



PROGRAMAS  
INTEGRADOS  
DE RESIDÊNCIAS

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

**THAIS DIAS ARAUJO**

**PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE IDENTIDADE E VÍNCULO EM UMA  
EQUIPE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Camaçari

2018

**THAIS DIAS ARAUJO**

**PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE IDENTIDADE E VÍNCULO EM UMA  
EQUIPE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz – BA para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Mylena Caroso Melhem  
Co-orientadora: Ana Paula Medeiros Pereira

Camaçari

2018

**THAIS DIAS ARAUJO**

**PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE IDENTIDADE E VÍNCULO EM UMA  
EQUIPE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz – BA para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Camaçari, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Mylena Caroso Melhem (Orientadora)

---

Ana Paula Medeiros Pereira (Co-orientadora)

---

Membro da Banca

## RESUMO

O processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família é caracterizado, dentre outros fatores, pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, e pelo acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho. Este trabalho tem como objetivo geral: Relatar os entraves e as estratégias desenvolvidas para a criação de identidade e vínculo entre os pares no trabalho em equipe. E como objetivos específicos: Relatar como a estruturação da Atenção Domiciliar influenciou neste processo e como se deu o diálogo e a relação com os Agentes Comunitários em especial; discutir sobre a avaliação da autora a respeito dos nós críticos, das estratégias desenvolvidas e dos resultados subjetivos e objetivos alcançados. Caracteriza-se por ser um relato de experiência focado no processo de construção de identidade e vínculo em uma equipe através da estruturação da atenção domiciliar no município de Camaçari – Ba, a partir da vivência de uma enfermeira residente de Saúde da Família inserida nesse processo. A abordagem relata como a equipe utilizou de instrumentos como a realização de visita domiciliar para vinculação da equipe e como o processo de troca anual dos profissionais dos profissionais residentes podem interferir nessa construção. Processos semelhantes de formação de equipe foi observado em outras unidades da região 4, a qual está inserida a residência. Concluiu-se que temos um longo desafio diante das mudanças constantes da equipe, o que pode estar diretamente relacionado com a construção da identidade necessária para o trabalho em equipe. Destaca-se alguns aspectos importantes que foram considerados como: a percepção de cada indivíduo, as subjetividades das relações e o quanto a micropolítica interferiu para as diversas mudanças de posturas.

## **SUMÁRIO**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>   | <b>06</b> |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>  | <b>10</b> |
| <b>2.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE</b>   | <b>10</b> |
| <b>2.2 SUBJETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO</b>  | <b>12</b> |
| <b>3 OBJETIVOS</b>  | <b>14</b> |
| <b>3.1 OBJETIVO GERAL</b>   | <b>14</b> |
| <b>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>  | <b>14</b> |
| <b>4 METODOLOGIA</b>  | <b>15</b> |
| <b>4.1 TIPO DE ESTUDO</b>   | <b>15</b> |
| <b>4.2 LOCAL DE ESTUDO</b>  | <b>15</b> |
| <b>4.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS</b>   | <b>16</b> |
| <b>4.4 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO</b>  | <b>16</b> |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>   | <b>17</b> |
| <b>5.1 INÍCIO DAS ATIVIDADES NA USF</b>   | <b>17</b> |
| <b>5.2 E APÓS A GREVE... O CONTATO COM OS SERVIDORES</b>  | <b>22</b> |
| <b>5.3 INSERÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS NAS VISITAS DOMICILIARES/ESTRATÉGIAS E FERRAMENTAS UTILIZADAS NA REAVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO</b> | <b>25</b> |
| <b>5.4 CHEGADA DOS NOVOS RESIDENTES E O MOMENTO DE TRANSIÇÃO DA EQUIPE</b>  | <b>29</b> |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>   | <b>31</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>  | <b>33</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Este é um trabalho de conclusão do curso do Programa de Residências Integradas em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família, da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) e Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz). A Residência em Saúde é uma Pós-Graduação *latu sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias que integram a área de saúde. Possui uma duração de 2 anos (24 meses) e tem como objetivo a qualificação dos profissionais inseridos nos diversos serviços, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Implantada inicialmente em Camaçari, região Metropolitana de Salvador, este Programa teve sua primeira turma em 2015. Foi inserida na região 4 do município, atendendo às Unidades de Saúde da Família (USF): Parque das Mangabas, Nova Aliança, PHOC/CAIC, PHOC 3 e Piaçaveira.

A USF PHOC 3 foi onde a autora deste trabalho estava alocada enquanto Enfermeira residente, compondo a segunda turma da residência inseridas no município, distribuídas pelas unidades da Região 4.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de organização de Atenção Primária. De acordo com Amorim e Araújo (2004, p.15) “é colocada como um mecanismo no processo de reorganização dos sistemas municipais de saúde, com garantia de financiamento específico para a sua consecução”. Conforme Kakehashi et al. (2000, p.18) “é uma estratégia de organização da assistência à saúde, tendo a família como foco no seu espaço físico e social.”

Brasil apud Amorim e Araújo (2004, p.14) definiu que PSF tem como objetivo geral:

Melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e comunidade.

Por ser um espaço de qualificação profissional, a residência conta com um corpo pedagógico composto por preceptores - profissionais de suporte para

os residentes nos diversos campos de atuação: medicina, enfermagem, odontologia, sanitária e Núcleo de Apoio à Saúde da Família NASF (educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas) -, apoiadores pedagógicos de Núcleo, de Campo e Matriciais, além da coordenação.

O processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família é caracterizado, dentre outros fatores, pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, e pelo acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A reorientação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reorganização da Atenção Primária pode ser considerada como um dos mais importantes avanços ideológicos e práticos em termos de gestão do SUS, uma vez que não se trata apenas de ampliar o acesso e a abrangência geográfica dos serviços, mas, também, sua adoção de práticas da atenção sob novas bases epistemológicas do fazer/ cuidar em saúde, com substituição do modelo então vigente, levando a saúde para mais perto das famílias e melhorando-se a qualidade de vida dos cidadãos brasileiros (Brasil, 2001).

