



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**CAMPUS I – CAMPINA GRANDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE LICENCIATURA E BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**JOSSANA DE PAIVA SALES**

**ESTÁGIO MULTIDISCIPLINAR INTERIORIZADO (EMI):**  
**UMA EXPERIÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2011**

**JOSSANA DE PAIVA SALES**

**ESTÁGIO MULTIDISCIPLINAR INTERIORIZADO (EMI):  
UMA EXPERIÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel e Licenciada em Enfermagem.

Orientador(a): Mércia Maria Paiva Gaudencio

CAMPINA GRANDE – PB

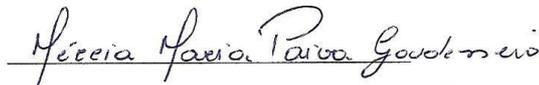
2011

JOSSANA DE PAIVA SALES

**ESTÁGIO MULTIDISCIPLINAR INTERIORIZADO (EMI):  
UMA EXPERIÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA**

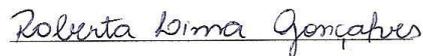
Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Enfermagem da Universidade Estadual  
da Paraíba, em cumprimento à exigência  
para obtenção do grau de Bacharel e  
Licenciada em Enfermagem.

Aprovado em 13 de Junho de 2011.



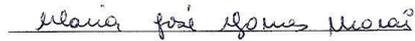
Profª. Ms. Mércia Maria Paiva Gaudêncio /UEPB

Orientadora



Profª. Ms. Roberta Lima Gonçalves/UEPB

Examinadora



Profª Esp. Maria José Gomes Morais/ UEPB

Examinadora

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S163e Sales, Jossana de Paiva.  
Estágio multidisciplinar interiorizado (EMI)  
[manuscrito]: uma experiência de enfermagem na  
atenção básica / Jossana de Paiva Sales. – 2011.  
34 f.: il. color.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da  
Saúde, 2011.  
“Orientação: Profa. Ma. Mércia Maria Paiva  
Gaudêncio, Departamento de Enfermagem.”

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Sistema Único de  
Saúde. 3. Enfermagem. I. Título.

21. ed. CDD 610.734

*Dedico*

*O esforço empreendido a Deus e o trabalho realizado aos meus pais, os quais amo muito e que em momentos diversos e de formas distintas sempre estiveram presentes em minha vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus, pela presença constante, compaixão e conquistas concedidas.*

*À minha mãe, pelas inúmeras razões que me deu para nunca desistir de lutar. Que abdicou inúmeras vezes de seus anseios para ajudar a construir os meus. Que com gestos emocionados me carregou no colo ao mesmo tempo em que me deu autonomia para escolher meu próprio caminho. Mulher incrível que me mostrou sua experiência de vida e me ensinou a ser o que sou.*

*Ao meu pai que de forma singular esteve presente em minha vida, a sua maneira e no seu momento.*

*Ao meu irmão, pelo simples fato de existir em minha vida.*

*À minha tia Teresinha Paiva, pelo apoio e pelas orações.*

*À amiga Ana Lígia Maia por dividir momentos distintos de alegria, choro e construção pessoal.*

*Às amigas Ana Paula Andrade, Andressa Kaline, Cibely Freire, pela amizade, momentos de escuta, compreensão e aprendizado constante.*

*Aos amigos, Diogo Rodrigues e Tasso Roberto pelos sorrisos e amizade na universidade e fora dela.*

*Aos colegas de turma, pelos ensinamentos.*

*À amiga Deysianne Matias, por estar presente mesmo que ausente fisicamente.*

*A Anderson Igor, por estar presente em uma parte de minha trajetória em Campina Grande, pelo apoio e carinho.*

*Aos amigos que fiz em Campina Grande e aos que ficaram no sertão do Pajeú, pelos incentivos e ensinamentos.*

*À Mércia Gaudêncio, pelos conhecimentos adquiridos e orientação do meu trabalho de conclusão de curso.*

*À banca examinadora, por ter feito parte da minha vida acadêmica como docentes e na construção do meu trabalho de conclusão de curso.*

## RESUMO

SALES, Jossana de Paiva. Estágio Multidisciplinar Interiorizado (EMI): Uma Experiência de Enfermagem na Atenção Básica. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, 2011.

O Estágio Multidisciplinar Interiorizado (EMI) é um componente curricular dos cursos de saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). O presente estudo é um relato de experiência que tem por núcleo central minhas vivências, enquanto acadêmica de enfermagem nos serviços de saúde do município de Queimadas, PB. Tem por objetivo primordial elucidar as experiências vividas e os conhecimentos adquiridos no contexto dos serviços e do trabalho em equipe na atenção primária à saúde. Foi escrito para destacar a importância das atividades realizadas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), para reconhecer os problemas de saúde da comunidade, além de atender questões pertinentes a formação do enfermeiro. O EMI aconteceu entre os dias 22 de novembro e 17 de dezembro de 2010, contando com uma equipe composta por acadêmicas de Enfermagem; Farmácia, Fisioterapia, Odontologia e Psicologia. Os caminhos percorridos na rede de saúde e as experiências vivenciadas são apresentados através de um diagrama que inicialmente aponta os serviços que abrigaram os trabalhos realizados: Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), Unidade Mista de Saúde e escolas estaduais e municipais. Em seguida são descritas as principais atividades realizadas: educação, promoção de saúde, intervenções e procedimentos clínicos. As experiências vivenciadas permitiram-me organizar uma série de percepções sobre a equipe multidisciplinar, usuários, serviços e comunidade. Encerrando este relato apresentamos as inquietações, as ansiedades e aflições vivenciadas no transcurso do EMI e as reflexões realizadas ao final do estágio. As relações interpessoais estabelecidas com a equipe de estudantes foram marcadas pelo bom relacionamento, momentos informais e pela integração para realização de trabalhos em conjunto, embora as diferenças fossem inúmeras, desde os comportamentos às idéias. O convívio direto com colegas de estágio, trabalhadores, usuários e gestores da saúde permitiram a valorização do trabalho em equipe e o respeito à diversidade existente no meio social. O relacionamento com os usuários dos serviços se mostrou complexo, uma vez que entrelaçado com as condições socioeconômicas e culturais. Constatei que o profissional de enfermagem para intervir adequadamente sobre os problemas de saúde deve conhecer a rede, o seu papel e suas funções na equipe multiprofissional. Por último vivenciei que a promoção da saúde ocorre através do desenvolvimento de ações de prevenção, proteção e recuperação que incidam sobre os indivíduos e sobre a comunidade. A experiência vivenciada no EMI, embora produza inquietações, suscita anseios de buscar conhecimentos novos e reciclar antigos, gerando uma vontade de superar as dicotomias identificadas entre as políticas públicas e o exercício das práticas de saúde no SUS.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; SUS; Enfermagem.

