



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS

**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ BAHIA “GONÇALO MUNIZ”
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

INDIANE DA CONCEIÇÃO QUEIROZ

**O SER RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E
POSSIBILIDADES EM SEU PROCESSO DE FORMAÇÃO**

Dias d'Ávila, BA
2019

INDIANE DA CONCEIÇÃO QUEIROZ

**O SER RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E
POSSIBILIDADES EM SEU PROCESSO DE FORMAÇÃO**

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.

Orientador(a): Lorena Nascimento
Cerqueira

Co-orientador(a): Laíze Maria Santos
Costa

Dias d'Ávila, BA
2019

INDIANE DA CONCEIÇÃO QUEIROZ

O SER RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES EM SEU PROCESSO DE FORMAÇÃO

Memorial apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. Programa de Residência Integrada de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família, FESF SUS/ Fiocruz – Ba.

Aprovado em, 25 de março de 2019.

Lorena Nascimento Cerqueira – Orientadora *Lorena Nascimento Cerqueira*
Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela FESF SUS/ Fiocruz – Ba.

Laíze Maria Santos Costa – Co-orientadora *Laíze Maria Santos Costa*
Enfermeira Especialista em Preceptoría do SUS pelo Sírio-Libanês.

SUMÁRIO

1	ANTES DE SONHAR COM A RESIDÊNCIA	4
2	CONCEBENDO UMA NOVA GESTAÇÃO: A RESIDÊNCIA	5
3	CONHECENDO O TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO	8
3.1	ATUANDO COMO ENFERMEIRA EM UMA USF: VIVÊNCIA DO PRIMEIRO ANO	10
4	RESSIGNIFICANDO MINHAS ATITUDES ATRAVÉS DOS ESPAÇOS EDUCACIONAIS DA RESIDÊNCIA	14
5	PORTFÓLIO: DE DESAFIO À CONSTRUCTO DO MEMORIAL	16
6	FORMA DE ATENÇÃO EM SAÚDE COLETIVA VOLTADA PARA O INDIVÍDUO, FAMÍLIA E COLETIVIDADE: A VISITA DOMICILIAR	17
6.1	GRUPO DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ALCOOL: NASCEDOURO DAS VISITAS DOMICILIARES	19
7	SEGUNDO ANO DE RESIDÊNCIA (COMO FOI SER R2)	21
7.1	SOBRE MINHA PASSAGEM PELA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO	23
7.2	VIVENCIANDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE DURANTE MEU ESTÁGIO ELETIVO	26
7.3	FINALIZANDO MEU 2º CICLO NA SALA DE SITUAÇÃO DO MUNICÍPIO	28
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
	REFERÊNCIAS	31

1 ANTES DE SONHAR COM A RESIDÊNCIA

Todos nós temos uma história para contar, pode ser pessoal, familiar ou profissional. A história que quero contar é o início da minha vida profissional, vejo que esta teve início como uma gestação. Meu processo de formação desde a alfabetização até a conclusão do ensino médio foi o planejamento da gravidez, o uso do ácido fólico 03 meses antes da concepção foi representado por cada ano do ensino médio como preparo para iniciar a graduação. Esta fase (graduação) se inicia com a fecundação (quando o espermatozoide se une ao óvulo e forma o zigoto), ou seja, passamos a receber novos conhecimentos, amadurecendo pessoalmente, e desenvolvendo habilidades, novas experiências assim como o desenvolvimento do feto.

No meado da gestação já conseguimos perceber que deixamos de ser apenas filha e agora mãe, nessa comparação, passei a me sentir não só estudante de enfermagem, mas sim uma profissional em busca de aprendizado. No final da gestação os comportamentos maternos passam a aflorar, foi aí que comecei a desempenhar meu papel de Enfermeira, buscando estágios para colocar em prática o cuidado e ir adiante ao processo contínuo de aprendizado.

Bom, nunca estive grávida, mas hoje consigo sentir o que é gerar um bebê. Isso foi possível diante a vivência do acompanhamento da Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher e de poucos homens que atendi em pré-natal do parceiro e em consulta de planejamento reprodutivo. Esse processo de acompanhar aquele casal que vem anos tentando uma gravidez apresentando relatos fortemente emotivos de como querem ter um filho e não conseguem. Relatos de mulheres acompanhadas no pré-natal e também assistidas no puerpério de como é estar crescendo um ser que será chamado de filho. Pais que se emocionam ao ouvir os batimentos cardíacos do feto. Foram tantos momentos de escuta qualificada, inúmeras consultas de enfermagem constituindo-se em vínculo e gerando empatia.

Finalizei minha graduação em Enfermagem, este momento foi o “parto”, reluzido de grandes emoções divididas com meus pais e irmã que sempre emanaram vibrações positivas torcendo pelas nossas conquistas. Porém como toda ou a maioria das mães de primeira viagem, depois de parida (formada) enfrentei minhas dificuldades. Busca de emprego, sentimento de frustração por não conseguir tão logo uma colocação no mercado de trabalho, e imaturidade profissional caracterizada por uma visão estreita em relação às possibilidades de atuação profissional.

Esses obstáculos perduraram meu primeiro ano de vida profissional, tendo assim posteriormente surgido a oportunidade de um curso de Especialização em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Estado da Bahia. Para alcançar esta etapa, escrevi uma

carta de intenção abordando meu interesse em qualificar-me profissionalmente, aderindo conhecimentos teóricos e práticos necessários para atuar na área de saúde pública com competência, capacidade crítica e reflexiva para identificar problemas no processo saúde-doença e solucioná-los, desenvolver produções científicas de impacto à saúde, planejar, executar e avaliar programas de saúde contribuindo positivamente com a implementação de novas práticas e a organização do trabalho em saúde.

Minha expectativa era tornar-me uma Enfermeira Sanitarista com a missão de manter e promover a saúde, atuar também na prevenção e no tratamento de doenças nos três níveis de complexidade. Destacar-me como um profissional diferenciado e humanizado e contribuir com o processo educativo e de pesquisa. Exercer o papel de enfermeira, embasada nos princípios e diretrizes do SUS, com compromisso ético, político e social através do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde.

Comecei minha Especialização, aquele olhar estreito ganhou novos passos... Despertei-me profissionalmente, foi quando decidi tentar a residência em Saúde da Família e fui aprovada no primeiro ano de tentativa, daí ganhei novas emoções, aquele sentimento de frustração já não existia mais desde o decorrer da especialização. A aprovação na Residência em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família Fundação Oswaldo Cruz Bahia, me fez aderir confiança.

Existe um regimento interno do programa, este dispõe: “De acordo com a legislação vigente, não é permitido ao residente realizar outras atividades, sejam de cunho acadêmico ou profissional, concomitante à participação no Programa de Residência, sob pena de exclusão e possível devolução dos valores recebidos enquanto esteve irregular quanto a esta norma”. Com isso, não dei continuidade a especialização, e então concebi a minha segunda gestação...

2 CONCEBENDO UMA NOVA GESTAÇÃO: A RESIDÊNCIA

Chega àquela explosão de sentimentos bons, início do desenvolvimento de uma vida profissional em campo de atuação, a qual não é apenas serviço havendo uma articulação ‘entre ensino, serviço e políticas públicas de saúde, mobilizando, construindo e disponibilizando novos conhecimentos, tecnologias e informações que assegurem a construção da integralidade da atenção, desencadeando processos de mudança no modelo de prestação de serviços ao sistema público de saúde’. (FESF SUS/FIOCRUZ, 2017)

O objetivo dessa nova gravidez tão desejada, a residência, é ‘formar profissionais de saúde qualificados na especialidade escolhida com competências técnico-científicas, sociopolíticas e ético-humanistas, orientado pelos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visando qualificar profissionais com competências para atuar em diferentes

níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo interdisciplinar, inter-setorial e interinstitucional, considerando as prioridades locorregionais.’ (FESF SUS/FIOCRUZ, 2017). Um sonho era tudo que eu precisava, essas foram minhas expectativas quando iniciei a Especialização em Saúde Pública, hoje alcançado e sempre em construção.

Entender o que é o Programa de Residência e o meu papel como residente, foi meu ponto de partida para adentrar nessa minha nova realidade. Então, o que é a residência? A meu ver, é o campo de prática onde aborda os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando nós profissionais/residentes vivenciar a educação e a inserção profissional de acordo com as necessidades e realidades locais.

A residência teve início com o acolhimento aos residentes, no início do mês de março de 2017. Esse espaço caracterizou-se como o momento de apresentação do Programa Integrado de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina da Família e Comunidade o qual nos proporcionou horas de emoções, expectativas, ansiedade, por vezes tornou-se cansativo e repetitivo. Neste momento houve algumas atividades, tais como: cinema, dramatizações, leituras, passeatas, entre outras, usando a metodologia ativa.

A metodologia ativa denominada método de Aprendizagem Baseada em Problemas de Paulo Freire, para mim foi uma novidade, percebi entre alguns residentes um desconhecimento também do uso dessa prática educacional, gerado um descontentamento inicial em relação a esse método. No decorrer das atividades, passamos a conhecer/entender e confortavelmente a conviver com essa “nova” metodologia, resultando em um processo gradual de adaptação e posteriormente valorização dessa metodologia.