Para o Ministério da Saúde, uma Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo ser incorporados à esta equipe mínima o cirurgião dentista e o Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), que constituem uma Equipe de Saúde Bucal. Com o processo de Residência no município, e a chegada dos residentes, essa conformação foi reestruturada contando com um quantitativo maior de profissionais. Apesar de positivo devido à possibilidade de maior oferta de serviços para a comunidade, a relocação dos profissionais de nível superior das unidades da região 4 para a entrada dos residentes, causou resistência inicial dos demais servidores (administrativo, técnicos, Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias), que continuaram como parte integrante da equipe. Essa mudança repentina modificou também a rotina de funcionamento e a forma de trabalho desses profissionais que já possuíam um *modus operandi* e que agora precisariam de uma adaptação devido a essa nova estrutura organizativa.

Nesse cenário, os residentes que chegaram às unidades, ao longo do primeiro ano de implantação da residência tiveram dificuldades de vinculação com a equipe, o que interferiu diretamente no processo de trabalho. Houve uma nítida divisão da equipe em “residentes” e “servidores”, sendo que estes últimos pouco se inseriam nas atividades realizadas na USF.

Quando a minha turma, a segunda, ingressou com no ano de 2016, ainda haviam muitos desafios para serem vencidos, dentre eles a participação dos servidores nas reuniões de equipe e de unidade, visitas domiciliares, espaços educativos e demais atividades. Um contexto de greve dos servidores em um período de aproximadamente 08 meses também trouxe prejuízos para o início das atividades assistenciais as quais os residentes, ainda no primeiro ano, tiveram que iniciar contando com poucos componentes da equipe.

A partir da vivência ao longo do primeiro ano como residente na USF PHOC 3, pude perceber algumas deficiências. Um ponto que chamava a atenção era: a dificuldade de estruturação e organização das equipes, especificamente, a falta de continuidade, registro e planejamento das visitas domiciliares. Após discussões em reuniões de equipe, com pouca presença dos Agentes Comunitários de Saúde, avaliamos que a relação da equipe, a falta de comunicação e vínculo entre os pares poderia ter relação com tais dificuldades do processo de trabalho. Dessa forma, a equipe sentiu a necessidade de criar novas ferramentas para tentar otimizar o serviço, inclusive a mudança na abordagem com os servidores, em especial, os Agentes Comunitários de Saúde, que são, por função, ponte essencial para os usuários.

Ao realizar uma breve análise ao longo do trajeto do primeiro ano da residência, inserida nesta USF, notei que muitas estratégias foram traçadas pela equipe na tentativa de qualificar a assistência e o processo de cuidado para os usuários. Esse processo de avaliação gradual nos levou a verificar os limites, avanços e os reais impactos que essas intervenções trouxeram para a equipe.

Nessa perspectiva, será realizado um relato de experiência trazendo o olhar da profissional de enfermagem, residente do Programa acima explicitado, inserida em uma equipe que vivenciou tais dificuldades e estratégias de intervenções. Será abordado a forma como se deu esse processo vivenciado pela equipe, e as intervenções pensadas ao longo do processo de trabalho, os

instrumentos utilizados, as estratégias traçadas e os resultados alcançados, na percepção da autora.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada como importante mecanismo para a transformação do modelo assistencial brasileiro. Pautada nas diretrizes de integralidade, equidade e universalidade, a ESF propõe nova dinâmica para a organização dos serviços de saúde (Trad, Bastos, 1998). Fundamenta-se na lógica de adscrição de clientela, no trabalho em equipe multiprofissional e na participação da população - em uma lógica que rompe com o modelo centrado no profissional e prima pela aproximação da vida da comunidade. Seu processo de trabalho possibilita o compromisso e a corresponsabilidade da equipe e usuário, tanto quanto a articulação entre os diversos saberes das corporações profissionais que compõem este modelo assistencial (Brasil, 2001).

A abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõe as equipes multiprofissionais, para tanto há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional. Há que se identificar nessas equipes, os elementos que configuram uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde (FRANCO & MERHY, 2000).

Levando-se em consideração que cada território possui as suas especificidades, características distintas da comunidade, interferem diretamente na abordagem das equipes que fazem parte da ESF. A diversidade de saberes profissionais que diferem de acordo com cada núcleo de conhecimento e a identidade de equipe, também aparece como chave para o processo de cuidado, seja ele individual ou familiar.

Além do campo da responsabilidade e do saber específicos de cada profissão ou ocupação, há um campo de competência e de responsabilidade compartilhado. Com isso, é necessário desenvolver práticas que contribuam com a qualidade do fazer cotidiano do profissional e com a troca do conhecimento entre os membros da equipe e entre os profissionais e os usuários, na atenção individual e coletiva, isto significa ser capaz de planejar juntos, profissionais,

usuários e comunidade, ações que transformem a realidade do território adscrito, não só do ponto de vista sanitário, mas, principalmente, que leve em consideração os aspectos cultural, econômico e social (VASCONCELOS & GILLO & SOARES, 2009).

Na proposta de Saúde da Família, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho, no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem (ARAÚJO & ROCHA, 2007).

O estabelecimento de uma relação dialógica no interior das unidades de saúde pode contribuir para a superação de relações hierarquizadas, em que os profissionais raramente conhecem as potencialidades dos outros (ARAÚJO & ROCHA, 2007).

Além das atribuições específicas do saber corporativo, os profissionais da equipe têm diversas responsabilidades comuns, tais como: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis; identificar seus problemas de saúde e situações de risco mais comuns; e construir, conjuntamente, um planejamento para enfrentamento dos mesmos, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais (Brasil, 2006a).

Podemos considerar que, apesar do esforço de reestruturação das práticas sanitárias a partir de uma proposta que privilegie o trabalho em equipe, na ESF também é possível observar a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, havendo assim o risco de os profissionais se isolarem em seus “núcleos de competência” (Franco & Merhy, 1999, p.8), ou de que as ações sejam realizadas de forma isolada e justaposta. São reproduzidos assim vários planos de fragmentação, tanto na organização do trabalho e dos saberes, quanto na interação entre sujeitos entre os profissionais e destes com os usuários (Peduzzi & Palma, 1996). Outro risco potencial é que sejam mantidas as relações de poder que “engessam” o trabalho coletivo em saúde.

Fazendo uma diferenciação quanto a conceituação relacionada a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas temos o núcleo e o campo. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e

profissão buscariam em outra, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (Campos,2000).

Ao estudar o trabalho em equipe é importante conhecer como cada profissional conjuga seu trabalho no âmbito individual e coletivo e identificar evidências de articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais. Em uma equipe multiprofissional, a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos e, portanto, à consideração de conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional (Ciampon & Peduzzi, 2000).

