



PROGRAMAS  
INTEGRADOS  
DE RESIDÊNCIAS

## **CAMILA CONCEIÇÃO SANTANA**

### **MEMORIAL:**

Uma profissional de enfermagem desbravando a Saúde da Família

**CAMILA CONCEIÇÃO SANTANA**

**MEMORIAL:**

Uma profissional de enfermagem desbravando a Saúde da Família

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à  
Fundação estatal Saúde da Família e Fundação Osvaldo  
Cruz – BA para certificação como Especialista em Saúde  
da Família

Orientadora: Renata Oliveira

Camaçari  
2019

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....                             | 3  |
| 1. CAPÍTULO I - APRESENTAÇÃO/IDENTIFICAÇÃO .....                | 4  |
| 1.1 – MINHAS ORIGENS / ESCOLHENDO A GRADUAÇÃO .....             | 4  |
| 1.2 - MINHA IDENTIFICAÇÃO COM A GRADUAÇÃO.....                  | 6  |
| 2. CAPÍTULO II - RESIDENCIANDO NA SAÚDE DA FAMÍLIA .....        | 10 |
| 2.1 CAMPO DE ATUAÇÃO.....                                       | 10 |
| 2.2 O PRIMEIRO ANO DA RESIDÊNCIA (R1) – VIVENDO O R1.....       | 11 |
| 2.3 O SEGUNDO ANO DA RESIDÊNCIA -INÍCIO DO R2 – TRANSIÇÃO ..... | 15 |
| 2.4 O ESTÁGIO OPTATIVO NA GESTÃO .....                          | 16 |
| 2.5 - O ESTÁGIO ELETIVO.....                                    | 18 |
| 2.6 O ESTÁGIO NA LINHA DE CUIDADO – LINHA DE MENTAL.....        | 22 |
| 3. CAPÍTULO III – REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA .....                | 24 |
| CAPÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                        | 25 |
| REFERÊNCIAS:.....   | 27 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco  
ACS - Agentes Comunitárias de Saúde  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas  
CAPS IA– Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência  
CIAVE – Centro Antiveneno da Bahia  
FESF – Fundação estatal Saude da Família  
FIOCRUZ- Fundação Osvaldo Cruz  
HGRS - Hospital Geral Roberto Santos  
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família  
PSF - Programa de Saúde da Família  
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial  
RN - Recém-Nascido  
SESAB – Secretaria de Saúde da Bahia  
SINAN - Sistema de Informação de Agravo de Notificações  
SUS- Sistema Único de Saúde  
USF - Unidade de Saúde da Família

## 1. CAPÍTULO I - APRESENTAÇÃO/IDENTIFICAÇÃO

### 1.1 – MINHAS ORIGENS / ESCOLHENDO A GRADUAÇÃO

Cresci sem ter referências diretas de familiares atuantes na área da saúde, tinha alguns tios que atuavam indiretamente na área, na verdade que eu me recorde bem, tinha apenas um tio que atuava na administração do único Posto de Saúde do pequeno município em que nasci e cresci, Salinas da Margarida-Ba, mas não o suficiente para influenciar-me.

Acreditava no potencial e tinha uma grande admiração aos profissionais que cuidavam de pessoas, “tiravam a dor” e por vezes, “provocava a dor” momentânea para livrar-me de enfermidades. Neta de pescador, marisqueira, comerciante e professora, filha de pescador e professora, desde que comecei a pensar um pouco sobre qual profissão queria seguir quando crescesse, queria ser muita coisa, ou melhor, um pouco de cada uma, hoje consigo me reconhecer dentro de um perfil de pessoas que possuem aptidão em gostar e identificar-se com linhas bem distintas simultaneamente.

Visualizava muita importância e respeito no professor e por infinitas vezes reproduzir em meu mundo ilusório as palavras e ações que minha mãe utilizava ao ministrar aulas em uma escola de ensino fundamental I, ficava observando e repetia com meus alunos imaginários. Dedicava-se de uma forma admirável aos seus alunos, executava inúmeras ações de cuidado, ouvia, acolhia, advertia, repetia a mesma coisa por várias vezes e ao final de um certo período era gratificada com o êxito classificado do mínimo ao máximo de aprendizado adquirido pelos discentes, afinal, a depender da história, cada “pequeno avanço” pode ser “um grande avanço”.

Desde então, percebi que apresentava uma afinidade com o cuidado para o outro, sempre gostei demais de pessoas, seres vivos, grande é a satisfação em poder minimizar o sofrimento/angústia do outro.

Durante minha primeira infância fui filha única, devido a isso frequentemente era presenteada com animais de estimação, “vou fazer seu curativo” e “vou lhe dar uma injeção” eram algumas das minhas frases prediletas aos meus animais. Acredito que proveniente a esse histórico me via repleta de dúvidas entre ser professora ou médica veterinária, até que com um pouco de amadurecimento veio o discernimento ponderante e comecei a achar um tanto desgastante a pedagogia, tendendo-me a optar pela medicina veterinária.

Acreditava que nessa formação conseguiria adicionar o cuidado ao amor pelos

animais, porém, após as perdas de alguns dos meus bichos de estimação, comecei a frustrar-me e desisti da profissão, enfrentando em seguida período de incertezas sobre meu futuro profissional.

Durante a pré-adolescência/adolescência pensei em ser médica, especificamente ginecologista, ao iniciar o ensino médio comecei a estudar e conhecer um pouco mais o corpo humano, tinha prazer em entender e curiosidade em estudar sobre o sistema reprodutor, principalmente o feminino, pairava-me a dúvida entre enfermagem e a ginecologia, uma vez que durante esse período quem realizava consultas e coletas de exame citopatológico no PSF (Programa de Saúde da Família) da cidade em que eu residia era uma enfermeira. Até que ao final do ensino médio comecei a pensar e pesquisando sobre ambas atuações percebi que a enfermagem me conferia mais diversidade de campos, atribuições e principalmente abrangia mais perfis, crianças, idosos, homens, entre outros, então com o apoio de minha família conclui, "quero ser enfermeira!".

O conceito de vocação (orientação vocacional) como algo inato passa a ser revisto e é compreendido como algo que será construído, ao longo da vida do sujeito, mediante as suas relações com os outros, com o mundo e consigo e que, portanto, pode ser modificado<sup>1</sup>. Analisando esse novo conceito, consigo visualizar de uma forma evidente as implicações e relevância de cada contexto que vivenciei no desfecho da minha orientação profissional.

## 1.2 - MINHA IDENTIFICAÇÃO COM A GRADUAÇÃO

Iniciei a graduação e com a vivência ainda teórica, me certificava cada vez mais que era esse caminho o qual queria trilhar, ao chegar na metade da graduação iniciando minha vivência prática nos estágios, ainda superficiais, me encontrava cuidando das pessoas, ouvi-las e poder ajudá-las, muitas vezes simplesmente as ouvia, sim, ouvir é cuidar! Mesmo me sentindo contente e um ser pensante ao debruçar-me para estudar o conteúdo teórico, ansiava por mais, mais vivência prática. Então submetir-me ao processo seletivo para estágios extracurricular do Centro antiveneno - CIAVE/SESAB, fui aprovada por duas vezes, sendo que precisei repetir a seleção devido a denúncias no primeiro processo seletivo. Ingressei no CIAVE em novembro de 2011 sentindo-me imensamente desafiada pela proposta do serviço e principalmente por ser uma temática bem escassa durante a graduação e de modo geral, bem diferenciada. Inicialmente ficaria por seis meses, o período foi prorrogado, ficando por um ano e quatro meses.