Vimos de uma educação tradicional no qual aprendíamos os conteúdos transmitidos pelos professores (figuras ativas) por meio de aulas ministradas e outras metodologias utilizadas onde na maioria das vezes nós alunos (figura passiva) participávamos mais como ouvintes do nosso processo de aprendizado. De cara com a metodologia ativa partimos primeiro da prática e por meio desse buscamos a teoria (autoconhecimento).

Tivemos um momento para escuta e avaliação do Programa de Residência, este espaço foi conduzido pela equipe da Coordenação contando com a participação de todos os residentes do primeiro ano (R1). A FESF SUS produziu um Breve Relatório Consolidado, intitulado como Encontro com R1: momento para escuta e avaliação do Programa de Residência. Uma das atividades desenvolvidas neste, foi o uso de tarjetas para destacarmos os pontos altos e pontos baixos do programa, um dos pontos em destaque foi a Metodologia ativa, resultante em, respectivamente:

- “Autonomia Residentes | Independência | Manutenção do ser responsável | Aprendizado em Serviço | Atividades práticas | Processo ativo | Trocas de Experiências | Leveza na transmissão do conhecimento | A liberdade na prática | Construção do conhecimento

horizontal | Assumir a USF com apoio de preceptor | Possibilidade de ser protagonista das ações”;

- “Incompreensão sobre a Metodologia Ativa | Qualificação dos espaços de formação | Espaços teóricos/ práticos para qualificar a formação profissional | Espaço para atividades teóricas | Falta de embasamento teórico em alguns espaços. Suporte teórico (abordagem) | Aporte teórico- excesso de metodologias ativas | Maior qualificação dos espaços pedagógicos e/ou mais espaços | Ausência de uma linha mais estruturada de temas para rodas e turno (apesar do PPP) | Aprofundamentos teóricos, a prática e demandas excessivas tendem a tomar todo o nosso tempo e disposição | Mesmo existindo espaço para a capacitação teórica ainda acredito que poderia melhorar com assuntos de “campo”.

Quando fui admitida ao Programa, como dever do residente, busquei conhecer os regramentos deste, tive acesso ao Projeto Político Pedagógico (PPP) da Residência, material elaborado a partir das trocas e construções coletivas entre o corpo pedagógico e a coordenação do Programa nos diversos espaços cotidianos de encontro para a co-gestão e educação permanente. É um instrumento norteador localizado no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), usado no processo metodológico do desenvolvimento profissional (fetal), como atividade teórica visando mesclar a prática no território à associação de conhecimentos teóricos sistematizados, expandindo por meio de estudos individuais e em grupo com orientação docente, floresce o portfólio.

O PPP aborda a Territorialização, Acolhimento, Agenda, Vínculo, Sala de Espera, Vacina, Preventivo, Puericultura, Pré-natal, Políticas de Saúde, Caderno da Atenção Básica (CAB); NASF, Matriciamento, Apoio Institucional; Competência do profissional, Unidades de Aprendizagem (UA), Programa de Saúde na Escola (PSE); Visita Domiciliar; Protocolos de atendimento: à Saúde da Mulher, da Criança; R1(SF I e II, Cuidado Integral I e II); R2 (SF III, Cuidado Integral III, IV e V, Gestão e Articulação de Redes – estágios optativos); Estratégia de Saúde da Família (ESF); Cuidado Integral- espaços para além da AB- atividades junto à comunidade, articulação com outros serviços; Princípios e diretrizes da AB e ESF, dentre outros assuntos.

Aqui norteou e reforçou as minhas competências enquanto Enfermeira/ Residente, a aquisição de competências como previsto, ocorreu em todo o meu percurso de formação, ‘com movimentos de aperfeiçoamento das competências adquiridas previamente à residência e a cada mês, sendo esperado, portanto o deslocamento permanente do residente em busca de alcançar o maior número de competências possíveis e necessárias ao desenvolvimento do trabalho na Saúde da Família’. (PPP, 2018)

O portfólio me permitiu contar minhas histórias mesclando com as histórias contadas pelos pacientes, nele escrevi meu deslocamento profissional. Sendo este um espaço de diálogo e aproximação de residente e corpo pedagógico como forma de compartilhar e dar

visibilidade a outros modos de interpretar os caminhos da aprendizagem. Minha preceptora pontuou a substancialidade em dar destaque aqui no meu memorial, ao meu percurso diante as visitas domiciliares a qual me proporcionou um olhar impactante ao processo saúde-doença e aplicação ampla do cuidado em saúde.

A residência confere aos profissionais condições para desenvolver habilidades e atitudes no trabalho, e por se tratar de realidade com desafios diferentes, outras competências não descritas neste projeto foram requisitadas no campo de prática e automaticamente inseridas no meu cotidiano. Considerando que esta adota como princípio a Pedagogia Problematizadora, vivenciei um constante processo de ressignificações/reconstruções, problematizando as situações cotidianas, assim como os atuais modelos de educação, de gestão e de atenção à saúde, fomentando novas práticas com potencial transformador, resultando em maturidade profissional e pessoal simultaneamente.

3 CONHECENDO O TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO

Foram semanas de curiosidade para saber em qual município iria atuar: Dias d'Ávila (Cidade das Águas). Neste cenário, aplicando meus conhecimentos adquiridos durante a realização da Pós-graduação em Saúde Pública, explorar o Plano Municipal de Saúde (PMS) do município o qual irei assumir o compromisso pela Saúde no território, é substancial, ter acesso primordialmente a esse instrumento de gestão o qual possibilita conhecer a realidade da situação de saúde, evidenciando o caminho a ser seguido enquanto profissional de saúde da atenção primária.

Além do PMS, acessei o Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2016, no ano anterior a meu ingresso, este é um instrumento da gestão do SUS, nele contém as metas e os resultados alcançados no ano. Para tais, tive acesso por meio do SARGSUS, que é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde em conjunto com o DATASUS, com o objetivo de apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde.

Através da leitura desses instrumentos, conheci a densidade demográfica de acordo com o sexo e a idade predominante, o que corrobora com a pirâmide da faixa etária do Brasil, notando um estreitamento na base, onde o maior número da população hoje se encontra na fase adulta. Também, conheci os dados de morbimortalidade que mais acometem o município de atuação. Diante essa exploração, enquanto enfermeira da atenção básica pude me atentar quanto às necessidades apontadas a receber uma atenção especial por meio do desenvolvimento de ações voltadas a saúde neste território.

De acordo o RAG de 2016, neste ano (anterior a meu ingresso) a população residente estimada era 79.401 habitantes. A assistência à saúde era ofertada através das 12 Unidades de Saúde da Família (USF) distribuídas no município (10 na zona urbana e 02 na zona rural) com 18 equipes de Saúde da Família (ESF) e 04 unidades de assistência especializadas: CAPS, CEO, HMDPS, e UPA 24h, além do SAMU.

Vale ressaltar, que inicialmente quando busquei esses instrumentos foi por curiosidade de saber sobre o município de atuação do Programa de Residência, porém não tinha uma visão ampla ao buscar compreender o que cada informação poderia me proporcionar enquanto profissional da ponta. Ou seja, atualmente lendo esses mesmos instrumentos, após ter passado pelos ciclos do segundo ano de residência (a gestão), e principalmente por ter passado pela Sala de Situação de Saúde do Município, a interpretação analítica desses instrumentos é outra, onde vejo uma gama de possibilidades de mudanças no meu processo de trabalho enquanto profissional da ponta.

Esse município está situado no norte da cidade de Camaçari e faz parte da Região de Saúde de Camaçari. Entre os desafios mais urgentes do SUS estão à ampliação do acesso e a adequação dos serviços ofertados. “No Brasil, as relações existentes entre regiões e redes de atenção à saúde indicam que o avanço do processo de regionalização do SUS pode interferir positivamente na oferta de ações de serviços de saúde, tornando-a mais eficiente e abrangente.” (SANTOS, 2017)

Conforme a Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011, considera-se Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

As Regiões de Saúde são divididas em cinco grupos os quais foram analisadas as situações sociais e de condições de saúde existentes na região, por meio do cruzamento das dimensões Situação Socioeconômica e Oferta e Complexidade dos Serviços de Saúde. Conforme tabela abaixo:

Tabela 1 - Divisão das Regiões de Saúde

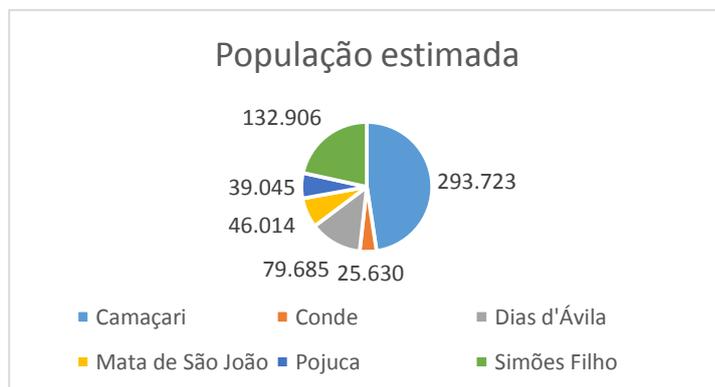
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços	Médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços	Médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços	Alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços	Alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços

A Região de Saúde de Camaçari está inserida no Grupo três, desta fazem parte os seguintes municípios descritos na tabela abaixo:

Tabela 2 - População Residente estimada por município, da Microrregião Leste de Camaçari, Bahia, no ano de 2018.

