



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS

BRUNA BARBOSA CERQUEIRA

**MEMORIAL DE FORMAÇÃO: AS ESTAÇÕES PERCORRIDAS POR UMA
ENFERMEIRA RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA.**

CAMAÇARI- BA

2019

BRUNA BARBOSA CERQUEIRA

**MEMORIAL DE FORMAÇÃO: AS ESTAÇÕES PERCORRIDAS POR UMA
ENFERMEIRA RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado por Bruna Barbosa Cerqueira durante Residência integrada Médica e Multiprofissional de Saúde da Família da Fundação Estatal de Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz (FESF-SUS-Ba/ Fiocruz) como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Cristiane Marbly.

CAMAÇARI-BA

2019

INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família visa articular os conhecimentos adquiridos na graduação com a interdisciplinaridade profissional e a complexidade das dimensões objetivas e subjetivas do sujeito, que se inter-relacionam na vida e no cuidado à população (Nunes, 2005).

Desta forma, se exhibe como uma variação da prática assistencial em saúde, capaz de propiciar o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população. Seu propósito é preparar os profissionais de diversas áreas da saúde para trabalhar em equipe multidisciplinar na Estratégia Saúde da Família, com base nos princípios e diretrizes do SUS, onde direciona a atuação do profissional para atividades clínico-assistenciais aplicadas ao cuidado direto aos indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social (Gil, 2005).

Segundo Nascimento e Quevedo (2008):

É a partir da vivência prática nos serviços, permeada por um suporte pedagógico específico voltado para as necessidades da população, que se concretiza uma formação técnica e humanística, do profissional de saúde, uma vez que as situações-problema vivenciadas no cotidiano desses profissionais exigem ações que extrapolem o âmbito puramente científico/clínico.

Diante deste cenário de aprendizado/ formação voltado para conhecimento técnico e humanístico- onde se faz necessária constante reflexão acerca das experiências vividas durante o período da residência - o trabalho de conclusão fundamenta-se na escrita de um memorial ao qual trata-se de uma narrativa crítico-reflexiva pessoal.

Falar de memória significa idealizá-la sob um ângulo que enfatize a relação de interface entre a sua dimensão social e individual/psicológica. Além disto, a memória, enquanto construção social, situa-se num espaço que permeia a ação ideológica e a experiência social que o indivíduo possui acerca de suas experiências humanas (MISTAL, 2003).

A partir do exposto e alimentada pelas ações do lembrar e do recordar, das quais emergem das reflexões sobre mim, compartilho neste documento o meu processo de subjetividade e meus saberes profissionais que mais marcaram a minha trajetória como enfermeira residente em saúde da família.

MEMÓRIAS

“A memória é a consciência inserida no tempo.” (PESSOA, 2003)

ONDE E QUANDO TUDO TEVE INÍCIO:

No Hospital Salvador às 15:22 horas do dia 15 de dezembro de 1990 nascia uma menina de parto cesáreo na cidade de Salvador-BA. Meus pais Luciano Neves Cerqueira, desde a época comerciante, onde ainda possui estabelecimento de mercearia e padaria herdado pelo meu avô e Lucidalva Barbosa Cerqueira, hoje aposentada trabalhava como funcionária pública na função de secretária, já tinham um filho de 2,5 anos quando nasci. Como sagitariana, cresci com uma visão otimista do mundo e das pessoas, sempre questionadora e, por hora, realizando peripécias. Cresci em um lar íntegro. Estudei em um colégio católico durante todo meu fundamental, ginásio e ensino médio onde estreitei laços e obtive uma outra família.

RETROSPECTO: A ESCOLHA DA PROFISSÃO

Cada passo em nossa vida é feito de escolhas. Lembro de quando estava no final do Ensino Médio e eram aplicados testes vocacionais cuja cada vez mais obtinha respostas que me direcionaram para área de saúde, mas sem identificar qual categoria profissional que me faria seguir carreira. Recordo que desde minha infância adorava fazer papel de médica/ enfermeira (não discernia uma profissão da outra). Prestei vestibular e escolhi como primeira opção Enfermagem sem muita certeza dos deveres e direitos, assim como processo de trabalho da categoria. Iniciei a graduação em Enfermagem no ano de 2010.2 na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, onde em cada semestre eu passava por um processo de descoberta acerca do curso e gradativamente me identificava com a profissão ao qual dizem “gente que cuida de gente”.

Durante a graduação realizei dois estágios extracurriculares no CIAVE-BA e HEMOBA ao qual obtive um outro olhar sobre a enfermagem, valorização da mesma e mercado de trabalho. Confesso que houve tempos durante o curso que desacreditei um pouco da categoria, mas logo em seguida algum fato benfeitor acontecia e meu pensamento esvaia-se.

O título de Bacharel em Enfermagem foi-me auferido no dia 19 de dezembro de 2014 e sou grata pelos indivíduos ímpares que tive como mestres nesse ciclo da minha vida.

