde os pacientes, sem direito à defesa, são submetidos a maus tratos, privação de sua liberdade, de seu direito à cidadania e à participação social (CORREIA, 2006).

Assim, nos últimos anos, várias discussões, conferências, debates e movimentos de luta antimanicomial se voltaram para transformar o modelo da assistência à saúde mental oferecida no país, ressaltando a importância da criação de espaços terapêuticos abertos, capazes de garantir a dignidade e a liberdade dos usuários dos serviços de saúde mental, com base nos seus direitos.

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, instala-se com o lema “Por uma sociedade sem Manicômios”, que fez sua causa da transformação da realidade da assistência psiquiátrica. Esses movimentos, embora não sendo os únicos, constituem-se enquanto principais instâncias de reivindicação pela melhoria da assistência em saúde mental no país, agrupando usuários, familiares e profissionais em prol dessa luta (FIGUEIRÓ, 2012).

Em 2001, houve avanços nesse cenário com a criação da Lei 10.216 (Lei Paulo Delgado), que prevê a redução gradativa dos leitos psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos como os Serviços Residenciais Terapêuticos, Ambulatórios de saúde mental, Centros de Convivência e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), orientada não exclusivamente para uma mera supressão de sintomas, e sim para a efetiva recontextualização e reabilitação psicossocial da pessoa com um transtorno mental (FIGUEIRÓ, 2012).

Porém, apesar de avanços conquistados observamos que a rede de saúde mental se configura como um processo complexo que suscita conflitos, crises e transformações, ao analisarmos que a eliminação da internação psiquiátrica acarreta problemas, pois requer mudanças na organização sanitária, social, econômica e de justiça, assim como nos modos de organização das ações voltadas a assistência psiquiátrica, o que requer o envolvimento de vários atores políticos e de ações voltadas para reconstrução cotidiana do setor.

Infelizmente, também sobrevive uma lógica que entende o louco apenas como uma vida patologizada, passível de mecanismos de controle, o que acaba despotencializando o sujeito com relação a sua própria existência e com relação aquilo que é mais valioso no seu processo terapêutico, que é a existência política e a sua garantia de direitos e de participação social (FIGUEIRÓ, 2012).

O movimento da luta antimanicomial compõe o cenário nacional de luta em prol dos direitos dos usuários e familiares a uma atenção digna dos serviços de saúde, através de ações que se multiplicam e pautam pela criatividade dos protagonistas, que buscam mudar o imaginário social sobre a loucura (BARBOSA, 2012).

Os movimentos sociais são gestados no cotidiano por um mosaico de pessoas e grupos que questionam a realidade social, e que podem permanecer em estado de latência. Sua visibilidade ocorre nas mobilizações coletivas, por meio de manifestações, encontros, eventos, protestos e conflitos (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007).

A XI PARADA DO ORGULHO LOUCO, ocorrida dia 19/05/2018 foi um dos momentos de manifestação pública que ocorreu no Farol da Barra, que contou com a participação de usuários, familiares e trabalhadores da saúde através de uma caminhada como forma de alertar a sociedade quanto a importância de políticas públicas em saúde mental que garanta o cuidado em liberdade e sem exclusão, ressaltando importância de espaços terapêuticos que promovam a reinserção social dos usuários com transtorno mental, a fim de fortalecer os laços familiares e comunitários.

Durante a caminhada foi perceptível que as pessoas ao observarem o ato não compreendiam muito o intuito do movimento, alguns cartazes traziam palavras que reforçavam nosso ideal naquele espaço, porém nenhum mecanismo deu maior visibilidade ao que ocorria ,percebo o quanto essa luta é árdua e construída diariamente por todos que estão envolvidos na luta antimanicomial.

Manifestações como a que ocorreu são importantes para trazer a visibilidade da pessoa com transtorno mental, enquanto sujeito de direito a uma vida digna, livre e independente, e que merece respeito quanto às suas escolhas e incentivo às suas produções, assegurando assim sua presença e atuação em seu espaço social.

