



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS

MARINA GONÇALVES DE SANTANA

MEMORIAL DESCRITIVO:

**FORMAÇÃO DE ENFERMEIRA RESIDENTE EM SAÚDE DA
FAMÍLIA - SIGNIFICADO E DESAFIOS**

CAMAÇARI

2019

MARINA GONÇALVES DE SANTANA

MEMORIAL DESCRITIVO:

**FORMAÇÃO DE ENFERMEIRA RESIDENTE EM SAÚDE DA
FAMÍLIA - SIGNIFICADO E DESAFIOS**

Memorial descritivo apresentado à Fundação Estatal de Saúde da Família em parceria com a FIOCRUZ como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeira Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Enf^a Renata Souza Oliveira

CAMAÇARI

2019

Sumário

CAPÍTULO 1: O COMEÇO	4
CAPÍTULO 2: FORMAÇÃO ACADÊMICA NA MODALIDADE BACHARELADO	5
CAPÍTULO 3: SUPERVISÃO DE CAMPO E AS RESPONSABILIDADES DE LIDERAR UMA EQUIPE	7
CAPÍTULO 4: SAÚDE DA FAMÍLIA E SUAS DESCOBERTAS	9
CAPÍTULO 5: O PRIMEIRO CICLO	11
5.1 – Entraves do primeiro ciclo	12
5.2 - Não há como fugir da Saúde Mental.....	15
CAPÍTULO 6: A TRANSIÇÃO	16
CAPÍTULO 7: ENFIM, R2	17
7.1: Saúde da Família, Gestão e Articulação de Redes: Eixo Gestão.	19
7.2: O Eletivo	20
7.2.1: Atividades desenvolvidas:.....	21
7.2.2: Reflexões.....	23
7.3: Vigilância em Saúde.....	24
7.3.1 CEREST	25
7.3.2 COVEPL.....	27
CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	32

CAPÍTULO 1: O COMEÇO

Para dar início a este memorial, nada mais justo do que iniciar pela velha pergunta clássica: por que enfermagem?

Quando era criança sempre admirei a profissão da minha mãe, que dedicou mais de 30 anos de trabalho como técnica de enfermagem em uma maternidade. Lembro-me como se fosse hoje correndo pelos longos corredores, esperando a hora de pegar a bandeja de metal para almoçar com um monte de gente com as roupas privativas e que mais pareciam pijamas enormes como também, pedindo para as pessoas se eu poderia ajudar a carregar os bebês e é claro, nunca atenderam ao meu pedido.

Ao participar de encontros comemorativos com o grupo do trabalho da minha mãe, sempre ficava atenta aos comentários do que explanavam sobre o dia a dia, achava fantástico quando falavam sobre puncionar acessos, como agiam diante de uma parada cardiorrespiratória, como conduzir diante de um parto difícil dentre outras vivências. Todo esse conjunto me trazia certa vontade em um dia também querer poder fazer tudo isso.

Na adolescência, esse encantamento com a enfermagem adormeceu. A era da informática começava a dominar e eu, naquele momento, queria fazer parte disso tudo. Ao ver minha prima passar na USP para o curso de processamento de dados (nem sei se esse curso ainda existe), sempre respondia aos meus pais quando eles me perguntavam qual carreira eu iria escolher: vou ser que nem a Bárbara, vou fazer processamento de dados.

Aí chegou o terceiro ano, muitas expectativas, a despedida da turma da escola, o começo das escolhas, o medo de errar, o pensar no futuro, o que seria daqui pra frente. O último ano do colegial foi dedicado ao pré-vestibular, mas também a viver ao máximo tudo que me era permitido com os meus amigos. Foi um ano de boas recordações, amizades que duram até hoje e que foram fundamentais nos anos seguintes diante de fatos difíceis da minha vida.

Certa vez, participando das feiras de pré-vestibular resolvi fazer um teste vocacional. Lembro-me até hoje da funcionária me falando do resultado, ela dizia que foi quase 100% voltado para algum curso da área da saúde. Foi aí que como um Déjà vu, me vi no velho cenário correndo pelos corredores cheios de macas.

Mas como toda pisciana, sempre fui indecisa em certas questões da vida. Meu primeiro vestibular da UFBA eu resolvi tentar para o curso de farmácia, na UNEB tentei enfermagem. E por que não tentar na federal o mesmo curso? Achava que se eu tivesse duas possibilidades e mais tempo para escolher, a chance de errar na escolha diminuiria, afinal eram dois cursos que, caso eu passasse, poderia escolher. O resultado veio e eu não passei, mas não fiquei decepcionada, pois sabia que ainda não estava preparada e 100% segura para uma escolha. Foi aí que veio a segunda tentativa: ENFERMAGEM, o curso mais concorrido, isso mesmo, o mais concorrido dentre todos os outros do vestibular da UFBA. A turma do cursinho achava que eu estava fora de mim, já eu estava com a mente serena e joguei para o universo. Foi aí então que a aprovação chegou.

CAPÍTULO 2: FORMAÇÃO ACADÊMICA NA MODALIDADE BACHARELADO

O curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Bahia tem como um dos propósitos, além de formar enfermeiras (os) generalistas, graduar profissionais que tenham como compromisso o fortalecimento do SUS com a qualidade da assistência.

Dentre toda a grade curricular, duas disciplinas tinham como ênfase a atuação na atenção básica. Seus objetivos eram: desenvolver o cuidado de saúde à mulher, neonato, criança, adolescente, adulto e idoso na atenção primária, com ênfase nas principais necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidades, discutindo e desenvolvendo ações de promoção, prevenção, controle e reabilitação dos principais agravos de saúde da população, orientadas pela perspectiva da integralidade, gênero, raça/ etnia e geração.

Além de proporcionar a inserção do discente no processo de trabalho, de forma que lhe possibilite exercitar, construir conhecimentos e consolidar habilidades, no âmbito do cuidado de enfermagem na atenção básica, atuando em equipes de saúde da família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), na educação permanente, na gerência da unidade básica de saúde.

Uma particularidade do ensino da UFBA, que para mim é a mais importante de todas, é a desconstrução do modelo médico hegemônico centrado no médico assistencialista e que ainda prepondera em algumas instituições de ensino superior, por

um modelo de saúde coletiva, multiprofissional, centrado na família e na comunidade. Como também, formar profissionais de saúde voltados para o SUS, com a finalidade de adequar a formação às necessidades de saúde da população brasileira.

Desconstruir o modelo de saúde vigente é enfrentar o desafio de construir novas bases para o desenvolvimento de novas práticas sanitárias. Este desafio de desconstrução implica muito empenho, mas a vantagem da superação destes desafios leva a transformação da realidade e à construção de práticas de saúde solidárias, acolhedoras e conseqüentemente mais efetivas e resolutivas. Desta forma, seria necessário um processo de construção social de um novo sistema de saúde com mudanças estruturais, tendo como propósito a realização de transformação no modelo assistencial (Costa, et al. 2008).

Durante algumas rodas de conversas com alguns colegas, também estudantes de enfermagem, percebia o quanto era distinta a visão sobre o quanto a saúde da família é um eixo que vem trazendo mudanças e melhorias no acesso a saúde para a população. Infelizmente, alguns estudantes descreviam a opinião sobre a atenção básica como um nível de atenção não resolutivo, precário, desorganizado e acumulador de profissionais frustrados que não conseguiram uma oportunidade no âmbito hospitalar.