Ao chegar no CIAVE, ser apresentada ao serviço e ao inteirar-me da rotina, pude ter a dimensão do quanto o serviço desempenhava um papel importante nacionalmente, sendo um dos principais centros de referência em toxicologia do país. Recebíamos ligações de todo território nacional, sendo sua maior parte do interior do estado da Bahia. Enquanto estagiária de enfermagem realizava atendimentos/orientações telefônicas, notificávamos todos os casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), participava das reuniões científicas semanais, que era uma modalidade de educação permanente da equipe e prestávamos assistência aos pacientes admitidos na emergência do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) vítimas de intoxicação.

Atuando no CIAVE conseguir ampliar o olhar sobre as pessoas, me eximir de julgamentos, e notei que a toxicologia envolve todos os sistemas do organismo, além de ser transversal e intersetorial mesmo estando dentro de uma unidade hospitalar/saúde.

Foi possível ter a noção do quanto a toxicologia é ampla, uma vez que eramos constantemente acionados para iniciar diagnóstico diferencial, dar assistência a casos menos complexos como por exemplo, uma picada de inseto até mesmo a complexidade de atuar em quadros de tentativas de suicídio e aos óbitos provenientes dessas tentativas. Foi quando tive meus primeiros contatos reais com abordagem multidisciplinar, atuávamos no mesmo caso, enfermeira, biólogo, médico veterinário, terapeuta ocupacional, farmacêutico, bioquímico, médico, psiquiatra e psicólogo, foi possível visualizar e vivenciar a potência da atuação em equipe, aprendendo o fazer de cada núcleo.

Recordo-me que no início desse estágio tinha a consciência do quanto tinha uma certa rejeição por emergência, e durante este período comecei a rever alguns conceitos e a analisar as práticas emergenciais, visualizei-me atuando nesse contexto e ao final do

estágio despertei e/ou desenvolvi uma afinidade adormecida com a emergência, foi lá também que comecei a perscrutar a saúde mental, uma vez que atendíamos usuários que realizavam tentativa de suicídio e em alguns casos continuavam sendo acompanhados devido o sofrimento psíquico.

Ser reconhecida por ter tido um excelente desempenho e comprometimento com o estágio me fez ter a percepção de quem eu fui dentro desse serviço, uma estagiária que chegou cheia medos, anseios e principalmente vontade, abraçando tudo isso como um grande desafio e ao envolver-se e aprofundar-se, conclui como uma atuante na área da saúde com um olhar holístico e uma bagagem diferenciada.

No mês seguinte à conclusão da minha trajetória no CIAVE iniciei um outro estágio extracurricular também através da SESAB após aprovação em outro processo seletivo, desta vez, na emergência obstétrica do Hospital Geral Roberto Santos o qual teria a duração de um ano, confesso que fiquei com uma certa dúvida entre a seleção para a obstetria e a emergência, uma vez que já havia descoberto uma afinidade com a emergência, então resolvi juntar tal afinidade com a saúde da mulher e da criança, duas linhas que me seduziam antes de iniciar a graduação.

Foi durante esse estágio que tive meu primeiro contato direto com a obstetria e confirmei minha percepção do quanto adapto-me à maioria das coisas que estão relacionadas ao cuidado.

Adentrar uma unidade hospitalar de referência também em maternidade de alto risco como estagiária da profissão que eu tinha escolhido me deixou realizada. Andando pelos setores da obstetria visualizei um recém-nascido (RN) com uma sonda orogástrica, perguntei-me: “será que algum dia eu conseguiria realizar um procedimento daqueles em um “ser” tão pequeno? Quanta destreza era necessária? Então! Tinha em mente o leque de coisas dentro daquele setor que me desafiava, mas sem dúvida realizar a sondagem gástrica era uma das maiores.

Comecei na recepção, na verdade fui confundida com um outro programa de estágio que também atuava no setor e fui remanejada durante minhas três primeiras semanas para a recepção, um local também onde aprendi muito. Percebi neste espaço, como era grande o número de gestantes e puérperas que buscavam a unidade hospitalar para realizarem atendimentos que poderiam ser realizados na atenção básica. Isto gerava filas de espera de horas, elas chegavam logo no início da manhã e esperavam quase que o dia todo para realizar procedimentos sensíveis a atenção básica, tais como, retirada de ponto, queixa de cefaleia, queixa urinária, entre outras.

Por tratar-se de unidade de referência para parto de alto risco e ter classificação de risco no setor, estas usuárias eram classificadas como azul, e que deveriam ser atendidas pela atenção básica, esperavam por muitas horas, principalmente em dias mais cheios, e

mesmo com a orientação de irem às unidades de saúde da família, tinham resistência e preferiam passar o dia todo aguardando o atendimento.

A falta de informação clara e objetiva, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal, é um dos fatores que faz com que ela procure os serviços de urgência e maternidades com frequência. Um outro fator predominante que foi possível observar para a considerável demanda de procura por atendimento hospitalar sensível à atenção básica foi a cultura enraizada do modelo hospitalocêntrico<sup>2</sup>.

Após alguns ajustes fui remanejada para a atuação correta de acordo a proposta do meu programa de estágio, fui vivenciar a prática do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em obstetrícia.

O atendimento burocrático, por ordem de chegada, não permite que casos graves sejam devidamente identificados e priorizados. Nesse sentido, o Acolhimento associado à ferramenta da Classificação de Risco visa reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades e serviços que realizam partos. O ACCR leva à tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente<sup>2</sup>. No ACCR obtive a prática das Manobras de Leopold, cálculo de idade gestacional, data provável do parto, identificava sinais de alarme, temáticas e abordagens que estudava teoricamente na faculdade, porém a vivência diária cada vez mais me conferia segurança e um certo afeto pela obstetrícia e as práticas humanizadas. Em situações mais peculiares prestava assistência ao parto normal àquelas que já chegavam em trabalho de parto eminente, deparava-me com distintas situações de emergências e também vulnerabilidades sociais, era um aprendizado diário tanto de cunho científico como experiência de vida.

Dentro da obstetrícia pude atuar também nas enfermarias, berçários e salas de pré-parto, esta que nem sempre estava em sua totalidade ocupadas por parturientes devido há uma grande demanda de pacientes que poderiam serem acompanhadas/assistidas na atenção básica buscavam a unidade hospitalar, ocupando parte dos leitos direcionados à usuárias com perfil clínico de alta complexidade, bem como por mulheres com afecções ginecológicas mais severas, também uma das especialidades clínicas atendidas pela instituição. Na assistência aos berçários além de tantas funções executadas pelas enfermeiras, realizei um dos procedimentos que mais almejava, a sondagem orogástrica em RNs, quão é delicado executar qualquer “toque” em um ser tão indefeso, resignificante!

No período em que iria para o Centro Obstétrico, foi necessário pedir o desligamento devido a carga horária incompatível com o estágio obrigatório da graduação, permaneci na emergência obstétrica por seis meses e posso concluir que foi um dos períodos mais intensos e ricos, o qual floresceu-me uma grande empatia com a obstetrícia / saúde materno-infantil.

Meus estágios curriculares não foram tão ricos quanto os extracurriculares, não sei se criei muitas expectativas diante das turmas anteriores, ou se por já ter vivenciando algumas coisas diferenciadas nos extracurriculares, tive minhas expectativas frustradas ao estagiar em uma Unidade de Pronto Socorro onde executávamos as ações do técnico de enfermagem e não tivemos acesso à execução de ações atribuídas exclusivamente ao enfermeiro nesta modalidade de serviço. No estágio obrigatório da atenção básica foi possível experimentar salas de espera, realização de exames citopatológicos, apropriação de alguns impressos referentes ao acompanhamento de pacientes em tratamento para tuberculose, dentre outras ações, no entanto a Unidade de Saúde da Família (USF) ficava localizada em um bairro de Salvador onde neste período havia muitos entraves de facções do tráfico de drogas, o que restringia ações no território, concluir o estágio não tendo muito contanto com este tipo de ações. Apesar da limitação não conseguia me sentir tão prejudicada, pois já havia realizado um estágio voluntário em uma USF do município de Salvador, onde consegui ter uma noção real do que é e como é fazer saúde da família, acompanhava as visitas domiciliares, os exames citopatológicos, as consultas de enfermagem, realizava sala de espera, me inseria na sala de vacina, curativo, triagem e farmácia, não conseguir participei das reuniões de equipe devido a algumas incompatibilidades da agenda. Encontrei profissionais comprometidos, e empenhados com a transferência do saber, o que contribuiu muito com a minha aproximação da atenção básica e do fazer saúde da família.