Enquanto profissional da atenção básica, percebo a importância do fortalecimento desse setor, seja na qualificação dos profissionais, aprimoramento de espaços e ações terapêuticas nos territórios voltadas para saúde mental, onde seja possível conviver com a loucura e com a diferença de forma inclusiva.

A criação do vínculo, acolhimento, visita domiciliar ao doente mental e seus familiares, encaminhamento e oficinas terapêuticas são algumas das ações

desenvolvidas na ESF que reforçam a rede de atenção em saúde mental. Entretanto, muito ainda precisa ser implementado, para avançarmos na perspectiva de aprimoramento da rede, mediante a articulação de serviços que devem operar na lógica da territorialização, corresponsabilização e da integralidade das práticas em saúde mental.

Em vários momentos nos sentimos despreparados para lidar com esse público, embora possam ter o mesmo transtorno, cada um possui sua subjetividade e necessita de estratégias de intervenções diferenciadas e individualizadas. Esse certamente foi um dos meus maiores desafios ao longo da residência, pela falta de experiência. No decorrer dos casos que acompanhei aprendi bastante com a equipe, porém percebo que é um campo que preciso aprofundar mais e me permitir experimentar novas experiências.

Perante o exposto, existe a necessidade de refletir sobre as questões de saúde mental na dinâmica das equipes de saúde, o que pode ocorrer por meio da discussão de casos, da organização coletiva de atendimento humanizado a essa demanda e do trabalho em equipe. Para tanto, a capacitação contínua dos profissionais é necessária, para direcionar os modos de abordagem aos pacientes com transtorno mental, no sentido de ajudá-los a superar seus problemas e conseqüentemente melhorar a saúde emocional e a qualidade de vida (AOSANI, 2013).

3.4 ESTÁGIOS NO SEGUNDO ANO DE RESIDÊNCIA-R2

No segundo ano da residência a proposta apresentada pela FESF se mostrou bastante animadora quanto ao modelo experimental do residente permanecer dois dias e meio na unidade de referência e os dois dias e meio restantes nos estágios que serão citados posteriormente, como forma de alinhar esses dois espaços, e permitir ao residente trazer contribuições para as unidades conforme sua área de atuação.

Essa proposta inicialmente foi bem aceita, porém ao longo do tempo percebi que nem todos estavam conseguindo implantar o que foi proposto, inclusive eu, levando o residente a realizar atividades nas unidades fora da proposta inicial, ocupando espaços vazios, e permitindo o funcionamento da unidade sem qualquer preocupação com a aprendizagem.

Fiquei extremamente frustrada com o modelo, em vários momentos me questionava qual o sentido de permanecermos na unidade, e percebia essa mesma realidade nos discursos de vários colegas. Consegui ao final fazer um matriciamento

na unidade dos dois primeiros campos citados a seguir, porém muito pouco diante do que realmente deveria fazer.

A sala de curativo e vacina foram dois espaços que foi possível ter uma maior aproximação somente no segundo ano. A sala de vacina proporciona momentos de aprendizagem e troca de conhecimento com as técnicas de enfermagem, que se mostraram bastante prestativas, porém é um setor com bastante reclamação por parte dos usuários, tanto pela grande demanda quanto pelos constantes atrasos para iniciar o funcionamento.

A sala de curativo foram momentos que pude compartilhar e aprender com todos, tirar dúvidas, opinar, discutir e procurar sempre o melhor para cada paciente. Apesar de todas as dificuldades na disponibilidade dos materiais, esterilização, autoclave quebrada, o esforço de todos para prestar o atendimento é perceptível por todos os envolvidos, creio que o registro de dados dos pacientes e a comunicação entre os profissionais precisa ser melhorada para dar maior segurança durante as condutas e para o próprio paciente.

A proposta de iniciação a preceptoria foi algo que possibilitou dar maior segurança e apoio aos residentes recém-chegados, percebi mais como uma parceria que seria feita independente do “título”, simplesmente por sabermos das dificuldades iniciais de um espaço desconhecido, não me senti confortável com a função, percebi que afastou um pouco os residentes pelo receio de punição, notas e avaliação.