## ABSTRACT

SALES, Jossana de Paiva. Multidisciplinary Internalized Stage (EMI): An Experiment in Primary Care Nursing. Work's Course Conclusion (Bachelor Degree in Nursing) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, 2011.

Stage Multidisciplinary internalized (EMI) is a component of curricula of health at the State University of Paraíba (UEPB). This study is an experience that is my core life experiences, while academic nursing in health services in the municipality of fires, PB. Its primary objective to elucidate the experiences and knowledge gained in the context of services and teamwork in primary health care. It was written to highlight the importance of activities undertaken within the context of the Unified Health System (SUS), to recognize the health problems of the community, and address issues pertinent to nursing education. The EMI took place between November 22 and December 17, 2010, with a team composed of students of Nursing, Pharmacy, Physiotherapy, Dentistry, and Psychology. The path pursued in the health and experiences are presented through a diagram that shows the services that originally housed the work: Basic Health Unit of the Family (UBSF), Mixed Unit of Health and state and municipal schools. Then we describe the main activities: education and health promotion and clinical interventions and procedures. The experiences have enabled me to organize a series of insights into the multidisciplinary team, users, services and communities. Closing this report we present the concerns, anxieties and sufferings experienced in the course of EMI and reflections made by the end of the stage. Interpersonal relationships established with the student team were marked by good relations, and informal moments to perform the integration work together, although the differences are numerous, ranging from behavior to ideas. The direct contact with co-training, workers, users and managers of health led to the appreciation of teamwork and respect the diversity in the social environment. The relationship with service users has proved complex, as intertwined with the cultural and socioeconomic conditions. I found that the nursing professional to act appropriately on health issues should know the network, its role and its functions in the multidisciplinary team. Finally I experienced that health promotion is through the development of prevention, protection and recovery that focus on individuals and the community. The experience conducted at EMI, but produces anxieties, it raises expectations to seek new knowledge and recycle old, creating a desire to overcome the dichotomies identified between public policy and financial practices in the SUS.

**Key-words:** Primary Health Care; SUS; Nursing.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Diagrama de atividades e relato pessoal da experiência .....	29
---	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

DST - Doença Sexualmente Transmissível

EMI - Estágio Multidisciplinar Interiorizado

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	14
2.1 Considerações sobre o SUS e a formação do enfermeiro .....	14
2.2 Considerações sobre a atenção primária em saúde .....	18
2.3 Considerações sobre o trabalho em <b>equipe</b> multidisciplinar e as ações de enfermagem.....	20
<b>3 ELUCIDAÇÃO DE ATIVIDADES E RELATO PESSOAL DA EXPERIÊNCIA</b> .....	23
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	30
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	31

## 1. INTRODUÇÃO

O Estágio Multidisciplinar Interiorizado (EMI) é uma atividade curricular obrigatória dos cursos de saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). O mesmo foi implantado em 1994, por meio da resolução UEPB/CONSEPE/07/94, junto a Pró-Reitoria de Ensino e Graduação. A referida resolução determina uma carga horária total de cento e sessenta horas, para cada aluno estagiário, em regime de oito horas diárias, exceto domingos e feriados, com duração de aproximadamente um mês. O EMI diferencia-se dos demais estágios curriculares por não ser constantemente supervisionado por professores e ser efetivado através da parceria estabelecida entre a UEPB e alguns municípios do interior do estado.

Enquanto acadêmica de enfermagem apresento neste texto - metodologicamente conduzido como um relato de experiência - as vivências e percepções resultantes de minha inserção no EMI, realizado nos serviços de saúde do município de Queimadas, PB. O presente relato tem por principal objetivo elucidar as experiências de uma aluna concluinte do Curso de Enfermagem, nos contextos dos serviços de saúde e do trabalho em equipe multidisciplinar. Objetivamos, também, compreender a importância das atividades realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e refletir acerca de questões pertinentes a formação do enfermeiro.

Para delimitar o espaço geográfico de minha experiência observo que o município de Queimadas possui uma área de 402 km<sup>2</sup>, o que corresponde a 0,7053% da área total do Estado da Paraíba, 0,0256% da Região Nordeste e a 0,0047% do total do território brasileiro (PROJETO CADASTRO DE FONTES DE ABASTECIMENTO POR ÁGUA SUBTERRÂNEA, 2005). No censo do IBGE (2010), a população era de 41.049 pessoas, sendo constituída por 19.936 homens e 21.113 mulheres, sendo 18.813 habitantes da zona rural.

As instituições e locais nos quais as experiências foram vivenciadas integram a rede de assistência à saúde do município de Queimadas, PB. Segundo dados do IBGE (2010), Assistência Médica Sanitária, existem um total de 27 estabelecimentos de saúde no município de Queimadas, sendo 24 públicos e de responsabilidade da gestão municipal de saúde com oferta de atendimento em ambulatório. Das instituições que

prestam assistência ambulatorial, 18 oferecem atendimento odontológico. Os 03 únicos serviços privados prestam apoio à diagnose e terapia. A partir deste demonstrativo percebe-se que a Atenção Primária é predominante no sistema de saúde oferecido a população do município.

A experiência objeto deste relato aconteceu entre os dias 22 de novembro e 17 de dezembro de 2010, no município de Queimadas, PB. Participaram do EMI, constituindo uma equipe multidisciplinar, alunos dos seguintes cursos: 02 estudantes de Enfermagem, 01 de Farmácia, 01 Fisioterapia, 01 de Odontologia e 01 de Psicologia.

Enquanto acadêmica de enfermagem, minhas experiências foram norteadas pela compreensão que a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural. Além disso, busca a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades do indivíduo de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

No tocante as potencialidades profissionais do enfermeiro, ressalto que o mesmo deve ser capaz de intervir sobre os problemas encontrados nos serviços de saúde, além de apresentar competências que viabilizem uma atuação profissional eficaz e comprometida com a sociedade. Desse modo, analisando as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da saúde, destaco a importância deste objetivo:

Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (p.4, 2001 b).