Em 14 de abril de 2014, enfim, minha colação de grau, finalização de um ciclo e o início de outro (minha confusão mental), sentia um misto de felicidade, realização, e incertezas, muitas incertezas! Medo? Este não sentia, mas me perguntava inúmeras vezes se um dia teria o privilégio de atuar na área que tinha escolhido, diante do elevado índice de enfermeiros desempregados, por muitas vezes me autojulgava, “eu deveria estar me sentindo alegre e pronto, mas não conseguia, queria trabalhar, e os “SEs” insistiam em pairar meus pensamentos.

Após a graduação não trabalhei com funções diretamente ligadas à enfermagem, ministrei aula para curso profissionalizante de atendente de farmácia e aulas de biologia para alunos do ensino fundamental de uma escola particular, aprendia muito e me sentia viva em está estudando, me fazia manter o foco e era como se me mantivesse menos distante da profissão que eu tinha escolhido, uma vez que não trabalhava na assistência.

Em 2017 me submeti ao processo seletivo para a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – FESF-SUS/FIOCRUZ. Fui aprovada, então vamos lá! Ser residente e desbravar a saúde da família.

## 2. CAPÍTULO II - RESIDENCIANDO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

### 2.1 CAMPO DE ATUAÇÃO

Durante o acolhimento pedagógico realizado pela FESF no auditório do Hospital Geral Roberto Santos por duas semanas, onde abordaram temáticas que nos depararíamos por todo o período da residência, a exemplo, do acolhimento, educação popular em saúde, territorialização, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, dentre outras, umas das coisas que mais me afligia era saber para qual unidade seria lotada e em qual município. No último dia do acolhimento apresentaram as divisões dos municípios, enfim descobrir que iria para Camaçari na Unidade de Saúde da Família Nova Aliança.

No primeiro dia em que adentrei a unidade notei que a estrutura física era um tanto que peculiar ao que se preconiza como modelo físico de USF, mas essa informação não insistiu em pairar meus pensamentos, naquele momento. A ambiência de uma unidade básica de saúde significa o espaço físico (arquitetônico), que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana tanto para os profissionais e trabalhadores da saúde quanto para os usuários. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição. A luminosidade, a temperatura e os ruídos do ambiente são exemplos disso. Para um ambiente confortável, em uma unidade de saúde, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço como, por exemplo: recepção sem grades, para que não intimide ou dificulte a comunicação e garanta a privacidade do usuário; colocação de placas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos; espaços adaptados para portadores de deficiência; tratamento das áreas externas incluindo jardins; ambientes de apoio como copa, cozinha e banheiros<sup>3</sup>.

Conheci parte da turma de residentes que iriam trabalhar comigo durante esse período, não encontrei nenhuma fisionomia familiar, maior ainda seria o tamanho do meu desafio, quais perfis e personalidades teriam? Vivenciamos mais uma semana de acolhimento na unidade, esse foi de fundamental importância para que não fugíssemos da residência após serem contextualizados com processo cronológico de inserção da residência naquela unidade, especificamente. Dentre as atividades que realizamos destaque o corredor das sensações, onde ao término da atividade refletimos que era necessário muitas vezes confiar no outro e que “nem sempre seria fácil, mas também nem sempre seria difícil”. Durante a “caça ao tesouro” a atividade que realizamos no último dia de acolhimento na unidade onde já sabíamos em qual equipe estaríamos vinculados, foi possível interagir mais com os ACS e com a profissional médica que assumiria a equipe junto comigo, conhecemos as principais ruas do nosso território. A primeira impressão da equipe reunida foi a “interação”, mesmo ainda considerando prematuro para julgar o que viria pela frente. Inicialmente não tínhamos

preceptor de enfermagem, a proposta é que seríamos subsidiados pela preceptora de medicina e odontologia.

## 2.2 O PRIMEIRO ANO DA RESIDÊNCIA (R1) – VIVENDO O R1

Após a primeira semana de acolhimento na unidade, iniciamos as atividades, já assumindo agenda. Assustador? Não sei bem, mas sentir-me extremamente desafiada, ao notar a agilidade em que minha agenda foi preenchida tornava-se perceptível o quanto aquela população estava demandando de atendimento e em muitos momentos de serem “apenas” escutadas. Não sabia ainda ao certo, se tal demanda estava relacionada a questões de acesso ou a grande oferta que surgia com a chegada dos novos profissionais. O acesso pode ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam implicados com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não-agendadas e a percepção que a população tem em relação a estes aspectos do acesso<sup>4</sup>.

Concomitante a isso, fui sendo apresentada às minhas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), ao perfil de cada uma delas, ao perfil do território que cada uma delas cobriam, aos fluxos, protocolos e aos servidores da unidade. Pois bem, quanta coisa nova! Resolvi não pensar muito na dimensão do que estava acontecendo, e deixar as coisas acontecerem, fazer o que eu sempre quis e escolhi, e dar o melhor que pudesse.

Nos dois primeiros dias antes de assumir minha agenda, observava minha R2 atender, e já refletia no que eu faria diferente, ainda na mesma semana, iniciei meus atendimentos, e conforme eles iam acontecendo, recordava-me ainda mais do quanto eu gostava de ser enfermeira, de ouvir, de ajudar, de cuidar e ver no sorriso dos meus pacientes, a gratidão pela escuta, ajuda, acolhimento e compreensão, só reafirmavam a minha vontade de persistir na residência.

Seguindo minha agenda, fui para o acolhimento, até o momento tinha vivenciado o acolhimento com classificação de risco em uma unidade hospitalar, referência em obstetrícia. Ainda idealizava o acolhimento conceitual muito mais como um espaço físico, do que uma ação. O acolhimento em Nova Aliança acontecia no corredor, uma vez que a unidade poderia ser classificada estruturalmente como um “corredor com portas”. Estando no acolhimento sentia-me como as pessoas que trabalhavam usando coletes escrito “posso ajudar?”, só que abordada de forma muito mais desorganizada, não tinha tempo para eu perguntar se queriam ajuda, era abordada o tempo inteiro, por várias pessoas as mesmo tempo, que muitas vezes não respeitavam o tempo de escuta do outro, todos carentes de informação, realizávamos muitas escutas e não havia instrumentos que pudéssemos

registrar o quanto trabalhávamos naquele lugar, como a escala era para o acolhimento ser realizado em equipe, eu e Thaís (a médica de minha equipe) nos apoiávamos mutuamente. O primeiro dia no acolhimento já foi uma prévia do que viria pela frente, ainda assim, não era possível prever as incansáveis vezes que iríamos nos reunir para discutir e tentar organizar o acolhimento da unidade, mas de uma coisa eu tinha certeza, era o que menos sentia prazer em fazer, dentro das atividades da minha agenda.

Foram necessárias diversas discussões sobre o “acolher”, o espaço físico da unidade não contribuía para que enxergássemos como uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas<sup>5</sup>.