Município	População estimada
Camaçari	293.723
Conde	25.630
Dias d'Ávila	79.685
Mata de São João	46.014
Pojuca	39.045
Simões Filho	132.906
Total	617.003

Fonte: DataSus (IBGE)



3.1 ATUANDO COMO ENFERMEIRA EM UMA USF: VIVÊNCIA DO PRIMEIRO ANO

A USF em questão foi inaugurada em 2006, funcionava em frente à rua ao lado de um restaurante em um ponto alugado, quando chegamos ainda havia uma fachada antiga. Em setembro de 2016, ela ganhou uma estrutura própria, situada atrás da Feira João do Leite. Como referência para conhecer melhor o funcionamento da unidade, tivemos a preceptora/enfermeira da USF desde 2011.

Nós residentes, chegamos ao município de Dias D'Ávila, em março/2017, fomos apresentados a gestão, gerências e coordenadores. Apresentaram a história do município, para além fomos recepcionados com um café da manhã na casa da Prefeita, ou seja, a residência foi bem esperada, sendo essa a primeira turma de Residência no município citado. Foram semanas se passando, os preceptores escolheram quais residentes iriam para as unidades de campo de atuação.

Quando eu cheguei à USF que atuei, era apenas uma estrutura física para atender duas equipes, a composição desta era configurada por: 07 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 01 recepcionista que era uma ACS em desvio de função por problemas de saúde ocupacional, 01 assistente administrativo, 02 médicas do mais médico, 02 técnicas de enfermagem, 02 enfermeiras (desta 01 era preceptora), 01 dentista/preceptora, 01 auxiliar de saúde bucal, 01 agente de limpeza, 02 vigias (se revezam durante a semana).

Diante a chegada do Programa Multiprofissional de Residência, a equipe transfigurou-se, passando a serem compostas além das figuras de preceptor, por 03 enfermeiras residentes mais 02 dentistas residentes, organizadas por equipe e apoio dos residentes da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Durante o primeiro

ano tudo acontecia dentro da mesma estrutura física, mas aprendemos a identificar os usuários de cada equipe que tinham suas características peculiares.

A metodologia usada na semana inicial se caracterizou pelo processo de territorialização, posteriormente tivemos como atividade a realização do mapa do território tornando nossa visão de espaço mais suscetível a reconhecer o território, delimitando os equipamentos sociais, as barreiras de acesso, os domicílios de maior vulnerabilidade, entre outros pontos importantes. Considerando que o trabalho em Saúde da Família (SF) deve levar em conta, em primeiro lugar, o conhecimento do território onde se vai atuar, esse processo a princípio foi fundamental para conhecer o território.

Diante essa etapa inicial que me possibilitou identificar no território como as pessoas inseridas naquele contexto vivem, adoecem e morrem, dei partida a minha primeira experiência profissional dentro do âmbito da SF. Para isso contei com o apoio da figura que compõem o quadro pedagógico da residência, a preceptoria, a qual me proporcionou autonomia profissional.

Pertinente à fase de chegada, nós residentes enfrentamos algumas dificuldades basilares como: conflitos nas relações interdisciplinares (médico e enfermeiro); equipe primogênita execrando os residentes que compõem a equipe do NASF reflexo das experiências inexitosas com profissionais anteriores do NASF do município; fluxo elevado de usuários exigindo atendimento e alguns com receio na criação de vínculo, inicialmente, mais na equipe II, pela rotatividade de profissionais que esta sofreu; desvalorização de espaços como: reunião de equipe/unidade, turno pedagógico e atividade educativa garantida na agenda; implantação do acolhimento com classificação de risco; uma estrutura física para atender 02 equipes com característica diagnóstica situacional de saúde distinta.

A cerca das dificuldades encontradas, que influenciaram no começo, destaco ainda: a insuficiência de recursos materiais como apenas uma cadeira odontológica para atender a população adscrita das duas equipes; área descoberta por ACS muito extensa e aumentando continuamente por território possuir muitos terrenos passíveis de construção de novas moradias; e falta de fluxo estabelecido com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e ausência de contra referências destas. Diante o exposto, posso afirmar que cada dificuldade permeada resultou em potencialidades no meu processo de trabalho resultando em mudanças positivas.

Sobre a preocupação acerca da construção de vínculo com os usuários citada anteriormente, destaco como se deu a descoberta da importância do vínculo com o usuário... Logo quando cheguei, vendo a relação que a Enfermeira/ Preceptora exercia de confiança, respeito, de conhecer realmente a histórias de todos os usuários que ali estavam todos os dias ou às vezes, e até mesmo conhecendo a história de saúde dos usuários que

não iam à USF por não querer, por não poder (entraves nos acesso) com os usuários do seu território, pensei: Nossa, que intimidade maravilhosa!

Sempre busco referências profissionais, de cada relação interpessoal e multiprofissional, nós seres humanos apresentamos defeitos e qualidade, então para minha vida gosto de carregar as coisas boas que se tem. Gosto de perceber em minha caminhada o que é luz, e com isso a aprender a viver. Aqui nas relações com colegas residentes, corpo pedagógico e profissionais do município, pude aprender com cada um deles como ser um profissional qualificado. Com os usuários, acontece da mesma forma, aprendemos a agir de maneira diferente, aprendemos que temos que transformar nosso “eu” para depois transformar a vida de quem cuidamos. A gente aprende a deixar de lado os preconceitos, a enfrentar os medos e a conduzir nossas ações.

Aqui consegui desafiar, ser desafiada, lutar, perder e conquistar, mas nunca desistir, e compreender que para cada desafio há possibilidades de transformações. Aprendi a prescrever medicamentos, solicitar exames, entrar na casa de desconhecidos, atender pessoas de diferentes níveis socioeconômicos e grau de instrução. Aprendi a me comunicar de forma diferente de acordo com o público, aprendi que existe um “SUS que dá certo”. Foram tantos aprendizados, que meu coração se transborda de gratidão. Daí descobri, não era “Intimidade” é “Vínculo”.

Bem, a caminhada nesse primeiro ano, me causou a impressão de uma longa pista de corrida a enfrentar, com dias de chuva e sol, foram dias sedentos e de apreciação. Nessa trajetória, aconteceram tantas ações em saúde, através de: grupos, como por exemplo, o de Qualidade de Vida o qual estimula a prática de atividade física, orientações sobre uma alimentação saudável, uso de PICS, dentre outras metodologias, um grupo conduzido pelos profissionais do NASF e da equipe básica; tivemos a sala de espera sobre variados temas de Educação em Saúde; agenda aberta a demandas espontâneas; atendimento com acolhimento e classificação de risco; Educação Permanente em Saúde com objetivo de continuamente qualificar os profissionais; Visitas Domiciliares e atividades no Território e/ ou em equipamentos sociais; Agenda para atendimento a todos os ciclos de vida; consultas individuais, coletivas e compartilhadas, onde o profissional com olhar holístico e cuidado integral consegue observar sinais e sintomas de variadas doenças e identificar os determinantes sociais existentes...

Para realização destas ações, nos deparamos com alguns contratempos, a exemplo, alguns entraves na coordenação do cuidado com os usuários, identificados na articulação com as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Sobre esta, sentimos a falta de Fluxos organizacionais de encaminhamento e acompanhamento dos usuários assistidos na Rede, e, além disso, um ponto extremamente fraco é a referência e contra referência, instrumento que permite a comunicação entre os profissionais e usuário.

Sabemos que as Unidades de Saúde da Família representam a principal porta de entrada, se constitui no nível de atenção à saúde mais próximo dos cidadãos e é vista como o centro de comunicação com toda a rede. Então reconhecemos que as ações aqui desenvolvidas devem ser pautadas nos princípios do SUS: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da assistência, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

As RAS executam ações de média e alta complexidade, essas são desenvolvidas nos ambulatórios de especialidades e em serviços hospitalares, para estes encaminhamos os usuários que requeiram a atenção de uma especialidade, de recursos tecnológicos de maior densidade para apoio do diagnóstico e terapêutico. A referência (caracterizada pela ficha preenchida pelo profissional da AB para encaminhamento do usuário para outros níveis de atenção) e a contrarreferência (retorno desse instrumento, preenchido pelo profissional da RAS comunicando o diagnóstico e a terapêutica prescrita, com o intuito de manter o cuidado na AB) vem nesse sentido de organizar a comunicação e garantir os princípios na atenção aos cidadãos.

Atravessando esse desafio, a ausência da contrarreferência, a sensação era de quebra na continuidade da assistência e um empecilho na integralidade do atendimento. Isso mostra o quão importante este é para a nossa oferta do cuidado ser “completa”. Contudo, essa pedra no caminho não é suficiente para tornar impossível a atenção qualificada, pois dispomos de tantas outras ferramentas substanciais para dar continuidade a esses usuários, porém para alguns usuários sim, ainda tenho dúvidas de como fazer para não “perder” nenhum usuário quando encaminhado para rede, muitos não voltam mais para USF, e até a Busca Ativa se tornava “insuficiente”.