O pressuposto permite identificar a importância das atividades desenvolvidas no EMI, uma vez que é oferecida ao aluno a possibilidade de conhecer o cotidiano dos serviços e das práticas de saúde, bem como os usuários. Consiste em uma estratégia para viabilizar o envolvimento do estagiário com a saúde pública, com a população, com colegas e com profissionais dos serviços. A prestação de cuidados de saúde em equipe tende a redefinir os papéis dos atores envolvidos no processo e tem como essência promover a qualidade dos serviços.

O estagiário envolvido nas práticas assistenciais proporcionadas pelo EMI possui obrigações concernentes ao comportamento ético profissional e deve cumprir rigorosamente a carga horária proposta. Segundo Ito et al. (2006), o curso de graduação deve possibilitar ao futuro enfermeiro a possibilidade de intervenção na realidade de modo a propiciar a organização/reorganização do trabalho. A partir do exposto entendo que o contato com os ambientes dos serviços de saúde, na condição de acadêmica e sem a supervisão de um docente, é uma importante oportunidade para o aprendizado e para a produção de saúde.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

Por este ser um trabalho metodologicamente delineado como relato de experiência, justifico que as razões que me levaram a realizar uma revisão da literatura, não se distanciam daquelas que justificam este empreendimento em outro trabalho de cunho científico. Ou seja, busco com o auxílio de diversos autores condensar o entendimento sobre os principais conceitos que deram suporte as experiências vivenciadas no EMI. Para tanto faço considerações, com objetividade e sem pretensão de esgotar a produção teórica, sobre as seguintes temáticas: Sistema Único de Saúde (SUS), formação do enfermeiro, atenção primária em saúde, o trabalho em equipe multidisciplinar e as ações de enfermagem.

### **2. 1 Considerações sobre o SUS e a formação do enfermeiro**

As ações de saúde em nosso país têm, ao longo dos anos, enfatizado os serviços curativos e hospitalares. A percepção de que tal modelo não resolvia na totalidade os problemas de saúde da população, induziu, na década de 80, profissionais e gestores a um processo de discussão intenso que culminou com as propostas expressas no Movimento da Reforma Sanitária, e que findaram por provocar mudanças significativas, tais como a criação do SUS (PEREIRA, 2002). O SUS representa a materialização de uma nova concepção de saúde no Brasil, a qual se fundamenta na prevenção dos agravos e na promoção da saúde, passando a ter relação direta com a qualidade de vida (BRASIL, 2000).

Ao visitar a história das políticas públicas não podemos esquecer que a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, representa um grande marco para consolidação do atual sistema de saúde brasileiro. Na Carta Magna a saúde é entendida como um direito de todos e dever do estado, versando os artigos 196 ao 200, sobre os parâmetros legais concernentes ao sistema de saúde no país. São definidos os princípios que vão estruturar o SUS, dentre os quais destacamos: o atendimento integral e a participação da comunidade. Segundo a Lei Orgânica da Saúde/8080 (pag. 2, 1990):

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde-SUS.

O SUS foi pensado para unificar as instituições e serviços de saúde num único sistema sob vários comandos: um comando único no governo federal (Ministério da Saúde), nos estados (Secretaria Estadual de Saúde) e nos municípios (Secretaria Municipal de Saúde). A direção é única no sentido de que os princípios e diretrizes do sistema são os mesmos para todos os níveis de poder, no entanto eles têm autonomia política e administrativa própria (FIGUEIREDO, et al. 2005).

O SUS obedece aos seguintes princípios e diretrizes, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde 8080 (1990): universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de atenção; assistência integral (ações curativas, preventivas, individuais e coletivas); preservação da autonomia dos sujeitos; igualdade de atenção; direito à informação e divulgação; epidemiologia como orientação programática de serviços; participação da comunidade e descentralização político-administrativa.

Cabe ao SUS, além de outras atribuições, nos termos da lei: controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica; ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos; participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; colaborar na proteção do meio ambiente, nele incluído o do trabalho (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

O conceito ampliado de saúde e seu registro constitucional como direito do cidadão e dever do Estado, encontraram ancoragem no projeto do SUS, que, por sua vez, integra um projeto social mais amplo e democrático, comprometido com a superação das desigualdades sociais, com a equidade em saúde e participação social nas políticas estratégicas de saúde (PEREIRA et al, 2008). Por estas razões é preciso superar visões tecnicistas, desconexas das atuais demandas sociais e instituir práticas que viabilizem a produção de saúde e o compromisso com a cidadania.

Entendendo que os trabalhadores são peças fundamentais para consolidação do setor saúde, é que verifico que a formação do profissional de saúde deve ser calcada em um perfil acadêmico e profissional comprometido e capaz de atuar no contexto social. Os profissionais necessitam de formação qualificada para que consigam responder adequadamente as demandas dos usuários e as transformações no processo de trabalho, principalmente a partir da reorientação do modelo assistencial brasileiro (PEREIRA et al, 2008).

Apesar dos grandes esforços feitos para consolidação do SUS, o sistema de saúde brasileiro ainda é palco para disputa entre modelos assistenciais diversos. Observa-se a tendência de reprodução de conflitos entre modelos hegemônicos, ou seja, o modelo médico assistencial privatista e o modelo assistencial sanitário (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária) (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

No movimento constante em defesa do SUS como projeto de um sistema universal, público, equânime, integral e democrático, encontra-se a necessidade de buscar uma concepção da relação educação e saúde que se conforma como efeito da ação política de indivíduos e da coletividade, com base no entendimento da saúde e da educação em suas múltiplas dimensões: social, ética, política, cultural e científica (PEREIRA et al, 2008).

É nesta perspectiva que as Diretrizes Curriculares Nacionais definem a formação de profissionais críticos, reflexivos, dinâmicos e ativos (ITO et al, 2006). No que concerne ao enfermeiro, nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (2001 a), é defendido que a formação do sujeito deve atender as necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS como forma de assegurar a atenção

curativa, preventiva, individual e coletiva, além da qualidade e humanização no atendimento.

Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimiladas e adquiridas devem conferir capacidade acadêmica e/ou profissional no que diz respeito às necessidades prevalentes e prioritárias da população, em conformidade com o quadro epidemiológico da região e do país (BRASIL, 2001 b). Dessa forma, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional garante às instituições de ensino superior autonomia para definir currículos em seus cursos e programas compatíveis com as políticas públicas (ITO et al, 2006).

Ainda, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Graduação em Enfermagem (2001 a), os cursos devem ter um projeto pedagógico centrado nos alunos como sujeito da aprendizagem e o mesmo deve orientar o currículo dos cursos de graduação em enfermagem. Este projeto deve buscar formação integral entre ensino, pesquisa e a extensão/ assistência, de modo que possibilite o sujeito social a transformar-se e modificar seu contexto.