Enfim, espero que a proposta do desenho do R2 seja realmente colocada em prática e respeitada pelas unidades nos próximos grupos, que fique claro a nossa função, sem desvios ao que realmente é colocado. Infelizmente o que agrava a situação em Nova Aliança, é a precariedade na estrutura, como computadores, salas para desenvolver os projetos dos estágios e tempo escasso para trazer o retorno necessário, não permitindo aproximação entre as unidades e os outros setores do município.

3.4.1 CEMPRE E CEO

Na terceira semana do mês de abril iniciei o estágio no campo de reabilitação do município Camaçari, essa área não foi a minha primeira opção para o estágio proposto, porém a ideia inicial de vivenciar um campo desconhecido parecia bem animador, uma vez que nunca tive contato com a área e gostaria de compreender melhor a dinâmica de funcionamento e o papel do enfermeiro nesses espaços. Dois campos foram escolhidos, pois fazem parte da Rede de Serviços à Pessoa com

Deficiência: o CEMPRE (Centro Multiprofissional de Reabilitação) e o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas).

As ações de saúde a pessoa com deficiência devem ser prestadas em diversos níveis de atenção, indo desde a Atenção Básica até serviços especializados, sempre buscando ações integrais à saúde que visem reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e no desempenho humano, além de proteger a saúde e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências por meio de ações de promoção da saúde (OLIVEIRA, 2014).

Logo na nossa chegada foi feita uma apresentação geral dos serviços referidos pelos coordenadores, ficamos bem animados pela possibilidade de vivenciar experiências novas, principalmente enquanto enfermeira em um campo desconhecido pra mim, tendo a possibilidade de contribuir com a nova proposta do segundo ano de residência, juntamente com outra enfermeira e um fisioterapeuta também residentes.

Nas primeiras semanas permanecemos no CEMPRE, pois já era campo de estágio, esse centro é habilitado para dois serviços de reabilitação: física e intelectual, que presta atendimento individual com avaliação multiprofissional, procedimentos terapêuticos de reabilitação, prevenção de sequelas, incapacidades e deficiências secundárias, estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor, orientação familiar para o cuidado e preparação para alta com estímulos ao convívio social e familiar.

No CEO o contato foi posterior, pois não era campo de estágio, esse centro oferta serviços especializados de odontologia que não são oferecidos pela atenção básica, os encaminhamentos para ingresso na instituição são realizados pela rede de saúde do município, em sua maioria pela atenção básica, porém existe a demanda de pessoas que procuram o serviço com queixas ou necessitam de um tratamento odontológico, sendo acolhida pela assistente social.

Logo nos primeiros dias no CEMPRE procuramos compreender a dinâmica de funcionamento do serviço, permanecemos dois dias na semana, nos foi disponibilizada uma sala para que pudéssemos permanecer. Fizemos a leitura das legislações brasileiras no que se refere ao funcionamento da rede e inclusão das pessoas com deficiência, e acessamos os prontuários do setor, procurando conhecer o perfil das pessoas que são atendidas nesses serviços e identificar os pacientes que são da nossa área de abrangência na atenção básica.

Ao observar o acolhimento no primeiro dia, me apresentando como enfermeira, uma profissional questionou que muitos não compreendem o papel do enfermeiro naquele setor. Reforçando que o enfermeiro sabe fazer acolhimento e que outras categorias, inclusive ela, não se sentem confortáveis nessa abordagem. Nesse dia a

enfermeira não estava presente, e o acolhimento funcionou como uma triagem com coleta de dados do paciente e encaminhamentos internos.

Em outra oportunidade com a presença do profissional de enfermagem, pude perceber a diferença durante a abordagem no acolhimento, sendo que esta é uma das funções do profissional nesse setor, as pessoas que eram previamente marcadas para o acolhimento eram recebidas com uma escuta qualificada, reforçando sempre a importância da família, explicação quanto a patologia apresentada e com o encaminhamento interno ou externo necessário. Assim, percebi a importância do enfermeiro em outras abordagens assistenciais ou não, que fazem a diferença para o paciente e os seus familiares no processo do cuidado em reabilitação.