Neste sentido, ao escutar as diferentes experiências sobre a formação acadêmica em outras instituições de ensino, vejo que preparar profissionais para atuarem em diferentes níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde é um desafio, especialmente na Atenção Básica. A UFBA me proporcionou a oportunidade de atuar de maneira crítica e reflexiva sobre como desenvolver habilidades requeridas para o trabalho em saúde no SUS, mas não algo focado apenas em atividades tecnicistas, mas também políticas e relacionais, quebrando paradigmas que desarticulam as práticas em saúde.

Ao finalizar a graduação, minha maior expectativa sempre foi poder atuar em um serviço de saúde, independente do nível de complexidade no SUS, mas que me permitisse aplicar meus conhecimentos adquiridos ao longo de quatro anos e meio, e ao mesmo tempo estar sempre buscando novos saberes, na proposta de viver, fortalecer e defender este Sistema através de ações e cuidados de saúde que pudessem trazer impactos positivos no processo contínuo de reflexão-ação-reflexão no serviço de saúde e para os usuários.

CAPÍTULO 3: SUPERVISÃO DE CAMPO E AS RESPONSABILIDADES DE LIDERAR UMA EQUIPE

Em 2014 tive o prestígio de participar como Supervisora de Campo de Pesquisa do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes – ERICA. Um estudo multicêntrico nacional que tem por objetivo conhecer a proporção de adolescentes com diabetes mellitus e obesidade, assim como traçar o perfil dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (como níveis de lipídios e pressão arterial, entre outros) e de marcadores de resistência à insulina e inflamatórios nessa população.

O objetivo da pesquisa foi estimar a prevalência de diabetes mellitus, obesidade, fatores de risco cardiovascular e de marcadores de resistência à insulina e inflamatórios em adolescentes de 12 a 17 anos que frequentam escolas em cidades brasileiras com mais de 100.000 habitantes. Foram avaliadas 1.247 escolas públicas e particulares, distribuídas em 122 cidades. Fui responsável juntamente com mais 9 profissionais, incluindo biólogas, nutricionistas e enfermeiras a liderar 25 profissionais na categoria entrevistador de campo no estado da Bahia.

Os resultados obtidos pelo ERICA permitirão ajudar a reorientar as políticas públicas de educação e saúde voltadas para os jovens brasileiros, a partir da identificação de vulnerabilidades e necessidades dessa população. Um ponto importante a ser considerado é que a minha aprovação no ERICA se deu a partir da minha experiência e da minha Especialização em Cardiologia e Hemodinâmica.

Após o encerramento da coleta de dados no projeto ERICA, fui aprovada na seleção para supervisionar mais uma coleta de dados da pesquisa intitulada “Avaliação do Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde no Processo de Consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil”, tendo como objetivo principal caracterizar o perfil, as práticas e os aspectos relativos à gestão do trabalho dos ACS no Brasil. De forma mais específica, a proposta foi caracterizar o perfil socioeconômico, político, demográfico e de saúde dos ACS no país; discutir os mecanismos de contratação e de remuneração, as condições de trabalho e a política de valorização do trabalhado, além de caracterizar os

processos de formação (educação permanente e continuada) após a inserção do ACS nas equipes de saúde da APS.

De abrangência nacional, desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), a investigação ocorreu em duas etapas. A primeira nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, entre novembro e dezembro de 2014, onde fui entrevistadora de campo do estado de Pernambuco coletando os dados em três cidades: Barreiros, Custódia, e Toritama. A segunda, nas regiões Sul, Sudeste e Norte, entre junho e julho de 2015. Neste período fui responsável como supervisora de campo da região sudeste no estado de São Paulo e Espírito Santo.

Ao participar deste projeto de pesquisa, o PACS despertou meu interesse com a saúde coletiva e com a atenção primária a saúde, áreas que até então nunca haviam sido pensadas como possibilidades de escolha na trajetória acadêmica e profissional.

Liderar sempre foi um desafio, durante o ERICA, tive a oportunidade de trabalhar com uma equipe que sempre mostrou-se disposta a priorizar o bem estar do grupo e a qualidade em nível excelência para promover um bom trabalho em pesquisa. De uma forma geral, a vivência no ERICA foi satisfatória e tranquila, foi a primeira porta que se abriu para que eu pudesse desenvolver habilidades para sensibilizar um grupo, com o objetivo de proporcionar êxito em uma dada tarefa. Outra habilidade que esta pesquisa me ajudou a desenvolver foi compreender que um bom líder deve sempre levar em consideração que um bom relacionamento interpessoal define o comportamento de uma equipe e isso foi fundamental para a minha atuação no PACS.

Minha chegada ao PACS pode ser considerada mais madura, com uma postura muito mais centrada em entender e a encarar desafios por estar em uma posição de liderança. Fato constatado ao ter a responsabilidade de aceitar uma entrevistadora de campo na minha equipe com o histórico de ter causado problemas durante a coleta de dados no primeiro ciclo da pesquisa, por conta de conflitos interpessoais com os outros integrantes do grupo.

Até hoje me recordo da cena, onde em uma reunião, junto com os assistentes, o coordenador me dizia que a decisão final era minha e que em qualquer situação de conflito que compromettesse o trabalho, a passagem aérea de volta a Salvador da entrevistadora já estava disponível para ser emitida a qualquer sinal meu. Ao receber do coordenador esta missão encarei a situação não como um problema, mas como uma

responsabilidade de mudar o perfil rotulado à entrevistadora assim como, cumprir a meta estabelecida - realizar a pesquisa com caráter excepcional.

De um modo geral, a finalização da coleta de dados da pesquisa PACS foi um sucesso, a entrevistadora causou alguns conflitos, já esperados. Mas ao final, sua postura foi modificando ao aceitar que o meu papel não era de autoritarismo, centralização a espera de aplicar punições, mas sim alguém capaz de ouvir opiniões e vivências, sempre participativa, em todas as etapas do trabalho em campo, fortalecendo a todo instante a importância do trabalho em grupo, ressaltando e valorizando competências individuais, fazendo com que cada membro reconhecesse o propósito e significado do seu trabalho.

Afinal, sabendo-se que 30 dias seguidos em diferentes cidades, longe de casa, encarando o stress de aeroportos, rodoviárias e estrada geram com o passar do tempo cansaço, desânimo, vontade de desistir e desejo de voltar pra casa. Neste sentido, sempre procurei usar estratégias estimuladoras, que tornassem o trabalho de campo leve e as viagens divertidas - oportunizando conhecer lugares diferentes, criando um elo de interação entre líder e seguidores, já que sem um, não existe o outro.

Nessa perspectiva, avalio que além de despertar o interesse para a atenção primária, participar desses projetos serviu de experiência para serem aplicadas durante a residência, a partir do momento em que me tornei a referência principal de uma dada equipe mínima na estratégia de saúde da família.

CAPÍTULO 4: SAÚDE DA FAMÍLIA E SUAS DESCOBERTAS

Enfim, RESIDENTE! Desde o momento em que foi dada a largada, uma mistura de dúvidas, expectativas, anseios, medos, mas também de muitas certezas pude sentir. Acredito que acima de tudo, esse universo de ensino-aprendizagem pode ser explorado, visando aprimoramento técnico-científico aliado a responsabilidade assistencial.

Fazer a diferença não é simples, mas quando gostamos daquilo que fazemos, já é o primeiro passo.

