



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMAS  
INTEGRADOS  
DE RESIDÊNCIAS



SHEILA DE ALMEIDA SOUZA SANTOS

**SANITARISTA, APOIADORA INSTITUCIONAL, RESIDENTE:  
(DES) ENCONTROS, RESSIGNIFICAÇÃO E PERTENCIMENTO DO PROCESSO**

BAHIA  
2020

SHEILA DE ALMEIDA SOUZA SANTOS

**SANITARISTA, APOIADORA INSTITUCIONAL, RESIDENTE:  
(DES) ENCONTROS, RESSIGNIFICAÇÃO E PERTENCIMENTO DO PROCESSO**

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: Jailma de Frias Santos

BAHIA  
2020

## AGRADECIMENTOS

Com certeza agradeço primeiramente a Deus por ter me ajudado até aqui! Todas as vezes que me sentia vazia e confusa, sabia que podia dobrar os joelhos no chão, olhar pro alto, fazer uma oração... Sabia que Ele me fortaleceria! Assim foi (e será sempre) durante a caminhada dos dois anos do curso de Residência.

Agradeço ao meu marido que esteve presente em todos os momentos, sempre disposto a me ouvir, aconselhar e seguir em frente comigo de mãos dadas. O seu companheirismo foi de suma importância para a conquista dessa etapa.

Aos meus pais e irmãos que torceram muito pela minha conquista. Se sou quem sou agradeço pela dedicação e amor doado e risos durante esses dois anos quando nos encontrávamos.

E não poderia de agradecer as minhas residentes companheiras enfermeiras de Lauro de Freitas que fizeram os dias serem mais leves e agradáveis de conviver... Muito obrigada pelos sorrisos nos corredores da unidade, durante as atividades com a comunidade e na caminhada de volta para casa.

Outras pessoas que foram importantes nesse percurso foram o apoiador de campo, a preceptora de Enfermagem e coordenadoras de campo.

Em Dias D'Ávila gostaria de agradecer as minhas "Nasfianas" (componentes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF): as duas fisioterautas e a nutricionista e sem me esquecer da enfermeira da unidade do Entroncamento, bem como minhas colegas sanitaristas. Pessoas maravilhosas e profissionais dedicadas e empenhadas no que fazem. Me proporcionaram grande aprendizado... Foram muitos diálogos e muitas trocas.

Agradeço também a minha orientadora que me ajudou e muito na construção desse material. Dividimos bons momentos de conversa que facilitaram no processo da escrita do meu TCR.

## RESUMO

A tarefa de escrever sobre minha trajetória prático-pedagógica como residente sanitária/apoiadora institucional me exigiu um exercício de lembrar e relembrar, me fazendo refletir sobre eu mesma e sobre minha subjetividade, em um espaço potencial na produção de sentidos nas diferentes atividades e formas de relação. Para melhor compreensão da escrita e correlação com vivências e experiências pretendo dividir o memorial em três momentos: o primeiro será a trajetória acadêmica e profissional até o início da residência; o segundo é referente a minha atuação enquanto Apoiadora Institucional no Programa e o terceiro é sobre a minha resignificação profissional e do valor de pertencimento que desenvolvi neste percurso, principalmente com a mudança de campo. O objetivo desse trabalho é analisar/refletir a minha atuação enquanto sanitária e apoiadora institucional nas unidades que atuei nos campos de Lauro de Freitas e Dias D'Ávila, nesse sentido fazendo uma breve reflexão sobre a mudança de local de atuação e os aspectos facilitadores e dificultadores do processo ensino/aprendizagem. Além de abordar temas como resignificação do trabalho e pertencimento durante a trajetória enquanto residente, temas que impulsionaram o meu "trabalho vivo em ato". Com certeza olhar pra trás e notar a minha evolução a partir da escrita do meu TCR me faz sentir orgulhosa por não ter desistido em nenhum momento, apesar de todas as dificuldades vivenciadas durante a caminhada desses dois anos. Continuo acreditando e tendo fé na vida... Acreditando em um mundo melhor, (re)construindo um SUS digno para todos, acreditando na humanização daquele que já deveria entender a humanização na saúde como algo já dado!

Palavras chave: Apoio Institucional, Resignificação, Sanitária.

## INTRODUÇÃO

O Programa Integrado de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS foi implantado em março 2015 em parceria com a Fiocruz-BA. A Residência tem uma duração de 24 meses e atualmente os residentes estão inseridos em 20 equipes de Saúde da Família e 3 de NASF em Camaçari e, em 8 Equipes de Saúde da Família e 2 de NASF em Dias D'ávila. Além das atividades práticas e teórico-práticas realizadas no cotidiano dos serviços, os residentes estão expostos a ofertas pedagógicas que utilizam de metodologias ativas, que proporcionam uma formação crítica e reflexiva, tendo as experiências dos próprios residentes como o centro da aprendizagem (FESF-SUS, 2019).

Durante esse percurso uma das ferramentas de aprendizagem que utilizamos foi o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) um espaço de registro das atividades desenvolvidas no serviço e sobre situações que nos sensibilizavam. Essa plataforma facilita o acompanhamento de todo processo de aprendizagem do residente pelos tutores e apoiadores possibilitando trabalhar de forma assertiva em cima de possíveis problemas que possam ocorrer durante o processo de trabalho.

Por falar em registrar os fatos no AVA, muitas vezes, utilizei essa ferramenta para registrar as dificuldades sobre a função de apoiadora institucional atuando na unidade São Judas Tadeu em Lauro de Freitas. Segundo Merhy et al. (2003) O apoio institucional articula trabalhadores e serviço a fim de possibilitar permanente análise crítica sobre o processo de trabalho, bem como a constante renovação de pactos (entre trabalhadores de uma equipe e entre diferentes equipamentos de saúde) para assegurar o cuidado e a ampliação/renovação das tecnologias envolvidas na atenção. E nesse sentido, revisitar Merhy me ajudou nesse processo em compreender que a dificuldade de ser apoiadora agregaria e muito para a minha formação profissional, pois a partir das dificuldades, estratégias seriam planejadas e executadas com o objetivo de tornar mais fácil e prazeroso todo o processo ao longo dos dois anos de residência.

Nesse sentido, a tarefa de escrever sobre minha trajetória prático-pedagógica como residente sanitaria/apoiadora institucional me exigiu um exercício de lembrar e relembrar, me fazendo refletir sobre eu mesma e sobre minha subjetividade, em um espaço potencial na produção de sentidos nas diferentes atividades e formas de relação.

Para melhor compreensão da escrita e correlação com vivências e experiências pretendo dividir o memorial em três momentos: o primeiro será a trajetória acadêmica e

profissional até o início da residência; o segundo é referente a minha atuação enquanto Apoiadora Institucional no Programa e o terceiro é sobre a minha ressignificação profissional e do valor de pertencimento que desenvolvi neste percurso, principalmente com a mudança de campo.

Por se tratar de Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), primeiramente, tentarei expor minhas vivências no campo e relacionar esses momentos com autores que me ajudaram a compreender o processo, bem como elucidar algumas dúvidas e inquietações que experimentei ao longo do processo.

Vale ressaltar que essa proposta de desenvolver uma escrita onde eu seja a protagonista das ações e essas se façam refletir sobre o que eu era e o que me tornei é uma tarefa complexa. Aliás o tempo todo, durante a residência, me vi embargada numa metodologia, que até então não havia experimentado: as metodologias ativas. Nesse sentido espero redigir um texto leve e que realmente traduza todo esse turbilhão que vivenciei sendo apoiadora institucional, bem como a minha mudança de campo (de Lauro de Freitas para Dias D'Ávila), que considero um momento crucial e transformador do processo.

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho é analisar/refletir a minha atuação enquanto sanitária e apoiadora institucional nas unidades que atuei nos campos de Lauro de Freitas e Dias D'Ávila, nesse sentido fazendo uma breve reflexão sobre a mudança de local de atuação e os aspectos facilitadores e dificultadores do processo ensino/aprendizagem. Além de abordar temas como ressignificação do trabalho e pertencimento durante a trajetória enquanto residente, temas que impulsionaram o meu "trabalho vivo em ato".

## NO OLHO DO FURACÃO: TORMENTA OU MANSIDÃO

Dentro do que é ser residente/apoiadora institucional, ainda me lembro bem de uma pergunta que me foi feita no primeiro encontro da Roda de Núcleo de Sanitaristas, (que aconteceu na sede da FESF/BA): “Que imagem vem a sua cabeça em relação à função do Apoiador Institucional?” No primeiro momento, me veio à imagem do olho do furacão (Imagem01), achava eu que era um lugar de tormenta, de situações problemáticas, todavia, ironicamente, em termos científicos é justamente o contrário: o olho de um furacão, a parte central do fenômeno que traz ventos de centenas de quilômetros por hora e enormes volumes de chuva, é uma área de calma, ainda que enganosa. Seus são ventos relativamente mais fracos e tempo, mais brando - em alguns casos, é possível até ver o céu azul ou estrelado (FOLCH, 2015). Pois bem, enquanto a discussão acontecia (e na minha mente, tantas outras reflexões emergiam), observava o céu azul com poucas nuvens e de repente surge bailando nesse céu, uma sacola plástica, sim! Uma sacola plástica. Vi-me como essa sacola... Estava vazia e tentando me encontrar nesse novo desafio, cheia de dúvidas e inquietações (talvez, frustrações)!