No tocante a Universidade Estadual da Paraíba, o projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem (1999) apresenta como objetivo geral formar o discente para atuar como enfermeiro, com fundamentação técnico-científica e senso crítico-reflexivo, dentro dos preceitos éticos e legais para intervenção no processo saúde-doença do indivíduo, família, comunidade, nos níveis de atenção à saúde e serviços de enfermagem.

No mesmo Projeto Pedagógico é dito que o perfil do profissional deve abranger a capacidade de incorporar a ciência/arte do cuidar; estabelecer novas relações com o contexto social; compreender a política de saúde; reconhecer as relações de trabalho; dar respostas a especificidades regionais por meio de planejamento estratégico; sentir-se membro de seu grupo profissional, além de outros requisitos referentes à sua atuação na equipe de enfermagem. De modo a ampliar os locais de atuação do enfermeiro e levando-o a assistir onde as necessidades humanas básicas do sujeito, família e comunidade exijam (PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE ENFERMAGEM, 1999).

Este entendimento envolve a idéia de que o conhecimento, para ser útil na perspectiva do cuidado integral, precisa ser traduzido e confrontado com outras formas do conhecimento, a começar por aquelas formas não científicas, decorrentes da própria experiência da vida, visando à produção de uma fusão de possibilidades quanto às atividades de saúde numa proposta emancipatória, promovendo a autonomia e ampliando as relações entre profissões e indivíduos envolvidos (MATTA et al, 2008).

As sociedades modernas estão passando por grandes transformações, tanto no que respeita às relações sociais, quanto às disparidades econômicas. Novas tecnologias são difundidas e invadem o cotidiano de todos os cidadãos, sendo neste contexto que a Universidade precisa redefinir seu papel de centro formador, buscando a superação das desigualdades sociais, principalmente na área da saúde (ROSSONI; LAMPERT, 2004). Neste sentido, Pereira et al. (2008) afirmam que este é um modo a estimular a construção de relações mais horizontais no interior das equipes de saúde e destas com a população, corroborando com os direitos dos usuários e os princípios de equidade, integralidade e universalidade que devem ser inerentes as práticas e serviços prestados pelo SUS.

## 2.2 Considerações sobre a atenção primária em saúde

A declaração de Alma-Ata (1978), gerada na Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, afirma a importância da Atenção Primária e possibilita a visibilidade da mesma para a assistência no setor saúde, com ênfase nos serviços de proteção, cura e reabilitação.

Na Atenção Primária deve acontecer o primeiro contato do cidadão com o sistema de saúde. É a instância responsável pela organização do cuidado a nível individual, familiar e coletivo e busca proporcionar equilíbrio entre as metas do sistema nacional de saúde, quais sejam: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos (STARFIELD, 2002).

Os serviços prestados neste nível de atenção dizem respeito à promoção da saúde, a prevenção de enfermidades, diagnóstico e manejo de uma ampla variedade de problemas médicos, atenção à saúde materno-infantil, atenção emergencial, atenção reabilitadora, atenção paliativa, encaminhamentos quando apropriados, manutenção dos prontuários, proteção do paciente, educação em saúde e participação em programas de saúde comunitária e de proteção da saúde (STARFIELD, 2002).

A educação em saúde é inerente a todas as práticas em saúde. Ela se processa pela valorização do diálogo nas consultas, visitas domiciliares, reuniões, nos contatos informais e em eventos diversos. Na dinâmica dos serviços de saúde, a palavra diálogo é um conceito essencial, e deve ser entendido como um esforço para compreender e explicitar o saber do interlocutor popular (VASCONCELOS, 2001).

É uma ação que possibilita o encontro entre sujeitos com saberes científicos/tecnológicos e agentes sociais, é uma forma de beneficiar a vida e o respeito ao outro, além de viabilizar a prevenção de novas doenças e a prevalência de outras. Na perspectiva da saúde coletiva a educação popular tem sido um importante instrumento na construção histórica da atenção integral à saúde, na medida em que se dedica à ampliação da inter-relação entre as diversas profissões, especialidades, serviços, doentes, familiares, vizinhos e organizações sociais envolvidas num problema específico de saúde, fortalecendo e reorientando práticas, saberes e lutas (BRASIL, 2007).

A promoção, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui para construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Desse modo, apresenta como proposta a ampliação das intervenções, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização do cuidado envolva as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que não se limitem ao espaço dos muros das unidades, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo as escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2010 a).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) regulamentada pela Portaria número 648, de 28 de março de 2006, estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a coordenação da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006). Estes são programas do ministério da saúde que enfatizaram os serviços da atenção em nível primário e corroboram com os objetivos desta política.

Segundo a PNAB (2006), a Atenção Primária constitui um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Se desenvolve através de práticas gerenciais e sanitárias, de caráter democrático

e participativo, sob forma de trabalho em equipe, sendo dirigidas a populações de territórios bem delimitados e devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em um determinado território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica no Brasil tem a Saúde da Família como estratégia essencial na conformação dos sistemas de saúde locais. Esta estratégia é entendida como uma reorientação do padrão assistencial, na medida em que suas normas organizativas são operacionalizadas mediante implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde e as mesmas são responsáveis por um número definido de famílias residentes em uma área geográfica delimitada (OHARA et al. 2008).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) intervém sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta e incita a organização da comunidade para o exercício do controle social (PEREIRA, 2005). Nas unidades de saúde, consultórios comunitários e escolas observam-se grande variedade de necessidades e problemas de saúde e os profissionais das equipes de saúde da família estão mais familiarizados com as dificuldades da população que eles atendem e podem produzir atividades de prevenção de doenças, reabilitação e promoção da saúde de forma mais efetiva nestas comunidades (SAÚDE, 2007).

A ESF procura atender as necessidades da população através de uma nova forma de oferta de serviços, na qual os atores sociais envolvidos são co-responsáveis pela realização dos serviços e, conseqüentemente, a equipe de saúde assume as demandas de saúde dos núcleos familiares de sua área (PEREIRA, 2002).

### 2.3 Considerações sobre o trabalho em equipe multidisciplinar e as ações de enfermagem.

No século XIX, com o advento das universidades modernas, surge a fragmentação do saber. E a disciplina, no que concerne ao conhecimento, é uma categoria que promove especialização do trabalho e a divisão do objeto científico (MORIN, 2003). Neste sentido é visto um fechamento entre os saberes que não se comunicam de forma satisfatória uns com os outros. A organização disciplinar das ciências consiste em depositar fronteiras e obstáculos, formando compartimentos e

separações entre os saberes (MORIN, 2005). É necessário, segundo Morin (2003), que se rompam limites, pois a complexidade do saber exige respostas externas a eles.