Acreditava no potencial do “acolher”, mas as questões estruturais, organizacionais sucumbiam o real entendimento da prática, a orientação da população quanto ao que era o acolhimento e como minimamente poderia está organizado na unidade, cursava em um ritmo lento, afinal, o novo assusta, e aquelas pessoas estavam condicionadas a outras formas de atenção/atendimento.

Dentre as modalidades de atendimento que minha agenda contemplava, o que mais fazia sentir-me insegura tendo como um dos meus maiores desafios, sem dúvidas, seria os atendimentos de puericultura, os quais iriam fazer-me sair da zona de conforto, e os marcos? Estão adequados? O crescimento está dentro da curva? Sentia-me na “obrigação” de saber de “cor” todas essas informações. Em um certo momento enquanto atendia fui supervisionada por meu apoiador de núcleo, Ramon, o qual mostrou-me o quanto era didático utilizar a caderneta da criança durante a consulta, percebi naquele momento que não precisaria cobrar-me por não decorar todas as informações necessárias para uma boa e criteriosa consulta de puericultura. Desde então, comecei a internalizar os padrões adequados ou inadequados naturalmente, conseguir unir o prazer em atender crianças com a satisfação de executar com responsabilidade e naturalidade competências da minha profissão, com certeza foi um dos meus maiores deslocamentos, uma vez que já me identificava com a saúde da mulher e tinha um pouco mais de vivência na realização de consultas pré-natais e exames citopatológico.

Ouvia por muitas vezes pessoas relacionarem a saúde da família com a escuta, “muitos são os que vão à unidade, e dizem demandar consultas, só para conversarem, serem ouvidos”. Na prática comecei a notar o quanto isso era frequente e potente dentro do processo de cuidado e principalmente na criação do vínculo, era possível conhecer contextos, relações familiares, embates, mesmo sem conhecer todos, ou pelo menos os principais membros da família dos indivíduos que atendia, ouvia pessoas confiarem seus mais íntimos segredos, curiosidades, questionamentos, e refletindo sobre isso, notava a “construção de um castelo de relações e vínculos”, ser recebida na casa das pessoas com

alegria, frutas, sucos, e principalmente sentir-me feliz em receber o reconhecimento dos pacientes e da minha equipe, sentia-me valorizada, e com satisfação em desempenhar o meu papel, honrando o meu compromisso com o cuidado e com as pessoas.

Em uma das primeiras reuniões de equipe, resolvemos manter algumas pautas fixas para organização do processo de trabalho, como discussão de casos, atividade coletiva e visita domiciliar. Na discussão de casos uma ACS relatou a necessidade de visita a um paciente que estava apresentando lesões na pele e que as pessoas já não queriam mais se aproximar dele. Pensei, como deve estar este ser humano psicologicamente, como está enfrentando isso? Ao mesmo tempo me perguntava qual seria a patologia que ele poderia está acometido? Sendo assim, agendamos a visita.

Ao chegar no domicílio do paciente fomos recebidos pela esposa, e ao deparar-me com ele, pensei, o que poderia ser aquilo? Nunca tinha visto nada parecido. O cumprimentei e fui convidada a sentar para um diálogo. Ele atrelava o momento que estava passando e o acometimento por uma patologia até o momento de difícil diagnóstico a questões religiosas, “estou sendo provado igual a Jó, irei resistir, permanecerei na fé”. Foi necessário mediar a crença com a ciência, uma boa introdução à saúde da família. Já na unidade discutindo o caso, fechamos o diagnóstico, sarna norueguesa, algo novo pra mim. A Sarna crostosa (ou Norueguesa) é uma variante rara e grave de escabiose. Corresponde à hiperinfestação por milhões de parasitas e é altamente contagiosa e de difícil tratamento. Afeta, sobretudo, indivíduos imunodeprimidos, sem cuidados de higiene e com precárias condições sociais<sup>6</sup>. Em tantas outras visitas de retorno, identificamos que a afecção neste paciente poderia estar associada às questões de higiene e sociais, descartamos infecção por HIV, e prescrevemos o tratamento indicado, no entanto havia muita resistência quanto a adesão terapêutica por parte do paciente, enfatizava sempre e transferia sua condição para a vertente religiosa, bem complexo, em algum momento conseguimos que iniciasse o tratamento, mas não o concluía, o que nos levou a discutir a corresponsabilização do usuário e seus impactos no processo de trabalho da equipe, no vínculo e processo saúde-doença do usuário, o que nos conferiu uma experiência relevante a tantos outros casos que viriam surgir com interferências religiosas no processo do cuidado.

Uma das ações que muito me identifiquei foram as ações de atividade coletiva, acredito que dividir a equipe com Thaís Pires, e termos agentes comunitárias que aceitassem nossas ideias de atividade e também às sugerissem de acordo a demanda do território, potencializou tanto o planejamento quanto a execução das atividades, fazíamos o possível para manter dando valor de usos a todos os turnos reservados às atividades coletivas e sempre que necessário íamos para o território, recebíamos apoio de usuários donos de estabelecimentos que nos cediam espaços, forneciam brindes quando solicitados, receber o apoio da equipe fomentou muito o gostar e o fazer dessas ações, poder perceber

que conseguíamos levar educação em saúde para mais pessoas, receber a gratidão das pessoas por algo tão simples, nos motivava ainda mais a persistir na saúde da família, na saúde pública.

Algo novo que a residência me proporcionou foi a possibilidade de trabalhar com Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), hoje, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB). Éramos apoiados por um NASF 2, composto por profissionais de educação física, nutrição e fisioterapia. Ver acontecer a troca de saberes “concretamente”, para além disso, ver o quanto é potente o trabalho, o quanto os usuários se beneficiam desse compartilhamento de saber, o quanto crescemos profissionalmente e concluímos a residência como profissionais muito mais completos. Foram várias as modalidades que nos permitiu ampliar o olhar junto com os profissionais do NASF-AB, a exemplo das interconsultas, visitas e consultas compartilhadas, matriciamentos, discussões de casos, ações de atividade coletiva conjuntas, dentre outras. Poder realizar uma consulta de pré-natal com uma profissional de educação física orientando a paciente sobre exercícios para fortalecimento do assoalho pélvico, proporcionar a aproximação da família, com o companheiro subsidiando as gestantes durante a execução dos exercícios, fortalecer os vínculos, aprender sobre o que pode e o que não pode ser realizado de exercício de acordo a idade gestacional, é muito rico, e potencializador, o que contribuiu na intensificação da minha paixão pela execução das consultas de pré-natal, inclusive, o êxito da vivência consequentizou na apresentação de trabalhos sobre essa prática na modalidade de relato de experiência em quatro eventos de saúde.

Porém, como nem tudo são flores, eis que em setembro de 2017 a Justiça Federal concedeu uma liminar que interferia em artigos da portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, os quais tratavam sobre a atuação de enfermeiros no Sistema Único de Saúde, a liminar proibia nós enfermeiros de solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços. Tal acontecimento expandiu-se velozmente e de forma extremamente impactante por todo o país, já tinha uma noção do quanto somos grandes quanto categoria, o quanto tocamos os serviços da atenção básica, reconheço o papel fundamental da categoria médica neste nível de atenção, mas nós enfermeiros somos definitivamente essenciais, gigantes, era notório o impacto na resolutividade das consultas de enfermagem, nas realizações dos exames citopatológicos, e para além disso, o comprometimento na assistência da população, vendo a valorização da minha profissão por parte dos que discordavam da liminar, pode concluir o quanto somos indispensáveis para saúde pública, para a saúde da família. Após inúmeras mobilizações nacionais e recursos impetrados o Tribunal Regional Federal acatou o recurso contra a liminar, então pudemos voltar a fazer o que sempre fizemos embasados na ética e na regulamentação do nosso conselho.