Perante essas dificuldades, percebi no decorrer da trajetória que a gestão de Dias d'Ávila mostra-se fortemente preocupada com a qualificação da atenção à saúde, vivenciei várias medidas da gestão em busca da resolução desses problemas. Discussões sobre os fluxos de encaminhamento dos usuários na Rede, através da integração Atenção Básica e RAS, proporcionando a articulação entre as Redes, e nesse movimento presenciei várias ações de fortalecimento das seguintes Redes: de Atenção Psicossocial, Rede Cegonha, de Urgência e Emergência, de Atenção às Doenças Crônicas e de Atenção às Pessoas com Deficiência.

Nessa conjuntura, a preceptora de enfermagem confiou a mim a responsabilidade de responder a Entrevista do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Este tem o objetivo de incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Essa entrevista representa o processo de avaliação do processo de trabalho da equipe, o que

traduz repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento.

Essa responsabilidade reproduziu em mim um elevado grau de segurança e confiança, resultado de uma maturidade profissional adquirida e em constante construção. Sendo toda essa minha trajetória produto de um trabalho em equipe onde todos os atores sociais ali presentes no meu primeiro ano contribuíram significativamente para todos os avanços aqui conquistados.

4 RESSIGNIFICANDO MINHAS ATITUDES ATRAVÉS DOS ESPAÇOS EDUCACIONAIS DA RESIDÊNCIA

Descobrimos o que a residência nos proporciona, os espaços, os apoios, a preceptoria, a relação com o município. De acordo com o nosso Projeto Político Pedagógico (PPP), 2018, nesse contexto de residência, foram utilizadas como estratégias metodológicas: as Atividades no Território (Desenvolvimento de grupos e oficinas de trabalho para desenvolvimento de novas ferramentas, conforme necessidade percebida em cada local de atuação); Roda de Campo (Rodas de conversa para discussão e avaliação entre residentes e docentes, apoio institucional para a organização do processo de trabalho e qualificação das práticas cotidianas das equipes).

Ainda, as Roda de Núcleo e de Campo (Realização de rodas pedagógicas de campo e núcleo para reflexão das práticas, identificação das necessidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências do âmbito da assistência, gestão e educação); Turno Pedagógico (momento dividido por classe profissional para enriquecimento da prática); Grupo Diversidade (Vídeo, debate, exposição de filmes seguidos de discussões, painéis com trocas de experiências dos próprios residentes e/ou convidados); Seminários Integrados (compartilhamento de experiências relevantes no processo de formação); e Assembleias (espaço dos residentes). Sendo esses espaços educacionais configurados no primeiro ano.

A atividade no território era um espaço ocorrido em um sábado por mês, o qual permitia a autonomia de decisão em conjunto a equipe o que iríamos trabalhar, já que era uma atividade da residência desenvolvida para os usuários. Nossa primeira atividade no território foi a 19ª campanha nacional de vacinação contra a influenza; decorridas de outras abordagens seguindo a dinâmica da realidade da unidade: mapeamento das áreas para delimitar as microáreas, programação mensal das ações em saúde de acordo com as cores do mês, peso da bolsa família, competência da atenção básica, organização dos prontuários, visto a necessidade pela equipe com o objetivo de organizar o processo de trabalho, feira de saúde na feira, realizada num domingo dia de abertura da Feira do

território de atuação executando diversas atividades aberta ao público, e atividades no novembro azul. Esse fortaleceu a relação de trabalho em equipe.

A roda de núcleo uma das ofertas educacionais acontecia com encontros formados por cada categoria profissional, era facilitada pela Apoiadora Pedagógica de Núcleo (APN) de Enfermagem. Primordialmente era tudo novo tanto para nós residentes quanto para a APN. Segundo o PPP (2018), o objetivo era apoiar a qualificação da clínica específica de cada categoria profissional, podendo utilizar diversas metodologias ativas de aprendizado que possam apoiar o desenvolvimento de habilidades clínicas.

Estes serviram como estímulo a reflexões sobre os desafios cotidianos de organização do processo de trabalho, através de buscas de novas referências dialogando com as necessidades de transformações nas minhas ações. Primordialmente, questioneei: Qual a representação da roda de núcleo para a formação dos residentes? O objetivo está sendo contemplado? 'A roda de núcleo se configura como um espaço/momento de estudos e desenvolvimento reflexivo-critica, proporcionando a qualificação do processo de aprendizagem de modo a adquirir uma visão holística e participativa o qual podemos partilhar conhecimentos.' (FESF, 2017)

Este espaço teve sua representatividade e objetivo alcançado, fomentando a buscar referenciais teóricos para subsidiar e oferecer ferramentas conceituais para as atividades vivenciadas, o uso do portfólio para registrar nossas reflexões sobre as experiências do cotidiano, entre outras mudanças atitudinais impulsionando cada vez mais ao cuidado integral.

A Roda de Campo, esta acontece com a participação de todas as categorias profissionais, porém de cada Unidade de Saúde e facilitadas pelos apoiadores pedagógicos institucionais. Aproveitando este espaço que tinha como objetivo melhorar o processo de trabalho no campo inserido, foi aqui onde concretizei a ideia surgida durante minhas visitas domiciliares, de formar um grupo de atenção aos usuários de álcool, onde objetivamente pude mesclar a prática no território à associação de conhecimentos teóricos sistematizados.

Os Seminários, contavam com a participação de todos os residentes (R1 e R2), inseridos em todos os municípios e cenários de aprendizado. Tratavam de temas de interesse geral de maneira a ampliar a caixa de ferramentas dos residentes e corpo pedagógico ao resgatar conhecimentos básicos e avançados em saúde a partir de diversas abordagens e metodologias. 'Têm o objetivo de apoiar o desenvolvimento de competências de campo na estratégia saúde da família, em articulação e de maneira complementar aos turnos pedagógicos semanais, rodas de campo e núcleo e outros espaços de aprendizado.' (PPP, 2018)

Infelizmente nem todos os encontros alcançaram o real objetivo, usamos este espaço como momentos de choros, apresentávamos insatisfações quando às vezes

notávamos uma “falta” de organização em alguns espaços educacionais, ou até mesmo compartilhávamos problemas singulares de cada município.

Os Turnos Pedagógicos aconteciam como turno de agenda integrado por categoria profissional. Quando a demanda da unidade exigia, realizamos estes de forma integrada com a outra categoria profissional, odontologia. Assim às vezes usávamos este espaço para matriciamento, organização de agendas, dentre outros processos organizativos do trabalho. Lamentavelmente este foi um espaço pouco aproveitado, a dificuldade era garantir que esse acontecesse, pois eram ocupados pelas rotinas da USF. No entanto, nos momentos ocorridos, esse teve utilidade na qualificação das consultas de enfermagem.

O Grupo Diversidade ‘são ofertas educacionais em que os participantes são distribuídos de maneira a diversificar o perfil e lotação de atuação no cuidado, possibilitando troca de experiências e diferentes perspectivas sobre a prática’. (Projeto Político Pedagógico, 2018) O objetivo deste foi alcançado, por meio da identificação de problemas, formulação de explicações, a elaboração de questões de aprendizagem, a busca de novas informações, a construção de novos significados e a avaliação processual.

Todos esses espaços tiveram força motivacional, prospectando minha autonomia profissional, fui conquistando conhecimentos e me reconhecendo como principal protagonista do aprendizado. Ou seja, tudo que foi trabalhado nos momentos educacionais atribuiu a mim um novo significado.

5 PORTFÓLIO: DE DESAFIO À CONSTRUCTO DO MEMORIAL

Minha maior angústia inicialmente foi: Como fazer o portfólio? O que devo acrescentar? Devo fazer citações? Uso de primeira pessoa? Quais normas? Essa é a minha primeira necessidade de desenvolver um portfólio, partir para pesquisas, achei um modelo, fiz a primeira postagem baseado em tal. Ainda preocupada com o formato, fiz capa, folha de rosto, será que é realmente necessário? Mais pesquisas... Então o que é um portfólio reflexivo?

Portfólio Reflexivo, segundo Otrenti e colaboradores (2011), ‘é uma coletânea de trabalhos realizados pelo aluno, agrupado em uma pasta, ao longo de uma disciplina ou mesmo durante anos. Essa coleção permite construir o perfil acadêmico do aluno, refletindo seu crescimento, os temas estudados, as facilidades e dificuldades durante seu processo educativo.’

É um dos métodos de avaliação utilizado na metodologia ativa de ensino-aprendizagem, este me possibilitou registrar minha vivência enquanto residente em saúde da família, e conseqüentemente a refletir os problemas enfrentados nessa realidade e realizar mudanças. Então o ser residente é o principal responsável pelo processo de

aprendizagem, somos preparados para a resolução de problemas que surgem diariamente na prática profissional e com isso transformar a nossa prática.

Diante disso, me senti mais “preparada” para escrever, no início não via muito sentido, por vários motivos, não tinha retorno nas minhas postagens, qual seria minha motivação em escrever algo que nem sabia se estavam lendo, e entendia que fazia parte do processo avaliativo, mas quem iria avaliar? Ainda sobre usar o “eu” e trazer referencial teórico, encontrei divergências em orientações entre o corpo pedagógico da residência. Ao passar do tempo, houve melhoras das dificuldades enfrentadas, passei sim a ter segurança ao escrever meu portfólio, encontrei motivações e estímulos do corpo pedagógico, passei a entender e valorizar essa ferramenta.