E AGORA ENFERMEIRA? TRAJETÓRIA BREVE:

Quando terminada a graduação pensei: melhor aproveitar a oportunidade e manter os estudos iniciando uma especialização. Assim, resolvi me matricular na pós-graduação de Enfermagem em UTI também na instituição de ensino Bahiana. Durante a graduação sempre tendenciei para alta complexidade; talvez devido à organização do setor e, com certeza, por não me apropriar do setor de UTI o suficiente para iniciar uma especialização na área. Não me arrependo de ter me especializado em UTI, mas compreendo que não se trata de primeira escolha em área de atuação como enfermeira.

Concluindo minha especialização em dezembro de 2016, disparei currículos presenciais e em bases virtuais na tentativa do primeiro emprego: sem êxito. Sempre exigiam experiência mínima de seis meses para os cargos, mas as únicas oportunidades que apareciam para adquirir a experiência eram como enfermeira trainee – trabalhar o dobro para ganhar a metade. Resistente, não aceitei e persisti na entrega de currículos quando, em meio a tantas idas e vindas visualizei o edital de Residência Multiprofissional em Saúde da família FESF-SUS- FIOCRUZ. Naquele momento percebi uma nova oportunidade de me reencontrar na Enfermagem, numa abordagem de especialização prática e em uma área cujo meus atributos pessoais e habilidades vão mais de encontro em comparação a minha especialização anterior.

Executei a seleção da prova objetiva e, dia 01 de março, recebi um e-mail com a convocação para apresentação e preenchimento da vaga, A residência em saúde da família concomitante ao “primeiro emprego” estava principiando.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é resultado de um processo de crescimento e amadurecimento profissional e pessoal onde, para expor melhor minhas vivências e minha relação com a residência, cindi meu memorial em estações. Relacionei esta nomenclatura devido a comparação que faço desses breves dois anos de especialização como uma pequena viagem onde percorri cachoeiras, vales e túneis e visualizei paisagens estonteantes. Por vezes pensei em descarrilar, mas eram pequenos desvios necessários para que eu chegasse ao meu destino.

Convoco então o caro leitor a embarcar comigo nesta viagem...

ESTAÇÃO: UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA- UMA CASA OU UM LAR DE SENTIMENTOS E APRENDIZAGEM?

Certa vez li um texto de Abgail Guimarães onde citava a diferença entre lar e casa, e aqui descrevo um trecho que me chamou a atenção: “Numa casa moram pessoas que mal se cumprimentam e se suportam. Num lar vivem companheiros que, mesmo na divergência, se apoiam e nas lutas se solidarizam”.

Ao chegar na USF Parque das Mangabas- região periurbana, de Camaçari com características peculiares como comunidade flutuante, de classe baixa e concentração de comunidade cigana- o impacto inicial não estava relacionado com as ações de enfermeira em saúde da família, mas sim com as relações interpessoais na equipe como um todo.

Considerando os princípios doutrinários do SUS, ressalta-se a integralidade do cuidado ao usuário, diretamente associado à interdisciplinariedade e o trabalho em equipe. Assim, o perfil dos profissionais em saúde devem atender à uma realidade onde a construção de novas práticas na Estratégia de Saúde da Família decorra de ações multiprofissionais articuladas em equipe, suprimindo o trabalho fragmentado por categorias profissionais e a hegemonia do poder técnico e político dos profissionais médicos. (ARAUJO; ROCHA, 2006). Mas então, como consolidar a ESF através de um trabalho em equipe onde, na mesma, há ausência de comunicação, empatia e organização conjunta?

Bem, foi neste cenário que eu, juntamente com meus colegas residentes do ano de 2017, iniciamos as atividades na unidade. Em uma “casa” repleta de conflitos e segregação, aos poucos fomos construindo um “lar”. Cada reunião de equipe máxima era um terreno hostil, fértil para desentendimento e inquietações. Confesso que, para mim, aquele espaço se estabeleceu como algo malquisto. Mas, com as mudanças anuais de profissionais do programa de residência e consequente saída de nossos residentes anteriores (R2), ocorreu uma pequena mudança de imediato tornando o ambiente mais ameno.

Na mudança gradativa “ de casa para lar”, cada profissional envolvido no cotidiano contribuiu de certa forma, alguns mais outros, infimamente. Neste sentido, além de destacar o papel essencial das preceptoras no progresso da restauração do trabalho em equipe, saliento a

figura do apoiador institucional, ao qual eu não detinha conhecimento até ingressar na residência.

Segundo Fernandes e Figueiredo (2015), o apoiador institucional exerce o papel de proporcionar reflexão nos sujeitos para que possam relocar-se nos planos das emoções e sentimentos, do conhecimento e entendimento, aumentando a eficácia das pessoas em lidar com questões singulares e tornando-as objeto de autoconhecimento e transformação. Trata-se também de um suporte nas funções gerenciais, complementando as ações de coordenar, supervisionar e avaliar o serviço.

Perante estas atribuições descritas e ao olhar para o momento em que abordo nesta estação, evidencio o quanto o primeiro apoiador que acompanhei na unidade desempenhou sua função com primazia. Após as primeiras semanas de adaptação em meio ao caos, o processo de trabalho ganhou uma forma mais organizada e os profissionais passaram se empenhar e trabalhar como equipe.