## 2.2 SUBJETIVIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO

Para (MERHY, 1998, 2005), o trabalho em saúde é um processo relacional, que se dá a partir do encontro entre duas pessoas onde se estabelece um jogo de expectativas e produções criando espaços de escutas, falas, empatias e interpretações. O cuidado se produz através do trabalho vivo em ato, ou seja, sua produção e consumo ocorrem no exato momento da sua produção e o seu produto resulta da própria realização da atividade. Nesse espaço intercessor, o cuidado assume configurações diversas e inesperadas decorrente do protagonismo dos atores envolvidos que fornecem matérias de expressão substantivas para sua produção.

Fortuna (2002, p. 273) aponta que:

“[...]os trabalhadores da saúde são o alvo das discussões de inovações no SUS no que se refere à organização do trabalho. Propõe um distanciamento do termo “recursos humanos em saúde”, proposto por alguns autores e políticas ministeriais, reconhecendo que o trabalhador é um “sujeito social em processo de relação”, e não pode ser equiparado a um mero recurso da instituição, semelhante a recursos materiais e físicos [...]”.

A gestão do trabalho pode ser compreendida apenas sob o formato administrativo, pautado em situações de mando e no controle prescritivo da organização dos processos de trabalho, no campo da macropolítica, mas também pode ser uma ação cotidiana do trabalhador, no espaço da micropolítica, a partir do reconhecimento de que todos os trabalhadores são gestores do seu

próprio trabalho, exercendo graus de liberdade na organização e execução de suas práticas (Galavote, H. S. et al).

Um dos grandes desafios à gestão do trabalho em saúde é conduzir a “potência andante” enquanto estímulo à liberdade de ação e criação de cada trabalhador, no sentido de que o projeto técnico-ético e político a serviço do cuidado deva ser também um projeto do trabalhador operante, constituindo sua subjetividade na proposição de novos dispositivos nos serviços de saúde, em contraposição à serialização de práticas rudimentares (Galavote, H. S. et al). Assim,

“[...] é possível na gestão do trabalho em saúde manter o trabalhador com alta potência para agir no mundo do cuidado, que é também um mundo social e afetivo, e possibilitar que o trabalhador produza no outro [...] alta potência vital [...]” (Franco, 2013, p. 250).

Segundo Franco (2013), um dos desafios da gestão do trabalho, é envolver o trabalhador em um projeto comum técnico-político-ético, já que existem sujeitos plenos e singulares, e considerando que, geralmente, os gestores do trabalho exercem uma gestão normativa de mando que garante apenas a formação de trabalhadores serializados que repetem práticas legitimadas e ultrapassadas. Assim,

“[...] os trabalhadores são equiparados a um insumo para o funcionamento dos serviços de saúde, quando na verdade ele é o maior protagonista da produção do cuidado, é sujeito ativo que opera com seus saberes, é desejante, tem projetos, expectativas e atua no mundo do trabalho e cuidado com suas caixas de ferramentas adquiridas na formação, e sobretudo na experimentação do mundo do trabalho e da vida, e isso é que vai marcando sua atividade (Franco, 2013, p. 250) [...]”.

Dessa forma podemos inferir que a micropolítica nas relações entre profissionais reflete em suas práticas diárias no processo de cuidar. O modo como o trabalhador se posiciona, suas principais habilidades em lidar com o próximo, os aspectos éticos, sua postura profissional e seu comportamento diante do trabalho desenvolvido em equipe, o qual exige discussões que perpassam o núcleo do saber, funcionarão como uma dosagem para analisarmos criticamente o processo de trabalho de uma equipe.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Relatar os entraves e as estratégias desenvolvidas para a criação de identidade e vínculo entre os pares no trabalho em equipe.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Relatar como a estruturação da Atenção Domiciliar influenciou neste processo e como se deu o diálogo e a relação com os Agentes Comunitários em especial; Discutir sobre a avaliação da autora a respeito dos nós críticos, das estratégias desenvolvidas e dos resultados subjetivos e objetivos alcançados.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um relato descritivo e reflexivo sobre a experiência de uma equipe de saúde da família, focado no processo de construção de identidade e vínculo em uma equipe através da estruturação da atenção domiciliar no município de Camaçari – Ba, a partir da vivência de uma enfermeira residente a qual estava inserida nessa equipe, no período de março de 2016 a junho de 2017.

### 4.2 LOCAL DE ESTUDO

A vivência ocorreu no município de Camaçari-BA, região metropolitana de Salvador, em uma Unidade de Saúde da Família, que faz parte da região quatro, a qual estão inseridas as unidades do Programa de Residências Integradas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família. No total, o município conta com oito regiões de saúde.

Essa unidade de saúde conta com duas equipes. A equipe 01 tem um total de 3057 pessoas cadastradas e a equipe 02 apresenta um total de 3568 pessoas. A composição por equipe é: uma médica, duas enfermeiras, e uma (o) dentista. Quanto aos agentes de saúde, a equipe 01 conta com seis e a equipe 02 com cinco ACS. Em relação ao número de técnicas de enfermagem, a equipe 01 e 02 possuem uma técnica de enfermagem. Também fazem parte da equipe como servidores um recepcionista, uma atendente de farmácia, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), uma auxiliar de serviços gerais e duas vigilantes. As duas equipes contam com o suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por dois professores de educação física, duas nutricionistas e duas fisioterapeutas; e apoio de uma residente sanitária que desenvolve a função de apoio institucional. Vale ressaltar que a equipe dos residentes contava com a supervisão de preceptores dos seus respectivos núcleos.

### 4.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Para o embasamento dos relatos foram utilizados instrumentos como atas das reuniões de equipe 02, registros no Portfólio individual do curso, bem como o resgate a memória da autora e os dados levantados com base em um projeto de cooperação da interna de medicina, que levantou as visitas realizadas na Unidade de Saúde no período de junho a novembro de 2016.

### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Levando em consideração o parágrafo único, que trata das pesquisas/estudos que não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP, o presente estudo não necessitará ser submetido à apreciação do comitê de ética e pesquisa, de acordo com o inciso VII desse parágrafo que traz a seguinte redação: “pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito” (BRASIL, 2016).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 INÍCIO DAS ATIVIDADES NA USF

Ao final do mês de março de 2016, nós enquanto residentes do segundo ano, fomos inseridos nas Unidades de Saúde da Família da região quatro. Os servidores tinham aderido à greve no município e devido a isso, as atividades assistenciais estavam temporariamente suspensas. Inicialmente em um acolhimento, foi realizada uma breve apresentação do grupo dos residentes, juntamente com os preceptores. Houve uma tentativa de contato inicial com alguns Agentes Comunitários de Saúde, porém muitos não se inseriram na atividade.