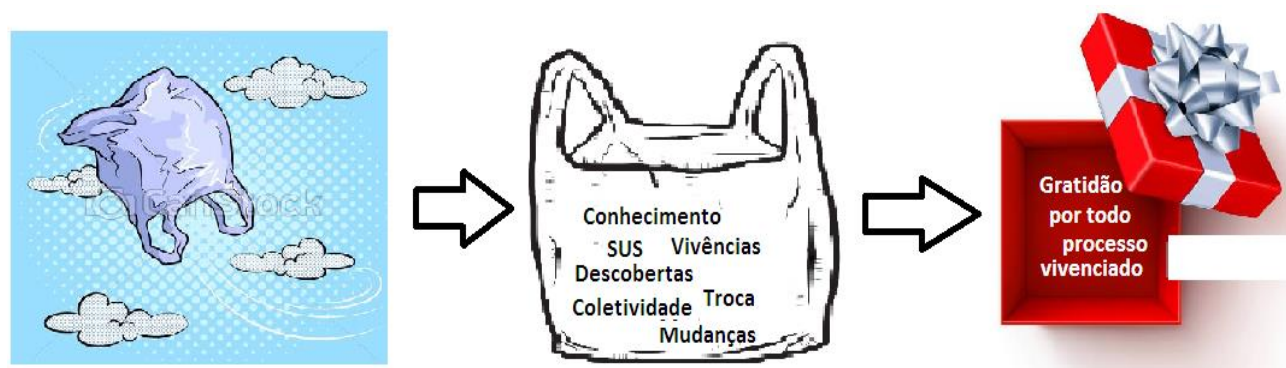


**Imagem 01** – Olho do Furacão.

Fonte: <https://www.canstockphoto.es/hurac%C3%A1n-ojo-tormenta-50666811.html>. Acesso em 15 de Janeiro de 2020

Agora você está se perguntando: Mas como essa sacola plástica se encaixa “figuradamente” em sua trajetória dentro da residência? (Imagem02) Você se lembra que no início desse texto citei os pontos que quero abordar? Primeiramente, vou traçar a minha

trajetória até chegar aqui, ou seja, uma sacola plástica até virar uma sacola plástica, passa por muitos processos. Segundo, quero abordar as minhas inquietações e vivências, aqui, nesse percurso me sentia solta e vazia, assim como a sacola, tentando me preencher e agregar essas experiências e dessa forma “cair num terreno” (que chamo de conhecimento) onde posso me libertar desse vazio (medo) e por fim, quando entendo a ressignificação e pertencimento desse lugar... Aquela sacola plástica (eu), antes vazia, está repleta de coisas boas e entendi que as dificuldades fizeram parte do processo e que foram cruciais para compreender a profissional que me tornei e como serei em espaços que vivenciarei. E a sacola... Transformou-se em um lindo papel de presente!



**Imagem 02** – Tríade evolutiva metafórica



## **CAMINHOS PERCORRIDOS ATÉ CHEGAR AQUI**

Como dito anteriormente... Acredito ser importante falar sobre a minha trajetória de formação até chegar à Residência em Saúde da Família FESF/SUS.

A partir de uma situação que vivenciei aos 12 anos de idade (1995) no Hospital Evangélico da Bahia em Salvador onde fui tão bem acolhida, ouvida e cuidada por uma enfermeira... Cresceu em mim o desejo de exercer uma profissão que tivesse como princípio o cuidar. E com o passar dos anos comecei a me interessar pelo processo de trabalho da enfermagem.

Foi então que decidi prestar Vestibular para a graduação em Enfermagem e embarcar nesse desafio. Vivenciei novas perspectivas de uma ciência que além do tratamento de doenças, tinha como princípio o cuidado um modo integral e holístico (confesso que nem sempre a prática copia a teoria e fazer com que a teoria seja uma prática recorrente é uma luta diária). Entendia “o cuidar” de uma forma genuína, não somente focando na doença e na sua cura, pois compreendia de alguma forma que o indivíduo traz consigo outras questões (que até então não sabia muito bem definir) por detrás do sofrimento físico. Compreendia que “o cuidar” podia/deveria ir além...

Iniciei a graduação no ano de 2007 na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Estava cheia de planos (pretendia me especializar em urgência/emergência) almejando iniciar os estágios práticos, e iniciar o processo de trabalho em enfermagem, que seria de cuidar de pessoas, entendendo que teria que lidar com indivíduos fragilizados que, muitas das vezes, além de cuidados clínicos, precisavam de apoio emocional. Nesse aspecto, compreendo que um bom enfermeiro (todo profissional de saúde) precisa ser humanista para saber ouvir as pessoas e entender o que elas necessitam para que possam prestar um cuidado humanizado.

Nesse sentido em 2003 foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH) para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, a PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Mas, os estágios práticos aconteceram e em alguns momentos me decepcionei com o que presenciei. Convivi com profissionais que não gostavam do que faziam, eram robotizados e desempenhavam o simples fazer por fazer. Mas, continuava acreditando na mudança e tentava fazer a diferença nos espaços. O desafio colocado pela PNH é o de superar os obstáculos enfrentados no processo de construção do SUS ao problematizar a gestão dos serviços de saúde, e portanto, os processos de trabalho. Visa, então, a contrapor os modos hegemônicos de cuidar e gerir, marcados por práticas autoritárias e centralizadoras, potencializando e criando espaços onde pessoas com valores, saberes, hábitos, desejos, interesses e necessidades diferentes encontrem, de forma coletiva, saídas para os desafios do cotidiano (SILVA; BARROS; MARTINS, 2015).

Em 2009 passei por uma maravilhosa mudança: mudei de cidade, de faculdade, de vida, devido à transferência do meu cônjuge para o Estado do Rio de Janeiro (já que ele é militar da Marinha do Brasil). Fomos morar na cidade de Niterói e através do processo de transferência interinstitucional comecei a estudar na Universidade Federal Fluminense (UFF). Vale ressaltar que, na UFF (Imagens 03 e 04), além das disciplinas da grade da graduação em enfermagem, também cursei disciplinas de licenciatura (ou seja, sou graduada e licenciada em enfermagem).

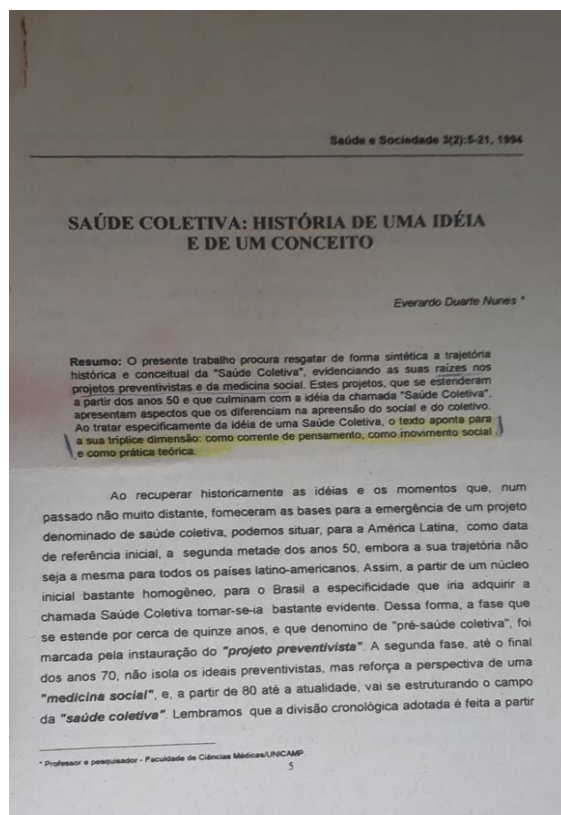


**Imagem 03** – Logomarca da Escola de Enfermagem – UFF.



**Imagem 04** – Estágio em AB numa Unidade Básica de Saúde, Niterói/RJ. Arquivo Pessoal.

Mesmo com a mudança de Universidade ainda crescia em mim a vontade e o desejo de ser uma enfermeira atuante em urgência/emergência. Para tanto iniciei a participação em grupos de pesquisa/estudo nessa área do conhecimento e atuei como monitora da disciplina Saúde Integral do Adulto e Idoso I, atuando na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP/UFF). Todavia, o trabalho que vinha desempenhando na prática hospitalar já não me inspirava e comecei a ir em busca de novos caminhos dentro da enfermagem. Foi então que ao cursar a disciplina “Concepções, saberes e práticas do cuidar em saúde mental”, conheci a professora que lecionava a disciplina em alguns momentos conversávamos sobre minhas inquietações na prática clínica e ela me convidou para participar das discussões do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva do qual era integrante e me entregou um texto intitulado: “Saúde Coletiva – história de uma idéia e de um conceito” (1994) do autor Everardo Duarte Nunes. Esse texto aborda de forma sucinta a trajetória histórica e conceitual da saúde coletiva, evidenciando as suas raízes nos projetos preventivos e da medicina social, discorrendo sobre sua tríplice dimensão, como corrente de pensamento, como movimento social e como prática teórica. A partir de então me encontrei na saúde coletiva e iniciei meu caminhar por esse vasto terreno de conhecimento (imagem 05).



**Imagem 05** – “Saúde Coletiva – história de uma idéia e de um conceito”, 1994.

Durante a graduação na UFF fui bolsista de iniciação científica (PIBIC), atuando no projeto intitulado: “Visita Domiciliar como estratégia de reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família”. Também tive a oportunidade de ser bolsista de extensão no projeto: Práticas de Saúde Mental na Atenção Básica – uma articulação necessária para promoção da equidade em saúde. Participei de eventos (seminários, congressos) na área da Saúde Coletiva, além de escrever e publicar artigos em anais e revistas sobre as experiências vivenciadas enquanto bolsista. Outro espaço que foi enriquecedor para o meu amadurecimento profissional foi a participação como integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde, participando de atividades, como pesquisadora de campo, além de participar das discussões e elaboração de textos.