## 2.3 O SEGUNDO ANO DA RESIDÊNCIA -INÍCIO DO R2 – TRANSIÇÃO

Então, é iniciado o período do segundo ano de residência “R2”, não sei se foi tão esperado ou apenas esperado. Algumas alterações nas atribuições, agendas, responsabilidades, cobrança, e o mais difícil de tudo deixar de ser referência da equipe. Com a chegada dos novos profissionais os quais irão assumir as equipes por este ano (R1), eclodi um misto de sensações, a do dever cumprido (até aqui), na memória a carga de faltar apenas um ano para a conclusão da residência, desvinculação da equipe, deixar de executar ações que me forneciam uma tamanha satisfação apesar de todos os percalços, tais como, consultas de pré-natal, reunião de equipe e visitas domiciliares. Algumas dessas atividades ainda continuam fazendo parte da minha agenda atual, mas é um exercício diário ter que me conter, nas ações, na fala, “ter” que evidenciar os novos profissionais da equipe, tendo de ficar quietinha para ajudar na adaptação da nova enfermeira de referência, nas ACS e na minha evolução, inclusive. Ainda não consigo deixar de chamar as meninas (ACS) “de minhas”, elas também não me ajudam, uma em especial. Por outro lado, sinto-me aliviada em ouvir os pacientes lamentado a minha transição, mas, dizem que “ficam contentes, se for o melhor pra mim, pois sou boa profissional”, ser reconhecida no território, ser recomendada, fez sentir-me querida muitas vezes, inclusive pelas minhas meninas, as quais fazem parte de uma categoria bem resistente e já cansadas em alguns momentos da troca anual de seus profissionais de referência.

Desvincular-se da equipe bruscamente como ocorreu nos desenhos anteriores, imagino que não é nada fácil para quem gosta do que faz, se encontram fazendo saúde da família e não estão em processo de combustão mental, já que a exaustão advinda maioritariamente pela carga horaria de 60h semanais, é inevitável. Continuar vinculada à equipe afetivo-emocionalmente dificulta o processo, acredito inclusive que para os próprios R1s, uma vez que os ACS continuam nos reportando as ocorrências, como se continuássemos tecnicamente vinculadas a equipe, o que os inibem (acredito) de apresentarem uma certa desenvoltura. Em partes é uma forma de nos mantermos ainda presentes e atuantes na unidade e na equipe que nos vinculamos, para mim, um consolo afetivo.

Inicialmente muitas dúvidas pairavam, sou R1? Ou R2? Até quem sabe, R1 e meio. Risos. Três semanas depois de deixar tecnicamente de ser referência da equipe, algumas dúvidas começam a se esvaír, me deparo com atribuições do estágio optativo e ainda com as da unidade, quanta coisa! Agora tenho que gerenciar meu tempo de forma mais criteriosa, já que tenho que estudar para demandas de ambiente diferentes, não sei até que ponto isso seria tão válido, já que não temos forças para nos dedicar tanto aos optativos

quanto gostaríamos, já que vivemos constantemente a autocobrança de tentar fazer as coisas bem feitas, pelo menos registrar positivamente a nossa passagem pelos ambientes em que circulamos. Mas vamos lá, tentando mediar nossos conflitos, desejos, satisfação e exaustão. Sinto-me um tanto ansiosa para ver como será o caminho que irei percorrer durante este ano. (risos).

Após ler e refletir sobre essas minhas últimas palavras supracitadas, percebo o quanto elas conseguem expressar fidedignamente a confusão emocional que esse processo me aflorou e ainda aflora, estando talvez tão confusas quanto eu em alguns momentos, refletindo sobre todo esse contexto.

Tal confusão mental não perdurou por muito tempo, felizmente, ao iniciar o estágio na gestão dentro do desenho do segundo ano, o qual visava a articulação de rede como uma das principais competências, mesmo ficando dois dias e meio da semana na unidade e a outra metade no estágio, a formulação da agenda não favorecia realizar tal articulação, o que me ocasionou uma certa angústia, sendo necessário uma rediscussão da agenda. No novo arranjo da agenda conseguimos fomentar ações de articulação de rede e iniciação à precetoria, o que acalmou-me em partes e aos poucos o papel de um R2 começou a me parecer nítido.

## 2.4 O ESTÁGIO OPTATIVO NA GESTÃO

Poderia ter escolhido ir para o Departamento da atenção Básica (DAB) ou regulação, mas escolhi ir para o Departamento de planejamento (DEPLAN), especificamente na coordenação do planejamento (CODEPLAN), na expectativa de uma vivência rica e escassa na área da saúde, já que é uma área para poucos. Pude conhecer um pouco o SUS através da visão de uma profissional que atuava na ponta, no território, com a comunidade e para a comunidade. Apesar de todo o empenho para buscar me informar e compreender sobre o funcionamento dos organogramas e fluxogramas da rede do município, entendo que minha visão ainda era micro diante da magnitude que envolve o sistema de saúde, realmente preciso saber um pouco mais. Para um início, que tal estudar sobre planejamento em saúde? Quanta coisa! Há como planejar sem conhecer? Se sim, será que é efetivo, eficiente?

Ao ser apresentada a alguns instrumentos de planejamento percebi que não conhecia a situação de saúde do município, conhecia um pouco a realidade na unidade de Nova Aliança, mas que em algumas variáveis é bem diferente de outras realidades no município, a exemplo do acolhimento implantado e constantemente requalificado. Apreciando o Plano Municipal de saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de saúde (RAS) percebi o quanto seria válido se tais instrumentos fossem-

nos apresentados logo que fossemos inserimos nas Unidades de Saúde da Família, neles há muitas ações que envolvem a atenção básica e nós como profissionais atuávamos sem ter conhecimento do planejamento do município, quais são os indicadores atuais, quais objetivos desejam alcançar, o que os diretores/funcionários dos departamentos identificaram como empecilhos para alcançarem as metas e/ou não alcançarem.

Quando se está na ponta muitas vezes “apenas” recebemos as atribuições, tem que ser feito isso, e aquilo, porque o departamento solicitou, com qual objetivo? Quais as metas? Tais informações não nos é explicitado, para além disso, quando executamos ações referentes a decisões planejadas e compartilhadas a chance do êxito é ainda maior, em relação à quando as executamos sem ter a noção do planejamento macro que envolve uma micro-ação realizada na ponta.

No CODEPLAN, fomos inseridas na construção do Relatório Quadrimestral (RQ) referente ao primeiro quadrimestre de 2018, recebemos inicialmente a incumbência de realizar o levantamento e atualização do perfil epidemiológico do município para inserção no relatório.

O RQ trata-se de um instrumento de gestão de monitoramento, inserida na construção deste, tivemos que nos articular com alguns departamentos/setores e tive a percepção que alguns profissionais não atribuem a devida importância ao instrumento e ao trabalho desempenhado pelo CODEPLAN, parte deles desconhecem o conteúdo do relatório, inclusive da possibilidade de acessar às essas informações através de meios eletrônicos. Questiono-me se tal desinteresse estaria vinculado à falta de conhecimento sobre transparência e instrumentos de gestão, uma vez que se os profissionais da saúde não enxergam a relevância do seu papel na construção de relatórios e para além disso na participação em espaços de controle social, como poderão subsidiar a população para que se insiram nesses espaços, monitorem os planos, as ações, as metas e cobrem por seus direitos. Não deixando de ressaltar a pouca divulgação desses espaços também por parte da gestão.

Como reflexo disso, observa-se a evasão de profissionais da saúde que atuam na assistência e principalmente dos usuários em espaços de controle social, como por exemplo, a audiência pública sobre a Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) de 2019 e o conselho municipal de saúde, inclusive na ordinária para aprovação do RQ de janeiro a abril/2018.