Concomitante a isto, em meio a tantas informações e ações que a enfermeira ESF deve desempenhar, houve momentos que me senti inábil para atuar como tal e precisei buscar fontes para incorporar conhecimentos que me auxiliassem no cotidiano, além de contar com o apoio da preceptora de núcleo sempre que necessário.

Conforme Backes et al (2012), o enfermeiro é reconhecido por compreender o indivíduo como um todo, assim como a habilidade de acolher e identificar-se com as necessidades e expectativas do ser humano. Empatia, vínculo e mediação de diálogo entre os usuários e a equipe de saúde da família, são saberes de domínio do enfermeiro. Responsável por encaminhar e otimizar as intervenções de cuidado em saúde, considera tanto o conhecimento técnico como o saber popular/do usuário.

Neste misto de atribuições e figura representativa da equipe de saúde da família, me encontrei profissionalmente e me certifiquei que lidar com promoção e prevenção em saúde, com população vulnerável socioeconomicamente e estabelecimento de vínculo é excessivamente mais complexo do que nos é apresentado na graduação e demasiadamente gratificante também. Meus descontentamentos, digamos assim, com a ESF é a falta de compromisso por parte de alguns profissionais e, principalmente, a desvalorização da Atenção Primária por parte dos níveis secundários e terciários de atenção.

ESTAÇÃO: DE CARONA COM O TERRITÓRIO

Em determinada ocasião escutei de uma servidora da unidade a seguinte expressão: “ Nós somos os trihos e vocês, residentes, são como o trem que está apenas de passagem”. A leitura de que nossa trajetória na unidade é breve e a unidade e comunidade permanecem me fez refletir e ratificar o pensamento que eu devo compreender a realidade local e do usuário e isso não é possível apenas entre as quatro paredes da unidade/do consultório ou em uma visita domiciliar planejada. A oportunidade que obtive para de fato estar mais próxima da população e do que é tangível para tal foi através da reterritorialização.

Como residente em saúde da família havia lido materiais durante a graduação e debatido em rodas do programa de residência o tema territorialização mas nunca acompanhado o processo em si, ao qual tive o privilégio de participar no mês de setembro de 2017.

Sempre em momentos de planejamento de ações ou na tentativa de traçar o diagnóstico situacional do território adstrito de Mangabas surgia o mesmo problema: territorialização incompleta, sem número total de cadastros. Em conversa com outras unidades da região 4 e até expandindo para outras USF's de Camaçari, observei que a falta de uma territorialização bem definida é algo peculiar do município, não apenas centrado em Parque das Mangabas.

Em alguns momentos foi tocado de reiniciar o processo de territorialização argumentando-se da necessidade do mesmo, mas sem apoio de todos da equipe máxima. Foi quando, em um momento épico de uma reunião geral em agosto/ 2017, manifestou-se a proposta.

Estávamos explanando sobre o fluxo do acolhimento e cardápio de oferta de serviços, quando inquietações relacionadas à equipe 1 mais sobrecarregada que as outras e ACS com mais usuários/ famílias cadastrados que outros, dentre outras, surgiram. O apoiador de núcleo e a preceptora de odontologia problematizaram sobre a territorialização e lançaram a proposta de toda a equipe durante uma semana se disponibilizar -mantendo acolhimento e serviços indispensáveis- para reiniciarmos a leitura da área, iniciando pela área da equipe 1.

Finalmente, após algumas discussões à respeito, todos apoiaram a ideia e agendamos o mutirão para a semana do dia 11 ao dia 15 de setembro.

Pereira e Barcellos (2006) discorrem o território como indicador das dimensões social, política, cultural, econômica e naturalista; descendente da correlação dos processos sociais e espaço físico. A partir desta concepção concebe-se o território como algo modificável na

sucessão dos tempos exigindo constantemente territorialização e reterritorialização. Congruente a esta ideia, em meio às atribulações de entrar e sair das casas, cumprimentar usuários e responder os questionários das fichas de e-sus durante o cadastramento, utilizei de imagens observadas que chamasse minha atenção para identificar potencialidades e situações críticas.

Além da particularidade de ser uma população flutuante e por isso constar várias casas fechadas, é notável a condição de vida precária das pessoas que ali residem. Poucas casas fazem uso de água filtrada para consumo e nenhuma possui rede de esgoto, sendo utilizadas fossas. Algumas pessoas não havia realizado nenhuma refeição do dia. Os arredores das casas- espaço que as crianças utilizam para lazer- são repletos de barro e areia, além da presença de muitos animais como cachorros e gatos e esgoto a céu aberto. Há localidades com pontos de tráfico de drogas e o território dispõe de poucos dispositivos sociais e de lazer. Encontra-se basicamente igrejas e terreiros, a associação de moradores- muito utilizada pela comunidade e a USF- e atividades voltadas para os jovens da comunidade como capoeira e jiu-jitsu.

Atentei-me para cooperação e apoio entres os membros da comunidade (muitas famílias contam com ajuda do vizinho, por exemplo) e a comunidade cigana. Sempre observei na USF considerável quantitativo de ciganos circulantes e, no território, pude acompanhar um pouco da cultura dos mesmos.