A minha primeira impressão a partir desse momento era de que os servidores não estavam ali por alguma indisponibilidade naquele dia e não pelo fato de ser uma recepção para novos residentes, os quais eles tinham dificuldade em aceitar como integrantes da equipe. Com o passar das atividades e convivência percebi que essa relação entre residentes e servidores na verdade era bastante prejudicada e isso implicaria diretamente na inserção da nossa turma no serviço.

No período em que a greve dos servidores se manteve, apenas nós, enquanto residentes, permanecemos nas unidades participando de atividades internas juntamente com os preceptores. Todos os outros funcionários (recepcionista, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliar de saúde bucal, assistente de farmácia) aderiram a essa greve. Reivindicavam melhores condições de trabalho e a reposição salarial da perda inflacionária, dentre outras coisas. Procuramos planejar as ações a serem desenvolvidas quando houvesse a normalização das atividades, fizemos o reconhecimento das rotinas da unidade, que foram apresentadas pelos residentes do primeiro ano, dividimos os profissionais que assumiriam o lugar dos residentes da primeira turma nas respectivas equipes quando a greve fosse finalizada. Permanecemos também realizando orientações para os usuários que buscavam o serviço nesse período, explicando que apesar de estarmos na unidade, não estávamos realizando atividades assistenciais por causa da greve dos servidores.

A princípio eu estava ansiosa para entender como seria estar imersa em uma unidade de saúde da família fazendo todas aquelas atividades assistenciais. O contexto da greve iria permitir que nós, enquanto residentes recém-chegados, pudessem fazer um reconhecimento maior das rotinas de funcionamento, o que de certa forma me deixou mais tranquila. Por outro lado, era nítido que com o passar dos dias e a continuidade da greve, os usuários tinham cada vez mais dificuldades de acesso aos serviços de saúde para acompanhamento de forma longitudinal e isso nos fazia repensar se iríamos continuar sem atividades para não enfraquecer o movimento dos servidores ou se deveríamos retornar com a equipe desfalcada para suprimento dessa demanda

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Ministério da Saúde, 2012).

Pensando no contexto de falta de oferta dos serviços como: consultas agendadas, visitas domiciliares, vacinação, dispensação de medicamentos na unidade de saúde, aliada a intensa procura pela população nesse período, foi agendada pela equipe uma Reunião de Comunidade na Escola Sônia Regina para explicarmos sobre a greve dos servidores e para ouvir as principais demandas. Na reunião, a população pôde trazer demandas que estavam reprimidas e como isso estava impactando no processo de cuidado (muitos hipertensos, diabéticos sem conseguirem ser acompanhados, sem medicações), gestantes, crianças sem acompanhamento e outras mais. Nesse momento pudemos esclarecer dúvidas sobre porque estávamos sem condições de funcionamento pleno.

Após esse evento, decidimos retornar as atividades assistenciais que fossem viáveis, de forma gradual, mesmo sem a presença dos servidores, por perceber que havia muita necessidade assistencial, visto que boa parte da equipe era formada por residentes e a greve já apresentava indícios de término.

Tivemos um longo trabalho pela frente, já que a demanda estava reprimida em todo o município de Camaçari e apenas a Região 4 retornou ao funcionamento, ainda que parcial.

Tudo para mim era muito novo e participar de uma reunião de comunidade em que havia um contexto de greve reprimindo toda uma demanda me fez perceber as potencialidades da ESF e como teríamos que traçar estratégias para o retorno das atividades.

Como estratégia para organização inicial, todos os profissionais ficaram inseridos no acolhimento à demanda espontânea, que de acordo com o HumanizaSUS - documento base para gestores e trabalhadores do SUS, (Brasil, 2008, p. 51), elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), é um “processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída”. Ou seja, é algo contínuo que acontece na rotina dos serviços de saúde com base em uma escuta que leve a garantia de uma atenção integral, resolutiva e responsável, que busca a articulação com as redes internas e externas, ou seja, com a própria equipe interdisciplinar da unidade e outros serviços que possam dar continuidade a assistência, quando necessário.

Aos poucos fomos criando estratégias para organização dos fluxos internos e fomos distribuídos nas duas equipes existentes (01 e 02). Pelo desenho da residência, o residente do primeiro ano (R1) assume o papel de profissional da equipe, e o do segundo ano (R2) faz uma transição das atividades assistenciais para os estágios. Tivemos de início um total de seis enfermeiras (03 R2s e 03 R1s), 04 médicos (02 R2s e 02 R1s) e 03 dentistas (01 R2 e 02 R1s), sendo que uma médica do primeiro ano se desligou da residência logo antes de retornarmos as atividades.

Com a demanda reprimida, encontramos muitas dificuldades nesse retorno. Após a divisão das equipes e com todos os profissionais voltados para o acolhimento à demanda espontânea, aos poucos as consultas individuais agendadas também foram sendo remarçadas, bem como a organização das visitas domiciliares realizadas pelas respectivas equipes. Em especial, na equipe 02, a qual eu estava inserida, foi observado que a quantidade de visitas a serem realizadas era alta e essa era uma preocupação, já que boa parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) permanecia de greve, e os que não estavam de

greve também não compareciam. A Atenção Domiciliar demandava o reconhecimento do território e, apesar dos R2 já estarem mais familiarizados com a área, a ausência dos ACS comprometia a atividade.

A proposta de atenção domiciliar inclui a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e as discussões sobre diferentes concepções e abordagens à família. Espera-se que os profissionais sejam capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (Ministério, 2012).

De acordo com a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2107, uma das atribuições dos ACS é realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares. (Ministério da Saúde, 2017).