Na fase final do estágio, finalizado o RQ iniciamos algumas discussões sobre a implantação da Linha de Cuidado de Saúde da Mulher e de Saúde Mental, as quais foram categorizadas como prioritárias para o município. Seguindo um “passo a passo” para a criação da linha, uma das etapas iniciais é o levantamento do perfil epidemiológico, trabalhando com esse perfil, tive a percepção real do quanto trabalhamos na atenção básica

e não conseguimos registrar eletronicamente de forma fidedigna a nossa produção. Durante a rotina da unidade por alguns momentos ficamos sem internet, poucos computadores, sem espaços na agenda para registrar no sistema, houve período para tudo, no entanto o que mais comprometia a alimentação do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), eram os recursos logísticos.

O e-SUS AB é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico<sup>7</sup>. Realizando o levantamento e a análise me questionava como intervir nisso? É preciso mais recursos, e sim, ainda é preciso a sensibilização de muitos profissionais para a realizarem o registro do quanto produzem. Em Nova Aliança registramos nos livros internos de registros, e até quando tais livros serviram para fonte oficial, já não servem mais. Felizmente quando se tem serviços bem estruturados o e-SUS AB é o oficial, quando não há estrutura suficiente, nosso caso, são esses livros que ainda conseguem retratar o quanto trabalhamos, respaldando-nos por muitas vezes.

Contudo, reflito, estamos caminhando rumo ao SUS que idealizamos? Uma vez que o planejamento é dependente e intimamente ligado às informações em saúde, e principalmente à participação dos usuários e profissionais na construção do “fazer SUS”. São tais questionamentos que nos impulsionam a continuar na caminhada e concluo meu estágio na gestão com uma visão macro do sistema, reconhecendo a importância do que é e como funciona o micro.

## 2.5 - O ESTÁGIO ELETIVO

Na vida já havia feito algumas reflexões e notava que as pessoas que possuíam uma desorganização mental sofriam um certo estigma cultural, ainda imatura sentia algo diante desses quadros que até hoje não consigo descrever, pena, angústia, compaixão talvez. Durante a maior parte da graduação foram poucos os contatos diretos com pacientes de saúde mental, até começar a estagiar no CIAVE, onde tive um maior contato com esses usuários, sentia que eram pessoas que precisavam cada vez mais terem indivíduos que às olhassem de forma humanizada e sem rótulos, que compreendessem o sofrimento que estavam passando, sem questionamentos e julgamentos.

No primeiro ano da residência onde assumimos a equipe pude atender alguns pacientes de saúde mental. No entanto foram pouquíssimos uma vez que a maioria dos

usuários dessa linha era atendidos e buscavam consultas médicas com o intuito de renovarem receitas de medicamentos controlados, porém conseguia alcançar algumas mulheres que agendavam consultas de planejamento familiar e exames citopatológicos, era o espaço e o momento de escutar e “atingir” esse público.

Entre alguns desses atendimentos que realizei, um dos quais mais chamou minha atenção de uma forma diferenciada, foi o caso de uma paciente que dizia amar o “ex” e “aspirante” a companheiro, mas não conseguia relacionar-se sexualmente com o mesmo, o que seria o maior empecilho para que o relacionamento engajasse, sofria de depressão crônica desde que perdeu um ente familiar, rezava para chegar o período anual em que prestava serviço para uma empresa, onde ficava confinada por seis meses, era o período em que conseguia por mais tempo recrutar e direcionar seus pensamentos para o trabalho e esquecer um pouco dos problemas e principalmente, sua história de vida, relatava-me isso em lágrimas, desde então, nosso vínculo estreitou-se.

Após o atendimento comecei a refletir e recordar-me que como ela, existia inúmeras pessoas que viviam sofrendo psicologicamente e possuíam histórias de vidas “imagináveis” e de contexto significativamente complexos.

Sentia-me “seduzida” pela saúde mental e sentir-me “assedada” a realizar o período do estágio eletivo em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas – Gregório de Matos, responsável por um dos principais territórios com uma grande concentração de pessoas em situação de rua e que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, Centro histórico de Salvador- Ba, Pelourinho.

Inicialmente parecia uma proposta enriquecedora e muito desafiadora, mas ao ter o primeiro contato com o serviço, notei que era algo muito além que isso, tratava-se de um serviço onde iria me fazer refletir minha história de vida, minha prática quanto profissional de saúde, enfermeira, facilitadora e atuante do SUS. “Me disseram que poderia ser punk”, mas o que é punk?

“Diz-se de um movimento musical e cultural surgido na Grã-Bretanha por volta de 1975 e cujos adeptos atraem as atenções sobre si com atitudes de provocação, contestação e escárnio diante de uma sociedade que julgam incapaz de trazer à sua juventude qualquer esperança, o que se resume em sua divisa no future, sem futuro”<sup>8</sup>.

Porém acredito que quando foi vocalizado a palavra “punk” tinha a perspectiva de um significado mais voltado para: “Falar de algo que é incomum, agressivo ou fora de costume”<sup>9</sup>.

Então, inserir-me no novo serviço, sem criar expectativas, permitir-me ser surpreendida. Inicialmente percebi o quão é fundamental quando se têm um certo grau de vínculo com o usuário, pois o novo assusta e naquele momento eu era o novo, na primeira reunião de equipe em que participei as pessoas questionavam, quem era a novata? E eu me

questionava, tentando resgatar mentalmente qual seria o meu papel dentro daquele espaço, então recordei-me que me debrucei nessa experiência com o intuito de para além de me aproximar da saúde mental, bem como, analisar a dinâmica e atuação dos profissionais deste serviço, ampliar o olhar sobre a articulação da atenção básica com este tipo de serviço em especial no campo álcool e outras drogas; me coloquei muito no papel de observadora/ analista dos outros e do eu, foi notório o quão aquela equipe era gigante e diferenciada, porém estava adoecida.

Lembro-me que apresentei-me relatando que tinha optado por estar lá e queria vivenciar um pouco da prática de um serviço especializado em saúde mental e principalmente em álcool e drogas. Mal sabia o significado das gírias da “maloca”. Pois bem, “Maloca” foi um dos “sobrenomes” que uma das usuárias utilizou para se apresentar a recém-chegada, eu, e é de fato o sobrenome/codônimo que ela utiliza para todos. A palavra “Maloca” referia-se às pessoas/usuários que eram estigmatizados por uma parte da sociedade como delinquentes por fazerem uso de drogas, estarem e/ou optarem por estar em situação de rua, e/ou não ter poder aquisitivo e/ou residir em bairros periféricos.

Comecei realizando o levantamento dos prontuários com o intuito de quantificar o número de usuário por técnico/terapeuta de referência (TR), pois a equipe estava reduzida devido a saída de alguns profissionais e um considerável número que estavam em férias, ocasionando neste período a suspensão do acolhimento e de novas matrículas. Perguntei-me, o que é e o que faz um TR? O Terapeuta de referência terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço<sup>10</sup>.

O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Analisando os prontuários percebi o expressivo número de usuários que realizavam uso de Substâncias Psicoativas (SPA) e desejavam parar de usar, pelo menos era essa fala que eles traziam durante a admissão no serviço, além disso, notei também que haviam matrículas geradas para os familiares destes, que necessitavam realizar acompanhamento no serviço.

Inserida em um Centro de atenção psicossocial de álcool e drogas recordei-me do período em que estava na USF como referência da equipe, pude por alguns momentos presenciar o agir de uma usuária de outra equipe de referência no serviço, a qual realizava o uso de psicofármacos e segundo alguns relatos, também usava substâncias psicoativas, quando a paciente buscava a unidade, chamava atenção de todos e na maioria das vezes solicitava ser atendida por uma profissional específica, a qual já havia construído um vínculo. Sempre exigindo e ditando como seria ser atendida e o que demandava naquele momento,

por várias vezes e em diversos espaços foi citada como um perfil de usuário que desafiava as condutas da equipe, até após um intenso trabalho de orientação e diálogo, após um certo período de insistência, ela começou a seguir os fluxos da unidade.