Nesse contexto, emergem formas de pensar que propiciam a integração entre saberes e práticas, de forma a possibilitar a interação entre os diversos conhecimentos científicos para produção e transformação dos mesmos. Esta relação entre as disciplinas permitiu a discussão e o surgimento de conceitos como, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Estes termos não são fáceis de serem definidos, pois podem apresentar diversos sentidos. Morin (2003) conceitua-os da seguinte forma: multidisciplinaridade constitui uma associação de disciplinas, por conta de um projeto ou de um objeto que lhes sejam comuns; interdisciplinaridade pode significar troca e cooperação ou que diversas disciplinas estão em um mesmo local de convívio, podendo haver uma supervalorização de umas disciplinas em detrimento de outras, não ocorrendo intercâmbio equânime entre elas. No que diz respeito à transdisciplinaridade, é dito que se trata de esquemas cognitivos que podem atravessar as disciplinas, às vezes com tal virulência, que as deixam em transe.

De fato, são os complexos de inter-multi- trans-disciplinaridade que realizaram e desempenharam uma inexaurível função na história das ciências; é necessário conservar os conhecimentos que estão implicados nisso, ou seja, cooperação, objeto e projeto comum (MORIN, 2003). Entendidos tais conceitos, eles nos remetem a interação social e as articulações existentes entre os saberes dos sujeitos que compõem uma organização e/ou equipe de saúde.

No que concerne ao trabalho em equipe, as relações humanas são desenvolvidas a partir dos contatos entre indivíduos e grupos. Cada indivíduo possui uma personalidade com características próprias e diferenciadas que influem no comportamento e nas atitudes de outras pessoas com quem mantém contatos, sendo, por outro lado, igualmente influenciado pelos outros.

É necessário compreender que o grupo não é apenas um conjunto de pessoas, mas envolve a interação dinâmica entre sujeitos que se percebem como membros do mesmo. Estes se comunicam entre si de maneira direta, razão pela qual cada indivíduo influencia e é incitado pelos outros componentes do grupo. Além disso, o grupo apresenta as seguintes características: uma finalidade; uma estrutura dinâmica de comunicações e uma coesão interna (CHIAVENATO, 2003).

Segundo o autor anteriormente citado o comportamento dos grupos sociais pode ser dividido segundo o tipo de organização: a organização formal e a informal. Na organização informal, o indivíduo preocupa-se com o reconhecimento e a aprovação social do grupo ao qual pertence, enquanto que a organização formal reflete a estrutura organizacional de relações funcionais, órgãos, instituições, dentre outros.

As alianças formadas entre os sujeitos numa organização formal estão intimamente ligadas aos objetivos de uma instituição ou serviço, podendo, porém, os contatos culminarem numa interação informal. Assim, as afinidades estabelecidas pela formalidade dão margem a uma vida grupal que, algumas vezes, pode se realizar em função das aspirações da equipe.

O trabalho em equipe se preocupa com a dinâmica do processo e os efeitos de suas ações, enquanto que o grupo pode existir sem a necessidade de produzir resultados (CANOLETTI, 2008). A equipe de trabalho, segundo Peduzzi (2001), pode ser dividida em agrupamento de agentes e integração de trabalhos. Apesar destas duas formas serem estabelecidas a partir de um objetivo comum, elas se diferenciam na sua conformação. O agrupamento é caracterizado pela fragmentação dos saberes e especialização dos sujeitos, enquanto que a integração de trabalhos consiste numa interação dos agentes e articulação das atividades. Dessa forma, a comunicação e participação dos indivíduos procura superar o isolamento que foi estabelecido entre as ciências.

A equipe multidisciplinar em saúde se estrutura como um conjunto de sujeitos de áreas diferentes e de saberes diversos que agem simultaneamente sobre um mesmo objeto. A multidisciplinaridade é muito importante, pois inicia a discussão acerca da atuação entre ciências e profissionais distintos, porém ela sozinha não responde as necessidades de uma instituição, de um grupo ou de uma comunidade, pois a mesma não implica em interação entre as pessoas e conhecimentos. Já a interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, diante da complexidade do cuidado em saúde, podem preencher as expectativas da população.

Trabalhar em equipe de modo integrado consiste em conectar diferentes processos de trabalho, tendo por base o conhecimento da tarefa do outro e valorização da participação deste na produção de cuidados (SANTOS et al, 2007). As ações de promoção, reabilitação e prevenção, tendem a se desenvolver de melhor forma se planejadas como atividades a serem realizadas em grupo.

Considerando o exposto, o enfermeiro na atenção básica, mais especificamente na ESF, desenvolve ações de educação em parceria com os agentes comunitários de

saúde e auxiliares de enfermagem; executa ações de vigilância epidemiológica e sanitária; discute com a equipe de trabalho soluções, objetivos e metas para atenção prestada; realiza consultas de enfermagem, atendimento em grupo; assistência a mulher, criança, gestante, hipertenso, usuário com diabetes, idoso, além de medidas para o controle da tuberculose, hanseníase, imunização, dentre outras atividades de educação e promoção da saúde (OHARA et al, 2008).

Neste contexto a Enfermagem pode ser definida como uma ciência de pessoas e de saúde, com experiências que são mediadas pelas interações humanas do cuidar, seja no nível profissional, pessoal, científico, ético e estético, fato que requer que o enfermeiro seja clínico, teórico e cientista. O processo de cuidar de indivíduos, famílias e grupos é importante devido aos conhecimentos exigidos, empenho, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro, fatores que se estendem no tempo e no espaço (WATSON, 1999).

As intervenções de enfermagem devem abranger procedimentos e técnicas para atendimento das demandas físicas, bem como a oferta de apoio emocional e respeito à singularidade do indivíduo enfermo. É necessário entender que as ações de enfermagem têm como base o julgamento sobre fenômenos humanos específicos, para alcançar os resultados esperados (GARCIA; NÓBREGA, 2000). Estes fenômenos significam os processos de autocuidado; fisiológicos; conforto; desconforto; emoções; autonomia do sujeito; ambiente; saúde e doença. Neste contexto, a figura central do serviço de saúde é o usuário, paciente e/ou cliente. E a atenção a ser prestada, sejam estratégias ou ações de cuidado, resultam da avaliação global das necessidades dos sujeitos, enquanto seres biopsicossociais.