Na prática, vejo que o papel do ACS gira muito em torno de ser “ponte” entre os serviços de saúde e comunidade. Os ACS seriam facilitadores do vínculo e do diálogo entre o conhecimento de caráter popular e o conhecimento científico. Infelizmente, com frequência, se observa a hegemonia do saber científico oprimindo o saber popular, em vez de dialogarem. (Morosini et al, 2007)

Na ausência dos ACS, em vista da demanda da população, começamos a selecionar os casos de visitas domiciliares juntamente com os nossos R2 que faziam parte da equipe no ano anterior: verificar solicitações anteriores ao período da greve, os casos de acompanhamento contínuo, entender os fluxos e tentar sistematizar de forma que nesse momento inicial os casos mais urgentes fossem priorizados. Tentamos traçar estratégias para a realização das visitas sem reconhecimento prévio do território (já que a nova turma de residentes tinha assumido as equipes). Vale ressaltar que tivemos auxílio inicialmente dos nossos R2 que conheciam o território, porém a falta do ACS trouxe prejuízos, já que sabemos de sua importância para ligação da equipe para com a comunidade. Fizemos contato por telefone com os usuários que estavam com registro no livro de visitas, percebemos que muitas informações estavam

desatualizadas ou incompletas (falta de: endereço, telefone para contato, motivo da solicitação, data, quem realizou essa solicitação).

Essa experiência inicial, especialmente para mim, foi marcante porque a medida que tentávamos suprir toda essa demanda reprimida de visitas, acabávamos nos deparando com situações adversas. Em uma certa ligação para verificar a necessidade de uma visita solicitada em um período que precedeu a greve, acabei recebendo a notícia que o usuário ao qual foi solicitada a visita havia ido a óbito dias antes. A sensação de impotência era repleta naquele momento e a percepção de que ainda havia muito trabalho pela frente.

No início, uma das únicas estratégias que encontramos para tentar lidar com a ausência dos ACS foi realizar as visitas com ajuda de familiares dos usuários que necessitavam do acompanhamento, visto que a demanda era alta e não poderíamos esperar o retorno desses profissionais. Logo percebemos que toda semana havia novas solicitações, que muitas destas tinham informações incompletas porque cada profissional realizava de uma forma diferente. Após uma breve avaliação, a equipe mínima e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de referência perceberam, dentre outras coisas, que estavam realizando visitas de pessoas que poderiam ter acesso a unidade, demandas de renovação de receita, o que não precisaria uma realização de visita domiciliar. A minha percepção foi de que isso aconteceu porque não conseguimos fazer uma triagem inicial devido à falta desses profissionais de referência, ACS, para nos auxiliar.

Levando-se em conta o Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde produzida pelo Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, a “assistência domiciliar deve ser prestada de acordo com as características da comunidade atendida e dos recursos disponíveis para assistir pessoas com diferentes graus de incapacidade que as impossibilitam não somente de ir à unidade de saúde (US) como também em muitos casos, a realizar atividades cotidianas básicas”.

Desse modo, tínhamos o compromisso de realizar visitas não somente a pessoas impossibilitadas de se deslocar até a USF, mas também em casos especiais em que conhecer o domicílio e a família poderiam agregar informações e ampliar o entendimento da situação de saúde de determinado usuário bem como trazer possibilidades de planos terapêuticos.

Tínhamos a equipe mínima de residentes, composta por 01 médica, 02 enfermeiros e 01 dentista e ainda a equipe do NASF que dava suporte e tinha profissionais de referência para cada uma das equipes (01 nutricionista, 01 fisioterapeuta, 01 educador físico). Nas nossas reuniões, que eram semanais, procuramos começar a reorganizar o fluxo das visitas que seriam realizadas e percebemos que tínhamos que quebrar alguns paradigmas, como o de que os dentistas ou profissionais do NASF só poderiam fazer visitas para verificação de demandas clínicas específicas de seus respectivos núcleos. Decidimos que inicialmente todos os profissionais iriam fazer um reconhecimento de campo e a partir daí levar as discussões para reunião.

Ao meu entendimento esse momento foi significativo para começarmos a nos colocar no lugar do outro, entender como a rotina do agente comunitário influenciava diretamente no trabalho geral de toda equipe, em como o reconhecimento do território e das demandas de forma prévia agilizava todo o planejamento. Sentimos a real necessidade de estarmos diretamente dialogando com quem tinha diariamente a ligação com a comunidade no território, os ACS. Isso me causou inquietações e a tentativa de criação de estratégias por parte da equipe de maior vinculação com esses profissionais se deu a partir de então. Algumas outras questões para além dessa vinculação também foram levantadas como a estruturação dos instrumentos de planejamento das visitas, o que nos fez melhorar todo o processo organizacional de realização das visitas domiciliares.

Após quase oito meses em greve, os servidores retornaram aos serviços e pudemos então começar a inserir os Agentes Comunitários nas atividades e em especial as visitas domiciliares. Dessa forma, tentamos pactuar que cada solicitação deveria ser previamente analisada pela equipe antes da sua respectiva realização.

## 5.2 E APÓS A GREVE...O CONTATO COM OS SERVIDORES

Logo após o período da greve, os servidores começaram a retornar a rotina normal da unidade.. Cada equipe possuía características distintas e de acordo com as necessidades e especificidades fomos ajustando o processo de trabalho.

A equipe 02, onde eu estava inserida, possuía uma característica de grande demanda de realização das visitas domiciliares. No período da greve, estratégias foram lançadas para conseguirmos realizar as visitas pendentes, mas mesmo assim muitas ainda deixaram de ser concretizadas.

Acredito que nesse contexto em que os ACS retornaram de um longo período de greve e encontraram novos profissionais que serão suas referências a partir de agora realizando as primeiras visitas sem eles, eles começaram a se sentir desvalorizados. Por outro lado, nós sabíamos que a aproximação com esse profissional era fundamental nesse momento. Tínhamos conhecimento de como foi difícil para a primeira turma de residentes se inserirem e terem apoio desses profissionais, já que eles achavam que tinham perdido a referência deles quando os outros profissionais concursados da equipe mínima saíram para entrada da residência.

Sabemos que os ACS estão diretamente inseridos no território por fazer parte dele. Isso faz com que a relação com a comunidade seja de vinculação, facilitando o seu acesso direto as casas dos moradores de suas respectivas áreas. “No meio da rua, no portão ou sentados no sofá da sala, onde “só a Rede Globo entra”, a ação dos agentes estabelece um agenciamento de modo afetivo: operando um trabalho artesanal, criando vias de circulação, articulando redes, servindo como mensageiros, fofoqueiros, transporte de ‘pacientes’, entre muitas outras ações”. (FERREIRA, Vitória S. C. et al, 2009).

Para Baremlitt G (2002):

[...]A micropolítica do processo de trabalho do ACS é atravessada por lógicas próprias das vivências da família no território e domicílio, onde os sujeitos que aí convivem entre si, sofrem afetamentos em seus encontros mútuos, agenciando a produção de diferentes modos e perfis de cuidar. Neste espaço de produção, ocorrem as microconexões, que são instituintes e possibilitam um mergulho em profundidade na cotidianidade do trabalho do ACS[...].