Muitos desafios foram vividos na saúde da família: construir uma relação de parceria com a equipe de profissionais; conquistar a confiança da comunidade, criando um vínculo cada vez mais forte, para que tenhamos usuários mais participativos, atendendo as suas necessidades de acordo com a sua realidade; prestar uma assistência

de qualidade com resolutividade, mesmo perante as dificuldades e deficiências em nível de estrutura física e equipamentos; lutar pela defesa do SUS, qualificando-o como política pública e tantos outros.

Neste contexto, acredito que, construir saúde é um trabalho coletivo que exige ativa participação permanente, onde a co-responsabilidade dos sujeitos, profissionais e usuários devem ter como objetivo articular metas para o alcance de um sistema de saúde cada vez melhor. Para isso, a residência também é uma ferramenta na luta por melhorias na saúde e compromisso social, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS com educação voltada para a transformação da realidade. Nesta perspectiva,

A Residência Multiprofissional em Saúde está voltada aos profissionais de saúde como um modelo especialização na forma de ensino em serviço, caracterizando-se pela educação em serviço nas instituições de saúde, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, de forma a contemplar alguns eixos norteadores: processo de ensino-aprendizagem, o cenário de educação em serviço, a concepção ampliada de saúde, a abordagem pedagógica construtivista, a integração ensino serviço-comunidade, a política de educação permanente, a descentralização, a regionalização e o estabelecimento de um sistema de avaliação formativa. (Brasil, 2009 portaria 1077).

O projeto pedagógico do Programa de Residências Integradas em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS/Fiocruz utiliza metodologias de aprendizagem orientadas, visando qualificar profissionais com competências para atuar em diferentes níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), produzindo condições necessárias para a mudança no modelo médico-assistencial, ainda hegemônico, de atenção em saúde. (Regimento interno do programa de residências integradas em medicina de família e comunidade e multiprofissional em saúde da família da fesf-sus/fiocruz).

Além disso, utiliza-se como estratégia de ensino aprendizagem as metodologias ativas baseadas em situações-problemas, que instigam competências e saberes de cada um e a busca crítica de novas informações que, na interação colaborativa com outros residentes contribuem para a maior integração entre os saberes e práticas multidisciplinares. (regimento interno do programa de residências integradas em medicina de família e comunidade e multiprofissional em saúde da família da fesf-sus/fiocruz).

CAPÍTULO 5: O PRIMEIRO CICLO

O primeiro ano de residência foi bastante desafiador e cheio de obstáculos a serem enfrentados. O principal deles, assumir uma equipe mínima incompleta, sem um profissional médico que ajudasse a fortalecer o trabalho em equipe, foi bastante difícil e inesperado, principalmente quando ainda existe uma população e Agentes Comunitários de Saúde que ainda vivem a perspectiva do modelo médico-assistencialista como o único efetivo no fazer saúde.

Exercer o meu papel de sujeito produtivo no processo de trabalho, estar na linha de frente como líder e referência, exigiu-me buscar estratégias para que o meu objetivo como residente não perdesse o foco. Trazer para esta mesma equipe e para esses usuários que o trabalho conjunto de uma equipe multiprofissional é capaz de atender as necessidades de saúde da população, de maneira efetiva e qualificada, quebrando paradigmas de um modelo centralizador continua não sendo fácil.

Contudo, práticas inovadoras como as Metodologias Ativas – modalidade pedagógica da Residência Multiprofissional, foi fundamental para que este processo, em que o residente assume um perfil mais autônomo mediante participação em diferentes cenários de aprendizagem e otimizando o processo de trabalho dos serviços de saúde, fosse possível para criar estratégias de valorização da importância da reorientação da atenção básica em consonância com as políticas públicas do SUS.

Situações de inconformidade e divergências marcaram a trajetória ao assumir a Equipe 2 da USF Nova Aliança, principalmente na relação com os ACS. Como lição aprendida, trago que o papel do enfermeiro líder deve estar associado à construção de estratégias de ação que visem incentivar a equipe no direcionamento do seu processo de trabalho, por meio da responsabilidade e cooperação, construindo boas relações, direcionando as atividades de todo o grupo de maneira mais harmoniosa.

Como ex - supervisora de campo de pesquisa, tive a oportunidade de conhecer de perto como se dão as práticas, aspectos relacionados à gestão do trabalho e perfil dos ACS em diferentes regiões do país. Como também, refletir sobre a valorização e a importância da atuação deste profissional e o seu processo de formação após sua inserção nas equipes da ESF. Essa experiência me trouxe a possibilidade de agir de

maneira assertiva como Enfermeira de uma Unidade de Saúde da Família, com uma área de abrangência considerável, ao compreender que o seguimento das relações interpessoais exige uma postura humanizada e conciliadora, conduzindo a equipe sempre de forma mais coesa.

Outro enfrentamento vivido foi quanto à reafirmação da importância, qualidade e valorização da consulta de enfermagem, pois a dificuldade na desconstrução da cultura da consulta médica e da medicalização como única resolutive em relação às necessidades de saúde da população ainda é visto no dia a dia da ESF.

Mostrar para a comunidade que a consulta de enfermagem também é capaz de dar respostas às complexidades do indivíduo, favorecendo a sua saúde, melhorando sua adesão ao tratamento por meio de ações de cuidados resolutivos e qualificados, com base em princípios científicos é um processo que traz inúmeros desafios.

Contudo, com o passar do tempo, foi possível colaborar na desconstrução de paradigmas que não condizem com o objetivo da ESF, ferramenta esta que potencializa as consultas de enfermagem, justamente por torna-la como prática cotidiana nesta modalidade de assistência à saúde. Durante o acolhimento e consultas individuais, sempre tentava trazer para a população que a consulta de enfermagem também é uma ação efetiva e isso foi fundamental para fortalecer a criação de vínculos com o indivíduo, família e comunidade.

5.1 – Entraves do primeiro ciclo

Atuar no contexto do SUS exige de nós coragem e empoderamento para lutar constantemente por um sistema mais resolutivo, qualificador e transformador.

Em junho de 2018, por conta da paralisação dos preceptores e dos médicos residentes, foi acordado em assembleia que toda equipe multiprofissional do Programa iria paralisar suas atividades em Camaçari. Após encontro geral com a coordenação da FESF, os residentes só retornariam as suas atividades após a assinatura do contrato dos preceptores assim como, quando todos os preceptores de todos os residentes e de todas as categorias estivessem em atuação em campo.

Hoje, vejo que paralisação foi um ato de coragem, pois buscar nossos direitos preservados de estar em um Programa de Residência que cumprisse a sua missão como estratégia inovadora de metodologias ativas de ensino e aprendizagem, nos foi dada por

acreditarmos que não só tocamos serviço, mas também estamos aqui para nos tornarmos, a cada dia, profissionais sensíveis com o contexto vivido, com olhar ampliado sobre o enfrentamento de desafios e problemas, cada vez mais autônomos por meio de condutas que visem o alcance de melhores resolutividades.

Suspender as atividades não foi uma decisão confortável, já que a comunidade seria a mais prejudicada com a decisão. Contudo, acreditamos que sem luta não há conquistas. A paralisação foi uma estratégia assertiva, pois a partir disto, houve muitos ganhos como: regularização da preceptoria nas unidades, em especial a presença da preceptora de odontologia do PHOC III; 100% da agenda dos médicos mediante a efetivação do pagamento integral da complementação financeira; Contratação do Apoiador Pedagógico de Fisioterapia; A contratação do corpo pedagógico inexistente (Apoiador Pedagógico de Nutrição e um segundo preceptor do NASF 2); e a contratação do Apoiador Pedagógico de Odontologia.