Nesse momento passei a escrever muitas das minhas buscas teóricas, diante a avaliação das minhas postagens e acompanhamento realizado pela preceptora do meu deslocamento na caminhada, o que chamou a atenção foi às buscas incessantes que fiz para qualificar o desenvolvimento das visitas domiciliares dentro da equipe. Como sugestão, que tal falar em seu memorial como foi essa etapa tão importante junto à Saúde da Família?

Hoje, vejo o portfólio como um instrumento de resgate das minhas experiências, como uma ferramenta de grande valia na construção do meu memorial, facilitando minha retrospectiva profissional, fomentando pontos fortes do processo de caminhada de um residente em Saúde da Família. Juntamente a ele, trago reflexões que servem de subsídios a minha tomada de decisão enquanto profissional do SUS.

6 FORMA DE ATENÇÃO EM SAÚDE COLETIVA VOLTADA PARA O INDIVÍDUO, FAMÍLIA E COLETIVIDADE: A VISITA DOMICILIAR

Aqui estou! As visitas domiciliares (VD) simbolizou evolução em meu “ser” residente em Saúde da Família. Diante as VD realizadas recebi primariamente, estímulo do preceptor do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para buscar qualificar esse atendimento na USF de atuação. Então, pesquisei instrumentos a serem utilizados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a reorganização dos serviços na Atenção Básica (AB) no âmbito da VD. Segundo o manual do serviço (2017), “a atenção domiciliar constitui um importante dispositivo de atenção à saúde” e funciona da seguinte forma: A solicitação das visitas domiciliares poderá ser realizada por qualquer usuário da comunidade e/ou profissional da equipe de saúde, nos diversos espaços ofertados pela Unidade: recepção, acolhimento, atendimento individual e/ou coletivo, grupos, reunião de comunidade, entre outros.

A visita domiciliar é um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, seja ele ASSISTENCIAL ou EDUCATIVO. Eu enquanto enfermeira de Saúde da família valorizo bastante esse instrumento, pois permite a maior equidade da assistência em saúde

e integralidade na assistência. Assim como outras ações de saúde, a VD tem a sua gama de vantagens e também as desvantagens.

Foram tantas vantagens que a VD me proporcionou: conhecimento sobre o indivíduo para possibilitar a prestação da assistência integral ao paciente, visualização do contexto familiar (habitação, higienização etc.), melhor relacionamento profissional-paciente-família, melhor relacionamento do grupo familiar com o profissional de saúde, maior liberdade para expor os mais variados problemas, diagnosticar populações de maior vulnerabilidade naquele contexto, identificar grupos de risco, reconhecer os determinantes sociais e condicionantes mais predominantes naquele território.

As desvantagens se faziam presente nas seguintes situações: método dispendioso, pois demanda custo de pessoal e de locomoção para domicílios mais distantes considerando ainda a área descoberta grande, contratempos advindos da impossibilidade de marcar a visita quando não se encontrava ninguém na casa, o endereço incorreto, a pessoa não residir mais naquele endereço, familiares negligentes. Desses o que tornou mais difícil a realização de algumas VD foi a dificuldade com o transporte, nem sempre tínhamos disponível.

Para o sucesso de uma visita domiciliar é necessário planejamento, execução, registro de dados e avaliação. E o mais importante é preciso esquecer o sol e ir a pé ao território, sim valeu muito a pena, esse foi o instrumento que mais usei e fomentou minhas atitudes voltadas ao cuidado. Ampliou minha visão e me fez ver o que eu precisava mudar nos meus atendimentos para atingir aquele público que não acessa a USF. Foi diante as minhas visitas domiciliares, debaixo do sol quente, acompanha das minhas ACS (sempre acessíveis, até mesmo para me acompanhar nas áreas descobertas) e de outros profissionais quando a necessidade demandava da atenção de outros atores também, que passei a me transformar profissionalmente.

Conforme sugerido pelo manual, sugeri o registro das solicitações de visita em livro ata ou criação de uma ficha de solicitação de visita, sinalizando qual a equipe solicitada. Desenvolvi um instrumento e compartilhei na reunião de equipe expondo o objetivo e posteriormente acatei sugestões de melhora do instrumento analisando o grau de aceitabilidade e funcionalidade dos mesmos para dinamizar as VD e passar a ser discutido nas reuniões e assim ocorrer de forma mais estruturada e organizada. Sugestão: Nome do solicitante/ Número do prontuário/ Endereço/ACS/ Nome do usuário a ser visitado/ Motivo da solicitação de visita/ Data/ Assinatura e identificação do solicitante. Adapte!

Com o intuito de direcionar de forma mais efetiva as visitas domiciliares, dei valor de uso as ferramentas de avaliação de risco familiar e individual, dentre elas estão a Escala de Coelho e Savassi, para determinar o risco familiar, muito utilizada na ESF, e o Índice de Katz Modificado e a Escala de Complexidade AD, para determinar o risco individual e a

periodicidade de visitas para o paciente. Estructurei minhas buscas, produzir materiais e como pauta de reunião apresentei para os profissionais com o objetivo de compartilhar e qualificar. Para adiante, comecei a trabalhar isso em minha área, hoje vejo esse atendimento seguir qualificado. E as dificuldades ainda existem: Sim! Mas dá para acontecer.

Enfim, que espaço rico. Precisa estabelecer critérios epidemiológicos e populacionais, selecionar as pessoas, famílias ou microáreas visitadas, planejar, definir objetivos da visita, analisar informações referentes ao sujeito da VD no serviço de saúde, executar diferentes ações em saúde dentro e fora da USF, desenvolver estratégias em saúde, visitar fora do dia de visita, e assim vivenciei esse ciclo contente.

6.1 GRUPO DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ALCOOL: NASCEDOURO DAS VISITAS DOMICILIARES

Entendendo a saúde como um processo social, e que as ações de saúde não se fazem apenas dentro da Unidade de Saúde da Família (USF), considerando os usuários que menos buscam os serviços de saúde, pensando na reorganização dos serviços na AB, a Visita Domiciliar (VD) constitui-se se um importante dispositivo de atenção à saúde. A VD possibilita a identificação da realidade na qual as famílias estão inseridas e visualizar as condições do território compreendendo melhor o diagnóstico situacional.

Foi no âmbito da VD que comecei a ser idealizar o grupo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas da USF do município de Dias d'Ávila- BA. No decorrer das VD a um determinado usuário (que veio a óbito por complicações do uso abusivo de álcool), observou-se que em frente ao seu domicílio, encontrava-se vários homens faixa etária 30 a 75 anos e a maioria desempregados, ingerindo bebidas alcoólicas logo pela manhã, levando ao profissional de saúde a reflexão de como alcançar esse público para ofertar o cuidado.

Percebi que esses homens nunca iam à USF, eram aproximadamente 20 homens e às vezes até mais, ficavam também todos reunido em um determinado bar situado em uma microárea minha, destes 90% encontravam-se desempregados, vivendo de “bico”. Convidei minhas agentes comunitárias e o professor de educação física/ preceptor do NASF, discutimos sobre o assunto e planejamos uma atividade para iniciar o contato com eles, e realizamos esse primeiro contato no bar, depois em frente à casa que eles usam até hoje como ponto de encontro para tomar o “corote” (cachaça). Daí conseguimos criar vínculos e trouxemos eles para USF, muitos (não tenho número atualmente) até hoje utilizam o cardápio de ofertas da USF e buscam a USF como porta de entrada.

Vê essa atividade como estratégia de ampliação do acesso a população aos serviços de saúde, na atenção básica e nas Redes (RAS), fortalecendo a atenção às

doenças crônicas não transmissíveis me faz acreditar que a tendência é sim atingir a meta de qualificação.

O objetivo desse grupo era estabelecer o vínculo com essas pessoas que menos procuram a USF, ampliar o cardápio de ofertas e facilitar o acesso deles aos serviços. Este é um grupo operativo que visa um processo de mudança e a redução de danos. A metodologia adotada foi a de grupo operativo cuja abordagem inicial foi à busca ativa desses usuários, o primeiro momento aconteceu no bar situado próximo à casa do usuário de VD com a realização de avaliação antropométrica e aferição de Pressão Arterial (PA) e convite para irem até a USF.

Na USF conversa sobre a vida, sentimento, interesses, entre outros aspectos, utilizando uma estratégia terapêutica conhecida como Intervenção Breve (IB) sendo essa uma técnica de abordagem para diminuição dos problemas associados ao uso do álcool. Oferecimento de aconselhamento, orientação e atividades a serem realizadas por eles, como fazer um diário sobre seu uso de álcool e sobre a execução das suas atividades de vida diária o autocuidado.

Identificando o que gostavam de fazer, o que lhe traziam prazer e sugerindo que fizessem em determinado período. Fornecendo informações sobre os prejuízos associados ao uso do álcool e outras drogas, ofertando consultas individuais e compartilhadas, exames de acordo com a necessidade de cada um, auriculoterapia, dentre outras atividades.