Assim que conclui a graduação (julho/2011), como não tinha interesse em trabalhar na área hospitalar e por ter estagiado no último semestre no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba/Niterói fui contratada para atuar como Acompanhante Terapêutica (AT) na referida instituição. Exerci a função até fevereiro de 2012, pois havia passado no concurso da minha primeira residência (Imagem 06): Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ).



Imagem 06 – Certificado de conclusão da Residência em Saúde Coletiva. Arquivo Pessoal.

Ter feito a Residência em Saúde Coletiva me proporcionou a compreensão/vivência de uma modalidade diferenciada de formação e que favoreceu o encontro entre conhecimentos teóricos e práticos, além da articulação entre a academia e os serviços. Durante o processo de formação foi possível ampliar o conhecimento acerca de cinco campos temáticos: Epidemiologia e Bioestatística; Políticas e Planejamento em Saúde; Ciências Sociais e Humanas em Saúde; Saúde Ambiental e do Trabalhador; Saúde Mental e Violência.

No primeiro ano da residência atuei no Serviço de Epidemiologia do Hospital Federal dos Servidores do Estado/Rio de Janeiro (HFSE/RJ). O setor era responsável pelo planejamento e execução das ações de epidemiologia hospitalar, incluindo a vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória e outros fatos de interesse para a saúde pública. Coletávamos, analisávamos e interpretávamos continuamente e sistematicamente os dados de saúde do hospital, estes, essenciais para o planejamento e implementação de práticas integradas à disseminação das informações em tempo hábil para resolubilidade dos possíveis problemas detectados.

Já no segundo ano de residência atuei na Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses do Estado do Rio de Janeiro (Subvisa/RJ). Nesse espaço desenvolvi ações que objetivavam a promoção e proteção da saúde da população com o objetivo de diminuir e/ou prevenir os riscos à saúde, além de intervir em problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, bem como da produção, circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde.

Em 2014 ao retornarmos (eu e meu marido) para Salvador sofremos um acidente de carro na estrada (Itamaraju-Ba) e vale ressaltar que um milagre nos salvou, pois o nosso carro ficou completamente danificado e nada nos aconteceu, nem mesmo a nossa mudança (televisão, ventilador...) sofreu algum tipo de avaria. A partir de então sabíamos que a nossa chegada em Salvador seria regada por novas conquistas e desafios. Para mim foi difícil, pois não tinha uma rede de contatos a qual pudesse contar para adentrar no mercado de trabalho e concursos na minha área eram escassos (e ainda é). Algumas oportunidades surgiram na área hospitalar, mas não era isso que queria e então comecei a me dedicar aos estudos e realizar consultoria na produção de artigos e trabalhos monográficos.

Em 2018 surgiu a oportunidade de participar do processo seletivo para atuar como sanitarista. Os olhos brilharam e resolvi prestar esse concurso. A minha realidade começou a mudar, pois havia passado no processo seletivo e dei início a uma nova etapa da minha vida: Sanitarista atuando na Estratégia Saúde da Família.

## **SANITARISTA, APOIADORA INSTITUCIONAL, RESIDENTE**

Iniciei as atividades na unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu (Imagem 07), localizada em Itinga, Lauro de Freitas. Fui apresentada ao serviço e aos funcionários pela coordenadora de campo FESF-SUS, e foi possível identificar que alguns dos profissionais (receptionistas, técnicos de enfermagem, a gerente da unidade, a médica e a enfermeira do município) não se sentiam muito à vontade com a presença dos residentes, vale ressaltar que essa insatisfação já vinha sendo verbalizada por esses atores desde antes a nossa chegada à unidade. Mas, a minha maior dificuldade foi entender sobre a função do apoio institucional que desempenharia na unidade, pois a equipe mínima e os profissionais do NASF tinham já esse espaço de trabalho pré-determinado e os ajustes seriam realizados de acordo com o fluxo durante o processo de trabalho.



**Imagem 07** – Fachada da USF São Judas Tadeu, Itinga, Lauro de Freitas, Ba.

Como já mencionado anteriormente a minha maior indagação era: quais as funções e atividades que a sanitarista/apoiadora institucional desenvolveria? Além de não entender o que faria, de fato, para agravar a situação, a minha preceptora (que nem tive oportunidade de conversar) não permaneceria mais atuando no programa de residência. A minha colega sanitarista (R2) tentou organizar alguns fluxos e conversar comigo sobre o desempenho das atividades que realizava, todavia, a autonomia que ela exercia, eu já não teria, pois a unidade passaria a ter uma apoiadora institucional do município.

Mas, o que isso significava para mim? Significava algumas dificuldades de trabalho, ou seja, não poderia acessar espaços ou circular em ambientes como reuniões do apoio que

ocorriam na secretaria de saúde juntamente com a coordenação de atenção básica, e muitas vezes não sabia sobre as atividades que aconteceriam na unidade. Para somar, a gerente da unidade também era bem difícil de lidar, não tinha muita abertura para conversar com ela e a mesma não demonstrava interesse em dialogar e dividir as situações que ocorriam na unidade e com os profissionais. As relações eram bem verticalizadas.

No início das atividades na unidade de saúde, um aspecto dificultador foi a ausência do apoiador ou preceptor que entendesse as dificuldades que estava enfrentando, referente aos problemas de relacionamento interpessoal entre os residentes e profissionais da unidade, além de algumas questões com os usuários, muitas das vezes insatisfeitos com o atendimento e/ou por não compreenderem o processo de trabalho das equipes. Por falar em equipe, na unidade atuavam cinco equipes de saúde e era preciso planejar e estruturar estratégias para que todos se acomodassem, que os residentes tivessem o espaço pedagógico reservado e que os usuários não tivessem seu atendimento prejudicado (considero como mais importante).

Nesse contexto, Oliveira (2011) relata que o apoiador institucional tem como funções: ativar espaços coletivos que propiciem a interação entre os sujeitos, reconhecendo as relações de poder, afeto e a circulação de saberes; construir objetivos comuns e a viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; atuar em processos de qualificação das ações institucionais; e promover a ampliação da capacidade crítica dos grupos e a transformação das práticas em saúde, contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS.

Como apoiadora e na situação em que me encontrava buscava participar de reuniões de equipe, discussões de caso, elaboração de avaliações e de análises. Outro momento que poderia participar seria na realização de atividades com os outros apoiadores do município, todavia não me foi dada a permissão de participar desses espaços.

Mediante um cenário nada propício tive a grata surpresa da chegada do novo apoiador de campo e que também seria meu preceptor. Muitos foram os momentos de conversa, e a partir de então decidimos traçar um plano: Iríamos ganhar a confiança de alguns atores específicos (a gerente da unidade, a apoiadora do município, a coordenadora da AB) para facilitar nosso acesso e ultrapassar as barreiras da unidade.

Com o intuito de fortalecer o vínculo com os atores que convivia, me aproximei ainda mais dos conceitos desenvolvido por Merhy: as tecnologias leves e duras, a micropolítica e o trabalho vivo em ato. Segundo Merhy e Franco (2003) observar e analisar a forma como se produz saúde, indicam que esse é um lugar onde os sujeitos trabalhadores, individuais e coletivos, agem de forma interessada, isto é, de acordo com projetos próprios, sejam estes de

uma dada corporação, ou mesmo da pessoa que ocupa um certo espaço de trabalho. É um lugar de permanente tensão na medida em que os interesses podem ser diversos e como é um espaço de produção, por natureza há o encontro de diferentes vontades, como os dos próprios trabalhadores, dos usuários, do governo instituído, dos mercados que se entrecruzam na esfera da saúde, entre outros. Nesse sentido, conhecer e reconhecer o profissional, a forma que ele atuava e como se davam as relações foi muito importante para identificar como essas relações o afetavam e assim tentar traçar estratégias para o bom andamento das atividades diárias desenvolvidas.

Para além dos instrumentos e conhecimento técnico, há um outro, o das relações, que tem se verificado como fundamental para a produção do cuidado. Partimos do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque dependente de trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo (MERHY E FRANCO, 2003). Como já mencionado algumas vezes, esse era um problema muito difícil de mensurar: as relações truncadas entre os residentes, os profissionais da unidade e da gestão municipal. Nesse sentido, compreendia que ser apoiador não significava “comandar as pessoas”, mas, sim, articular os objetivos institucionais aos saberes e interesse dos trabalhadores e dos usuários. Muitas das vezes me vi em situações onde as pessoas tinham que lidar com o poder dado a elas em determinadas situações e onde permeava um misto de saber e afetos que as rodeavam e se fazer entender que estavam fazendo coisas, trabalhando, realizando tarefas.

E na micropolítica encontramos (eu e o meu apoiador) caminhos para adentrar em alguns espaços. As tentativas de aproximação eram feitas in loco, ou seja, as conversas com os atores eram realizadas em separado, ouvíamos cada um e em algumas vezes essas conversas eram realizadas entre pares de acordo com a categoria profissional e a partir desse momento algumas estratégias eram implementadas. Ainda se apoiando em Merhy e Franco (2003) para conseguir operar satisfatoriamente a integralidade, nos campos de necessidades, o espaço da micropolítica do processo de trabalho aparece com evidência na medida em que este é um lugar por excelência de encontro entre os sujeitos trabalhadores e usuários, portanto, onde se dá o agir no cotidiano do cuidado à saúde.