Quando chegamos encontramos a seguinte modelagem de realização das visitas domiciliares: eram realizadas semanalmente, todas as quartas-feiras no período da tarde devido à disposição do carro pelo município. Essa questão era um entrave devido a duas das cinco agentes da equipe 02 serem liberadas pela prefeitura para estudarem nesse período. Isso fez com que focássemos em um planejamento ao qual tivesse a participação de todas elas e não apenas três.

Nessa lógica, avaliamos após verificação de território adscrito, que a melhor forma dessa captação seria a mudança do turno de realização dessas visitas para manhã, mesmo não tendo carro disponível.

O objetivo dessa mudança era fazer a inserção dos agentes nas atividades o que incluía também as reuniões de equipe (espaço utilizado para discussão dos casos, avaliação de realização das visitas, educação continuada e outras demandas semanais) e reuniões de unidade (incluía a participação de toda equipe mínima, NASF e servidores).

A partir dessa mudança começamos um longo processo de melhor articulação entre os pares para adequar o processo de trabalho de toda equipe que é caracterizado, dentre outros fatores, pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, e pelo acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho (Ministério da Saúde, 2006).

Na literatura encontram-se três concepções distintas sobre trabalho em equipe, onde se destacam: os resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Na lógica dos resultados, a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços. Nas relações, utilizam-se os conceitos da psicologia como referência, analisando as equipes com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos. Na perspectiva da interdisciplinaridade, situam-se os trabalhos que trazem à discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho em saúde. (Araújo MBS, Rocha PM, 2007).

O grande desafio agora seria pensar de que formas poderíamos desenvolver o nosso trabalho em equipe, pensando na perspectiva de vinculação com os servidores e em especial os agentes de saúde, que a princípio tinham grande resistência pela equipe de residentes. Isso impactava de forma negativa no desenvolvimento das atividades diárias e as que exigiam planejamento prévio.

Acredito que a greve de certa forma foi como um “divisor de águas” para toda a equipe, isso porque nesse período pudemos observar as dificuldades a serem enfrentadas e como melhor lidar com os outros profissionais quando retornassem as atividades normais. Os meus pensamentos quanto a essa

questão eram diversos: Como seríamos recebidos por esses profissionais? Será que conseguiríamos fazer uma melhor vinculação? E como ficaria o processo de trabalho da equipe? Isso me instigou a refletir em como se deu o processo de construção de identidade da nossa equipe diante de um processo vinculação com os diversos pares.

### 5.3 INSERÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS NAS VISITAS DOMICILIARES/ ESTRATÉGIAS E FERRAMENTAS UTILIZADAS NA REAVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Percebíamos que muitas visitas domiciliares estavam sendo realizadas sem a devida necessidade, deslocando todos ou grande parcela dos profissionais da equipe mínima e NASF de referência. Seria necessário também reorganizar e qualificar o fluxo para visitas, realizando avaliação e estratificação dos pacientes, para planejar a periodicidade de cada caso, os componentes da equipe que seriam envolvidos e etc. Vimos que era fundamental, agora, com o retorno dos ACS, traçar estratégias que aproximasse mais esses profissionais já que o processo de vinculação era frágil.

A equipe 02 tinha reuniões semanais que foram iniciadas a princípio sem a presença dos ACS. Com o retorno desses profissionais, procuramos inseri-los nas atividades. Em nossa primeira reunião em que conseguimos a participação da maioria das ACS, após a mudança de turno, fizemos uma abordagem dialógica com esses profissionais, em que priorizamos a escuta, para entendermos as verdadeiras dificuldades encontradas no processo de trabalho com a equipe de residentes, sendo que essa já seria a segunda turma de residentes a estar participando diretamente da equipe.

O discurso foi unânime em trazer que o processo de implantação da residência no município e a forma que os outros profissionais da equipe mínima foram relocados em outras unidades (de forma abrupta) impactou o restante da equipe e mexeu com a forma de organização do serviço. A equipe anterior à residência tinha um vínculo e esse foi o principal argumento das ACS e técnicos para não estarem aderindo às atividades que envolviam a nova equipe.

Penso que além de envolver todo um processo de vinculação, a inserção dos residentes também modificou a forma como eles desenvolviam suas

atividades anteriormente. Lembro-me de uma fala da agente trazendo que “com a outra equipe não precisávamos de tantas formalidades. A gente passava o caso no corredor, entre uma consulta e outra, e isso era melhor do que precisar de tantas reuniões”. Penso que procuramos “formalizar” alguns fluxos, não para dificultar a comunicação, mas para garantir que houvesse discussão dos casos e priorizássemos visitar, por exemplo, aqueles que mais precisavam, com os profissionais e recursos adequados, e não àquele cuja ACS conseguiu falar primeiro no corredor, ou no almoço. Mas percebi que, para essa ACS, essa mudança era um dificultador.

Na verdade, observo que a criação de fluxos para democratizar o acesso com equidade, seja para visita domiciliar, seja para atendimento de demanda espontânea, era rotineiramente apontado pelos servidores enquanto uma burocratização. No entanto, penso que, em parte, esse incômodo, é porque aqueles que tinham privilégios se sentiram desempoderados.

Ou seja, antes, aquele paciente que conhecia a recepcionista, conseguia uma vaga extra para o dia. O outro que estava com uma situação mais urgente, mas não conhecia a recepcionista, não conseguia. Com a chegada da residência, ele tinha que colocar o nome na lista do acolhimento e passar por escuta e estratificação de risco. Desse modo, acolhíamos não mais aquele um amigo da recepcionista, mas 20, 30 pessoas por turno e, àqueles que mais precisassem, iriam passar por consulta no mesmo dia.

Com as visitas domiciliares aconteceu o mesmo. Antes, a ACS que conseguia pactuar com o médico ou com uma visita primeiro, era a que teria a visita da semana. Agora, ela teria que dizer à paciente que acompanha, que levaria a situação para a reunião de equipe para discussão e depois daria um retorno com a data, uma vez que poderiam ter situações mais urgentes que a sua. Para as ACS, isso era desempoderamento e burocratização. Para nós, era a única forma de tentar democratizar o acesso, com equidade e adequação dos recursos. Tentávamos dialogar essas diferentes perspectivas.