A territorialização permitiu aperfeiçoar meu processo de trabalho mediante o planejamento de ações e intervenções e prestação de orientações e alternativas mais condizentes com a realidade da população. Ademais, compreendi a frequência de alguns diagnósticos comuns e problemas locais.

E como pessoa? O que me permitiu? Nesta estação a carona com a territorialização me levou à uma parada na gratidão. Da gratidão ao olhar o próximo com o coração, não ser apenas empática. Ser grata e ser (mais) humana.

ESTAÇÃO: SONHOS E ANGÚSTIAS

“Sonhar é acordar-se para dentro.” (QUINTANA, 2010)

Durante a residência e sobretudo no período de R1 muitos entraves surgiram e a minha percepção do “que é o SUS e SUS para todos” mudou drasticamente. Sempre soube da

precariedade de recursos material/humano e da infraestrutura mas, além disso, o SUS não possui uma funcionalidade melhor devido ao comodismo de próprios profissionais atuantes. Diante do esforço, doação e dedicação diária na unidade, quando alguns usuários me retornavam que não obtiveram êxito na busca do atendimento pelo encaminhamento apenas por má vontade do profissional um sentimento de indignação me tomava e várias vezes foi preciso realizar a ação descrita na frase de Mário Quintana supracitada. Precisei olhar para mim e buscar desejo e força para não deixar o desânimo e desmotivação influenciar no sonho do SUS que -pelo menos eu como profissional do SUS no momento estabelecida- poderia ofertar.

Em meio a este misto de sensações e sentimentos destaco ações em promoção de saúde que me marcaram devido ao processo para realizá-las.

Um dos marcos diz respeito à um sábado no território que programamos para o outubro rosa. Neste serviço as ofertas eram: sala de espera, orientações em grupos menores com esclarecimento de dúvidas levantadas a respeito dos exames oferecidos (clínico, mama e preventivo), preventivo e exame físico. Com planejamento completo, eis que surge a liminar nos autos do processo judicial nº 1006566-69.2017.4.01.3400 que tramitou na 20ª Vara do DF ao qual incidiu parcialmente na portaria Nº 2488/2011 do MS, onde suspende a solicitação e avaliação de exames pelo enfermeiro. Ou seja, naquele momento e com a brevidade da data de nossa ação estávamos impossibilitadas de realizar o preventivo e qualquer outro procedimento análogo.

Nós, enfermeiros, realizamos a nossa assistência direta ao usuário na ESF com solicitação de exames há 20 anos. Algo que foi conquistado com total embasamento e reconhecimento do nosso importante papel na atuação principalmente de pré-natal, testes rápidos, atenção à mulher e combate/controlado de Hanseníase e TB.

O que mais me entristeceu foi o real cenário ao qual o juiz deferiu esta ação judicial. Nenhum, eu digo nenhum, dos médicos da AB ao qual estabeleci contato era a favor de tal medida. Esta ação foi um total desmonte ao SUS, total descrédito a classe de enfermeiros, afronta ao direito de saúde da população (sim, serão os mais prejudicados) apenas por interesse político.

Além da suspensão do outubro rosa, o processo de trabalho na unidade foi totalmente fragmentado e sobrecarregou os médicos, causando espera nos atendimentos. Nos capítulos seguintes deste episódio, houve posicionamento dos conselhos de outras categorias, do MS,

entre outras instituições, em apoio ao COFEN. Após posicionamentos incisivos, o juiz federal revogou a liminar e retomamos à todo vapor para reorganizarmos o processo de trabalho. Assim, o nosso outubro rosa deslocou-se para nosso “Janeiro Rosa” e ocorreu como planejado, sem demais surpresas e como um dia ímpar.

Destaco também o grupo Arte de Viver. Trata-se de um grupo de convivência desde 2015, criado juntamente com a população e equipe de saúde. Quando iniciamos a residência o grupo estava com atividades suspensas e uma das dificuldades que enfrentamos foi retomar este grupo com um quantitativo significativo de pessoas. Tivemos a ideia (juntamente com usuários que nos auxiliaram nesta fase) de realizar uma caminhada convocando os moradores à conhecerem o grupo. Também realizamos uma festa de aniversário do grupo para a comunidade, onde foi muito importante a divulgação e incentivo para que as pessoas comparecessem no espaço.

Hoje, o que desperta a minha atenção é que independente das oscilações de membros integrantes (às vezes mais ou às vezes menos) e da presença de um ou mais profissional de saúde, os encontros acontecem entre eles mesmos por se identificarem como parte de um todo e algo que pertence à eles. Ademais, devido as reuniões se passarem na associação ao invés da unidade proporciona mais autonomia e liberdade para que os usuários assegurem este espaço. No grupo são debatidos vários temas de saúde, bem-estar, empoderamento feminino, práticas de educação física ou integrativas- como auriculoterapia e lian gong- ou até mesmo comemorações sociais de aniversários e datas importantes como Natal; temas estes que são levantados pelos próprios usuários. Composto na sua maioria por mulheres de 40-66 anos, cada dia em presença no grupo é um aprendizado. É um momento leve, sutil e gratificante de ser mediado, além dos membros serem bastante participativos.