Além disso, manifestamos na época e até hoje, nossas insatisfações com relação às condições atuais dos postos de saúde como a falta de insumos. Fazer saúde em uma instituição com precariedade de materiais essenciais para que o profissional de saúde possa exercer as atividades é um desafio constante já que, o que se vê no dia a dia, é a velha história do “faz com o que pode e com o que se tem”. Porém, todo e qualquer gestor deve direcionar suas ações prioritárias a fim de objetivar o cumprimento já previamente estabelecido no Plano de Saúde. Afinal,

A organização dos serviços de saúde deve incluir condições sociopolíticas, humanas e materiais que viabilizem um trabalho de qualidade, tanto para quem o executa quanto para quem recebe a assistência. As ações do enfermeiro são influenciadas pelas várias características do sistema de saúde, entre outras, a disponibilidade, as limitações e a qualidade dos instrumentos ou meios de trabalho disponíveis nos serviços de saúde e o próprio trabalho do enfermeiro. A atuação dos profissionais depende fortemente dos equipamentos, edifícios e ferramentas disponíveis, de modo que carências a ela relacionadas podem comprometer o trabalho das equipes e os seus resultados (PEDROSA, et al. 2011).

Nesta fase final da residência percebo que a atenção primária é um eixo norteador na organização dos sistemas municipais de saúde. A falta de condições mínimas para garantir a organização de um bom funcionamento das unidades, interfere negativamente na qualidade do funcionamento do serviço assim como, na organização

dos modelos de atenção a saúde que mais respondem de maneira efetiva sobre o “fazer saúde”.

Apesar dessa dificuldade, ainda assim a equipe da USF Nova Aliança consegue trabalhar na perspectiva de, ao máximo, atingir o manejo do processo de trabalho de forma efetiva. Talvez seja esse o nosso "combustível" para continuar mantendo o funcionamento da unidade a todo vapor.

É importante que o profissional de saúde esteja envolvido na sensibilização da comunidade para que esta possa enxergar e fazer valer sobre o seu papel social. Muitas vezes o usuário não tem conhecimento sobre os seus direitos e qual a melhor forma de buscar pelos mesmos. Por isso, ações que envolvam a discussão sobre saúde, direitos humanos e cidadania devem fazer parte do cenário das ações das equipes de Saúde da Família para que a comunidade reflita, questione e busque respostas se, no contexto atual, o “SUS é um direito de todos e dever do Estado”.

O primeiro ciclo, também me permitiu protagonizar mais um ato de militância: a luta contra o Ato Médico. Perder o direito a autonomia para realizar diagnóstico de enfermagem, prescrever medicamentos conforme protocolo e fazer encaminhamento para outros profissionais ameaçaram a efetividade de programas de assistência da Atenção Básica, mesmo com a Lei 7.498/1986, que regulamenta o exercício da Enfermagem, estivesse em plena vigência.

E mais uma vez, FOMOS A LUTA! Afinal, SÓ A LUTA TE GARANTE!

Participar do encontro na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública com todos os enfermeiros de Salvador e Região Metropolitana para a discussão em defesa do SUS e do trabalho de enfermeiras e enfermeiros na Atenção Básica, tendo como pauta a liminar, foi importante para quebrarmos paradigmas do discurso do desgaste e o status de uma categoria desunida.

Reafirmamos nossa representatividade na busca pela valorização e, a partir disto, conseguimos derrubar a liminar, além disso, com a paralisação forçada de algumas atividades (antes possível ser realizada pelo enfermeiro, a exemplo do preventivo) terem sido suspensas, permitiu que a comunidade compreendesse quais impactos gerariam no funcionamento da atenção primária sem a participação dos atores essenciais para o trabalho de toda uma equipe da ESF e como as atribuições das enfermeiras (os) na atenção aos usuários do SUS é significativo para “repolitizar” a luta pelo direito à saúde com qualidade, mas que ainda é contra-hegemônica.

Pensar sobre como estabelecer a identidade do Enfermeiro é algo que deve ser inerente de todos estes e isso deve ser praticado todos os dias e, principalmente, quando for preciso reafirmar que o não direito a autonomia do Enfermeiro é um retrocesso.

5.2 - Não há como fugir da Saúde Mental

Alguns entraves não podem ser resolvidos a curto e médio prazo. E, já que estamos falando sobre luta e suas diferentes formas (então, o relato seguinte não seria uma mudança de assunto – risos), um estorvo que me incomodava muito, mas hoje é um embaraço mais ameno, é com relação a minha atuação como Enfermeira na área de saúde mental.

É de conhecimento que sempre tive dificuldade devido a alguns traumas do passado, mas que atualmente consegui acalmar alguns anseios, graças à vivência na Saúde da Família que me proporcionou uma maior aproximação e de uma forma mais leve com essa área. Ainda tenho a consciência de que preciso trabalhar e buscar mais estratégias para o enfrentamento das minhas dificuldades a respeito da sistematização da assistência ao paciente com algum tipo de transtorno mental.

Porém, fiz coisas que nunca imaginei que um dia seria possível (atender uma usuária em abstinência de clonazepam, realizar escuta qualificada a um usuário com pensamento suicida, administrar medicamentos a aqueles em uso de Haldol) é muito gratificante. Inicialmente, meu comportamento sempre foi de fuga, o que fosse possível para evitar um vínculo com esses pacientes, eu fazia. Atualmente, já consigo acolhê-los de maneira mais tranquila e segura. Como por exemplo, um paciente com esquizofrenia onde, no primeiro contato, solicitei apoio da preceptoria para me acompanhar durante a realização de um teste rápido.

Contudo, ao longo do processo e de uma forma natural, me vi atendendo este mesmo paciente em uma consulta individual tendo a plena consciência de que não havia motivos para que a situação fugisse do controle. Hoje, ao encontrá-lo no corredor da unidade, faço questão de cumprimentá-lo.

Por mais que para muitos isso seja algo tão comum quanto simples, para profissionais que enfrentam dificuldades em lidar com esses sujeitos, como eu, é algo grandioso e extraordinário.

CAPÍTULO 6: A TRANSIÇÃO

A chegada dos R1 marcou o início de um novo ciclo. Expectativas, medos, despedidas dos R - "ruas" e, o maior deles, fortalecimentos de laços foi vivenciado. Meu maior objetivo era como se daria o processo de passagem de bastão já que, se torna um momento de reflexões, amadurecimento (devido a novas responsabilidades) e o acolhimento de novos profissionais que irão dar continuidade ao processo de cuidado e atuação como referências de uma equipe de Saúde da Família.

A escolha do novo enfermeiro para assumir a equipe 2 se deu através da avaliação do perfil de um profissional que se encaixasse de acordo com as necessidades do grupo ao qual ele faria parte. Foi considerada sua habilidade em comunicação (o que pode traduzir um bom relacionamento interpessoal), proatividade, liderança, vontade de adquirir novos conhecimentos e, é claro, ter afinidade com a área da Saúde da Família.

Garantir uma médica na equipe também se tornou prioridade. À pedido das próprias ACS foi pensado na escolha de alguém que tivesse identidade com a atenção primária e que as chances de desistência fossem mínimas. Além é claro, das mesmas características para eleger o enfermeiro.