### **3. ELUCIDAÇÃO DE ATIVIDADES E RELATO PESSOAL DA EXPERIÊNCIA**

O EMI - enquanto uma experiência pessoal de enfermagem - se efetivou através da realização de atividades relacionadas à atenção primária. Pensando na atenção primária como porta de entrada para o sistema de saúde e partindo da importância desta para o desenvolvido em estágio, pude apreender a relevância da atenção básica na construção do SUS. Segundo Teixeira (2005), algumas características primordiais merecem destaque, na atenção primária em saúde: a extensão da rede dos serviços; a atuação nos problemas de saúde mais frequentes da população; o valor da comunicação

e escuta nos espaços institucionais; a importância da equipe multiprofissional e articulação intersetorial.

Em conformidade com as discussões realizadas anteriormente, a atenção primária prioriza o sujeito e não a sua moléstia, para tanto parte da identificação de necessidades sociais, econômicas e culturais. Por serem adotadas estas perspectivas no EMI, desenvolvi ações em educação e promoção da saúde, consultas e outros procedimentos de enfermagem e, ainda, atividades em equipe.

Estes são os aspectos teóricos que conduzem o modo de fazer saúde que deve vigorar no SUS, sendo também os pilares para o entendimento das intervenções realizadas no estágio, como também guia para compreensão dos procedimentos realizados. Ressalto que todas as intervenções e procedimentos realizados foram norteados pela vontade de aprender e pela busca de um atendimento de qualidade.

As atividades realizadas na cidade de Queimadas aconteceram nos espaços de Atenção Básica do município. As práticas foram desenvolvidas em UBSF, na Unidade Mista e em escolas municipais e estaduais.

Considerando as atividades desenvolvidas nas escolas destaco que preferi palestras e participei de discussões com adolescentes que tinham como tema central a sexualidade e as doenças sexualmente transmissíveis (DST). Neste contexto, entende-se que se pode institucionalizar ações de atenção integral a saúde sexual e reprodutiva por meio de projetos articulados entre saúde e educação (BRASIL, 2010). Destaco para além da importância da temática para prevenção de DSTs, as discussões permitiram a permuta de informações e o esclarecimento das dúvidas expostas pelos adolescentes. Desse modo, pude perceber que promover saúde entre adolescentes e jovens é trazê-los para o centro do processo como sujeitos de direitos respeitando suas crenças e valores pessoais (BRASIL, 2010).

No âmbito da educação também participei de um evento promovido pela Secretaria Municipal de Saúde em convênio com a Secretaria de Educação. Este evento teve por foco atrações artístico-culturais produzidas pelos alunos das escolas e expressas através de dança, teatro e música.

Nas UBSF pude conhecer o funcionamento das mesmas e elaborar estratégias para participar ativamente do cotidiano do serviço, tecendo relações horizontais entre os usuários, a equipe do estágio e profissionais. Desenvolvi atividades físicas, lúdicas e sócio-educativas com grupos de portadores de diabetes, hipertensão arterial e com

mulheres grávidas. Destaco que as ações desenvolvidas com indivíduos hipertensos e diabéticos foram predominantemente de caráter coletivo e objetivavam o fornecimento de informações quanto às medicações em uso e a importância da adoção de hábitos de vida saudável, no intuito de realizar promoção da saúde. Com relação às atividades desenvolvidas junto às grávidas, revelo que de início houve grande resistência por parte das mulheres em participar das atividades, sob alegação de ausência de tempo e desejo de ir de imediato para a consulta pré-natal. As grávidas foram convidadas a participarem de encontros lúdicos, nos quais eram estimuladas a expressarem seus sentimentos acerca da maternidade.

Realizei alguns procedimentos técnicos como a verificação da pressão arterial e mensuração da glicemia capilar. Compartilhei com os colegas e com a equipe multidisciplinar experiências na assistência e necessidades acadêmicas particulares; além de realizar palestras sobre os aspectos relacionados às enfermidades que afetavam a população usuária dos serviços de saúde.

No que tange a consulta de enfermagem, realizada individualmente, pude vivenciar muitos dos conteúdos aprendidos no decorrer do curso e que dizem respeito à atenção integral a ser prestada aos indivíduos que buscam assistência na atenção básica.

No atendimento pertinente a saúde da mulher, consegui detectar problemas de saúde e necessidades de grávidas, além de realizar procedimentos concernentes a esta assistência, tais como: medida da altura uterina; ausculta de batimentos cardíacos fetais; cálculo da data provável do parto; dentre outros. Na sala de atendimento ginecológico realizei exame colpocitológico e de mamas.

Ainda no espaço das UBSF, realizei alguns procedimentos burocráticos e práticos para vacinação de adultos e crianças no espaço destinado a realização de vacinas. A sala de vacinação é o local reservado à administração dos imunobiológicos, sendo necessário, por isso, que as suas instalações atendam a um mínimo de condições: as paredes e pisos devem ser laváveis; deve ter pia e interruptores para uso exclusivo de cada equipamento elétrico; ser arejada e bem iluminada, evitando-se, porém, a incidência de luz solar direta (ARANDA et al. , 2001). Nenhuma destas preconizações estava sendo cumprida no ambiente supracitado, a estrutura física não é condizente com a exigida pelo Ministério da Saúde. Na rotina da sala, ao se fazer uso das vacinas e processo inerente a esta atividade, era preciso ter domínio completo sobre a via correta de administração do composto; a composição do imunobiológico; a validade;

quantidade de doses e intervalo entre as mesmas; idade recomendada e utilização do cartão de vacina.

Na unidade mista de saúde, administrei medicação endovenosa; fiz sondagem vesical de demora e curativos. Realizei algumas técnicas de enfermagem, mas percebi que o atendimento não deve se restringir a elas. Constatei que as pessoas chegam ao serviço de saúde com uma demanda de atenção que ultrapassa a realização de práticas. A escuta demonstrou ser um recurso tão relevante quanto os procedimentos e que, os mesmos quando realizados de forma isolada produziam resultados no plano biológico, ou seja, limitados ao corpo.

Corroborando nossa experiência, Boff (1999) afirma que o cuidado emerge da dimensão da alteridade, do respeito, da reciprocidade e da complementaridade. Segundo Ayres (2004), a identidade de cada um se faz sempre na presença de seu outro. Por estas razões é preciso respeitar a individualidade do outro e permitir que ele participe ativamente de seu processo de cuidado. Todos os indivíduos necessitam de uma atenção que vá além de sua enfermidade, de modo a viabilizar a interação entres os seres, e que os mesmos sejam agentes do dinâmico processo que se estabelece entre a saúde/doença .