A adoção de estratégias na promoção e educação de saúde como grupos, incorpora a noção de apoio social sem abstrair a perspectiva de mudança nas condições de vida e saúde na comunidade, além de favorecer o princípio da integralidade ao considerar os saberes da população. É possível realizar educação no processo saúde-doença e empoderar a população na participação do exercício da cidadania. Mantendo a realidade social. (SILVA et al, 2006).

Ainda nesta concepção de grupo, durante o período de R1 nós, enfermeiras, iniciamos uma consulta coletiva com gestantes. A ideia surgiu principalmente devido a minha agenda de

atendimento de pré-natais nunca ser suficiente para garantir todas as consultas demandadas, precisando interferir em outros espaços da agenda reservado para outras atividades- como visita domiciliar. Eu era a enfermeira de referência da equipe 1, ao qual frequentava mais a unidade devido a proximidade e, entre outros aspectos, buscavam mais os serviços da unidade. A enfermeira da equipe 3 me auxiliava nos atendimentos pois possuía menos gestantes para prestar atendimento, mesmo assim a oferta ainda era insuficiente.

Então, os residentes em conjunto com a preceptora de enfermagem criou a consulta coletiva onde era dividida em dois momentos: o primeiro em que as gestantes permaneciam reunidas e abordávamos sobre vários assuntos pertinentes durante a gestação de forma lúdica e, o segundo momento no qual realizamos a consulta individual para escuta qualificada e exame físico. Desta forma conseguimos driblar a dificuldade de oferta de atendimento e construímos uma agenda baseada na quantidade de gestantes.

A atividade coletiva agradou a todos, as gestantes conversavam entre si apoiando uma a outra e, até mesmo quem havia participado do encontro anterior, marcava presença no seguinte apenas para este primeiro momento. A turma posterior de residentes deu continuidade a esta ação, o que é de grande importância para a manutenção da organização no processo de trabalho e para a educação em saúde.

ESTAÇÃO: ACOLHIMENTO; DO LATIM ACOLLIGERE

Ao chegar na unidade e me deparar com minha agenda semanal observei escrito: Acolhimento. Derivado de acolher; sinônimo de abrigar, apoiar, amparar, escutar e orientar o usuário. Ou seria acolhimento derivado de triagem com classificação de risco- atendimento prestado conforme necessidade identificada. Ou, ambas as situações e mais um pouco de tudo.

O acolhimento como diretriz operacional em PSF originou um espaço terapêutico para conversa, interação e integração de trabalhadores e usuários, estímulo ao autocuidado, melhoria de acesso, visibilidade ao profissional não médico e atendimento humanizado com possibilidade de ser coletivo- multiprofissional. Após ouvir a demanda dos usuários são realizados os encaminhamentos adequados para os profissionais da própria unidade ou para serviços de referência (ROCHA ; SPAGNUOLO, 2015).

Preconizado na Política de Humanização, o acolhimento como serviço de demanda espontânea na USF encontramos desde casos de alta complexidade como IAM ao qual faz necessário o encaminhamento, como um usuário em crise de ansiedade precisando apenas que alguém lhe ofereça atenção e escuta. É importante avaliar tanto o sofrimento físico como psíquico este último, por se tratar de algo mais empírico acaba passando despercebido.

Quando me deparei com o tipo de abordagem neste serviço, senti uma dificuldade inicial: falta do olhar clínico. Durante a graduação e em outros âmbitos de atuação da categoria de Enfermagem, não somos estimuladas a identificar a clínica. Não se trata de deferir diagnóstico, mas de detectar o que é atendimento médico e o que pode ser solucionado pela equipe multiprofissional. Lembro que geralmente minhas dúvidas eram relacionadas à problemas dermatológicos - bastante comuns na região- e que, na maioria dos casos, havia resolução com a prescrição de Enfermagem, mas rapidamente obtive respostas com auxílio da preceptora, casos clínico associados e leituras.

Parte dos residentes não possuem afinidade pelo acolhimento devido à incerteza do que virá e da sobrecarga, muitas vezes, da quantidade de usuários para prestar atendimento. Mas para mim, foi um dos serviços que eu mais agreguei conhecimento, pratiquei classificação de risco e o “dizer não” (usuários tentam resolver no acolhimento situações que demandam consulta), além de desenvolver habilidade de escuta, paciência e relacionamento interpessoal- que como minha consagrada avó diz :“jogo de cintura”.

ESTAÇÃO: SAINDO DO NINHO E EXPLORANDO DISPOSITIVOS

Após esta estação sigo a viagem durante o período de R2 em três eixos de vagões: eixo da linha de cuidado, eixo eletivo e eixo da gestão; respectivamente em ordem pelo qual segui viagem para meu destino.

Vagão Linha de Cuidado de Reabilitação:

Após a vivência como R1 dedicada à USF Parque das Mangabas, iniciei meu período como R2 no estágio optativo voltado para o Eixo de Reabilitação. Em primeiro momento, confesso que não indiquei o eixo como prioridade até porque não sabia muito à respeito da linha de cuidado e possuía preferência pela vigilância epidemiológica. Mas fiquei curiosa acerca de como funciona esta rede.