Além do acolhimento existe também uma avaliação multidisciplinar para as crianças, com o objetivo de definir o ingresso na instituição e quais as especialidades prestarão a assistência posterior. Porém, apesar de apresentar uma composição multidisciplinar, e manter um discurso de assistência coletiva e interdisciplinar, os atendimentos transcorrem de maneira individualizada, tanto a avaliação quanto os atendimentos, ao final cada profissional apresenta sua impressão do caso e ocorrem breves discussões para os devidos encaminhamentos, o que caracterizam como momento coletivo.

Acredito que essa forma individualizada de cada profissional interfere diretamente na assistência prestada, cada um em sua sala atua conforme sua formação, não se caracterizando como algo integral e multiprofissional.

É nesse ambiente que nos residentes temos que conviver, isolados em uma sala e vendo os atendimentos ocorrerem em cada sala, com atuação individual e médico centrado. Pois mesmo que o paciente chegue ao serviço com o diagnóstico e a terapia recomendada, todos devem passar pelo neurologista para que ele possa definir o tratamento e quais outros profissionais que compõem a equipe esse paciente vai ser atendido.

O aspecto extremamente individualizado no cuidar desse serviço foi um dos fatores que certamente interferiu em nossa inserção no serviço, chegamos e ficamos isolados em uma sala, analisando os prontuários e buscando meios de contornar a situação, não existindo um entendimento ou interesse por parte dos profissionais do setor quanto ao que os residentes fazem ou porque ocupam aquele espaço. Cada profissional chega, realiza o seu serviço e vai embora ao final do dia com a sensação de dever cumprido. Essa mesma realidade é encontrada no CEO.

É extremamente frustrante e desgastante passar por um setor desestruturado e com conflitos internos, não oferecendo condições mínimas de aprendizado e inserção

do residente no serviço. Apesar das insatisfações apresentadas ao longo do estágio, não percebemos mudanças durante o período nos locais.

Apesar de todas as dificuldades encontradas procuramos identificar problemas existentes e traçar estratégias de intervenção que pudessem colaborar com uma rede tão fragilizada e carente de atenção por parte dos poderes públicos. Realizamos visitas e elaboramos uma cartilha com a descrição dos serviços que fazem parte da rede de reabilitação da pessoa com deficiência do município de Camaçari, levantamento e análise do perfil dos pacientes da região que são atendidos no Cempre e com necessidades especiais do CEO e apoio matricial nas unidades de saúde.

Diante do exposto, é nítido que diversas políticas públicas têm sido criadas visando à inserção social e garantindo os direitos das pessoas com deficiência, nas áreas de educação, saúde, assistência social, trabalho e geração de renda, entre outras. Também se faz necessário o melhor entendimento de como as pessoas com deficiência vem se beneficiando dos serviços públicos a elas oferecidos, como os de saúde. Para tal, é de suma importância o estímulo a inclusão dessa população na sociedade, que possam preparar melhor o profissional de saúde para lidar com necessidades particulares das pessoas com deficiência, sendo assim mais objetivos e eficientes no cuidado à saúde dessa população (OLIVEIRA,2014).

3.4.2 CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CAMAÇARI

A Central de Regulação foi o estágio escolhido para vivenciar o campo da gestão no município de Camaçari. Eu optei pelo local devido ao interesse em conhecer como funciona um dos setores mais criticados quando se fala na busca de instrumentos de acesso à saúde, isso ocorre tanto por parte dos profissionais quanto dos usuários.

O discurso de constante falta de vagas e o “sofrimento” das pessoas nas filas das regulações das unidades na busca por consultas com especialistas ou realização de exames é algo recorrente no município, mesmo com a descentralização das marcações a demanda também é extremamente grande na Central de Regulação.

O Departamento de Controle, Avaliação e Regulação do SUS (DECAR) é o setor da Secretaria de Saúde responsável pelo agendamento de consultas,

procedimentos, planejamento, coordenação, supervisão e fiscalização da oferta de serviços de saúde do município de Camaçari.