Aos poucos fui me envolvendo com as ações e a assistência ofertadas no Gregório de Matos e me encantava ainda mais com a saúde mental, meu primeiro contato real com a redução de danos (RD).

“A RD pode ser entendida como uma prática que visa a possibilitar o direito de escolha e a responsabilidade da pessoa diante da sua vida, flexibilizar os métodos para vislumbrar a universalidade da população envolvida com drogas, com a qual a gestão pública está comprometida. [...] O objetivo geral da Redução de Danos é evitar, se possível, que as pessoas se envolvam com o uso de substância psicoativas. Se isso não for possível, para aqueles que já se tornaram dependentes, oferecer os melhores meios para que possam rever a relação de dependência, orientando-os tanto para um uso menos prejudicial, quanto para a abstinência, conforme o que se estabelece a cada momento para cada usuário”<sup>11</sup>.

Ouvir os relatos dos redutores de danos, o que já vivenciaram, onde e em quais condições trabalhavam, como foram fundamentais nas vidas de tantos usuários, e famílias, ver o agradecimento e a consideração por parte de alguns para com eles, tornava-se ainda mais evidente o comprometimento social e de saúde da RD. Realizava ações no território, participava das discussões de casos, apoiava oficinas, distribuíamos preservativos em pontos de tráfico e de prostituição, acompanhava usuários para resolverem demandas bancárias, sociais, principalmente à serviços de saúde.

Certo momento, acompanhava uma turma de usuários para aula de informática fornecida por um projeto da Universidade Federal da Bahia (UFBA), criei vínculos, e os mesmos me buscavam semanalmente para acompanhá-los a aula, me faziam lembrar que eu era enfermeira, justificando os questionamentos sobre as questões de saúde (mesmo no CAPS tendo uma equipe multidisciplinar/outros profissionais). A equipe por muitas vezes parecia ser tão coesa nas ações que não era possível visualizar de forma superficial a categoria profissional de cada um.

Ao criar mais “intimidade” com os profissionais, atuava na enfermagem, contribuía e apoiava as técnicas de enfermagem do serviço, que de modo especial, criamos uma relação de parceria. Era procurada também pelos servidores para tirar dúvidas sobre pontuações mais técnicas, era convidada a opinar sobre o processo de trabalho e quanto aos casos em discussão. Já no final, quando consigo inserir a Camila enfermeira de uma USF no serviço, chega o final do estágio, sendo eu convocada/convidada a participar de uma capacitação em outro município na construção de um fluxo para a saúde mental – abordagens em situação de crise. A capacitação era predominante por profissionais da atenção básica, sair de lá exaustivamente reflexiva, agimos igual a eles? Será que para os profissionais de Camaçari está claro ou menos conflituoso as condutas/postura em situação de crise? Pois

bem, muito crescimento e aprendizado, mas preciso e ainda quero persistir na saúde mental.

## 2.6 O ESTÁGIO NA LINHA DE CUIDADO – LINHA DE MENTAL

Dentro do desenho da residência, durante o segundo ano os residentes vivenciam um período em uma linha de cuidado do município onde está lotado. Como fiquei na linha de Saúde Mental (SM), atuo em três Centros de Atenção Psicossocial, o CAPS II sede, CAPS da Infância e Adolescência (IA) e o CAPS Álcool e outras Drogas (AD). Inicialmente por motivos diversos (principalmente agenda) não conseguíamos promover a articulação desses pontos com a Unidade de Saúde da Família que estamos vinculadas, USF Nova Aliança (no meu caso).

Após alguns momentos de avaliação da agenda, como já citado, pensando na ideologia/proposta do desenho do R2, reformulamos a agenda de modo em que pudéssemos favorecer a articulação entre os serviços e a rede de modo geral. Dividir os dois turnos e meio que eu tinha para a linha de cuidado de saúde mental, inicialmente foi um processo conflituoso, fazer escolhas é sempre muito difícil, e ao deparar-me em meio tantas ofertas as quais queria experienciar, ficava na dúvida do que ou os quais eu iria escolher.

No entanto, a possibilidade de estar entre os três serviços especializados nos proporciona maior facilidade para a identificação de usuários matriculados nestes serviços que residem no território que atuamos, dentre outras vantagens.

Certa vez, em um desses serviços encontrei uma usuária de Nova Aliança, cadastrada na equipe quatro (que era minha referência durante o R1), já havia construído um vínculo com essa usuária o que favoreceu que a mesma me relatasse, “sem eu ter questionado”, o que ela estava fazendo no serviço em que ela não era matriculada, uma vez que sua matrícula é no CAPS II sede e naquele momento ela estava em um evento do CAPS AD. Iniciamos um diálogo, onde relatou que já havia duas semanas que não ia no CAPS II e não estava sentindo vontade de voltar, estava naquele lugar dançando e visivelmente alegre, porém era só aparências, pois no seu íntimo estava sentindo um grande vazio, tristeza e sensação de fracasso. “O meu empoderamento só serve para ajudar aos outros, a mim não! Não consigo resolver nada na minha vida, já não tenho mais forças, eu sou uma fracassada!” Conversamos um pouco mais (escuta qualificada) e fizemos alguma pactuações.

Na semana seguinte, estando no CAPS II sede, discuti o caso com a profissional de referência dessa usuária, pensando em estratégias de abordagens, visita compartilhada, práticas integrativas, avaliação clínica, entre outras. Nessa mesma semana percebi que a paciente não cumpriu nenhuma das pactuações que fizemos. Discutindo o caso com a

equipe de referência de Nova Aliança, fomos realizar uma visita domiciliar, fizemos alguns encaminhamentos e fortalecemos as pactuações.

Uma semana após da visita, a paciente conseguiu cumprir algumas pactuações, realizar alguns exames solicitados, voltar a frequentar o CAPS II, articular com amigos processos referentes a projetos que estavam idealizando, porém parados no momento. Vale ressaltar que a mesma já estava desenvolvendo uma reincidência do quadro moderado/grave da depressão, isolamento social, anedonia, para além das queixas físicas.

Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada<sup>12</sup>. Poder perceber o quanto nossas intervenções implicam na condição de saúde-doença dos usuários, e ter o reconhecimento do nosso trabalho por esses pacientes, sem dúvida, é o que nos move a continuar em busca de um SUS cada vez mais qualificado. Além das outras questões atribuídas ao R2, a articulação de rede é uma das mais importantes, na qual, ainda conseguimos intervir diretamente na vida/ processo saúde-doença dos nossos pacientes, uma vez que não somos referência de equipe.

Como o município está realizando a construção da linha de cuidado em saúde mental, em uma reunião da câmara técnica, surgiu a necessidade da criação das diretrizes de matriciamento em saúde mental, já que estávamos na linha, resolvemos contribuir e aceitar o desafio para somar junto a gestão. Tornando-se este o nosso principal produto do estágio. Realizamos algumas e incansáveis reuniões, uma vez que optamos por acionar os profissionais dos serviços, visando uma construção coletiva, tentamos também, compartilhar a construção com os pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o que demandou mais tempo e diálogo, porém a sensação de algo coletivo é mais gratificante a nós que iniciamos. Finalizamos as diretrizes, aguardando neste momento a apreciação da câmara técnica para futuro encaminhamento para o conselho municipal de saúde. Se foi bom? Foi ótimo! Conseguimos ouvir os trabalhadores, defender a atenção básica, contribuir com a gestão e avançar na construção da linha, e principalmente engatar uma ação de qualificação na assistência ao usuário e na formação quanto processo aos trabalhadores.