Outra ACS trouxe o fato de como mudanças no processo de trabalho e organização foram realizadas de forma verticalizada e sem diálogo prévio. Essas justificativas foram trazidas pela maioria dos agentes fazendo-nos pensar em como deveríamos priorizar outras formas para tentar trazer esse diálogo para tomada de decisões.

Nessa lógica e trazendo como foco a justificativa de alguns profissionais ressaltamos a importância de entender as dificuldades apontadas por todos os trabalhadores diante do processo de trabalho. “É necessário pensar na forma pela qual as necessidades em saúde se apresentam e orientam o trabalho, pois diferentes formas de organização da vida resultam em diferentes necessidades, diferentes maneiras de satisfazê-las e, conseqüentemente, diferentes articulações com os processos de trabalho”. (Mandu ENT, Almeida MCP, 1999).

Apesar de toda argumentação dos agentes inclusive quanto a realização das reuniões, a equipe de residentes procuraram discutir sobre a importância desses espaços, criando produção de sentido. Foi então que começamos a desenvolver o processo da escuta com cada profissional em todas as reuniões, perceber suas demandas individuais, demonstrar acessibilidade e ressignificar a reunião. Pactuamos iniciar um processo de educação continuada, por exemplo, partindo de suas demandas.

Na tentativa de melhorar o diálogo e entendimento sobre as visitas, criamos instrumentos (planilhas) que facilitassem o acompanhamento de cada visita a ser realizada semanalmente, com os dados necessários, fazendo com que houvesse uma sistematização e melhor acompanhamento e planejamento de cada caso, de acordo com as suas respectivas microáreas (quais eram as mais acessadas, com maior regularidade de visitas, quando deveria ser agendado retorno e quais os respectivos agentes de saúde). Houve também uma adequação no registro das visitas e a construção de uma planilha específica com dados bem definidos para essa solicitação que poderia ser registrada por qualquer profissional da equipe.

Em uma determinada reunião para avaliação dos instrumentos criados, uma agente de saúde trouxe um questionamento sobre a quantidade de usuários que estavam sendo acompanhados pela equipe inferindo que na sua percepção, apenas os usuários que tivessem incapacidade física de locomoção deveriam estar sendo visitados. Dessa forma, tentamos fazer uma abordagem dialógica para esclarecimento quanto aos critérios de realização dessas visitas domiciliares segundo o Ministério da Saúde.

Para Borba 2007, “as visitas devem ser programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, devendo a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautada nos critérios definidores de prioridades, por conta de

especificidades individuais ou familiares”. Assim, deve-se considerar como critérios gerais: Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica, etc...). Situação ou problema crônico agravado. Situação de urgência. Problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde. Problemas de acesso à unidade (condições da estrada, ausência de meios de transporte, etc...).

Podemos ainda inferir que a visita domiciliar é importante para operacionalizar parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde presente em uma sociedade num dado momento histórico. Neste sentido, “ela é utilizada para realizar inquéritos, cadastramentos, controle de usuários faltosos, controle de focos epidêmicos; em resumo, para efetivar ações pontuais. Geralmente, essas ações são realizadas por um agente de saúde treinado, previamente, para desenvolver a atividade em foco” (Pereira, 2004).

Como havíamos pactuado anteriormente em reunião de unidade, a equipe 02 modificou o dia das visitas para a participação de todas as ACS. Não tínhamos mais a disponibilidade do carro, porém quando era necessário utilizávamos o transporte próprio de cada profissional ou, mais frequente, íamos a pé. Os agentes, que antes não traziam demandas, começaram a fazer as visitas necessárias para colher os dados de cada caso, e fazer o reconhecimento se realmente seria necessário à sua realização por outro profissional.

Aos poucos percebemos que a equipe estava mais integrada, conseguimos reinserir os agentes em algumas atividades realizadas anteriormente apenas pelos residentes, como por exemplo, o planejamento do bolsa família e a campanha de vacinação.

Quando conseguimos desenvolver as atividades juntamente com os agentes, observamos que todo o processo de trabalho era menos desgastante, conseguíamos dar conta das demandas, começamos a melhor conhecer o território e os usuários.

Avalio que os investimentos na micropolítica, as estratégias para melhor organização do serviço e a empatia entre os membros da equipe conseguiram fazer com que os profissionais se conhecessem, se comunicassem melhor e criassem uma dinâmica de trabalho que passou a funcionar de modo satisfatório.

#### 5.4 CHEGADA DOS NOVOS RESIDENTES E O MOMENTO DE TRANSIÇÃO DA EQUIPE

Um outro desafio após conseguirmos identificar o que chamamos de identidade de equipe, ao fim do primeiro ano, foi a nova mudança de equipe com a chegada dos residentes pertencentes a terceira turma. No modelo da residência, passamos um ano e três meses aproximadamente nas unidades até irmos para os rodízios em outros serviços. Uma das reclamações era de que essa mudança constante, gerava descontinuidade do processo de trabalho e quebra de vínculos na equipe e com os usuários. Isso acabava causando um desgaste nos servidores, afinal cada turma tinha um perfil diferente e um novo ciclo deveria se iniciar (reconhecimento dos casos e território, divisão de equipes, vinculação e continuidade da assistência).

A nova turma chegou demonstrando uma certa ansiedade e problematizando situações já construídas pela turma anterior como por exemplo os formatos de agendas, mostravam desconhecimentos quanto as atividades coletivas e isso também refletiu no processo de organização das equipes que já estava em crescente estruturação.

Apesar de estarmos auxiliando esse processo de transição gerou um incômodo entre os agentes, pois referiam ter que passar por novo ciclo de adaptação da equipe. Continuamos participando das reuniões por um período de aproximadamente três meses e pudemos observar que ainda não estava ocorrendo uma boa fluidez no trabalho em equipe, com resistência à construção de novos vínculos e nova identidade de equipe.

Como traz a literatura, “o trabalho em equipe é tido como proposta estratégica para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo caracteriza-se pelo aprofundamento vertical do conhecimento e da intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar a articulação das ações e dos saberes de forma simultânea”. (Peduzzi M, 2001).

Podemos ainda observar que, “diante da diversidade de conceitos sobre trabalho em equipe, a ideia de equipe perpassa duas concepções diferentes: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos.

A primeira é caracterizada pela fragmentação das ações, e a segunda pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações em saúde e a necessidade atual de recomposição dos saberes e trabalhos especializados”. (Peduzzi M, 2001).