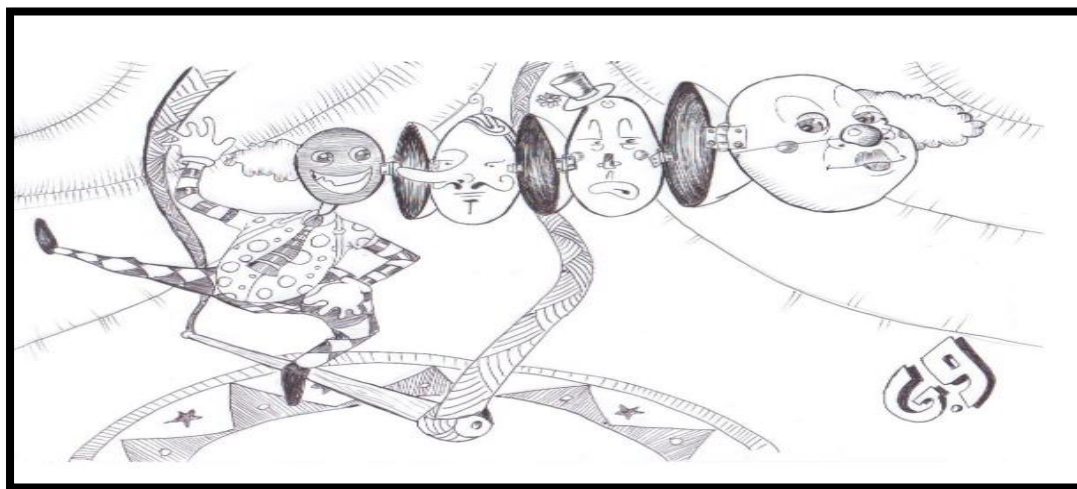
Desenvolver essa micropolítica não era uma atividade simples, pois era necessário trabalhar com desejos, inquietações dos atores envolvidos no processo que muitas das vezes diretamente também me afetaram e aqui mais uma vez a participação do apoiador de campo em me escutar e juntos pensarmos em possíveis soluções para os problemas que apresentava foi indispensável. Pois bem, voltemos para as relações interpessoais, nesse sentido, tinha que ser múltipla e compreender o momento certo de utilizar as máscaras em cada situação.



Segundo Bertussi (2012) a imagem das máscaras interessa para compreender as multiplicidades dos apoiadores, pois em sua intensidade na relação com as equipes de saúde em seu contexto produzem afetamentos mútuos, uns atravessando os outros na produção do encontro em suas sucessivas aproximações (Imagem 08).

Suely Rolnik (2007) apud Bertussi (2010) nos faz compreender o sentido “da máscara”:

(...)as intensidades em si mesmas não tem forma nem substância, a não ser através de sua afetuação em certas matérias cujo resultado é uma máscara, ou seja, intensidades em si mesmas não existem: estão sempre efetuadas em máscaras - composta, em composição ou em decomposição. Não há máscaras que não sejam, imediatamente, operadoras de intensidade. Diz que as consequências que podemos extrair dessa formulação são de que a palavra *simulação* não tem nada a ver com falsidade, fingimento ou irrealidade... Enquanto a máscara funciona como condutor de afeto, ela ganha espessura do real, ela é viva e por isto tem credibilidade; é *verdadeira*. E, a medida que deixa de ser esse condutor – ou seja, a medida que os afetos gerados no encontro, ao tentarem efetuar-se nessa máscara, não conseguem fazer sentido - e por isto a máscara perde a credibilidade, torna-se falsa.



**Imagem 08** - Os apoiadores e suas máscaras. Fonte: Bertussi, 2010.

Entendendo um pouco como se davam as relações compreendi que os sentimentos que atravessaram a vivência entre apoiador e equipes; equipes e apoiadores; apoiadores e equipe de gestão se traduziram nos múltiplos personagens. Esse processo não era estático, era

dinâmico e em diferentes momentos enquanto apoiadora utilizava distintas máscaras a depender dos encontros e situações disparadoras.

Em muitas das situações os encontros não se davam somente nas salas de reuniões formais, as conversas e pensamentos aconteciam em corredores, na copa da unidade quando tomávamos um café, na recepção, na área externa da unidade, no caminho até a casa de um usuário para realizar uma visita domiciliar, ou seja, a gestão se dava em todos os lugares, pois com o tempo compreendi que nesses cenários poderia dar esse apoio as equipes e aos atores que participam do processo de trabalho. E nisso fui compreendendo que o apoio institucional precisava ser visto como uma postura metodológica que buscava reformular os tradicionais mecanismos da gestão. Que era uma postura interativa, tanto analítica quanto operacional e que buscava um modo de complementar funções gerenciais como coordenação, planejamento, direção.

O apoio parte do pressuposto de que as funções de gestão são exercidas entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder. O apoio pressupõe a cogestão, isto é, negociação, mediação de conflitos, composição articulada de problemas, planos, mas pressupõe também ajuda para que os agentes consigam cumprir com os vários compromissos (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Durante a jornada de trabalho na USF São Judas Tadeu não era difícil ouvir a frase “estou adoecendo com as situações que estão sendo impostas”. De fato que o trabalho em saúde pode ser fonte de satisfação ou de insatisfação em algumas ocasiões, e reflete diretamente na assistência em saúde ao usuário bem como na vida do profissional. Nesse sentido, refletia sobre os acontecimentos e as relações que estavam sendo criadas na unidade entre esses profissionais e o que eles faziam para amenizar tal sofrimento.

Soratto et al. (2017) realizou uma pesquisa na qual menciona fatores causadores de insatisfação no trabalho em saúde no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS). Dentre eles encontram-se: o trabalhar em local que não é de sua escolha, a sobrecarga de trabalho e a violência; os conflitos nas relações de trabalho e problemas na estrutura organizacional dos serviços; condições salariais insuficientes, excesso de carga horária e inexistência de plano de carreira; situações que limitam a autonomia do profissional; e problemas na cooperação com os colegas de trabalho.

Na lista acima descrita pela autora, destaco alguns fatores que estavam sempre em evidência na práxis dos servidores do município e os residentes, como: o trabalhar em local que não é de sua escolha; os conflitos nas relações de trabalho e problemas na estrutura

organizacional dos serviços; situações que limitam a autonomia do profissional; e problemas na cooperação com os colegas de trabalho.

Quando me referi que para alguns o local de trabalho não era agradável era porque as falas que ocorriam nos corredores, reuniões e momentos de conversas eram de insatisfações por conta da situação de embate com alguns profissionais do município, com algumas proibições que eram impostas, como por exemplo: a permanência do residente nos consultórios só era permitida no horário de atendimento, caso não estivesse, o residente, deveria ficar no auditório da unidade e o consultório deveria ficar trancado e a chave em posse do vigilante da unidade. Dentre outras imposições que foram nos desmotivando em alguns momentos.

Dentre outros motivos, relacionados a condições de trabalho, reflito a respeito dos déficits na estrutura física e instrumentos de trabalho encontrados na unidade de saúde. Era praticamente desumano comportar o quantitativo de profissionais naquela estrutura física. Ao total eram 5 equipes de Saúde da Família e mais 8 profissionais do NASF para um espaço que comportaria muito bem apenas 2 ou três equipes de saúde. Por falar em NASF lembro-me das dificuldades que enfrentavam para realizar algumas atividades em grupo com a comunidade e em atividades que precisavam ser desenvolvidas nas escolas no Programa de Saúde nas Escolas (PSE).

Ainda assim, com todas as dificuldades, o NASF encontrava soluções criativas e às vezes arrecadava a quantia necessária para conseguir alguns materiais e realizar as atividades. Um acontecimento que me marcou muito nesse sentido foi o profissionalismo e humanidade de um residente de fisioterapia que ao conhecer a história de uma usuária que por conta de uma deficiência só conseguia realizar os fazeres domésticos se arrastando, juntamente com o ASB da unidade fizeram um banco com rodinhas adaptados à sua condição física e que facilitou e muito a vida dela (Imagem 09). Aqui pude contemplar a beleza do ser humano que se sensibilizou com a vida de uma usuária que sofria com dores por conta da deficiência e dificuldade de locomoção.



**Imagem 09** – Banco feito pelo residente de fisioterapia e o auxiliar de saúde bucal da unidade. Lauro de Freitas, 2018.

Em relação às situações que limitam a autonomia do profissional, vivenciávamos situações de boicote, negação e desvalorização do trabalho por parte da gerente da unidade e da própria gestão no nível da Atenção Básica. Quando me refiro em valorizar, afirmo que, “o valorizar” não consiste somente em esperar do profissional com base em resultados quantitativos, mas valorizar a qualidade de suas ações e de reconhecer o profissional como um indivíduo com aptidões e esforços singulares que desempenha nas ações exercidas. Na realidade os profissionais de saúde da unidade eram cobrados sobre o preenchimento de fichas de atendimento, denota-se, que o que realmente importava eram os números. Entendo que os números se refletem em recurso financeiro para o município, mas acredito que se fazer/promover saúde é mais que apenas contabilizar números. Infelizmente, essa, não é uma realidade no município de Lauro de Freitas, é uma realidade do setor saúde brasileiro que conta com escassez de recursos, com gestores muita das vezes despreparados e com pouco conhecimento das políticas públicas de saúde.

Muito além de números que foram produzidos posso contabilizar as mudanças de vida para alguns usuários a partir de atividades educativas e inclusivas, estes, discriminados devido às condições sociais. Posso citar vários exemplos, mas o mais marcante foi o cuidado ofertado aos integrantes do “sindicato da praça”. O sindicato era composto por homens e mulheres que tinham como principal hábito o uso do álcool. Inicialmente a equipe (NASF e alguns profissionais da equipe mínima) se aproximou e ganhou confiança desses usuários. Alguns começaram a utilizar a unidade de saúde e para fortalecer ainda mais o vínculo foi realizado o “Baba da Saúde”. Os relatos ao final da atividade foram recompensadores. Eles se sentiram “vistos” e valorizados. Aqui podemos perceber que fazer saúde é saber ouvir, acolher, se importar e tentar mudar a realidade de vida do outro.