Já tinha alguma noção do quanto a saúde mental é transversal a todas as especialidades e níveis de atenção, mas ao vivenciar estes serviços, estudar um pouco mais sobre a área e principalmente relacionar-me de forma mais intensa com os usuários me fez perceber o quanto a saúde mental é subjetiva, mais que isso, percebi o quanto a vida é subjetiva, a objetividade ainda tem uma força cultural muito enraizada na maioria dos indivíduos, e o quanto torna-se difícil defender para estes a relevância e o contexto do subjetivo. E sendo assim, sinto-me ainda mais ligada à saúde mental e ao desejo de continuarmos a luta, perseverando por um SUS de todos e para todos.

### 3. CAPÍTULO III – REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA

Como o tempo passa rápido! Hoje, a sensação é que passou rápido, porém tudo com muita intensidade, me recordando de cada momento percebo ainda o quanto que os acontecimentos são reproduzidos em minha mente com riqueza de detalhes, como se tivesse ocorrido ontem, o que tornou-se ainda mais nítido ao analisar minhas postagens no portfólio. Consigo perceber a relevância de cada momento dentro da minha formação e principalmente, minha evolução dentro desse processo.

Ainda ontem cheguei a USF Nova Aliança ansiosa para saber em qual equipe ficaria, me perguntando quais desafios iria enfrentar. E no final? Como sentiria-me? e profissionalmente? Eram muitos os questionamentos, até que permitir-me deixar as coisas acontecerem, um dia de cada vez, uma coisa por vez.

Hoje me vejo uma profissional, militante do SUS, defensora da Saúde da Família, apaixonada pela enfermagem, extremamente satisfeita com a minha passagem e com o todo o aprendizado absorvido durante a MINHA residência multiprofissional em Saúde da Família – FESF-SUS/ FIOCRUZ. Sinto-me pronta e aos mesmo tempo desafiava para o mercado de trabalho, com a função de defender no que acredito, no “SUS que dá certo”, e lá fora, como será? Pergunto-me ao recorda-me das realidades relatadas de outras unidades que não faziam parte da região quatro.

Está em uma unidade que tinha vários leões para serem enfrentados diariamente, com a perspectiva de que um dia será melhor que o outro, sem dúvidas me conferiu, muita força e foco, na profissão? Não! Na vida. Vivenciar “territórios” protegidos, como o da gestão e descobrir que ele não é tão protegido sim, e podemos nos inserir e fomentar a participação dos cidadãos independentemente de categoria profissional, classe social, se é o servidor ou o usuário na construção do SUS que queremos, é motivador. Passar por três Centros de Atenção Psicossocial colecionando experiências, “trocando figurinhas”, conseguir a reconhecimento e a interação dos três serviços, muitíssimo engrandecedor. E em que me tornei? Estou feliz com o deslocamento que vejo na escrita dessa profissional? Muito feliz!

## CAPÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Nada do que foi será  
De novo do jeito que já foi um dia.  
[...]Tudo o que se vê não é  
Igual ao que a gente  
Viu há um segundo  
Tudo muda o tempo todo  
No mundo [...].<sup>13</sup>”

Foi tudo muito intenso e aparentemente duradouro, foram dois anos que equivaleram por dez, e depois de vivenciar esse furacão de emoções tenho a convicção de que nada mais será como antes, as certezas que tenho, é que não sou mais a mesma pessoa que realizou a matrícula em março de 2017 neste programa de residência, quiçá a mesma profissional. “Tudo muda o tempo todo no mundo”, na vida. Deparava-me diariamente com diversas situações, questões, problemáticas, mudou agenda, a escala, alguns profissionais, a cor das paredes, os informativos dos murais, alguns dispositivos, recursos, enfim, estamos em constante mudança todo tempo, o que não muda, e só me fortalece é o amor pelo o que faço, a vontade de fazer o melhor com o que temos, usar de tecnologias leves para alcançar o reconhecimento da equipe que tanto me dediquei, reconhecendo que tive o privilégio de trabalhar com ACS empenhados e comprometidos com o fazer saúde, os quais já foram supervisionados por tantos outros enfermeiros(as) e ainda assim, me reconhecem como uma das melhores enfermeiras que puderam trabalhar. Parece pouco? Só eu sei o quanto ouvir isso significou pra mim. Motivador? Possivelmente, palavras não exprimem!

“Você não sabe o quanto caminhei  
Pra chegar até aqui  
Percorri milhas e milhas antes de dormir  
Eu nem cochilei  
Os mais belos montes escalei.  
[...] A vida ensina e o tempo faz o tom  
Pra nascer uma canção  
Com a fé do dia a dia encontro a solução  
Encontro a solução[...].<sup>14</sup>”

Foi um pouco de fé, de persistência, otimismo, choros, sorrisos, erros, acertos, estudo, amor, amizade, companheirismo, foco, enfim, necessitei de tudo isso e um pouco

mais para enfrentar essa viagem com o intuito de desbravar a saúde da família, foram inúmeras as descobertas, descobrir que vale muito a pena ter mais compaixão, realizar uma escuta qualificada, o cuidado humanizado, descobrir também a potência de um abraço, de um “bom-dia”, de um “como você está hoje?”. Concluo a residência com o título de “especialista em saúde de família”, quanto peso para uma frase tão pequena, sensação de dever cumprido e de ciclo concluído, um dos períodos mais importantes da minha vida, a caminhada continua, é preciso continuar! Sinto-me que agora, e somente neste momento torna-se límpido, o quanto me tornei mais, mais humana, mais enfermeira, mais amor, mais SUS, e enfim ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM SAÚDE DA FAMÍLIA, na modalidade residência.

## REFERÊNCIAS:

1. VALORE, LA. **A problemática da escolha profissional: a possibilidades e compromissos da ação psicológica.** SILVEIRA, AF., et al., org. Cidadania e participação social [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. pp. 66-76. ISBN: 978-85-99662-88-5.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** 2. ed. Brasil: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
6. BARREIROS H; ALVES, J; SERRANO, P. **Sarna Norueguesa - orwegianScabies.** Acta MedPort 2013 May-Jun;26(3):287-287
7. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.e-SUS Atenção Básica. 2019. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>. Acesso em: 21/02/2019.
8. Disponível em:<https://www.dicio.com.br/punk/>. Acesso em: 12/08/2018 às 01:07h.
9. Disponível em: <http://punktribourbana.blogspot.com/2011/10/definicao-do-punk.html> Acesso em: 12/08/2018 às 01:10h.
- 10 . ASSIS, M. M.A; JESUS, W.L.A. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.** Ciência & Saúde Coletiva, 17 (11):2865-2875, 2012. **Apud** Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2004
11. MARTA CONTE ET AL. **Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica.** Boletim da Saúde | Porto Alegre | Volume 18 | Número 1 | Jan./Jun. 2004. Disponível em:[http://crprs.org.br/upload/files\\_publications/arquivo27.pdf](http://crprs.org.br/upload/files_publications/arquivo27.pdf) Acesso em: 25/02/2019.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Redes de produção de saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf) Acesso em:

21/01/2019.

13. Como Uma Onda. Composição: Lulu Santos / Nelson Motta Interpretado: Lulu Santos. Rio de Janeiro: O Ritmo do Momento, 1983. **Disponível em:** <https://www.lettras.mus.br/lulu-santos/47132/>.

**Acesso em:** 22/02/2019.

14. A Estrada. Composição: Da Gama. Interpretado: Cidade Negra. Rio de Janeiro: Quanto Mais Curtido Melhor, 1998. **Disponível em:** <https://www.lettras.mus.br/cidade-negra/45268/>.

**Acesso em:** 22/02/2019.