Durante o acolhimento pedagógico, em setembro de 2018, ouvir de uma Agente Comunitária que eu havia conseguido "manter" e abraçar uma causa pela equipe 2 foi uma grande satisfação. Nossa equipe passou de individualista, não comunicativa e dura para um grupo leve, onde um entende a importância de escutar o outro, solidário e, o principal, se enxergar como uma equipe de modo literal.

Um momento difícil, mas compreendido como importante e necessário, é a "entrega" dos usuários. Ver as crianças sendo atendidas na puericultura pelo seu R1, mas que você acompanhou a mãe durante o pré-natal sempre visualizei como algo bom, mas sempre com uma sensação de nostalgia.

A complexidade da situação era conduzir um momento de transição delicado, justamente na perspectiva de não haver um impacto e sentimento de quebra de vínculo por parte dos pacientes. A maior preocupação era que cada usuário compreendesse que a chegada de um novo enfermeiro não significaria um afastamento com a unidade, mas sim que de agora em diante, um novo profissional se empenharia em manter a continuidade do cuidado, se tornaria uma nova referência para sua família e que a

qualidade da assistência seria garantida. A sensação de saudade ficou, mas a expectativa para o R2 permaneceu.

CAPÍTULO 7: ENFIM, R2

O início do segundo ciclo foi recheado de turbulências. Inicialmente, eu havia criado grandes expectativas sobre o formato do desenho do R2, ansiando de como seria organizado os meus estágios – gestão, eletivo e optativo -. Todavia, o sentimento de que faltava algo motivacional sempre trazia um bloqueio com relação à situação atual como residente.

Nos primeiros meses de 2018 passei por uma crise existencial, não no sentido pessoal, mas no sentido profissional. Passei a me questionar de qual forma minha atuação como enfermeira seria rotulada em Nova Aliança e a que conclusão os profissionais chegariam sobre qual era o meu papel nesse contexto.

Muitos feedbacks foram importantes e motivadores, mas alguns não. Acredito que ter uma visão ampliada para aceitar críticas é importante e ter a mente aberta para isso também. Entretanto, é claro, é sabido que toda crítica só é benéfica quando se é construtiva. Algumas palavras marcaram o começo do R2, mas eu não gostaria de expor em um documento passível de avaliação. Apenas queria deixar registrado que diante de tantos conflitos e turbulências, foram encontradas estratégias pelos próprios residentes para incentivar a nossa autoconfiança.

Nesta fase, foi essencial o espírito de companheirismo para elevação da nossa autoestima e a busca por razões que nos trouxessem motivação e que estas superassem aquilo que não nos estimulava, reafirmando qual o nosso papel como profissionais da Saúde da Família.

Outro incômodo que me perseguiu ao longo do ano foi com relação ao desenho do R2 e a divisão semanal entre estar na USF e em outros eixos. Os dias se tornaram entediantes. Sim, entediantes! Pois, em qualquer espaço da residência havia a discussão sobre: afinal, qual o papel do R2?. Um tema que se tornou pauta principal a respeito da nossa significância como profissionais.

Confesso que muitas vezes me sentia confusa ao pensar na resposta. Quem era eu? R2, R1 ou R ½? Ao entrar na unidade, eu percebia que algo havia se tornado confuso e perdido, não havia mais a rotina de chegar e ir diretamente organizar o

consultório, estar no acolhimento, conferir a maleta da visita domiciliar, planejar a atividade coletiva ou reunião de equipe. Estar ali, nem sempre fazia sentido. Ou, talvez, não naquele momento e não exercendo função de “precisa-se de alguém ou de alguma coisa? Temos R2 na unidade”.

Contudo, apesar de algumas insatisfações, considero relevante destacar pontos positivos que só puderam ser percebidos no segundo ano. Até por que, sempre me considerei uma residente questionadora sobre qualquer situação que me incomodava, mas também não seria justo desconsiderar que todo o contexto vivido na residência tem seus aspectos difíceis, porém enriquecedores. Afinal, isso faz parte de todo processo de formação.

Uma das experiências mais exitosas como uma R2 que ainda permanecia inserida, quase que integralmente, na unidade foi à oportunidade de perceber o quanto a autonomia e o pensamento crítico-reflexivo fazia parte da minha prática profissional, ao conduzir o manejo dos casos mais comuns na atenção básica. Ou seja, a vida cotidiana como residente permitiu a minha qualificação profissional para atuar no SUS, uma vez que, ao desenvolver um raciocínio clínico associado a um olhar biopsicossocial do usuário do serviço é possível estar segura nas escolhas de condutas em diversas situações vivenciadas na prática clínica.

A iniciação a preceptoria também foi uma experiência construtiva e positiva. Afinal, ser referência para o R1 é algo que é aprimorado ao longo do processo e de uma forma natural, mas que é possível enxergar o quanto que você pode contribuir na formação de novos profissionais por meio da sua experiência adquirida no primeiro ciclo. Tornar-se referência também gera responsabilidades e por isso é importante que o R2 possa desenvolver uma postura capaz de provocar no R1 mudanças nos modos de pensar e fazer saúde.

Acompanhar a equipe de estagiárias de técnicas de enfermagem também foi desafiador pelo fato de assumir o papel como contribuinte na formação dessas estudantes para que elas pudessem desenvolver conhecimentos e habilidades em situações reais de trabalho, que sejam condizentes para o exercício legal da profissão assim como, instigar a compreensão da importância da atuação do técnico de enfermagem na equipe, na assistência e nas ações de promoção e prevenção da saúde.

Nesta fase, um dos meus maiores desafios foi enxergar-me como protagonista do meu próprio aprendizado assim como, ter em mente a perspicácia para a busca contínua por autonomia quanto sujeito do meu próprio processo de aprendizagem.

7.1: Saúde da Família, Gestão e Articulação de Redes: Eixo Gestão.

Compreendendo a proposta da FESF em permitir que o residente vivencie e compreenda a gestão da atenção básica, decidi optar por estagiar na Coordenação de Planejamento (CODEPLAN) na expectativa de desenvolver ações com a equipe que agreguem novas experiências com relação a um olhar além da assistência.

Durante a minha permanência no setor, houve um momento de leitura prévia de alguns instrumentos importantes para a compreensão sobre o papel do serviço: portaria 2.135 de 2013, Relatório Anual de Gestão, Plano de Saúde, Planejamento Anual de Saúde, Relatório da Conferência de Saúde, dentre outros.

Durante o estágio na Gestão, tive oportunidade de estar inserida em espaços importantes como a Audiência Pública para discutir sobre a Lei de Diretrizes Orçamentária, que tem como objetivo ouvir a sociedade e discutir ações de planejamento permitindo compreender o quanto o SUS potencializa para além de se tratar de apenas sobre saúde.

Um dos instrumentos construídos durante minha passagem pelo CODEPLAN foi o Relatório Quadrimestral, utilizado para monitorar as ações executadas e os serviços de saúde previstos no Plano Anual de Saúde. Ao inserir a participação da residência na construção deste instrumento, pensou-se em atribuir a mim e outra colega residente, o levantamento do perfil epidemiológico e dos dados dos indicadores da base municipal para compor o relatório.

Participar desse novo ciclo trouxe um novo olhar sobre a análise situacional da saúde do município de Camaçari como também, entender como esses instrumentos de gestão fortalecem o monitoramento das ações para que se chegue a resultados positivos com a execução do plano de saúde.