A cada encontro do grupo foi se obtendo resultados positivos com a participação deles semanalmente na USF, com a busca dos mesmos aos serviços de saúde que a unidade oferta, com encaminhamentos necessários para as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e o vínculo cada vez mais se fortalecendo. Métodos esses extraídos do Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 34 – Saúde Mental, do Ministério da Saúde (2013).

Adotar essa estratégia de criar vínculo com esses usuários (homens e usuários de álcool), que requerem uma atenção integral, especialmente a saúde mental destes, possibilita aos profissionais de saúde intervir nos fatores condicionantes e determinantes sociais proporcionando mudança na vida deles, família e território.

Um grande desafio surgiu com a chegada da segunda turma de residência, esse me gerou alguns momentos de desconforto. O maior desafio foi dar continuidade a esse grupo, por sorte a residente que assumiu meu “lugar” passou a tocar os atendimentos de enfermagem, assumiu o compromisso ético profissional se esforçou bastante para continuar trabalhando a redução de danos e a atenção à saúde do homem. Por azar, enfrentamos a falta de sensibilidade dos profissionais quanto à valorização desse grupo de atenção ao alcoolismo uma doença crônica que quando pensamos além visualizamos que a falta de atenção para este problema pode gerar aumento de custo para o cuidado, onde precisaremos ao invés de investir na prevenção de problema de saúde causada pelo uso

abusivo do álcool, termos que encaminhar esses usuários para outros níveis de atenção demandando de tratamento de alto custo, considerando possíveis complicações de saúde.

Esse fato ainda me deixa angustiada, o grupo foi perdendo forças, a residente que passou a conduzir esse espaço por motivos pessoais desistiu de fazer parte do programa em consequência se perdeu um trabalho tão suado que toda a equipe conseguiu perceber a efetividade deste em transformar a vida desses homens.

Para finalizar este relato, tive muito orgulho desse grupo, foi difícil sim trabalhar com homens usuários de álcool, mas resultados positivos foram alcançados como encontra um participante do grupo na rua e ele dizer que finalmente conseguiu parar de beber, outro que passou a buscar emprego, outros que foram diagnosticados com hepatite alcoólica, outro encaminhado para diagnóstico de cirrose hepática... Positivo esse diagnóstico? Sim, vamos fortalecer as medidas de prevenção, vamos reduzir danos, vamos tentar cessar o uso do álcool, vamos realizar tratamentos... Vamos cuidar da saúde do homem!

7 SEGUNDO ANO DE RESIDÊNCIA (COMO FOI SER R2)

Posso afirmar que meu primeiro ano de residência foi como os dois primeiros trimestres de uma gestação, tão intenso como sentir o crescimento do bebê (conhecimento) dentro do meu útero (cérebro). Agora venho expressar minhas emoções vivenciadas nos últimos trimestres. Parece difícil, comparar os longos 02 anos com 37 semanas (Recém-nascido a termo), mas a minha sensação é que esses dois anos foram “curtos” não metodologicamente, mas expressando-me com o coração.

Comecei um novo desafio, buscando novos conhecimentos embasados na minha vivência, já não era apenas amor pela minha profissão, tornei-me uma “garota apaixonada” pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ao despertar a razão, me deparei com uma nova identidade: Militante do SUS! Ah, que emoção poder fazer parte disso e hoje entender o que Defesa do SUS e assumir uma responsabilidade com potencial transformador da Saúde.

Enfrentei minha transição cheia de prospectiva para o meu segundo ano de residência, iniciando uma nova jornada, um novo contexto a ser inserida somado a preocupação de iniciação a preceptoria. Minha agenda não era mais a mesma do primeiro ano, chegou outra enfermeira para assumir “minha” equipe, a qual precisará do meu apoio na construção de vínculos. Inevitavelmente isso foi sensível a um sentimento de afastamento dos meus usuários, mas evitado pela confiança estabelecida entre mim e a nova enfermeira e perceptível que a força do vínculo é como uma corrente, não se destrói no 2º ciclo, então fiquei aliviada.

Por meio da iniciação a preceptoria realizei o acompanhamento da nova R1, através da participação de consultas de enfermagem, visitas domiciliares, acolhimento, apoio na

condução de reuniões de equipes, no planejamento de atividades educativas e das visitas domiciliares, apoio na condução do grupo de atenção aos usuários de álcool, dentre outros. Usei como metodologia a discussão de casos, apresentei alguns dos meus portfólios reflexivos e de buscas teóricas, leituras de materiais como textos, PPP, Cadernos da Atenção Básica (CAB), compartilhei documentos norteadores da prática em enfermagem, construção de um documento com o objetivo de sensibilizar os profissionais a assumirem a responsabilidade enquanto atores sociais na condução do grupo voltado a uma população criticamente vulnerável, dentre outras conversas incluindo desabafos mútuos.

Visto que, nosso objetivo nesse R2 é facilitar à articulação dos serviços de atenção primária a saúde com as RAS, contemplando tudo que vivenciei até iniciar meu terceiro trimestre gestacional (segundo ano de residência) decidi meus locais de atuação, escolhi passar pela Coordenação da Vigilância Epidemiológica, fazer meu eletivo na Coordenação da Educação Permanente, e por fim experienciar os três últimos meses da residência passando pela Sala de Situação, todos na Secretaria de Saúde de Dias d'Ávila.

Nessa fase, usufruímos de outros espaços educacionais: O Grupo de Ação e Pesquisa (GAP), a formação inicial em saúde da família (FISF), Turno de Apoio Matricial, Roda de Gestão, Roda da Linha de Cuidado, turno de elaboração de Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) este tardiamente a ser conquistado, além da manutenção da participação nas Rodas de Campo (para os residentes no período de atuação na Linha de Cuidado) e no Seminário (trimestral).

O GAP era formado por residentes de diferentes categorias profissionais e municípios (Lauro de Freitas, Camaçari e Dias d'Ávila) a partir do interesse pelo eixo temático e em consonância com o estágio na rede. No ano de 2018, tivemos 05 grupos: Vigilância (ênfase na epidemiológica, saúde do trabalhador e doenças crônicas); Saúde Mental; Rede Cegonha; Reabilitação; e Urgências. Meu GAP foi o de Vigilância, esse foi subdividido em subgrupos de acordo com a ênfase. A metodologia aplicada neste não foi suficiente para atingir o objetivo esperado, teve como limitação os problemas levantados são peculiares de cada município, o que tornou difícil a escrita de um projeto de intervenção que contemplasse os 03 municípios distintos.

Mesmo diante as limitações, reconheço os ganhos requisitados neste espaço, a partir deste juntamente com a colega enfermeira residente, dupla do estágio na Linha de Cuidado na Vigilância Epidemiológica, buscamos a argumentação teórica para um dos problemas identificados, sendo esse o nosso ponto de partida para a escrita do nosso projeto de intervenção para o município de Dias d'Ávila.

A FISF é uma estratégia que busca apoiar cada residente e toda a equipe de Saúde da Família, na organização e qualificação do seu trabalho. Busca ainda discutir sobre um conteúdo extremamente necessário para o fazer qualificado na Saúde da Família de forma a

facilitar o aprendizado e resultando num trabalho que produza mais diálogo, interação e colaboração entre o conjunto dos trabalhadores. (FESF, 2017)

O Turno de Apoio Matricial entendi esse como “substituto” do Turno Pedagógico. Ocorria como espaço garantido na agenda, do meu ponto de vista, este tinha como objetivo fazer a integração do cuidado com a gestão, desencadear mudanças nas práticas cotidianas, e nos tornar atores sociais envolvidos no planejamento. Segundo Teixeira (2010), todos os atores sociais planejam, ainda que não escrevam planos, isto é, tomam decisões e estabelecem cursos de ação voltados à consecução dos seus objetivos.

As Rodas de Gestão e da Linha de Cuidado sucediam-se com os residentes inseridos no campo de atuação, respectivamente. Ambas auferiram seu desígnio, em facilitar nossa investida no processo de formação.

E, o turno de elaboração do TCR, este foi requisitado por nós residentes por intermédio das assembleias, conquistamos tardiamente a garantia desse espaço em nossa agenda (um turno), contudo, foi útil para o desenvolvimento do mesmo.

Diante dos espaços pedagógicos que vivenciei neste segundo ano, dentre eles o Turno de Apoio Matricial, As Rodas de Gestão e da Linha de Cuidado e o turno de TCR, foram os que mais me enriqueceu enquanto profissional, por ter alcançado o objetivo de cada um e estimulando a aprendizagem baseada nos problemas.

“O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento... Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano” (BRASIL, 2000). Digo diante essa reflexão, que o contexto que me inseri em 2018 foi favorável ao meu crescimento como Enfermeira, desfruto de novas habilidades para atuação nos três níveis de atenção à Saúde sob um olhar de co-gestão.

7.1 SOBRE MINHA PASSAGEM PELA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO

O que me motivou a eleger a Vigilância Epidemiológica (VIEP) a princípio já existia certa curiosidade desde a primeira gestação (graduação), fomentada na Especialização e reforçada no primeiro ano da residência. Na especialização em Saúde Pública tive um contato mais de perto com os Indicadores de Saúde, vi o que é e sua utilização. Quando na primeira atuação na Unidade de Saúde da Família, vivendo minha segunda gestação, passei a inquietar-me com o edema nos membros inferiores (falta de fluxos de encaminhamentos e acompanhamentos em casos de doenças e agravos de notificação compulsória), as náuseas e vômitos (desconhecimento da situação epidemiológica do município visto que sentia a falta de um boletim epidemiológico enquanto profissional da ponta para reconhecer qual era a situação do meu território, se as ações de saúde desenvolvidas nas USF estavam gerando impacto na saúde e aonde deveríamos dar mais

atenção diante os indicadores de saúde do território), e a pressão arterial elevada (sofri um acidente de trabalho com perfuro e vi que o município não tinha um protocolo de conduta após acidente com exposição a material biológico).