As estratégias para aproximação da gerente, da apoiadora institucional do município e da gestão básica surtiram efeito e comecei a adentrar em alguns espaços que antes eu não tinha permissão para participar como as reuniões do apoio, que ocorriam na secretaria de saúde e em reuniões com a equipe da Atenção Básica do município. A gerente estava aberta ao diálogo para planejamento de atividades na unidade e conseguia conversar com a apoiadora do município para compartilhar e dividir tarefas a serem executadas.

Mas apesar dos esforços contínuos para manter uma boa relação entre os servidores do município e residentes, o conflito fazia parte do ambiente coletivo de trabalho e o vivenciávamos constantemente. Como já disse anteriormente, alguns integrantes da equipe não hesitavam em afirmar que não queriam a nossa presença na unidade e com o passar do tempo os problemas nas relações interpessoais se agravaram e culminaram na nossa saída da unidade de São Judas Tadeu e transferência de nós residentes para atuarmos nos outros campos localizados nos municípios de Camaçari e Dias D'Ávila. A minha escolha (e melhor) foi para atuar no município de Dias D'Ávila. Nele começou um novo ciclo e um período extraordinário em minha vida profissional/pessoal e que será narrado nos próximos capítulos.

Finalizo esse capítulo com um relato que redigi quando participei de uma atividade realizada na USF São Judas Tadeu, que me marcou devido o tema abordado se traduzir na realidade que vivenciei/vivencio no percurso da minha caminhada e que luto todos os dias para não me abater pelo julgamento do outro, me reconhecendo e me orgulhando pela mulher negra, vinda da periferia e que conquistou o seu espaço numa sociedade preconceituosa, intolerante, que discrimina e que prega a homogeneidade de um padrão:

*Lauro de Freitas, 07 de novembro de 2018, estamos vivendo tempos difíceis na unidade (isso não é novidade). Mas, hoje a tarde no “Grupo Felicidade”, vivenciei um momento tão enriquecedor! Com toda a certeza são esses momentos que me fazem acreditar que vale a pena continuar lutando para fazer um trabalho de excelência e mostrar o que é o SUS e como podemos avançar nos movimentos de melhoria desse sistema tão potente!*

*A temática do grupo foi maravilhosa: Consciência Negra/ Saúde da população negra. Em um momento de conversa em roda, os participantes falaram sobre suas experiências de vida e a relação com o racismo (se haviam presenciado e/ou vivenciado e como essa experiência os marcou). A cada fala, um sentimento de revolta, de tristeza (muitos choraram), de superação, de alegria, de resistência!*

Depois realizamos uma oficina de turbantes, e a professora era uma negra linda, que domina muito bem a arte de fazer turbantes (Imagem 10). Nesse momento... As cabeças ficaram cheias de cores! Cada turbante lindo... A alegria era notória no rosto de cada um!



**Imagem 10** – Participando da Oficina de Turbantes, 2018. Arquivo Pessoal.

A ação foi muito além do proposto... Reafirmou que devemos ter a consciência de nos reconhecermos e nos aceitarmos como somos! A quebra do preconceito precisa emergir de nós mesmos. A luta é diária e constante.

Sou mais uma mulher negra que aceita a cor da sua pele e o cacho do seu cabelo! Sou feliz por ser quem sou... Por lutar pelos meus ideais e permanecer firme contra qualquer tipo de racismo e/ou preconceito.

“Não precisamos de um dia da consciência negra, branca, parda, amarela, albina...

Precisamos de 365 dias de consciência humana. Por Thiago Saraiva”

## **DIAS D'ÁVILA: RESSIGNIFICAÇÃO PROFISSIONAL E VALOR DE PERTENCIMENTO**

E assim se iniciou um novo ciclo/processo em minha jornada profissional, no segundo ano da residência: A partir do dia 11 de janeiro de 2019 iniciei uma nova jornada na Residência: a ida para Dias D'Ávila. No primeiro encontro com a equipe de Atenção Básica já senti uma enorme diferença: o ambiente era mais harmonioso (espaço físico e pessoas).

A apoiadora de campo me apresentou cada espaço dentro da Secretaria Municipal de Saúde, me apresentando a cada profissional e no segundo momento fui conhecer as unidades de saúde que o Programa de Residência está inserido (Concórdia, Entroncamento e Varginha). Fui observando cada detalhe, os espaços, as pessoas, as dificuldades e facilidades que vivenciaria a cada dia de convívio nesses novos locais.

Numa conversa com meu apoiador, decidimos que eu daria continuidade ao meu trabalho na unidade da Concórdia, que é dividida em Concórdia I e II, que por sinal tem modos diferentes de operar. Achei estranho, unidades que dividem o mesmo espaço, divididas apenas por um portão, terem trabalhadores que não se reconhecem como equipe. Se intitulam literalmente: I e II. Deixo nesse momento essa particularidade de lado para relatar um pouco sobre as minhas vivências e experiências no campo, além das dificuldades e facilidades de atuação...

Enquanto residente do segundo ano nos foi proposto um momento de interação entre os residentes e novos preceptores/tutores desse novo ciclo e esse relato traduz o fechamento de um ciclo do R1:

*E sobre hoje...*

*Ainda um pouco inquieta pelo dia de hoje... Dedico-me a fazer uma avaliação sobre a atividade e a ressignificação do meu papel de sanitarista residente e apoiadora institucional.*

*Hoje foi o nosso terceiro encontro com as apoiadoras matriciais do programa de residência que nos acompanhariam durante o R2 e a proposta para o turno da manhã foi discutir os conceitos de Apoio Institucional (AI) e Apoio Matricial (AM).*

Demos início a atividade e à medida que os meus colegas falavam sobre o que é ser AI fui analisando cada fala... Transporte-me para o ano de 2018, mais especificamente, Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu em Lauro de Freitas e percebi que não fui apoio, além disso, percebi o quanto meu processo ensino/aprendizagem foi deficiente.

Um fato que mais me sensibilizou foi quando minha colega (também de Lauro) foi arguida se ela compreendia o meu papel na unidade (mais ou menos isso). Ela falou que

realmente não entendia (e nem meus colegas) qual era minha função. E na outra fala, ela disse que me reconhecia como “sombra” (e era assim que me sentia) da apoiadora do município ou apenas a gerente, que desenvolvia atividades burocráticas e apenas isso.

Minha rotina em Lauro de Freitas era ficar somente na unidade e isso significa dizer que não tinha autonomia para atuar junto a equipe. Não podia acessar a Secretaria de Saúde e nem participar de reuniões do apoio, dentre tantas outras coisas. E durante essa caminhada, eu aprendi o que não devo fazer enquanto apoiadora.

Chegando em Dias D’Ávila vi o quanto a rotina era diferente... As minhas colegas residentes sanitárias tinham autonomia. Percebi que elas também tiveram dificuldades durante o processo, pois sempre dialogávamos nas rodas de núcleo. Mas elas conseguiram fazer/ser apoio, nesse sentido, as sanitárias de Dias eram protagonistas do processo e não tinham uma apoiadora do município para seguirem como acontecia em Lauro de Freitas, além de terem autonomia de participar de espaços como reuniões do apoio institucional e atividades junto à coordenação da AB e o resultado disso foi o reconhecimento da equipe, traduzido nas falas: “nós (residentes) compreendemos um pouco mais sobre a função de apoiador!”.

Trouxe esse pequeno relato simplesmente para dizer que não ter conseguido ser o apoio institucional que tanto almejava me deixou frustrada! Mas o mais importante é que não desisti e não desisto! Apesar do sentimento de frustração, acredito que amadureci durante a caminhada e que de um jeito ou de outro estou me permitindo aprender com a minha nova realidade.

Se fosse reescrever esse relato, com certeza, faria de outra forma. Hoje compreendo que todo esse processo foi necessário para o meu crescimento e sim, eu fui apoiadora institucional, tive as minhas dificuldades no decorrer do processo, mas consegui avançar. E Dias D’Ávila me fez reafirmar que sou capaz de ser/fazer apoio e nas próximas linhas trago relatos de situações que vivenciei e experiências que só fortaleceram a vontade de continuar construindo um SUS de verdade.



## **A SAÚDE MENTAL SEMPRE PRESENTE NA MINHA VIDA PROFISSIONAL**

Enquanto os membros da Coordenação da FESF-SUS organizavam como seria a reestruturação e acomodação dos residentes de Lauro de Freitas nos outros campos de estágio, tivemos a oportunidade de vivenciarmos uma experiência muito enriquecedora no CAPS Álcool e Drogas Gregório de Matos, localizado no Largo do Terreiro de Jesus, Centro Histórico em Salvador.

Foi um momento de muito aprendizado e pude ouvir muitas histórias contadas pelos próprios usuários. Eles contavam como era a vida dentro e fora do CAPS, suas experiências com o álcool e outras drogas, a relação com a família, com os funcionários e a relação entre eles. Das tantas histórias que ouvi durante o período que convivi com esses usuários, três personagens me afetaram e me marcaram com as suas impressões sobre a vida:

A primeira usuária que vou chamar de Mulher Maravilha, me trouxe uma poesia que ela mesma fez sobre o modo como ela encarava a sua vida e os problemas de saúde e doenças que havia contraído. Nesse texto ela chamava o cérebro de “Nonô”, ela dizia que hora ele estava bem e em outra hora estava em transe, mas que ainda assim comandava o seu intelectual. Ela era portadora de HIV e HTLV, o primeiro vírus foi apelidado de “Cidinha”, ela dizia que era ativista e que lutava contra o preconceito e a discriminação, já o HTLV era chamado de “Telinho” era o primo de “Cidinha” e que às vezes ia perturbar “Nonô”. Ainda convivia com a “Betinha” (diabetes); “Titi” (Labirintite); “Ginginha” (veias alteradas); “Polão” (esporão); “Sansão” (o coração, já velho, mas ainda emotivo). Fiquei admirada com a força que essa mulher tinha, ainda que fisicamente debilitada, ela não tirava o sorriso do rosto e lutava pela vida! Vida essa, que parecia definhando a cada dia. E eu o que poderia fazer? Naqueles encontros ouvia as suas histórias e isso por alguns minutos a acalmava... Grande lição me ensinou: que apesar das dificuldades da vida, apenas viva!