Além disso, a participação em eventos externos possibilitou para mim um maior conhecimento sobre como se dá a organização municipal em termos de gestão da saúde. Um exemplo foi à apresentação dos fluxos de acesso ao Departamento de Controle, Avaliação e Regulação do SUS (DECAR). De forma resumida, o objetivo do encontro foi divulgar o fluxo dos serviços prestados pelo SUS através do DECAR, com o intuito de qualificar e ordenar os encaminhamentos direcionados através dos profissionais do SUS, prestadores dos serviços da rede própria e credenciada. Outro momento foi poder ter prestigiado a Prestação de Contas do 1º Quadrimestre de 2018 feita pela secretaria municipal de saúde ao conselho municipal de saúde.

A Gestão em Saúde envolve um processo administrativo complexo com uma gestão estratégica, a fim de alcançar metas e objetivos através de um bom planejamento.

Neste pouco tempo de estágio na gestão, pude perceber que um dos maiores problemas da gestão pública é a falta de planejamento, um bom gestor precisa estar atento que planejar não se resume apenas em criar metas, sem levar em consideração a criação de planos de ação para alcançar objetivos, analisando recursos necessários para que as políticas públicas estejam viáveis as condições dos planos de ação.

Para isso, gerenciar custos e serviços de saúde não é uma tarefa simples. porém, quando é dada a devida importância a como os instrumentos de gestão podem colaborar de maneira positiva para um planejamento efetivo, o comprometimento com o desenvolvimento social pode ser alcançado.

7.2: O Eletivo

A motivação para escolher a Maternidade Tsylla Balbino (MTB) como campo de estágio no eletivo da Residência foi vivenciar o modelo de gestão da Educação Permanente de uma instituição de referência, associando a experiência na assistência clínica em Saúde da Família à gestante, puérpera e até mesmo o RN.

O objetivo do estágio foi agregar uma visão global das políticas públicas de saúde, em especial na Atenção à Mulher, como complemento prático à minha formação como Residente. A expectativa inicial foi ter a oportunidade de ter a experiência nas três grandes áreas da residência: pedagógica, cuidado e gestão. Associando situações reais da vida profissional, permitindo a integração do conhecimento teórico-prático, aliados a experiência pessoal pelo processo contínuo de ação-reflexão-ação.

Neste sentido, a MTB tem a visão de prestar assistência qualificada e humanizada, procurando ser fonte de inspiração para o crescimento pessoal, profissional e social de cada um que a procura, promovendo por meio do serviço da Educação Permanente a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, a partir dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho em saúde. (REGIMENTO INTERNO MTB, disponível no acervo da instituição).

Localizada na Baixa de Quintas e administrada pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, a maternidade foi fundada há 59 anos em 15 de março de 1959 pelo então governador Antônio Balbino que homenageou a primeira dama Tsylla Balbino. Atualmente, é referência na rede estadual para assistência obstétrica de médio risco,

sendo a primeira no estado e a segunda no Brasil a implantar o Método Canguru. Tem como objetivo prestar assistência à mulher na área de Obstetrícia, Ginecologia/assistência às Mulheres em situação de Abortamento e Neonatologia possuindo como uma de suas características o acolhimento.

A Educação permanente na MTB tem como estratégia central o desenvolvimento de recursos humanos que são elementos-chave no processo de transformação do trabalho em equipe, por meio do processo de ensino-aprendizagem para além da competência profissional. Já que, como agentes da transformação, serão capazes de promover um atendimento mais qualificado e humanizado, em consonância com as normativas do SUS.

7.2.1: Atividades desenvolvidas:

Dia estadual de mobilização contra a sífilis

Ao chegar ao campo de estágio em Julho, o setor da Educação Permanente encontrava-se em preparação para organizar o “Dia Estadual de Mobilização Contra a Sífilis”. O objetivo principal era enfatizar a importância do diagnóstico e do tratamento adequados da sífilis como doença sexualmente transmissível e especialmente na gestante durante o pré-natal e da sífilis em ambos os sexos, com incentivo à participação de profissionais e gestores de saúde.

Por meio da Secretaria de Saúde do Estado, a Maternidade Tsylla Balbino realizou ações de conscientização, prevenção e testagem para o diagnóstico não só da sífilis, mas também para HIV e Hepatites do tipo B e C em homens e mulheres. Foram distribuídos preservativos, panfletos informativos, rodas de conversa e pré - aconselhamento para o teste rápido. Os casos confirmados para sífilis tiveram início imediato do tratamento. Já os casos confirmados para HIV foram encaminhados para o centro de referência do município.

Antes da realização do dia da mobilização, fui convidada a facilitar capacitação para o Teste Rápido para Diagnóstico de HIV – Bioclin tendo como público alvo os técnicos de enfermagem e outros profissionais da assistência que se dispuseram a participar do momento. Foi possível também, colaborar com o setor em todo processo organizacional como a elaboração de folder e convites, preparação do ambiente para o evento (dispor de insumos necessários), elaboração de impressos como o termo de

consentimento livre e esclarecido assim como, garantir fichas de notificação e encaminhamento. Já no dia oficial do evento, fui responsável por facilitar as rodas de conversa sobre IST e pré - aconselhamento para realização dos testes. Como também, o teste rápido propriamente dito com aconselhamento pós-teste.

Agosto Dourado e Semana Mundial do aleitamento Materno

Após o encerramento da campanha anterior, o Setor de Educação Permanente esteve voltado à campanha “Agosto Dourado” que tem por objetivo conscientizar a sociedade sobre a importância da amamentação por meio de promoção de palestras e eventos como também, a divulgação de informações sobre o benefício do aleitamento materno através de folders. Por meio da Secretaria Estadual de Saúde, a MTB realizou ações de acordo com o objetivo do tema da campanha “Aleitamento materno: a base da vida”.

Na primeira semana de agosto, de 01 a 08/08 aconteceu a “Semana Mundial da Amamentação” com atividade direcionada as gestantes, puérperas, acompanhantes e até os funcionários. Dentre as rodas de conversa, foi possível dar suporte à equipe de facilitadores em dois temas: a importância do aleitamento materno e a importância do contato pele a pele e estímulo à amamentação na primeira hora de vida. Além disso, estive responsável por facilitar o tema “A sucção do RN”. Não obstante, também tive a oportunidade de estar como ouvinte na atividade apresentada pela Diretora da maternidade onde o tema era “Os dez passos para Iniciativa Amigo da Criança”.

A iniciativa da conscientização sobre a importância da amamentação foi “criar uma maior comunicação com pessoas e organizações que trabalham em questões relacionadas à propagação de informação sobre o aleitamento materno” e “ter a amamentação como parte de uma agenda nutricional, de segurança alimentar e diminuição da pobreza”.

Outros serviços

Assim como a participação nas campanhas, foi possível dar suporte ao setor com relação a outras atividades como a organização do curso “Zero Morte Materna por Hemorragia Pós-Parto” que foi direcionado aos médicos e enfermeiros obstetras. Dentre as atribuições, pude elaborar o convite para o curso, listas de presença, organização do material teórico e para o momento prático.

O setor da Educação Permanente também possui outras responsabilidades em que foi possível trazer algumas colaborações como: Atender os estudantes de nível técnico, graduação e pós-graduação para informações sobre estágios, pesquisas e projetos; Elaborar as escalas de estágios; Participar de rodas e leituras de artigos para discussões sobre assistência humanizada; Controle de Atividades do Auditório; Participação de reunião no grupo gestor; Dar suporte na realização de cursos, palestras, eventos na Unidade.