A Central de Regulação faz parte do DECAR, sendo responsável pela organização e manejo das vagas para consultas e procedimentos de apoio diagnóstico e de imagem com base na oferta de serviços de Camaçari. Segundo o fluxo estabelecido pelo município a Central deveria realizar a marcação somente nos seguintes casos: fotocoagulação, ressonância magnética, tomografia computadorizada, capsulotomia, acolhimento para a Terapia Renal Substitutiva, autorização e/ou agendamento de cirurgias eletivas, cateterismo, cintilografia, colonoscopia, densitometria óssea, eletroneuromiografia e retossigmoidoscopia.

Outros setores internos que compõem o DECAR ofertam carros para transportes de pacientes para Salvador e Lauro de Freitas, contabilização e balanço dos procedimentos e consultas realizados, fiscalização de clínicas conveniadas, confecção de cartão SUS, serviços de agendamento e autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e encaminhamento para os hospitais e clínicas de Salvador quando o município não disponibiliza o serviço.

Os demais itens não listados deveriam ser marcados somente na Regulação das Unidades de Saúde, através do Sistema Informatizado - "Sistema Nacional de Regulação" (SISREG). Porém a falta de estrutura física, equipamentos adequados e funcionários capacitados, geram transtorno e constante suspensão dos serviços, o que faz o usuário procurar a Central de Regulação para resolução da sua demanda.

Durante as primeiras semanas conhecemos a dinâmica de funcionamento dos setores que compõem a regulação, iniciei pela recepção, esse primeiro contato com o usuário exige um acolhimento efetivo e resolutivo diante da constante tensão desse espaço, pois, grande parte das pessoas chegam nervosas e com discursos agressivos buscando resolutividade para o seu problema, após inúmeras negativas recebidas nas regulações das unidades.

Ao conhecer cada repartição que oferta os serviços citados, é visível quanto os funcionários tem conhecimento do que fazem e identificam os entraves existentes. Porém, o trabalho ainda funciona de forma individualizada e a comunicação entre os setores é precária, o que interfere em todo o processo de trabalho, levando a uma sobrecarga desnecessária. Um dos exemplos da falta de interação que ocorre no setor que faz o balanço dos exames e procedimentos realizados, pois cada guia de solicitação deve ser contada manualmente para liberar o pagamento aos prestadores, sendo que esses números podem ser encontrados no setor que disponibiliza as vagas.

Nesse sentido, a comunicação ocupa um papel primordial, pois é através dela que o grupo deixará de ser um pequeno aglomerado de profissionais trabalhando com pouco ou quase nenhum vínculo, e se tornará um grupo de trabalho, integrado, formando um sistema de parceria e complementaridade, em que a troca de conhecimentos e experiências possibilitará uma atuação mais rica e pertinente. É uma tarefa árdua, pois, mais uma vez, cada membro da equipe precisará estar disponível para se deparar com o novo, com o diferente, e, muitas vezes, com o oposto daquilo em que acredita (CARDOSO, 2004).

O objetivo é fazer com que a equipe participe, opine, identifique quais fatores impedem o caminhar, fortalecendo o trabalho e chegando ao bom desempenho das atividades, o que resulta em melhorias para a população, para a organização e os funcionários. (FONSECA, 2016)

Após conhecer os setores e perceber a sobrecarga e a tensão em alguns deles, principalmente os voltados diretamente para atendimento ao público, inicialmente pensamos em desenvolver atividades para os servidores. Porém o estágio ocorreu num período de mudança dos profissionais e de nova diretoria. Percebemos então que não seria um momento ideal, e resolvemos confeccionar um guia prático para o usuário de perguntas e respostas com uma linguagem clara que busca esclarecer o funcionamento e as ações prestadas na central e nas regulações das unidades, com o intuito de melhorar o atendimento às necessidades de saúde dos pacientes.

3.4.3 DIRETORIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

O meu estágio eletivo foi realizado na Divast, especificamente na Coordenação de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho (COVAP), setor responsável pela realização de vistorias e intervenção em setores diversos de produção, visando verificar a existência de condições inadequadas nos ambientes de trabalho com exposição dos trabalhadores à riscos de adoecimento e acidentes relacionado ao trabalho.