Em primeira instância, eu e meus colegas de estágio conhecemos o CEMPRE (CER II de reabilitação física e intelectual) para depois nos introduzirmos no campo de estágio do Centro de Especialização Odontológica- CEO. Nesse início de optativo, tentei entender como poderia contribuir como residente e também a rotina e funcionamento do serviço. Para isso, me aprofundi teoricamente em algumas portarias/decretos que norteiam a rede necessária e os direitos dos deficientes- por exemplo a 1.303, 6.949 e 793- assim como a Política Nacional. Neste estágio permanecemos mais no CEMPRE devido às intervenções do GAP. Admito que me senti deslocada no eixo de reabilitação devido à falta de suporte por parte da preceptoria, e falta/ troca de apoiador matricial, mas meu trio de estágio foi suficiente para realizarmos boas ações de intervenção.

De início foi notória a dificuldade de comunicação entre os pontos da linha de cuidado, a famosa articulação de rede. O CEMPRE trata-se categoria CER II e é referência regional para 5 cidades. Outros tipos de deficiência- como auditiva- precisam ser encaminhadas para município de referência que no caso é Salvador. A proposta é ampliar o CER mas eles não contam com um registro oficial que componha o número de indivíduos que necessitam de referenciamento para outros Municípios, prejudicando a comproabilidade da necessidade dessa ampliação.

Além da rede de saúde, quando se trata de deficiência seja ela física ou intelectual, é necessário interagir também com a secretaria de educação e conhecer os dispositivos de educação especial. Notamos que a compreensão de funcionamento da rede era centrada em um ou dois profissionais e não possuíam um fluxo de encaminhamento para cada serviço, sendo algo muito interpretativo do profissional que prestou atendimento no momento.

O MS (2009) descreve que a rede de atenção à saúde é constituída pelo agrupamento de serviços e equipamentos de saúde disponíveis num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Uma articulação efetiva necessita de relacionamento entre os pontos da rede e uma padrão de comunicação- referência e contra-referência.- para garantir a integralidade da atenção.

Dadas as circunstâncias e observações realizadas, construímos uma cartilha voltada para os profissionais com todos os dispositivos da rede de reabilitação constando o contato, endereço, serviço ofertado e perfil para encaminhamento. Para isto, visitamos e/ou estabelecemos contato com cada instituição a fim de realizarmos o levantamento das

informações. Estas cartilhas foram entregues posteriormente em matriciamentos realizados nas unidades e disponibilizada no CEMPRE e CEO; mapeamentos parte do território adstrito das unidades de Nova Aliança e Phoc Caic em relação a acessibilidade de deficientes físicos para em um encontro sequente com o Departamento de Desenvolvimento Urbano explicar, na tentativa de mobilizar para uma melhoria/ adaptação necessária conforme direito concebido à população referida.

Desta forma, compreendi como funciona a rede de reabilitação em Camaçari, qual o perfil dos usuários atendidos no CER II e CEO e o funcionamento dos serviços. Percebi o quanto importante é matriciar sempre os residentes e servidores públicos acerca da rede geral de Camaçari. Como experiência própria, se eu tivesse o domínio da rede que hoje obtenho teria otimizado meu trabalho e orientado melhor o usuário.

Vagão Eletivo- CIAVE:

Eis o ditado popular para estes quase dois meses de estágio: “O bom filho à casa retorna”. O Centro de Informação Antiveneno foi a minha escolha para o período do estágio eletivo,

Durante a minha graduação e busca por estágios extracurriculares me interessei pela área de intoxicação e, após a aprovação na prova objetiva e entrevista, iniciei o meu estágio no Centro de Informação Antiveneno da Bahia (CIAVE- BA).

Localizado em Salvador e anexo ao Hospital Geral Roberto Santos, o CIAVE atua em plantões de 24 horas na orientação, diagnóstico, terapêutica e assistência presencial e atendimento telefônico (0800) de pacientes intoxicados. Oferece análises toxicológicas de urgência, identificação de animais peçonhentos e plantas venenosas, manutenção e distribuição de antídotos e de soros anti-peçonhentos, capacitação em municípios por toda extensão da Bahia e a toxicovigilância- principal função. Apesar de ser referência para Bahia, eventualmente presta suporte para demais cidades de outros estados brasileiros.

Neste segundo momento no centro, pude acompanhar o funcionamento de todos os setores: toxicovigilância, laboratório, biologia, veterinária, farmácia (armazenamento e distribuição de soros e antídotos), atendimento de psicologia e plantão- onde eu permanecia na época da graduação, além de me aprofundar em estudos científicos a respeito.

O trabalho realizado pelo centro apesar de valioso possui pouca visibilidade e é ignorado por considerável quantitativo de profissionais. Durante os atendimentos observamos o quão desconhecida é a área de intoxicação (até mesmo por não haver uma especialização direcionada) e a dificuldade que os profissionais possuem em identificar e tratar os casos. Muitas vezes o diagnóstico é tardio e o tratamento ineficaz (problemas com dosagem de antídotos são comuns) o que pode acarretar em sequelas ou até mesmo o óbito.