Projeto de Intervenção

Compreendendo a necessidade de mudanças no processo de trabalho do setor foi definida pelo preceptor de campo a construção de um Projeto de Intervenção (PI) como contribuição do Estágio Eletivo à Instituição. Por se tratar de questões pertinentes à instituição, considere que não seria pertinente descrever em um memorial. Detalhes sobre esta atividade encontram-se disponível no relatório de estágio enviado à FESF como requisito principal para avaliação do campo Eletivo

7.2.2: Reflexões

A principal contribuição para a minha formação em ter realizado o estágio eletivo na Educação Permanente em uma Maternidade de referência foi constatar que a descrição dessa Política por Ceccim (2005), faz todo sentido:

“A introdução da EPS é uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde. Estabelece ações intersetoriais com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde. Pode-se inferir que o objetivo da EPS é o de desenvolver nas organizações de saúde oportunidades de formação e crescimento para os profissionais envolvidos na assistência ao usuário”.

Apesar da oportunidade em ter agregado mais conhecimentos teóricos a partir da leitura para atuação no campo, vejo que sete semanas de estágio prejudicaram a concreta compreensão de como um serviço em nível de alta complexidade poderia melhorar sua articulação com a atenção primária. É fato que a fragilidade da articulação entre a rede compromete a continuidade do cuidado.

Talvez em mais tempo essa resposta e suas reflexões poderia ter sido possível. Além disso, devido aos problemas de estrutura física do setor imprópria para a demanda, mobiliário e recursos tecnológicos insuficientes muitas vezes, não havia a possibilidade de contribuir para acelerar o ritmo do processo de trabalho, dificultando na necessidade de aliviar a sobrecarga de trabalho da equipe.

Contudo, acredito que as contribuições da minha vivência para o serviço trouxeram a reflexão sobre como se encontra a realidade da atenção primária e de que forma ela pode contribuir para melhoria do serviço de alta complexidade, principalmente no que diz respeito à demanda assistencial.

Além disso, foi possível durante as atividades de Educação em Saúde relatar para as usuárias sobre os serviços oferecidos pela Estratégia de Saúde da Família e de que forma elas poderiam buscar atendimento neste nível de complexidade para garantir o seu acompanhamento e de toda sua família em diferentes contextos.

7.3: Vigilância em Saúde

A escolha pelo estágio optativo na Vigilância em Saúde não teve um motivo especial. Meu critério foi por eliminação, considerando o eixo em que eu tinha mais afinidade. Porém, estar na Vigilância sempre me remeteu boas expectativas pela cultura de ser um campo atrativo e predominado pela enfermagem. Até por que,

No campo da saúde, a vigilância está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças. Além disso, integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho. A partir daí, a vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador. (BRASIL, FIOCRUZ. 2018).

Com relação à Vigilância Epidemiológica, um dos objetivos de aprendizagem era estar mais envolvida e agregar mais experiência sobre as doenças de notificação compulsória e epidemias que poderiam surgir no território e, quem sabe, poder contribuir no planejamento de ações que visem o controle de doenças prevalentes na região de Camaçari. Além disso, conhecer e aprender sobre a rede de frio estando mais apta a colaborar com a equipe da atenção básica sobre o manejo com as vacinas e orientações aos usuários, a respeito de assuntos relacionados à imunização.

Já na área de saúde do trabalhador, o foco central era que começaria do “B – A – BÁ”. Afinal, nem na graduação houve a oportunidade de estar inserida neste campo de atuação. O que sabia apenas é que a saúde do trabalhador atua na prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Mas, tirando a teoria, como isso acontecia na prática? A verdade era que eu não fazia ideia.

7.3.1 CEREST

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) promove ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância. Como também, a integração da rede de serviços de saúde do SUS, assim como suas vigilâncias e gestão, na incorporação da Saúde do Trabalhador em sua atuação rotineira. Suas atribuições incluem: apoiar investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas, fortalecer a articulação entre a atenção básica, de média e alta complexidade para identificar e atender acidentes e agravos relacionados ao trabalho, em especial, aqueles contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho ou de notificação compulsória. (BRASIL, 2009)

De acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, o CEREST e a Atenção Primária à Saúde (APS) devem articular ações de reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território, com identificação da população trabalhadora e seus potenciais riscos e impactos; identificar a rede de apoio social aos trabalhadores no território; incluir nas estratégias de ações os grupos de trabalhadores vulneráveis; identificar e registrar a situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários das unidades e serviços de atenção primária em saúde; suspeitar e ou identificar a relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo usuário, para fins de diagnóstico e notificação no SINAN e no E-SUS.

Além de emitir relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos pertinentes; subsidiar a definição da rede de referência e contra referência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos, para os encaminhamentos necessários; realizar ações de promoção e de vigilância em saúde do trabalhador, mediante a aplicação de protocolos, linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos e riscos relacionados ao

trabalho; além de criar estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da atenção primária em saúde (BRASIL, 2012).

A partir disto, o Produto construído durante a vivência no CEREST em conjunto com a preceptora de referência, apoiadora matricial e residentes surgiu da necessidade do Serviço de construir um documento norteador para análise da situação de saúde local do trabalhador do município de Camaçari - BA, tendo como base as informações produzidas pelas Equipes de Saúde da Família das Unidades de abrangência de cada território. A análise da situação de saúde do trabalhador a nível municipal (macro) já é realizada anualmente pelo CEREST, cujo objetivo é apoiar os gestores municipais na condução do SUS como garantia do alcance das metas e a efetividade das ações de saúde do trabalhador.

Para isto, foi utilizado como documento norteador deste material o *Guia para Análise da Situação de Saúde do Trabalhador – SUS/BAHIA* do ano de 2014, que considera a importância do empoderamento dos sujeitos (Equipe de Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica e Trabalhadores) e aprimoramento da capacidade de análise de técnicos e gestores da saúde, trabalhadores e outros atores sociais do campo de saúde do trabalhador.

Por isto, tornou-se fundamental a elaboração de um Guia para Análise da situação de Saúde do Trabalhador do território, com o intuito de conhecer o perfil sócio-econômico-demográfico e epidemiológico, o que pode favorecer a identificação das necessidades e problemas de saúde da população, fatores determinantes e potenciais riscos à saúde. Essas informações devem subsidiar a tomada de decisão política e o estabelecimento de prioridades para atuação, visando o fortalecimento da Saúde do Trabalhador no SUS e o enfrentamento dos principais determinantes do processo saúde-doença.

Espera-se que o guia elaborado contribua para a sensibilização e qualificação das equipes de saúde da família e equipes de atenção básica no reconhecimento do trabalho como um determinante social do processo saúde-doença, e que possibilite a reorganização das práticas em saúde para lidar com os agravos relacionados ao trabalho.

O CEREST foi um campo de atuação na residência que despertou um olhar mais sensível sobre o que é saúde do trabalhador e como está presente no dia a dia na saúde da família. Lidamos com situações que envolvem questões relacionadas ao trabalho, mas que muitas vezes não estamos qualificados o suficiente para que nosso olhar clínico esteja atento a esse contexto.

Diversas vezes realizei curativos após um usuário se acidentar com uma máquina ou atender no consultório ou acolhimento queixas sugestivas de lesões por esforço repetitivo e distúrbios osteomusculares (LER/DORT), mas que não achava que seria algo pertinente sobre como o trabalho influencia diretamente nas questões de saúde do indivíduo. Hoje, após a vivência no CEREST, diante de qualquer demanda, vejo que ao construir todo o pensamento “crítico-reflexivo” ao manejo de algum caso, busco relacionar ou descartar a possibilidade de ser no tocante da área de saúde do trabalhador.