Para este ciclo surgem novas figuras, as referências de cada local de atuação (Gestão e Linha de Cuidado) são profissionais do município, escolhido pela gestão visto que eles buscaram profissionais que se “enquadrassem” ao perfil da residência. Descrevendo os profissionais de perfil da residência estes acreditam no Sistema Único de Saúde (SUS) são militantes pela causa de defesa do SUS em prol do povo. Esse programa é capaz de formar profissionais para unir forças em desenvolvimento de estratégias e ações capazes de intervir no diagnóstico de saúde do território, gerando potência e qualificação dos atores locais envolvidos para o enfrentamento das questões de saúde. A residência nos possibilita construir um terreno de experiências que deixa junto aos usuários e trabalhadores do SUS, observamos que ainda com a existência de muitas dificuldades enfrentadas tem-se um caminho desafiador para a solução.

Fui a primeira residente desse ciclo na VIEP, juntamente com outra colega enfermeira residente. O que predominou nesse momento foi à adaptação, nossa e da equipe que nos recebeu bem. Sim, a chegada da residência de fato gera mudanças no processo de trabalho, e o legal é não apenas reconhecer, mas sim ser reconhecida que essas adaptações foram essenciais e necessárias para qualificação do processo de trabalho. Não quero dizer que chegamos e mudamos tudo, o que aconteceu foi uma reciprocidade.

Bem, estabeleci um diálogo com a colega, confortavelmente decidimos trabalhar em dupla. Coloquei aqui meus desafios e meu objetivo, diante meu acidente de trabalho fui impulsionada a pensar, quantos outros profissionais já sofreram o mesmo acidente ou outra exposição pior e não receberam a adequada assistência do município? Esse acidente me proporcionou uma angústia imensa, conhecemos relatos que acidente com agulha de lúmen usada gera muitas preocupações. Aqui foi meu ponto forte de decisão em atuar na VIEP.

Notei que o ritmo das atividades da VIEP eram constantes, esta funcionava dentro da Secretaria Municipal de Saúde na sala da GEVISA (Gerência de Vigilância a Saúde), configurava-se: a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária (VISA), a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a Coordenação do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ)/ Ambiental. Os atores envolvidos, um gerente geral da GEVISA (enfermeiro), uma coordenadora da Vigilância Epidemiológica (enfermeira), 02 técnicas de enfermagem da VIEP, 01 digitadora/ arquivadora, 01 estagiário de ensino médio, 01 coordenadora da Vigilância Sanitária (médica veterinária), 02 fiscais sanitários (01 biólogo e 01 nutricionista), 01 coordenadora da saúde do trabalhador (técnica em segurança do trabalho), 01 coordenador do CCZ, e agora duas residentes (enfermeiras).

Vale ressaltar que essa configuração quando apresentada para outros municípios foi surpreendente, pois os residentes de Lauro de Freitas e Camaçari contaram a dificuldade que é na realidade deles, obter a articulação entre todas essas coordenações, e para gente foi significativamente importante articular com os outros setores fortalecendo sempre a dinâmica do processo de trabalho favorecendo assim a pactuação das atividades exercidas por cada setor e a vinculação entre os profissionais.

Infelizmente quando chegamos à VIEP a responsável pela VISAT já havia iniciado a escrita do protocolo de conduta após acidente ocupacional com exposição a material biológico, e este já estava no setor do Planejamento sendo revisado, então não consegui fazer parte da escrita desse, mas fiquei feliz em saber que o mesmo já estava em andamento. Mas não tinha com que me preocupar, aliás, a preocupação era o tempo que era curto para tantas sugestões de produtos que tinha em mente.

Foram tantas dificuldades permeadas no primeiro ano que gerou tantas ideias para essa nova etapa. Neste ciclo, participei da Implantação da Rotina de BCG e Hepatite B na maternidade do município em questão, organização interna para execução das Investigações de Óbitos, criei um Fluxograma na tentativa de organizar esse processo de trabalho seguindo as metas nacionais de casos investigados; criação de Fluxogramas (problema enfrentado no meu R1 foi a inexistência de alguns fluxogramas no município, sendo esses necessários ao processo de trabalho dos trabalhadores da atenção básica).

No intuito de contextualizar a necessidade de criar os fluxos, relato um acontecimento durante uma consulta de pré-natal, na qual uma gestante foi diagnosticada com Hepatite B positiva (HBsAg +), onde o RN após o parto precisa da administração de uma Imunoglobulina específica anti-hepatite B. Ainda sobre as dificuldades vivenciadas na USF, tive muita preocupação em torno das doenças e agravos de notificação compulsória. Então sentei com minha dupla e convidei a escrever esse produto comigo, e após o primeiro encontro do GAP, iniciamos a criação desse produto: Fluxogramas de encaminhamentos e acompanhamentos de casos de notificação compulsória.

Apresentamos esse produto usando os espaços de reuniões de equipe das USF de Dias d'Ávila, considerando que os produtos desenvolvidos pelos residentes não só contemplam as unidades de residência e sim a realidade municipal. Por questão de tempo, deixamos várias sugestões para os residentes seguintes a atuarem nessa Linha de Cuidado, por exemplo:

- Dar continuidade a criação e implantação dos Fluxogramas; Matriciar as equipes em outro momento sobre preenchimento adequado das fichas de notificação; Produção de Boletins Epidemiológicos e/ ou informativos para enviar as USF sobre a Situação de Saúde do Município; Criação de um GT de Violência considerando que o município não se encontra preparado para assistir esses casos, o qual não existe um fluxo estabelecido na Rede;

dentre outras atividades que foram observadas e consideradas relevantes em minha passagem por este setor.

Diante o exposto, ressalto que a priorização do planejamento das ações é fundamental para o desenvolvimento do processo aprendizagem e para a execução do processo de trabalho. Minha passagem pela vigilância epidemiológica confirmou que as ações em saúde desenvolvidas na atenção primária à saúde refletem diretamente na situação de saúde dos indivíduos.

7.2 VIVENCIANDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE DURANTE MEU ESTÁGIO ELETIVO

Introduzir-me nesta etapa de escolha voluntária no segundo semestre de 2018, estava funcionando na sala da Gerência de Atenção Básica (GEASA), obtive como tutor o profissional coordenador da Educação Permanente. O serviço funciona de forma compartilhada com outras gerências e coordenação da Atenção Básica (AB), e Apoiadoras Institucionais (API) o que facilitava a articulação com a AB podendo assim desenvolver atividades voltadas para a melhora do processo de trabalho e ofertas dos serviços de saúde para o território.

Primordialmente, meu interesse em vivenciar este setor foi com o propósito de realizar o matriciamento dos profissionais da AB para aplicação da Auriculoterapia consequentemente aumentar o cardápio de ofertas em todas as USF de Dias d'Ávila. Porém existem alguns entraves, como os recursos indisponíveis para aquisição dos materiais necessários para a realização dessa Prática Integrativa e Complementar no SUS (PICS), ainda sendo uma prática de custo baixo necessita de materiais básicos para a realização do mesmo. Em diálogo com o coordenador, este apresentou uma proposta de promoção de uma atividade educativa voltada para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), deixando a meu critério escolha do tema de abordagem.

Algumas temáticas foram pensadas, como: Bolsa Família, Preenchimento adequado das Fichas e-SUS, Busca Ativa, PICS, entre outras levantadas por ambos na conversação. Recorri aos profissionais da Atenção Básica e reunir os ACS da Unidade do Entroncamento, para adquirir ideias e concretizar, contei com ajuda deles para fazer um movimento através dos grupos de WhatsApp e do aproveitamento da reunião geral dos ACS do município, para realizarem o levantamento de interesses temáticos sugerindo já alguns assuntos que seriam viáveis trabalhar e consequentemente capaz de provocar mudanças positivas no processo de trabalho. Entrei em contato, com outros profissionais da Rede e Inter-setorial, como por exemplo, a assistente social do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e do Programa de Bolsa Família, viabilizando aprofundar acerca do assunto: Bolsa Família.

Como resultado desse mecanismo de busca, percebi algumas dificuldades que precisam ser trabalhadas em outros momentos, priorizei dois temas e escrevi as propostas de atividades educativas, utilizei o instrumento de planejamento de atividades já utilizado na EP.

Apresentei para a equipe da Gerência de Atenção Básica (GEASA), a proposta metodológica sobre: Uso de plantas medicinais e fitoterápicas para agentes comunitários de saúde; e a Busca Ativa de usuários de álcool e outras drogas: em situação de maior risco de violência. Ficando assim definida como tema para o matriciamento dos ACS a primeira proposta, visto que as PICS merecessem uma atenção especial, pois ela visa garantir a integralidade na atenção à saúde.