A segunda história é a de Homem de Ferro... Era apenas um adolescente de 16 anos que veio para Salvador na boleia de um caminhão. Foi trazido por um homem mais velho que o tirou de casa lhe garantindo que o cuidaria e que iriam morar juntos. Todavia isso não ocorreu e esse homem o deixou sozinho, apenas com a roupa do corpo. Esse adolescente além das mazelas sociais contraiu o vírus HIV e Sífilis. Ele sobrevivia nos becos e vielas do Pelourinho, e em uma dessas noites foi brutalmente agredido e como marca do ocorrido tinha um ferimento na orelha. Ele tinha trauma de hospital e agulha, pois segundo ele, a sua mãe havia falecido depois de um procedimento cirúrgico e fazer o curativo era algo que causava pânico. Foi então

que Eu e mais duas colegas enfermeiras criamos e fortalecemos um vínculo com ele e conseguimos realizar as trocas de curativo sempre que ele “aparecia” no CAPS. Ele criou um grau de confiança muito bom conosco e até nos acompanhou em uma atividade festiva que acontecia no Pelourinho. O que vivenciei com ele só confirmou o que acredito: que para fazer saúde é preciso se afetar com o outro, saber o limite seu e do outro, além de criar estratégias na criação de vínculos.

E a terceira história que me afetou foi a de outro adolescente de 17 anos, o Batman, morador de um município da região metropolitana de Salvador que presenciou o assassinato do seu pai, que segundo ele era inocente e foi morto “por nada”. O discurso que ele trazia era um discurso de ódio, por conta de toda a situação que estava vivenciando. Na localidade onde morava, ele foi acusado de ser conivente com a morte de outro adolescente e por isso foi ameaçado de morte e acabou fugindo da localidade e se instalando nas redondezas do Pelourinho. Esse jovem sempre chegava à unidade ainda sob efeitos do uso de drogas. Para conseguir conversar com ele tive muito cuidado e criei um laço de confiança. As conversas eram rápidas e só aconteciam quando ele se sentia à vontade. Em uma das tardes, ele recebeu a visita da mãe e de sua irmã... Conversaram e depois ela foi embora e uma mistura de sentimentos na minha percepção pairava no ar.

Dentre tantas e tantas histórias me perguntava se os profissionais entendiam a real função do CAPS, se eles acreditavam que o que faziam realmente conseguia ser efetivo na ressocialização desses usuários. Acredito que temos um longo caminho pela frente. E em relação aos nomes fictícios dos personagens, utilizei o nome de superheróis porque acredito que eles lutam todos os dias contra os julgamentos internos e externos, em um mundo preconceituoso e sem muitas oportunidades, além de lutar todos os dias para sobreviver nas vielas e becos “dos Pelourinhos que as disparidades sociais proporcionam”.

Em se tratando da saúde mental no município de Dias D’Ávila, tive a oportunidade de participar do Grupo de Trabalho da Rede de Atenção Psicossocial: GT RAPS. Foi um momento super importante, pois a rede de saúde mental do município está passando por muitas transformações. De acordo com o proposto pela rede percebe-se a necessidade de desenvolver um novo modelo de atenção em saúde mental, a partir do acesso e a promoção de direitos das pessoas, baseado na convivência dentro da sociedade. Para tanto discutimos com a equipe do CAPS e gestão da Atenção Básica a utilização dos indicadores para avaliação das ações na rede.

Ainda em relação à saúde mental tive a oportunidade de participar da reunião no CAPS promovida pelas residentes que estão atuando no serviço. A proposta foi realizar uma

apresentação sobre o acolhimento no CAPS embasada na análise feita a partir do livro do acolhimento (foram registrados 195 acolhimentos no período de agosto 2018 a junho de 2019). Houve uma discussão a partir do entendimento da equipe sobre acolhimento, demanda espontânea e a importância de criar/fortalecer a rede RAPS/Atenção Básica. Alguns encaminhamentos foram pactuados como agendamento de outros momentos de discussão sobre o tema e análise do impresso utilizado no acolhimento.

## ESTÁGIO ELETIVO... (RE)CONHECENDO O SUBÚRBIO FERROVIÁRIO DE SALVADOR

No período de 15 de abril a 29 de maio de 2019 realizei o Estágio Eletivo. O local que escolhi para desenvolver as minhas competências e habilidades profissionais nesse período foi o Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF).

Os Distritos Sanitários, estabelecidos pelo princípio da descentralização administrativa, visam ao gerenciamento e à organização dos serviços da saúde próximos da sua realidade, do seu perfil epidemiológico e sanitário. São a materialização de processos sociopolíticos, na direção da regionalização/municipalização, e estruturam a transformação de práticas para incremento nas condições determinantes da saúde da população (MENDES, 1994).

De acordo Santos, 2014, p. 17: O processo de expansão econômica de Salvador instiga ao surgimento do Subúrbio Ferroviário. Este começa a ser povoado no século XIX com a construção do trecho ferroviário Calçada - Paripe, o qual dava acesso a cidade de Salvador ao Recôncavo Baiano. Assim, esta região começa a ser habitada por trabalhadores da ferrovia e por pescadores, sendo considerado um local de veraneio até os anos 40.

Atualmente, a região do Subúrbio Ferroviário conta com uma população de aproximadamente 353.709 habitantes enquanto que o município de Salvador tem sua população estimada em 2.938.092 de habitantes e apresenta uma densidade demográfica equivalente a 3.859,44 hab./km<sup>2</sup> no ano de 2016, com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.



**Imagem 11** – Ilustração de alguns locais do subúrbio. DSSF, 2019.

A rede de saúde do território do subúrbio é composta por 04 Unidades Básicas de Saúde(UBS's); 24 Unidades de Saúde da Família (USF's); 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA's); 01 Centro de Especialidades Odontológicas; CAPS Maria Célia Rocha; Residência Terapêutica; Hospital do Subúrbio; Hospital Estadual Alaíde Costa; Maternidade João Batista Caribé; Maternidade Sagrada Família (Rede Cegonha); Casa de Parto Natural; Centro de Hemodiálise; Centro Especializado em Reabilitação (CER II).

E assim começa o meu estágio eletivo... Tive a oportunidade de me familiarizar com os profissionais, os espaços e conhecer alguns fluxos de atendimentos do distrito sanitário. O local designado para desenvolver as atividades do estágio eletivo foi o setor de Ações e Serviços do DSSF. Encontram-se nesse setor, três residentes do ISC/UFBA. Uma das atividades que minhas colegas residentes estão desenvolvendo é o trabalho junto às equipes das Unidades de Saúde (US) sobre Sífilis. No Plano Anual de Saúde de 2019 uma das ações é a implementação das ações de Vigilância das sífilis, hepatites virais e HIV nos Distritos Sanitários e as atividades propostas foram monitorar as notificações de HIV, sífilis e HTLV e realizar capacitações com as US sobre as fichas de notificação de sífilis.

Nesse contexto, por entender e compreender a importância de participar desse processo de planejamento, me inseri nas atividades. Em relação a ações sobre sífilis, o primeiro momento foi desenvolvido com o objetivo de identificar os possíveis entraves dos fluxos, dificuldades e facilidades no preenchimento das notificações de sífilis, acompanhamentos e fechamento dos casos. Para tanto foi aplicado um questionário para alguns profissionais das unidades para avaliar o conhecimento sobre o tema. Depois da avaliação do questionário aplicado, agendou-se uma oficina para o dia 02 de maio com alguns profissionais para abordar aspectos importantes sobre sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita.

Ainda em relação a temática da Sífilis participei de um momento de discussão que contou com a participação de um representante distrital e os dentistas que compõem a rede de saúde bucal das unidades do território do Subúrbio Ferroviário. Entendendo que os profissionais dentistas também precisam estar atentos aos sinais e sintomas das sífilis que podem surgir na cavidade oral, a reunião se fez importante para chamar atenção a esse respeito. E até mesmo sensibilizá-los para o trabalho em parceria com o restante da equipe de saúde da unidade onde atuam. Como encaminhamento ficamos de realizar uma nova reunião para acompanhamento das atividades.

Também participei do 1º ciclo de matriciamento sobre pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) para profissionais médicos e enfermeiros. Essa roda de conversa se fez importante para definição de fluxos dos encaminhamentos desses pacientes dentro da rede de

saúde. Além de “sensibilizar” os profissionais sobre a importância de avaliar e acompanhar os pacientes diabéticos e hipertensos na unidade básica, pois, entende-se, que os portadores dessas doenças devem ser tratados adequadamente para prevenir ou retardar o aparecimento da doença renal crônica.

Outro momento importante que participei foi a primeira reunião de vinculação do DSSF e a Vigilância Sanitária (local) que ocorreu na sede da Vigilância Sanitária (VISA) que está localizada na Prefeitura Bairro do Subúrbio Ferroviário. O objetivo do encontro foi fazer um momento de “aproximação” entre a Vigilância Sanitária e a Rede Farmacêutica do DSSF. Nesse encontro algumas questões foram discutidas como os fluxos das medicações na rede e as estruturas físicas das farmácias nas unidades de saúde (19 farmácias). Como encaminhamento desse encontro foi agendado as reuniões do Grupo de Trabalho (GT) permanente de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Território.