Com a necessidade do trabalho em equipe e a fragilidade das relações interpessoais, aos poucos fomos observando que os ACS estavam diminuindo a participação nas reuniões (que já estavam sendo quinzenalmente por uma solicitação deles anteriormente). A sensação era de desânimo, já que após um período considerável para chegar em um bom funcionamento, fluido e organizado da equipe, agora estávamos observando um novo período para tentativa de construção de identidade com a nova equipe.

Os ACS em algumas situações compareciam à unidade no dia agendado para reunião da equipe, mas não estavam se inserindo nessa atividade, não entravam e não participavam dessa atividade. Aos poucos, o diálogo foi diminuindo e isso acabou por impactar na qualidade das reuniões e discussão dos casos. Reuniões esvaziadas (às vezes presenciamos reuniões com apenas duas pessoas), avaliamos o quanto essa mudança rotineira e anual da equipe iria sempre repercutir nas ações do serviço como um todo. Ficou claro o quanto essa troca anual da equipe estava impactando no processo de trabalho da equipe, pois requeria a criação de estratégias para manter um perfil mínimo no trabalho coletivo de todos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho de uma equipe está diretamente ligado a abordagem individual e coletiva dos sujeitos. A equipe multiprofissional trabalha com uma lógica de interação entre os diversos saberes baseados em seus respectivos núcleos, tendo como objetivo a centralidade no cuidado integrado.

É perceptível que as relações entre os profissionais de uma equipe estão diretamente relacionadas ao desenvolvimento do processo de cuidado dos usuários. Trabalhar os diferentes olhares em uma equipe faz parte de um processo de amadurecimento necessário para melhor vinculação dos pares e criação de identidade de uma equipe.

Observei que a comunicação, a construção de identidade, e a vinculação entre os pares afeta diretamente na construção do seu trabalho, isso porque cada indivíduo possui especificidades e características que irão interferir na sua abordagem ao usuário. A reflexão e abordagem realizada pela nossa equipe fez com que o trabalho se tornasse mais fluido e dinâmico, podendo ter a participação de praticamente toda a equipe (otimização das visitas domiciliares, organização de fluxos internos, planejamento do cuidado, espaço para melhores abordagens em equipe e melhor comunicação interpessoal).

Através desse relato, fiz uma análise do trabalho direto com os Agentes Comunitários de Saúde e como a interdisciplinaridade contribui para integralidade e uma boa assistência. Fiz parte de uma equipe que transitou por um período em que os servidores, em destaque os ACS, não se sentiam como parte da equipe devido a mesma serem formada por profissionais residentes, o que de certa forma mexeu com o *modus operandi* do restante da equipe. Ao mesmo tempo, estratégias utilizadas pela equipe puderam demonstrar o potencial do trabalho coletivo e sua inferência na assistência direta ou indireta ao usuário.

Vale ainda destacar que quando começamos a prática gradual de manter uma comunicação mínima entre todos os integrantes da equipe, tentando entender quais as dificuldades para os servidores se adaptarem, o trabalho passou a fazer mais “sentido” para todos. Tivemos momentos de discussão de casos em uma perspectiva interdisciplinar, desenvolvimento de atividades em educação permanente/continuada e avaliação sistemática do cotidiano da

equipe que potencializaram a troca de saberes, a qualificação das práticas e a pactuação do trabalho como um todo.

Observo que o processo de criação de identidade e vínculo entre os diversos pares na nossa equipe trouxe uma reflexão de como esse comportamento pode ser observado também em outras unidades da região 4, a qual está inserida a residência. Isso me faz refletir de que forma essa relação interfere no processo de trabalho dos residentes de cada nova turma que ingressa no serviço. Acredito que a comunicação possa ser aliada na tentativa de melhor adaptação a esse processo de mudança constante e uma troca de experiência entre os integrantes dessa equipe no período transição também aparece como um ponto potente no entendimento de que apesar de troca da equipe o processo de cuidado deve ser continuado garantindo a sua longitudinalidade.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, A. C. C.; ARAÚJO, M. R. N. **Legislação Básica/ Saúde da Família**. Montes Claros: Unimontes, 1. Ed. 14, 15p. 2004

Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência Saúde Coletiva* 2007; 12(2): 455-64.

Baremblytt G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 2002.

Borba PC, Oliveira RS, Sampaio YPCC. *O PSF na prática: organizando o serviço*. Juazeiro do Norte: FMJ, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas Públicas. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS, 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 72 p. 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf)>. Acesso em: 15 de dezembro de 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde; organizado por José Mauro Ceratti Lopes* [Internet]. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003 [citado 2010 Mai 6]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual\\_Cuidadores\\_Profissionais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf) Acesso em: 22 de janeiro de 2018.

Campos GWS 2000. *O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional*. Tese de livre-docência. Campinas/SP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP).

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm., v.53, n. esp., p.143-7, 2000.

FERREIRA, Vitória S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.

FORTUNA, C. M. et al. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 272-281, 2002.

FRANCO. T. B; MERHY. E. E. PSF: contradições e novos desafios. In Conferência Nacional de Saúde. Tribuna livre 2000. [acesso em 25 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>.

FRANCO, T. B. O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 243-251.

Galavote, H. S. et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.4, p.988-1002, 2016. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00988.pdf>. Acesso em 27 de janeiro 2018.

KAKEHASHI, T. Y. et al. **Famílias expressando suas percepções sobre o PSF em um bairro do II subdistrito de Santo André.** Anais da I Jornada Científica de Enfermagem da UNI ABC. São Paulo: 2001, p. 28.

Mandu ENT, Almeida MCP. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. Rev Bras Enferm. 1999;52(1):54-66.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

Morosini MV, Corbo A D'Andrea, Guimarães CC. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. Trab. Educ. Saúde. 2007;5(2):261-80.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública 2001; 35(1): 103-9.

PEDUZZI, M.; PALMA, J .J. L. A equipe de saúde. In: MENDES-GONÇALVES, R.B.; NEMES, M. I. B; SCHRAIBER, L. B. (Orgs.) Saúde do adulto: Programas e ações na unidade de saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p.234-50.

Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA, et al. Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e formação. In: Ministério da Saúde (BR). Observatório de

recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. v. 2. p. 71-80.

TRAd, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad. Saude Publica, v.14, n.2, p.429-35, 1998.

VASCONCELOS. M.; GILLO. C.J. M.; SOARES. M. S. Práticas Pedagógicas em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade de Minas Gerais, 2009.