Para realização dessa Educação Permanente em Saúde utilizei a metodologia ativa, e como referencial teórico acessei o curso do AvaSus da UFRN com o mesmo tema: Uso de plantas medicinais e fitoterápicos para agentes comunitários de saúde. Essa EP abordou: o conceito de PICS, apontando as PICS no SUS, focou no uso das plantas medicinais e fitoterápicas pelos ACS. Uma introdução sobre o uso seguro das plantas medicinais e fitoterápicos, com o objetivo de: Fortalecer ações e serviços de PICS na Rede de Atenção à Saúde; proporcionar aos ACS a agregação de conhecimentos e ampliação do seu arsenal terapêutico; possibilitar um olhar mais amplo e integrativo sobre o processo saúde-doença, bem como desenvolver competência para a orientação dos usuários em seu território sobre o uso das ervas no processo saúde-doença, contamos com a preceptora Enfermeira para facilitar o momento.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional revestido de fundamental importância para a reorganização da Atenção Básica, esse pode atuar em diversos contextos como, por exemplo, em casos de minimização dos agravos de saúde da família, na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. Diante disso e as atribuições dos ACS, o desenvolvimento de Educação Permanente para esse grupo é de extrema relevância para qualificação do processo de trabalho da equipe. Tratou-se de Educação Permanente que teve como público alvo todos os ACS do município de Dias d'Ávila.

Utilizamos o instrumento de avaliação do dia da EP com os três eixos: "Que pena, Que tal, e Que bom". Para avaliar as contribuições desse meu produto para o serviço da AB, analisando os instrumentos de avaliação do dia preenchido pelos ACS: foi avaliado positivamente de forma geral, por ter sido uma EP desenvolvida para os ACS, levando esses profissionais se sentirem valorizados, o reconhecimento da substancialidade da temática por fazer parte do dia a dia, e aí sugeriram trabalhar esse tema com toda a equipe da AB por visualizarem a importância e a necessidade dessas PICS para eles e para o seu território. Por fim, essa atividade veio a culminar com a proposta nova no município da Farmácia Viva, onde tiramos daí um questionário distribuído entre os ACS para ser

aplicarem aos usuários do território prevendo o levantamento das ervas medicinais mais utilizadas no território e as formas de uso e aquisição dos mesmos.

Celebro aqui a valorização recebida pelo desenvolvimento dessa atividade, foi útil para somar ao projeto de implantação da Farmácia Viva no município, e ponderado positivamente metodologicamente. Os ACS agradeceram por terem sido público alvo, estes relataram que sentiam falta de uma atividade voltada especialmente para eles, e reconheceram o dia como “produtivo” e “enriquecedor” e necessário a trabalha com toda a equipe da AB. Gratidão!

7.3 FINALIZANDO MEU 2º CICLO NA SALA DE SITUAÇÃO DO MUNICÍPIO

Que bom! Fechar esse ciclo na Sala de Situação do Município. Uma das preocupações da Secretaria Municipal de Saúde de Dias d’Ávila é garantir qualidade aos serviços de saúde prestados à população gerando impacto na saúde através da identificação de fatores determinantes sociais e condicionantes de saúde.

Segundo a OPAS (2010), “a Sala de Situação é um instrumento para a democratização da informação em diversos níveis onde se realiza um “diagnóstico situacional”, com orientação ao passado, presente e futuro, que favorece a tomada de decisão na busca de uma nova realidade ou de uma nova situação.” Nesse sentido, esta foi implantada em dezembro de 2018, com o objetivo de qualificar, analisar, avaliar e monitorar os indicadores de saúde do sistema municipal de forma executiva e gerencial, para subsidiar a tomada de decisão de forma integrada e participativa nas diferentes Redes de Atenção à Saúde, bem como disseminar, de forma sistemática, informações em saúde no âmbito da gestão municipal do SUS.

Fazer parte desse processo de implantação de um instrumento de qualidade na gestão do município faz perceber o quanto valeu apenas chegar até aqui. Refletindo alguns espaços como: reuniões da gestão, grupo condutor da Rede Cegonha, Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial e Sala de Situação, enquanto residente de saúde da família me sinto privilegiada em participar desses espaços sem qualquer diferença em direito de participação/contribuição. Consigo visualizar esses espaços como uma via de mão dupla: todos são contemplados.

Para além, participei da implementação, executando os objetivos da SS, buscando dados através das diferentes fontes, analisando os dados e comparando com os municípios da microrregião de Camaçari, reconhecendo estratégias de melhoria da situação de saúde, fomentando uma qualificação no olhar analítico proporcionando mudanças atitudinais profissionais.

Aproveitando esse espaço para fortalecimento do processo aprendizagem, fiquei extremamente “orgulhosa” (acho que essa palavra define bem), de nós mulheres diante tantos paradigmas estamos ocupando lugares expressando nossa força enquanto militantes do SUS. Abusar de espaços como esse para refletirmos quanto a importância de um Planejamento em Saúde e obter resolutividade em nosso processo de trabalho.

Enquanto trabalhadora do SUS, que vivenciei meu 1ºano de residência na ponta, consigo perceber agora de forma clara que gestão e atenção à saúde são indissociáveis; e que mesmo na assistência nós profissionais (atores sociais) ainda que não “escrevendo” o plano, nós participamos da construção deste, todos os atores sociais planejam.

Muitos profissionais acham que fazer saúde é atendimento, é apenas dentro da unidade, colocar na PAS como atividade para fortalecimento da meta o desenvolvimento de atividades educativas é reforçar a importância dos profissionais sair de dentro do consultório, formar grupos, é fazer com que eles acessem o seu território para executar essas atividades reconhecer os determinantes sociais e condicionantes que mais estão precisando de uma intervenção no momento, é valorizar os equipamentos sociais em seu território. Todo esse mecanismo ajuda de uma forma a trazer aqueles usuários que não buscam a USF por vários e diferentes motivos, para dentro da USF, conquistar esses usuários a procurar o cuidado na atenção básica como porta de entrada.

Por fim, essa etapa final foi constituída por tudo que vivenciei durante todo o ciclo do programa de residência, nesta abracei todo conhecimento adquirido até aqui, transformei minhas atitudes com mais uma nova experiência que me trouxe um novo olhar crítico, ou seja, quando eu for realizar a leitura de outros instrumentos de gestão já terei outra interpretação, e quando eu olhar um número vou querer dele extrair informações.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo o avanço na minha construção profissional aqui conseguido foi conveniente ao processo metodológico do Programa de Residência, resultado de muitos esforços, busca de autoconhecimento, trabalho em equipe, de frustrações, decepções, tristezas, perda de pacientes, lutas pelo SUS, ganhos, produção, atendimentos. Foram tantas condições, esse período de dois anos foi para mim momentos de realizações, considerando todos os pontos forte e fracos, todas afetações positivas e negativas, todas as circunstâncias vividas (boas ou ruins) foram elas a base do meu processo de formação.

Para proporcionar uma assistência à saúde com qualidade é necessário entender cada indivíduo como um ser único, pertencente a um contexto social e familiar que condiciona diferentes formas de viver e adoecer, mas oferece pouco espaço para refletir

sobre a realidade em que o paciente e sua família estão inseridos, ou seja, tudo o que contribui para a situação de saúde em que se encontram.

Quando leio meu memorial e começo refletir cada parágrafo, lembrar-me de tudo que passei, reconheço que aprendi tanto aqui nesse Programa de Residência, mas que ainda falta muito, por isso vivemos em constante aprendizagem. Saio dessa trajetória carregando comigo dúvidas, curiosidades, ou seja, sinto fome e sede de mais conhecimentos. Tenho muito a aprender ainda, pensar assim me faz perceber que estarei sempre aberta a novas descobertas.

Esta foi a minha trajetória: um ser residente em saúde da família enfrentado desafios e reconhecendo possibilidades transformadoras no seu processo de formação. Aqui estou expressando quanta felicidade em finalizar esse Programa de Residência e carregar o tão almejado título: Enfermeira Especialista em Saúde da Família. Se alguém me perguntar: Indiane você pretende ter quantas gestações iguais a essa? Com certeza, enquanto houver vida, terei vários times de futebol. Filho (conhecimento) é vida!

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>> Acesso em: 24 set. 2019.

BRASIL. Congresso. Senado. Resolução nº 1, DE 29 DE SETEMBRO DE 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Coleção de Leis da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA. **MANUAL PARA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO**: 1ª versão. Salvador, 2017.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA. **ENCONTRO COM R1: momento para escuta e avaliação do Programa de Residência - Breve Relatório Consolidado**. Salvador, 2018.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA. **PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO**. Salvador, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2017**. Brasília-DF, março de 2018. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2017.pdf> Acesso em: 16 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil**:1 ed. Brasília, 2010. 204 p.il. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=958-salas-situacao-em-saude-compartilhando-as-experiencias-do-brasil-8&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&Itemid=965> Acesso em: 09 nov. 2017.

OTRENTI, E. et al. **Portfólio reflexivo como método de avaliação na residência de gerência de serviços de enfermagem**. Seminário: Ciências Biológicas e da Saúde. Londrina, v. 32, n. 1, p. 41-46, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3482/8809>> Acesso em: 03 abr. 2017.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**, São Paulo, Abr. 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n4/1281-1289/>>Acesso em: 21 fev. 2019.