Dentre as atividades realizadas destaco o monitoramento e avaliação das dificuldades e facilidades no desenvolvimento do processo de trabalho nas equipes que realizam o Peso do Bolsa Família (PBF). Em uma das unidades a nossa dificuldade é a resistência de alguns profissionais em realizar tal atividade. Nesse sentido a técnico de enfermagem, que diz não ter sido treinada e não ter “tempo para realizar essa atividade e os ACS, que trouxeram como justificativa a Lei Ruth Brilhante, segundo esses profissionais, esta Lei os respalda a não realizar o PBF. Todavia a lei não refere que esses profissionais não devam realizar a atividade, apenas sinaliza que para desenvolver atividades de antropometria, os ACS precisam ser assistidos por um profissional de nível superior. Sendo assim, no intuito de diminuir os conflitos junto a equipe, marcamos encontros quinzenais para discutirmos sobre o assunto.

Os mapas do Bolsa Família são encaminhados das unidades de saúde para o Distrito Sanitário. No Distrito esses mapas são protocolados e enviados ao nível central. Todavia não tínhamos um instrumento (planilha) para acompanhamento do recebimento e envio das fichas. Diante do exposto criei uma planilha de fácil manuseio para um melhor controle dos mapas. Mediante rápida análise do acompanhamento foi possível identificar unidades que não estavam realizando o acompanhamento das famílias, nesse sentido foi realizada uma reunião em uma dessas unidades com todos os profissionais. Os profissionais falaram das dificuldades e facilidades para a realização do processo e foi possível sanar algumas dúvidas e pactuar o fortalecimento do processo do monitoramento das famílias cadastradas. Nesse contexto, um questionamento que faço sobre o processo é “o anotar a informação por apenas anotar”, não se dá valor de uso a esses dados. Nesse momento de acompanhamento das famílias, por exemplo, o profissional pode perceber problemas nutricionais como obesidade e desnutrição e

em equipe traçar um PTS para essa família, pois creio que além de um problema nutricional escondam-se outros problemas de nível social e até mesmo psicológico.

Em relação ao PSE atuei junto às unidades de saúde e escolas do território. Realizando o acompanhamento do Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI), que é um espaço de diálogo entre representantes da escola e da saúde. Nesses encontros é realizado o planejamento das ações do PSE. O nosso monitoramento ocorre com o objetivo de avaliarmos se as reuniões estão acontecendo e se as ações que foram programadas estão sendo efetivadas. Depois das ações realizadas é feita uma avaliação dos relatos dos profissionais sobre as facilidades e dificuldades que ocorreram desde o momento do planejamento das ações bem como durante o desenvolvimento das atividades na escola. É feito também o monitoramento no Sistema VIDA dos relatórios das ações que já foram desenvolvidas nas escolas pelas equipes de saúde.

Outra agenda que me inseri foi a participação na Sessão Temática: Investigação de Acidentes de Trabalho Graves – uma experiência da Vigilância em Saúde do Trabalhador do SUS. O objetivo da Investigação do Acidente de Trabalho é tentar recompor, compreender e descrever a situação de trabalho no momento do acidente para explicar o sentido de suas ações até o momento do acidente. Buscando a compreensão da atividade real desenvolvida pelos operadores de modo a não se limitar ao estudo da atividade supostamente desenvolvida por ele (BRASIL, 2006). O acidente de trabalho grave é aquele que acarreta mutilação, física ou funcional, e o que leva a lesão cuja natureza implique em comprometimento extremamente sério, preocupante; que pode ter consequências nefastas ou fatais. Durante a apresentação nos foi explicitado alguns conceitos da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), classificação dos acidentes de trabalho e dados epidemiológicos.

## UM NOVO MODELO DE FAZER/PRODUZIR SAÚDE

Na unidade de saúde da Concórdia tive a oportunidade de iniciar o processo de preceptoría. Nesse momento discuti o processo de trabalho com a preceptora e o residente (R1). A conversa foi muito produtiva e desse encontro deixamos pactuados que precisávamos propor junto à equipe momentos para discussão sobre acolhimento, qualificação das reuniões de equipe, ambiência do serviço e o fluxo do processo de trabalho da equipe.

Ainda na unidade, em outro momento, participei da reunião de equipe e conseguimos pactuar a organização das atividades referentes à (re)territorialização. Nessa organização a equipe se dividiu para a realização da ida ao campo, e pactuamos um momento para avaliar as idas ao território e realizar os relatórios apontando as facilidades e dificuldades dessa atividade.

Vivenciando na prática o SUS que almejo: Nos dias 18 e 19 de julho, o município de Dias D'Ávila realizou o mutirão de Saúde. A feira foi uma parceria do Governo do Estado e as Voluntárias Sociais (VSBA). A feira contou com os atendimentos de oftalmologia, odontologia, realização de exames (ultrassonografias, raio x, eletrocardiograma, preventivo), cirurgias eletivas e ainda contava com o “Espaço Saúde”, um espaço de promoção e prevenção a saúde. No Espaço Saúde foram armadas tendas temáticas e alguns serviços foram ofertados a população, como vacinação, a realização de testes rápidos pra sífilis, hepatites B e C e HIV, além da auriculoterapia, aferição de Pressão Arterial, cálculo de Índice de Massa Corpórea (IMC) e orientações a respeito da saúde. No espaço, também estiveram presentes o Cento de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ).

Compreendo que esse tipo de ação é uma forma de levar o trabalho da Secretaria de Saúde para dentro das comunidades. Além de atender a população que necessita de procedimentos como as cirurgias eletivas e assim diminuir a lista de espera do município. Acredito ser uma ação de grande valia, pois desafoga um pouco a lista de espera de algumas especialidades, todavia entendo a necessidade de um melhor planejamento para que a população seja assistida e que usuários não esperem por dias, meses e até mesmo por anos a marcação de uma consulta, exame ou cirurgia.

Em relação à questão da educação e prevenção de doenças é importante conscientizar as pessoas para os cuidados que precisam ter em relação à alimentação, atividade física, dentre outros.



Foi meu primeiro contato em um evento como esse. Foi uma experiência que agregou e muito por me fazer vivenciar e colocar em prática conceitos como planejamento, organização e promoção de cuidado pra uma população, muitas vezes, tão carente de bens essenciais.

Eu atuei na função de “volante”, ou seja, estava direcionando os usuários aos respectivos serviços. Nesse momento pude perceber o quão diferente era para aquele usuário ouvir um “bom dia” e ser bem tratado! Entendo que humanizar a saúde e acolher bem o usuário é isso. Nesses espaços podemos fazer a diferença.

Também entendo que precisamos fortalecer a Atenção Básica (AB), pois tenho percebido que ao longo dos anos, estamos fazendo uma AB meramente curativa e medicocentrada! Precisamos entender e fazer a população entender/compreender que a AB tem como uma das primícias: promover e prevenir doenças. Por exemplo, que podemos prevenir e controlar o diabetes mellitus (DM) com alternativas não medicamentosas (controlando a alimentação, realizando atividades físicas etc) e que essas medidas diminuiriam o aumento dos internamentos devido ao pé diabético ou outras complicações decorrentes do DM. Assim também com a Hipertensão Arterial e tantas outras patologias que a AB poderia dar conta. Entendo que precisamos suscitar essas discussões ainda nas salas de aula nos cursos de graduação. O profissional de/da saúde precisa compreender a sua função nesse cenário. Precisa compreender que é imprescindível promover saúde levando em consideração os princípios e diretrizes do SUS.

## ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE OS MESES QUE ESTAGIEI NA GESTÃO

Foi um momento de muita aprendizagem. Vale a pena ressaltar que estagiar na Gestão não significa que ficaremos "preso" as demandas desse espaço. Foi possível interagir com os meus colegas residentes, que estão na Sala de Situação e Planejamento, respectivamente.

Mais especificamente, na Gestão, foi possível realizar as seguintes atividades:

Reunião com a tutora e Coordenadora da Atenção Básica para planejamento e avaliação das ações;

Momentos de conversa para sensibilização com ACS;

Articulação com o GERCAA, estimulando a autonomia dos ACS;

Reuniões com as apoiadoras institucionais das unidades da Concórdia; Entroncamento e Futurama/Leandrinho;

Participação nas reuniões de planejamento para organização do processo de trabalho nos mutirões de cadastramento das famílias;

Idas ao campo junto as equipes para cadastramento das famílias.

Avaliação das atividades com a equipe.

Nesse momento foi possível destacar alguns aspectos que dificultaram e/ou facilitaram o processo de trabalho:

Facilidades

- A colaboração dos setores envolvidos na realização do processo;

- A disponibilidade da coordenação de Atenção Básica em planejar, organizar e avaliar o processo de cadastramento;

- A proximidade da USF das áreas adscritas, não havendo necessidade de carro para realizar as atividades de cadastramento das famílias.

Dificuldades:

- A rotatividade dos usuários no território, pois uma boa parte das famílias vivem de aluguel;

- Algumas casas visitadas estavam vazias e em outras, os moradores não se encontravam, pois estavam trabalhando;

- Demandas como agendas dos profissionais e/ou atividades extras como capacitações.

Já em relação ao trabalho desenvolvido junto aos outros colegas, como mencionado anteriormente, foi possível fazer leitura de documentos norteadores como Plano Municipal de Saúde (PMS), Plano Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG) foi possível analisar alguns indicadores da saúde, além de trabalhar com alguns sistemas de informação de saúde e atualizar o Termo de Referência da Sala de Situação.

Tem sido um momento de muito aprendizado e descobertas. A cada encontro, a cada conversa, a cada construção tenho percebido o quanto é importante a busca pelo conhecimento independente da área ou setor que me encontre. A cada dia renovando as forças e se fazer mobilizar por algo que acredito e conseguir fazer o outro se mobilizar também por um bem comum: o SUS de verdade... o SUS que acredito.