O convívio com os serviços e usuários da atenção básica permitiu-me reconhecer os problemas de saúde da comunidade e auxiliou-me no entrosamento com a equipe de estágio. O trabalho desenvolvido na UBSF, em associação com educação popular, conduz a interdisciplinaridade quando nos apresenta as dificuldades de um sujeito que tem sua vida intimamente relacionada ao seu convívio social, e que determinantes socioculturais e econômicos podem influenciar profundamente no seu modo de vida, e até mesmo adoecimento. A partir da articulação do enfermeiro com profissionais de diferentes formações, estrutura-se, aos poucos, uma prática de saúde não simplificada, em que as várias dimensões da doença passam a ser enfrentadas (Vasconcelos, 2001). E a interdisciplinaridade passa a ser executada a partir das demandas da população.

As atividades realizadas na equipe multidisciplinar estavam atreladas à educação em saúde. Esta é um instrumento de construção de uma ação de saúde integral e mais adequada à vida da população (Brasil, 2007). A educação popular foi voltada para articulação de idéias que não fugissem do cotidiano das pessoas e que permitissem o aprendizado mútuo. Buscávamos, enquanto grupo, nos inserir nas comunidades e conhecer os seus anseios, ao mesmo tempo em que passávamos os saberes que

obtivemos na universidade, nos livros e na vida cotidiana. Aprender e ensinar fazem parte da existência humana, histórica e social (FREIRE, 2001).

Desse modo, pude interagir com os acadêmicos envolvidos pelo estágio e com profissionais do setor saúde do município. Porém, estes, algumas vezes, se mostravam ríspidos ou alheios à presença de um acadêmico no ambiente. As relações interpessoais na equipe de estudantes foram marcadas por momentos informais e pela integração de trabalhos conjuntos. As estratégias eram formuladas para atingir objetivos acordados pelo grupo e os serviços eram prestados de modo a corroborar com as finalidades definidas para todos.

Para melhor visualização das categorias elucidadas neste texto, construímos um diagrama para apresentar as atividades que foram desempenhadas em estágio no contexto da atenção primária. Inicialmente o diagrama aponta os serviços que fizeram parte dos trabalhos realizados: A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), unidade mista de saúde e escolas estaduais e municipais.

A UBSF tem uma área de abrangência delimitada territorialmente com clientela adscrita, representando a porta de entrada no sistema de saúde, é unidade pública específica para prestação de assistência em atenção contínua programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam às diretrizes da ESF (BRASIL, 2009).

A unidade mista de saúde é uma instituição destinada à prestação de atendimento em atenção primária e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades fundamentais, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação (BRASIL, 2009). As escolas, pelo seu papel social e contingente populacional, são espaços adequados para o trabalho de prevenção e promoção de saúde.

Em seguida apresento a distinção das atividades que foram realizadas: educação e promoção da saúde, intervenções e procedimentos clínicos. Estas ações permitiram perceber que elas estão intrinsecamente atreladas a atenção básica e os serviços prestados por ela. Desde promover qualidade de vida aos usuários até a realização de técnicas para reabilitação da saúde do indivíduo ou detecção precoce de alguma enfermidade ou necessidade.

A partir das experiências supracitadas, foi organizada uma série de percepções sobre a equipe multidisciplinar, usuários, serviços e comunidade. O trabalho em equipe é concebido como um processo grupal e interdisciplinar no qual se observa

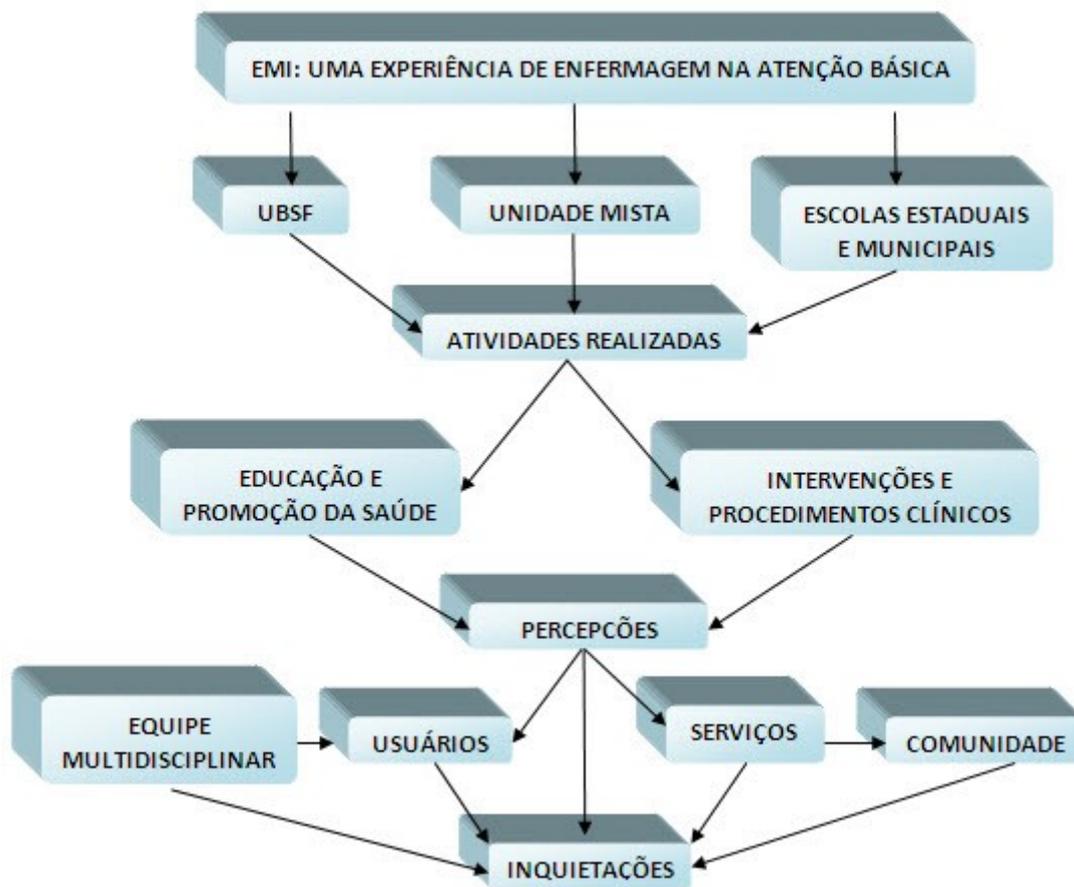
coordenação, cooperação e responsabilidade coletiva. Em saúde a equipe é sempre composta por profissionais diferentes que buscam responder a complexas demandas e necessidades apresentadas pelos usuários e instituições (CANOLETTI, 2008).