Na primeira semana fizemos a leitura dos materiais referente à saúde do trabalhador, políticas, orientações técnicas para ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho, acidentes de trabalho, ações de promoção e prevenção em saúde do trabalhador, relatórios elaborados após realização de vistorias e discutimos os temas com os trabalhadores do local. Participamos das reuniões para discutir a importância da integração dos setores que compõem o DIVAST para fortalecimento e

apoio ao Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (Cerest) dos municípios, visando ampliar as ações em saúde do trabalhador nesses ambientes.

Após o contato inicial com os temas e por nunca ter tido aproximação com a área durante a formação é perceptível o quanto a saúde do trabalhador acaba se tornando um campo distante quando estamos na atenção básica, não tendo o valor adequado, se questionarmos quantas vezes durante a anamnese abordamos os pacientes com perguntas relativas ao seu trabalho, com vistas a relacionar as queixas e problemas apresentados com o trabalho atual e/ou progresso.

Segundo Silva (2013), as ações de cuidado dos trabalhadores na atenção básica são muitas vezes pontuais e pouco articuladas com as diretrizes e objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Entre as dificuldades estão: sobrecarga de trabalho; despreparo das equipes para as questões que envolvem as relações trabalho-saúde-doença; falta de apoio institucional, entre outros.

Se agravando pela falta de dados referente ao reconhecimento dos usuários trabalhadores e mapeamento das atividades produtivas do território; notificação de agravos relacionados ao trabalho; emissão de laudo; apoio matricial e institucional às equipes de saúde pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; articulação intra e intersetorial; características do processo de trabalho, participação dos trabalhadores e a não incorporação do tema nas atividades de Educação Permanente (SILVA, 2013).

Tive a oportunidade de acompanhar os profissionais da COVAP durante o matriciamento realizado quando os CERETS locais solicitam apoio para discussão de casos e estruturação dos relatórios que detalham cada vistoria realizada, observamos também duas inspeções ,o que me possibilitou conhecer a prática da fiscalização do setor que busca não somente inspecionar e meios para punir, mas de ressaltar a importância de um ambiente seguro e o desenvolvimento de atividades com uso de equipamentos necessários, treinamento adequado, visando à promoção e prevenção da saúde do trabalhador.

Após conhecer melhor o campo, partimos para a construção do produto, que foi o levantamento das mineradoras existentes no estado da Bahia, identificando o produto produzido em cada município, agravos à saúde em decorrência da exposição e identificação de notificações relacionada a essas complicações. Sendo uma demanda apresentada pelo setor e de nosso interesse como forma de aprendizado e aprofundamento na temática de saúde do trabalhador.

O meu eletivo foi um campo extremamente construtivo, tive a oportunidade de conhecer e me apropriar de questões referentes à saúde do trabalhador e levarei para minha vida profissional a importância desse campo para uma melhor assistência ao

indivíduo. A proposta de conhecer outros espaços mesmo sendo uma residência em saúde da família proporciona ao residente compreender ainda mais a atenção básica e a importância de sua vinculação aos setores diversos quando retratamos o fazer saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato de experiência apresentado foi feito a partir registros temporais ao longo dos dois anos de residência, apresentando a análise de cada espaço que tive oportunidade de conhecer e me aprofundar na realidade do sistema público de saúde, descrevendo algumas atividades desenvolvidas e que me possibilitaram mudanças pessoais e profissionais, transformando minha forma de encarar o processo de trabalho na busca de desenvolver uma atividade mais próxima possível daquela preconizada pelo SUS.

O enfermeiro inserido na USF desempenha vários papéis, que envolvem os vários níveis da assistência na atenção primária, busca vinculação do usuário à unidade básica. Esse profissional, precisa se conscientizar que é através da mudança no perfil de atuação do trabalho que se vê a possibilidade da integralidade da assistência e resolutividade dos serviços prestados à saúde. A ESF propõe ao profissional de enfermagem uma nova visão sobre o cuidar, sobre a forma de prestar assistência a comunidade. Colocando a família como o centro e admitindo que a saúde vai além do bem-estar físico, busca-se com essa nova estratégia a aproximação do serviço com a comunidade.