Um momento bem importante desse período do estágio foi facilitado por nossa apoiadora de campo: Entendendo a importância dos residentes vivenciarem experiências “extra muros” e que estas possam agregar a nossa prática profissional e auxiliar no processo, nossa apoiadora fomentou uma roda de conversa com a psicóloga e apoiadora da gestão da Coordenaria das Redes de Atenção à Saúde Psicossocial. Foi um momento de aprendizado e troca, pois ela falou sobre a sua vivência dentro da Rede de Saúde Mental no município de Salvador, as dificuldades de planejamento de ações devido à falta de registros e dados sobre a rede, as dificuldades de inserir dentro do processo de trabalho dos profissionais a importância de se trabalhar com esses dados, fazer análises e trabalhar com indicadores de saúde na área de saúde mental. Nessa conversa ela apresentou os dados que hoje já conseguiu consolidar e tabular e como estes já estão sendo utilizados. Esse momento nos fez ver quão importante é ter uma rede estruturada a partir dos dados e como esses dados podem gerar informações e como essas informações podem nortear o processo de trabalho. Durante esse processo é possível gerar indicadores de saúde e avaliando esses indicadores é possível direcionar as metas, planos e processos de trabalho. Sem contar que foi de grande valia, pois estamos passando por esse momento de análise de dados e construção de indicadores nas redes e na Sala de Situação.

Para atuar na perspectiva da vigilância da saúde é imprescindível a utilização de indicadores sociais e de saúde que, articulados, ajudam a medir problemas e avaliar resultados da intervenção em saúde. Estes indicadores, utilizados de forma pactuada, constituem-se caminho apropriado para o envolvimento de diferentes atores sociais na construção de projetos intersetoriais capazes de influenciar a formulação de políticas públicas que melhor respondam as demandas sociais de saúde (SANTIAGO et al., 2008).

## **ETAPA FINAL DA RESIDÊNCIA: ESTAGIO NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA UPA LUCAS EVANGELISTA – DIAS D'ÁVILA**

Não sei se vocês irão recordar, que no capítulo intitulado caminhos percorridos até aqui eu havia dito sobre meu desejo de me especializar em urgência e emergência, pois bem! Coincidentemente ou não escolhi a Rede de Urgência e Emergência para finalizar o ciclo de estágios da Residência e tive como dupla de estágio uma residente da área de Odontologia. Hoje considero que foi uma ótima escolha, pois aprendi muito como fazer gestão de uma unidade tão complexa que é uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e como gerenciar problemas que tinham que ser resolvidos rapidamente como a transferência de um paciente ou questões de insatisfações dos usuários por muitas vezes não entenderem o processo de trabalho nas unidades de urgência e emergência, estas, seguem um Protocolo de Classificação de Risco, que é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Que visa à organização das formas de acesso, identificando os casos de urgência e emergência (BRASIL, 2009).

Com o intuito de dar continuidade no processo de educação permanente sobre acolhimento com classificação de risco, eu e a residente planejamos e realizamos uma oficina para os enfermeiros em relação ao tema. Foi um momento de troca entre nós e os enfermeiros, esse espaço foi propício para que eles pudessem dialogar sobre as dificuldades enfrentadas durante o processo de acolhimento do usuário.

Além dessa vivência da realidade gerencial e organizacional da UPA, eu e minha dupla conseguimos trabalhar com as redes que compõem o serviço de saúde do município de Dias D'Ávila. A Rede de Atenção a Saúde (RAS) é entendida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MS, 2010). Nesse sentido tivemos a oportunidade de articularmos casos de usuários (que deram entrada na UPA) com a RAPS, CAPS, Conselho Tutelar, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e as unidades de Saúde da Família (USF). Também tivemos a oportunidade de desenvolvermos educação permanente com os médicos com o objetivo explicá-los à importância de contrareferenciar os usuários para o CAPS quando se tratar de uma demanda psiquiátrica ou para as USF's quando o paciente necessitar de acompanhamento da situação

de saúde pela equipe que cobre o território. Essa ação fortalece tanto a integralidade do cuidado como a RAS.

Outra atividade que considero importante para foi a elaboração do protocolo de acolhimento de urgência e emergência sobre trauma com o objetivo de descrever os traumas registrados na UPA e os devidos encaminhamentos.

As atividades foram de suma importância para desenvolver habilidades de coordenação e gerenciamento de uma unidade de Pronto Atendimento. Vivenciar o cuidado de uma outra perspectiva fortaleceu a minha escolha se seguir os caminhos da saúde pública atuando na gestão e planejamento em saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma... Redigir esse material me exigiu exercícios que me levaram a refletir sobre eu mesma e minha subjetividade, pois a residência constitui-se como um espaço potencial na produção de sentidos das diferentes atividades propostas pelo Programa.

Vale ressaltar que a mudança de campo (de Lauro de Freitas para Dias D'Ávila me fez compreender o que é esse valor de pertencimento, que segundo Gastal e Pilati (2016) seres humanos possuem uma necessidade fundamental de pertencer a um grupo. Tal necessidade de pertencimento possui uma dimensão disposicional, de forma que indivíduos diferem quanto à motivação pela procura de conexões sociais e o quanto valorizam ser aceitos pelas outras pessoas. E aqui em Dias D'Ávila me senti parte do grupo, me sentia conectada.

Durante a caminhada desses dois anos de residência percebi que a necessidade de pertencimento individual influencia como o sujeito percebe e se comporta no meio social. Em Lauro de Freitas as dificuldades eram muitas das vezes ocasionadas por conta desse não reconhecimento de lugar/espço. Algumas vezes não conseguia me ver parte do processo, pois em algumas situações me sentia lutando sozinha, me sentia deslocada do grupo por não pensar e agir da mesma forma que o coletivo. Em Dias D'Ávila agreguei um ganho no aprendizado e um crescimento pessoal e profissional na medida em que vivenciava uma nova realidade de fazer saúde, devido o entendimento dos atores que compõe a AB do município compreenderem a dinâmica do programa de residência e serem parceiros nas ações que eram propostas.

Eu sigo uma linha de raciocínio que compreende a valorização da aceitação e a necessidade um modo de estabelecer laços e tornar os indivíduos mais bem adaptados para operar no meio social. Nesse sentido durante todo o processo criei laços de confiança com as pessoas que convivia, tentava ter empatia, mesmo afetada por situações e por suas formas de ser/agir. Confesso que é um processo bem difícil e que requer em alguns momentos um afastamento, pois precisava criar um mapa analítico para lidar com algumas situações e assim planejar/implementar ações para facilitar o processo de trabalho.

De fato há muita coisa para fazer e um longo caminho para que as mudanças sejam efetivas e assim produzir novos modos de compreender e relacionar-se com o trabalho e com o cuidado em saúde, estabelecendo fluxos de comunicação entre os diversos atores envolvidos no processo de trabalho seja na gestão ou na produção do cuidado em saúde.

Com certeza olhar pra trás e notar a minha evolução a partir da escrita do meu TCR me faz sentir orgulhosa por não ter desistido em nenhum momento, apesar de todas as dificuldades vivenciadas durante a caminhada desses dois anos. Acreditar que era possível fazer/ser a mudança que eu queria... Fortalecia-me a cada amanhecer. Os desafios serviram para meu amadurecimento profissional e pessoal, pois cada encontro, cada desencontro, cada indivíduo que se permitiu conviver, cada ensinamento, as frustrações, afetações e conquistas irei levá-los (las) na bagagem da vida. Continuo acreditando e tendo fé na vida... Acreditando em um mundo melhor, (re)construindo um SUS digno para todos, acreditando na humanização daquele que já deveria entender a humanização na saúde como algo já dado!

Palavra que define todo esse processo: Gratidão!

## REFERÊNCIAS

- BERTUSSI, Débora Cristina. *O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ/Faculdade de Medicina, 234 f., 2010.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CUNHA, Gustavo Tenório; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. *Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: *Hucitec*, 2013.
- FOLCH, Sady. O Olho do Furacão. <https://novasemente.org/o-olho-do-furacao/> 2015.
- FESF-SUS in: <http://www.fesfsus.ba.gov.br/programas-e-servicos/residencias-integradas/2019>
- MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). Planejamento e Programação da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. *Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde*, n. 13, OPS, Brasília, 109p., 1994.
- MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in *Saúde em Debate*, Ano XXVII, v.27, n. 65, Rio de Janeiro, 2003.
- MERHY, Emerson Elias; MAGALHÃES, Helvécio Miranda; RIMOLI, Josely; FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva e colaboradores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2ª Ed. São Paulo: *Hucitec*, 296p., 2003.
- OLIVEIRA, Gustavo Nunes. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. 2011. 175f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2011.
- GASTAL, Camila Azevedo; PILATI, Ronaldo. Escala de Necessidade de Pertencimento: Adaptação e Evidências de Validade. *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 21, n. 2, p. 285-292, 2016.
- ROLNIK, Suely. *Cartografia sentimental*. Porto Alegre: *Editora da UFRGS*, 2007.
- SANTIAGO, Alyanne da Costa; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Alma Lourdes Campos Pavone; SILVA, Rosemara Melchior Valdevino. Indicadores sociais e de saúde para a operacionalização da Vigilância à Saúde. *Revista Escola Enfermagem USP*, v. 42, n. 4, p. 798-803, 2008.
- SILVA, Fabio Hebert da; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MARTINS, Cátia Paranhos. Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do HumanizaSUS. *Interface (Botucatu) [online]*, v.19, n.55, p. 1157-1168, 2015.
- SORATTO, Jacks; PIRES, Denise Elvira Pires; TRINDADE, Letícia Lima; OLIVEIRA, Jonas Sâmí Albuquerque; FORTE, Eliana Cristina; MELO, Thayse Palhano. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, v. 1, n. 23, 2017.