O que certamente despertou a minha atenção foi a elevada ocorrência de intoxicação por circunstância de tentativa de suicídio (TS). Em regiões distantes da metrópole é mais comum acidentes ofídicos, escorpionicos ou aracnídeos e até mesmo ingestão de substâncias tóxicas acidentalmente, mas região metropolitana é marcada pelas TS. No CIAVE é prestado atendimento de psicologia para os casos mais graves e recorrentes e a consulta coletiva com dinâmicas em grupo e práticas integrativas em saúde é bastante aplicada.

Diferentemente do estágio, como enfermeira formada e residente em saúde da família pude realizar uma leitura melhor dos sinais de um suicida em potencial, associar a clínica com maior clareza e entender como funciona a toxicovigilância na investigação de óbitos, por exemplo.

Se faz necessário uma divulgação maior do Dique Urgência Toxicológica, não só para orientação sobre o caso clínico mas para notificação no sistema (SINITOX) e, posteriormente, atualização dos dados no SINAN. Só é possível progredir nesta área reconhecendo que as ocorrências por intoxicação são habituais, necessita de intervenções mais incisivas e os profissionais precisam se corresponsabilizar e buscar capacitação para atuarem efetivamente.

Vagão da Gestão- DICOR:

O último estágio da residência foi no serviço da DICOR, que é a central reguladora de Camaçari. Durante a residência presenciei a mudança na regulação de descentralização das marcações de exames. Antes todas as marcações eram realizadas na central e, com a ideia de diminuir as filas e organizar o fluxo, a central disponibilizou reguladores nas USF's para realizarem marcação de exames de baixa e alguns de média complexidade. Mesmo com esta medida, sempre escutei as queixas dos usuários insatisfeitos com o sistema.

Como profissional da ponta (USF), desconhecia o fluxo da regulação e não sabia informar sobre os serviços ofertados e como buscá-los, então tratava-se também de uma

curiosidade pessoal compreender serviço. Então, vi neste estágio uma oportunidade de entender o funcionamento da rede e escutar as dificuldades dos trabalhadores do serviço.

Uma das portarias do MS que regulamenta as atividades da Regulação é a 1.559 de 01/08/2008, onde tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população, englobando prestadores públicos e privados para assegurar o princípio da integralidade na continuidade do cuidado ao usuário. Ademais é de responsabilidade o controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS.

Sem uma preceptora de referência para nos orientar e acompanhar, nos articulamos com cada coordenação para que vivenciássemos o processo de trabalho particular de cada setor, entendendo o funcionamento do DICOR. Desta forma, permeamos pelas coordenações de Faturamento, Administrativa, Terapia Renal Substitutiva- TRS, Transportes- TFD, APAC's, Sistemas (Vida e Lista Única), Serviço de Atendimento ao Usuário- SAUS e Controle e Avaliação- CONAV; além da diretoria.

Após observar o funcionamento da DICOR, compreendo a dificuldade em realizar algumas funções próprias devido à demandas menores. Por exemplo, mesmo com a descentralização da central de marcações para as unidades de referência muitos usuários ainda buscam o serviço para marcação de exames/ consultas que estão disponíveis no bairro onde residem e acaba abrindo muitas "exceções" de marcação, que não deveriam mais ser realizadas no departamento. Outra dificuldade observada foi da diretora desempenhar sua função, pois os usuários e representantes de conselhos tomavam quase totalidade da agenda diária para discutir/ resolver assuntos que cabem a outras coordenações da DICOR.

Em meio a troca de todos os reguladores e implantação de novo sistema CRM no lugar do Sisreg e mudança de local do departamento, a Dicor reconheceu este momento como oportuno para " fechar as portas" de vez para estas demandas que não deveriam ser supridas lá. Concordo que as marcações não devem ser realizadas no local, mas a ideia futura de migração de APAC's e TFD (burocracia de exames de alta complexidade e terapia fora domicílio) para as unidades acredito ser inviável. Depois de acompanhar o processo de trabalho dos setores é impossível um ou dois reguladores se articularem para resolver demanda de três setores diferentes da central, onde cada setor possui pelo menos dois funcionários. Além disto, as APAC's de ressonâncias necessitam de aprovação do médico

regulador que está presente na central. Todo o fluxo teria que ser reformulado e pressuponho que atrasaria a autorização.

A respeito do formato de não haver uma pessoa de referência no campo, não me senti tão prejudicada porque acompanhamos os setores e os treinamentos mas não iniciamos um produto. Eu e minha colega de estágio nos relacionamos bem e conseguimos pactuar os dias e agenda com os funcionários, que também se demonstraram abertos para isso. Mas, tratando-se de uma residência que busca sempre uma contribuição produtiva, sem uma preceptora fixa, presumo que será irrealizável qualquer criação por conta apenas dos residentes. Diante deste obstáculo, saliento que foi importantíssimo entender a rotina do departamento e ter conhecimento do que é ofertado em Camaçari ou o que precisa ser regulado intermunicipalmente.

Falando sobre produto, houve um turno que nos reunimos com as outras duas residentes no DAB para conseguirmos executar uma solicitação direta do gabinete do subsecretário em tempo hábil. Tratava-se de um pedido direcionado para as residentes para iniciar a cotização das vagas da regulação. Como se tratava de uma requisição de nosso campo de estágio, fomos colaborar com os dados.