Diante dessa realidade, chegar ao final da residência na ESF é inevitável não recordar cada momento vivido, alguns mais marcantes do que outros, a oportunidade de conhecer novas pessoas, colegas de trabalho, usuários, novo ambiente, função, inserção nas rotinas do serviço de saúde, tendo o grande desafio de assumir a equipe e ser o profissional de referência, tendo que aliar o conhecimento teórico com a prática, sendo direcionado a construir um perfil profissional que atenda as necessidades do serviço e que permita ao mesmo tempo crescimento profissional.

Enfim, foi um caminho desafiador, cansativo, marcado por risos, choros, alegria, tristeza, dúvidas, frustração, comoção, compartilhamento, apoio, escuta, interação, inúmeros abraços e palavras de conforto e de ajuda, o que me permitiram chegar ao final diferente da residente que entrei, compreendendo que tudo valeu a pena e que somente o tempo nos permite perceber o nosso desenvolvimento ao longo do processo de aprendizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AOSANI, T.R, et al. **A Saúde Mental na Atenção Básica: A percepção dos Profissionais de Saúde**. Revista Psicologia e Saúde, v. 5, n. 2, jul. /dez. 2013, p. 71-80.
- BARBOSA, G.C.; COSTA, T.G.; MORENO, V. **Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios**. Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan./jun. 2012.
- Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **ACOLHIMENTO NAS PRÁTICAS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE**. 2ª edição.5ª reimpressão .Brasília,DF,2010
- Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. 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). Brasília, DF, 2017.
- CARDOSO, Claudia Lins. **RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA EQUIPE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**. Revista APS, v.7, n.1, p.47-50, jan./jun. 2004.
- CORREIA, L.C. **O movimento antimanicomial: movimento social de luta pela garantia e defesa dos direitos humanos**. Paraíba, p.83-97,2006.
- FIGUEIRÓ, R. de A (et all). **Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica: O protagonismo do usuário em debate**. Revista Científica da Escola da Saúde. Potiguar, RN, P.51-62, 2012.
- FONSECA, Luciana et al. **RELACIONAMENTO INTERPESSOAL & TRABALHO EM EQUIPE:IMPACTOS NUM AMBIENTE ORGANIZACIONAL**.P.1-23. Rio de Janeiro, RJ,Setembro,2016.
- GONÇALVES, T.; MANFREDO, E. C. G. **Saberes nas trajetórias dos professores formadores: repercussões na prática formadora no ensino superior**. SãoPaulo: Editora Livraria de Física, 2009, p. 99-131.
- GUERRERO, Patrícia, et al. **O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde**. Texto contexto - enferm. vol.22 no.1 Florianópolis Jan./Mar. 2013.
- LUCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n.12, v.2, p.399-407, 2007.
- MARIN, Juliana. RIBEIRO, Carlos Dimas Martins. **Problemas e conflitos bioéticos da prática em equipe da Estratégia Saúde da Família**. Rev. Bioét. vol.26 no.2 Brasília Apr./June, 2018.
- MARTINS, Alexandra da Rosa. **Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica**. Rev. bras. educ. med. vol.36 no.1 supl.2 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2012.

NAVARRO, Adriana Santana de Souza.; GUIMARÃES, Raphaella Lima de Souza ;GARANHANI, Mara Lúcia. **Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família.** Revista Mineira de Enfermagem.vol.17.ano 2012.

OLIVEIRA, A.T.M.de,et al. **Proposta de Avaliação de um Centro de Reabilitação.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Volume 18, Suplemento 2, Páginas 131-136 ,2014.

OLIVEIRA, E.F.de. **Promovendo saúde em comunidades vulneráveis: tecnologias sociais na redução da pobreza e desenvolvimento sustentável.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Rio Grande do Sul. v. 36,p.200-206,nov. 2015.

ROCHA, D. M.; CARVALHO, E. L. L.; CRUZ, M. A. P. da.**Benefícios do Programa Saúde da Família-PSF para a melhoria na qualidade de vida dos moradores do bairro São Pedro ,em Teresina-PI.** Revista Inova Ação, Teresina, v. 1, n. 1, art. 1, p. 01-14, jan./jun. 2012.

Lacerda e Silva T, Dias EC, Pessoa VM, Fernandes LMM, Gomes E.M. **Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família.** Dezembro, 2013.