O relacionamento com o outro, seja ele usuário do serviço ou colega se mostrou complexo, pois as diversidades eram inúmeras, desde os comportamentos às idéias. No grupo de estágio tanto nas relações informais, quanto formais havia conflitos de valores e de subjetividades. No tocante aos usuários, foram observadas algumas resistências ao atendimento, sendo necessário considerar as realidades e conflitos vivenciados por eles.

Por último, foi ilustrado no diagrama, as inquietações que resultaram das ansiedades e aflições vivenciadas no transcurso do EMI e ao final dele. O estágio, não supervisionado, causou-me uma inquietação por apontar que estou saindo para o mercado de trabalho e ter receios quanto ao conhecimento adquirido na universidade, e o saber fazer no espaço de produção de saúde. Vivenciei momentos de medo e incerteza e percebi a importância que o conhecimento tem, pois apesar de não ter experiência profissional são possíveis grandes feitos quando se tem saber aliado a prática. É preciso arcabouço teórico e, muitas vezes, necessitei estudar antes de enfrentar mais um dia no serviço de saúde. Desse modo, percebi que a ausência de um professor supervisor foi primordial para que eu me sentisse uma profissional responsável por meus atos, apesar dos temores e inseguranças geradas por esta autonomia.

Descobri que as adversidades enfrentadas pelos profissionais são inúmeras e que as relações interpessoais são complexas, pois conduzem ao entendimento e respeito ao ser humano nas suas particularidades. Os serviços de saúde se apresentam deficitários quando não atendem as necessidades de seus usuários. O trabalho que realizei nas instituições me permitiu perceber a carência de alguns profissionais e a falta de material em alguns setores, bem como algumas condições estruturais irregulares nestes locais, diferentes daquelas preconizadas pelo ministério da saúde.

**Figura 1:** Diagrama de atividades e relato pessoal da experiência.



Fonte: Autora do relato.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste relato procurei elucidar as atividades realizadas na Atenção básica do município de Queimadas e realizar reflexões acerca das experiências e vivência enquanto acadêmica de enfermagem no EMI.

O trabalho em equipe permitiu uma experiência profissional que implica em condições que serão encontradas no mercado de trabalho e instituições aos egressos da graduação em enfermagem. A atuação como acadêmica de enfermagem nos serviços de saúde, com autonomia, trouxe um aprendizado que perpassa os conhecimentos gerados pelas leituras acadêmicas e sala de aula. Esta experiência é verificada pelo trabalho que diz respeito ao envolvimento com a Estratégia de Saúde da Família, atenção primária e escolas. Através do planejamento individual e conjunto para, de forma estratégica, atuar nas instituições e conhecer o funcionamento das mesmas.

O estudo permitiu o relato da trajetória percorrida na Atenção Básica do município de Queimadas e possibilitou estabelecer relação entre conceitos e embasamento científico com acontecimentos que, a princípio, se processaram como uma experiência de vida e representam a passagem da universidade para o exercício profissional. O desenvolvimento de atividades de enfermagem, fora do espaço acadêmico e sem a presença de um docente, facilita a percepção da importância de uma formação profissional comprometida com a sociedade e auxilia na identificação da deficiência presente nos estudos diários de sala de aula. Estes não são suficientes para suprir as demandas da população e da realidade social, que para serem efetivadas incluem a dimensão ética, cultural, individual e coletiva.

O profissional de enfermagem qualificado para intervir sobre os problemas de saúde deve entender o seu papel na equipe multiprofissional e promover a saúde integral do ser humano desenvolvendo ações de prevenção, proteção, promoção e recuperação dos sujeitos e comunidade. O relacionamento direto com colegas de estágio, trabalhadores, usuários e gestores da saúde permitiu a valorização do trabalho em equipe e diversidades existentes no meio social. Com a inquietação suscitada pelo anseio de buscar conhecimentos novos e reciclar antigos, gerando uma vontade de superar a dicotomia existente entre as políticas públicas e o exercício da saúde nos serviços.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, set.2003-fev.2004.

ARANDA, C. M. S. S. et al. **Manual de Procedimentos para Vacinação**. 4. ed. Brasília : Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer nº 3, de 07 de novembro de 2001, **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. 2001 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer n.º 1.133, de 07 de agosto de 2001, **sobre as Diretrizes curriculares da Medicina, enfermagem e nutrição**. Brasília, 2001 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SUS: princípios e conquistas** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 19 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2010 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios.** Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília : Ministério da Saúde, 2010 b.

BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do Humano - Compaixão pela Terra.** Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

CANOLETTI, B. **Trabalho em Equipe de Saúde e de Enfermagem: Análise Sistemática da Literatura.** São Paulo, 2008. 127 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações.** 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

FIGUEIREDO, N. M. A et al. **Ensinando a cuidar em Saúde Pública.** 1. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

FREIRE, P. **Política e Educação: Ensaios.** 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo.** In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda – PE, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Senso 2010 e informações estatísticas.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 02 Mar. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Assistência Médica Sanitária 2009.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 02 Mar. 2011.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, 2006.

MASCARENHAS, J. C. et al. **Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea. Diagnóstico do município de Queimadas, estado da Paraíba**, Recife: CPRM/PRODEEM, 2005.

MATTA, G. C. et al. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ EPSJV, 2008.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

OHARA, E. C. C. et al. **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**, 1978.

PARAÍBA, Universidade Estadual da Paraíba. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Departamento de Enfermagem. **Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem**. Campina Grande, 1999.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, 2001.

PEREIRA, C. M. O. **O Programa de Saúde da Família: a visão do enfermeiro sobre sua inserção na implantação do programa em belo horizonte**. Belo Horizonte, 2002. 146 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Estadual de Minas Gerais.

PEREIRA, I. B. et al. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, V.18, n. 1, Jan./Jun. 2004.

SANTOS, J. B. F. et al. **Recursos Humanos em Saúde: Diagnósticos e Reflexões**. 1. ed. Fortaleza: EdUECE, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS A. L. SUS, Modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. **IESUS**, V. 2, Abr/Jun. 1998.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, V. 10, n. 3, 2005.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, V. 8, set. 2001.

WATSON, J. **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 1999.