Então, a minha inquietação era: como cotizar algo sem um perfil/ diagnóstico situacional e, na falta do mesmo, sem ao menos a população específica de cada território?

Os únicos dados concretos que o DAB possui acesso são da população total cadastrada de cada unidade e foi o que nos passaram. A partir disto, com a porcentagem de referência do IBGE para cada grupo populacional (ex: porcentagem de mulheres e homens, de adolescentes, crianças menores de 5 anos, gestantes, etc), calculamos uma média em cima da população geral de cada UBS e USF. Conseguimos extrair os públicos alvos para cotizar os exames e consultas mais próximo possível da realidade de cada território. Com isso, podemos basear por exemplo, o número de mamografias disponíveis para cada unidade.

Além da planilha com esses dados ser utilizada como apoio para a cotação da DICOR, podem ser usadas nas unidades para planejamento de ações no território e conhecimento da realidade local. Ademais, podem ser trabalhados números com base em percentuais de patologias como HAS e DM, a fim de compará-los com os registros da unidade e realizar o monitoramento e avaliação. Cada profissional com acesso aos dados irá direcioná-los com finalidade para o necessário no momento.

ESTAÇÃO: O DESEMBARQUE RUMO UMA NOVA VIAGEM

“O tempo corre, e as nossas sensações com ele se modificam.” (ASSIS, 1873)

No decorrer dos dois anos da residência, quando eu esperava ansiosamente por um evento, ou pela mudança de R1 para R2 minha percepção era de lentidão no tempo que passava. Quando estava dedicada a me aprofundar em algo ou entretida e empolgada com alguma ação minha percepção era de rapidez no tempo que passava. Até chegar o momento que não há de se preocupar com o tempo e sim perceber a conversão que ele possibilita sem ao menos captarmos os nossos movimentos. Na frase supramencionada, Machado de Assis refere o tempo e a mudança nas sensações. Eu refiro esse tempo como residente mudanças nas sensações, no comportamento, profissionalismo e autoconhecimento.

Quando iniciei a residência não estava certa de que me identificaria com Estratégia de Saúde da Família. Apesar de não possuir dificuldade em me expressar e comunicar, me sentia pressionada e achava uma área de atuação um tanto quanto engenhosa de lidar. Ao término do curso, me reconheço mais protagonista, mais autoconfiante, motivada e principalmente destemida e apaixonada pela ESF. Só tenho à agradecer pelo processo de aprendizado ímpar e as pessoas que convivi e conheci na residência. Fui abençoada por ter em maioria colegas de trabalho parceiros e preceptoras que exercem sua função com maestria.

Encerro meu memorial dando continuidade a analogia. Como profissional e pessoa mais preparada para buscar outros rumos, seguirei outras viagens não mais de trem, pois o caminho não será mais o mesmo, mas de navio ou avião. Navegarei por mares calmos e turvos assim como sobrevoarei junto às nuvens e em meio à turbulências. O importante é a determinação de chegar ao destino sempre desfrutar do que a viagem pode oferecer.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família.** *Rev Ciencia e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
- ASSIS, M. **Contos Vol.II- Histórias da Meia Noite.** Ed. Garnier. Rio de Janeiro, p. 13, 1873.
- BACKES, D.S. et al. **O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família.** *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n.1, p. 223-230, 2012.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.559 de 01 de agosto de 2008.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 20/03/2019.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Redes de Produção em Saúde.** Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf. Acesso em: 02/04/2019.
- FERNANDES, J.A.; FIGUEIREDO, M.D. **Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas.** *Physis: Rev Saúde Colet*, v. 25, n. 1, 287-306, 2015.
- GIL, C. R. R. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar.-abr. 2005.
- MISTAL, B. **Theories of social remembering.** Maidenhead, Philadelphia: Open University Press, 2003
- NASCIMENTO, D. D. G.; QUEVEDO, M. P. **Aprender fazendo: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na qualificação de profissionais da saúde.** In: BOURGET, M. M. M. (org.). *Estratégia Saúde da Família: a experiência da equipe de reabilitação.* São Paulo: Martinari, 2008. p. 43-59.
- NUNES, E.D. **Pós-Graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas.** *Physis: Rev Saúde Colet* 2005; 15(1):13-38.

PEREIRA, M.P.B; BARCELLOS,C. **O território no Programa de Saúde da Família.** *Rev Hygeia*, 2(2):47-55, jun 2006. Disponível em: www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/651/2/BARCELLOS_Programa%20de%20Saude%20da%20Familia_2006.pdf. Acesso em: 27/02/2019.

PESSOA, F. **Aforismos e Afins.** *Ed. Companhia das Letras.* São Paulo, p. 20, 2003.

QUINTANA, M. **Para Viver com Poesia.** *Ed. Globo.* Porto Alegre, p. 14, 2010.

ROCHA, S.A.; SPAGNUOLO, R.S. **Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família.** *Rev Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 2015. v. 39, n. 104, p. 124-135.

SILVA, M.A. et al. **Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social.** *Cogitare Enferm* ,Paraná. 2006; p.143-149.