A oportunidade de atuar no CEREST, de todos os estágios, foi o campo que mais agregou novos conhecimentos desde quando comecei a atuar como Enfermeira na Saúde da Família.

7.3.2 COVEPI

Fazer parte do processo de trabalho da Coordenado de Vigilância Epidemiológica (COVEPI) contribuiu para a sensibilidade de um novo olhar sobre a realidade da situação de saúde atual de Camaçari. Compreender sobre o impacto em que determinadas doenças podem afetar nos determinantes e condicionantes à saúde de um indivíduo e uma coletividade, remeteram a análise sobre a importância da orientação técnica para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde.

Doenças como Esporotricose, atendimento antirrábico e Arboviroses ainda permanecem ativas no Município. Uma das dificuldades na erradicação desses males é mover as Unidades de Saúde para que estas possam instigar a população no sentido de mudanças comportamentais para si e meio ambiente. Como também, por parte da própria COVEPI estabelecer uma metodologia de apoio matricial que atenda as necessidades das equipes de saúde permanentemente ativa e não de forma única e isolada, pois é notório que na prática existe uma dificuldade de compreensão sobre qual papel da Vigilância Epidemiológica e qual o papel das Unidades de Saúde sobre como trabalhar na perspectiva da Vigilância em Saúde.

Ou seja, as estratégias de integração e qualificação das ações dos serviços de saúde e Vigilância no território são determinantes para o entendimento de como se encontra o território, identificando meios para adotar medidas no planejamento em saúde. Deixar de lado a viciosa “empurraterapia”, mas sim compreender quais são os ricos e vulnerabilidades da área geográfica adscrita e, partir da análise situacional,

discutir em conjunto quais são as melhores estratégias para organização, planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde. Um dos pontos de partida para tudo isto se dá pela integração da Vigilância em Saúde ao processo de trabalho das equipes de atenção primária no território.

A dificuldade da aproximação da articulação e comunicação da rede tem consequências e uma delas é o usuário que, muitas vezes, circula por todos os níveis de complexidade em busca de informações e atendimento, mas que não encontra uma orientação sobre como se dá a condução do seu caso e sim, apenas a sensação que sua complexidade não pode ser resolvida por ninguém.

Um exemplo que ocorre muitas vezes é quando o usuário chega à COVEPI “encaminhado”, sem nenhum documento de ficha de referência, porém foi orientado que apenas neste setor seria possível obter a medicação, Itraconazol, para tratar Esporotricose ou que apenas a equipe da vigilância poderia notificar a doença. Ao mesmo tempo, a equipe ao receber este paciente o “devolve” para a unidade de saúde, sem contra-referência, informando que o fluxo não seria esse e mais uma vez essa pessoa é submetida a mais uma sessão de “empurraterapia”.

Neste sentido, diante deste cenário, durante a vivência neste setor as residentes colaboraram na aproximação entre os dois serviços – COVEPI e USF proporcionando melhora da qualidade da articulação e da integralidade intersetorial. Foi possível acompanhar os técnicos a uma visita na Unidade de Parques das Mangabas com o intuito de acompanhar a situação dos casos de Esporotricose e encerramento dos mesmos. Como também, matriciar as Agentes Comunitárias de Saúde sobre como se dá o fluxo atual da rede e como conduzir, junto com os profissionais de saúde, o manejo desse agravo.

Além disso, as residentes também colaboraram na construção de Comunicações Internas a serem distribuídas nas Unidades sobre algumas Doenças de Notificação Compulsória prevalentes no Município e a revisão e atualização da Ficha de Acompanhamento dos Casos de Esporotricose. Algumas ações individuais também foram realizadas nas unidades de saúde, a exemplo de orientações sobre o preenchimento das fichas de notificação e esclarecimento de dúvidas sobre imunização como a atualização de caderneta de vacina em casos de crianças que estão com doses atrasadas (idade limite, dose, esquema). Neste aspecto,

A vigilância epidemiológica - tradicionalmente centrada no controle de doenças transmissíveis - necessita rever suas possibilidades de atuação, para além da DNC. As ações preconizadas nessa área acarretam limitações, o que leva à perpetuação de um sistema direcionado a um grupo de doenças específicas, em um olhar estritamente técnico, que privilegia o evento já acontecido, contrariando a concepção da vigilância, que é a de atuar antes da detecção do problema. A vigilância epidemiológica necessita ultrapassar o modelo tradicional, de centralização normativa e aplicação de práticas padronizadas, para avançar numa proposta que aborde e contemple a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes do processo de adoecimento. Há necessidade de instituir importantes transformações nos seus objetivos e modelos de organização institucional, gerando uma concepção de vigilância integrada (Oliveira, C.M.; Casanova, A.O. 2009).

E, para a Equipe de Saúde da Família,

No modelo proposto pela vigilância, os profissionais não precisam dominar todo o conhecimento sobre determinado problema ou agravo em saúde, mas devem ampliar e redefinir as ações, integrando saberes e práticas das diversas áreas, em caráter complementar, por meio de uma visão abrangente e uma ação integral. As ações de saúde deverão ter como base as necessidades percebidas dos usuários em suas dimensões biopsicossociais e ser concebidas como práticas de saúde, ou seja, uma prática social articulada com a totalidade social (Oliveira, C.M.; Casanova, A.O. 2009).

CONCLUSÃO

Fim da Jornada!

Durante a construção de um relato de experiência sobre “A Metodologia Ativa no Processo de Ensino e Aprendizagem para formação de Enfermeiros Residentes em Saúde da Família”, que construí durante a residência e que foi apresentado no Congresso Nacional da ABRASCO, pude resgatar um trecho em que resume fielmente como foi estar inserida na Atenção Primária na ótica de residente descrito a seguir:

O modelo pedagógico preconizado no Programa de Residência foi capaz de trazer reflexões positivas, já que a autonomia durante a prática foi capaz de desenvolver um raciocínio clínico associado a um olhar biopsicossocial do usuário do serviço de saúde, além da segurança na escolha das condutas em diversas situações.

Proveniente de uma formação tradicional Cartesiana, caracterizada pela razão/teoria, centrada no docente, responsável pelo processo educativo e o discente como um captador de informações, sem considerar o contexto e cenário social, fazer parte de um processo onde o residente é ator do seu próprio conhecimento é um desafio vivido ao longo da residência.

Neste pensar, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família abre portas para a construção de um novo saber coletivo por meio da interação entre vários núcleos profissionais, um fator que predispõe a integralidade no cuidado. Ou seja, a Residência é uma política que vem permitindo condições para mudanças no modelo médico-assistencial hegemônico que ainda prepondera na atenção à saúde. Vivenciar novas técnicas no cuidado associada ao exercício de práticas inovadoras e saberes que consolidem os princípios propostos pela Reforma Sanitária e do SUS é reconhecido como um objetivo dessa modalidade de formação (Santana, M.G. et al. 2018).

E, como todo memorial também é permitido expor não só a razão, mas também a emoção. Resgatei uma memória de um texto em que escrevi em uma postagem de uma foto com todos os residentes – Turma 2016 e 2017. O registro simboliza tudo o que vivi e o que me tornei durante estes dois anos:

No dia deste registro eu estava feliz... Feliz por que finalizávamos com orgulho a nossa luta, feliz por que todos compartilhavam o sentimento de renovação e dever cumprido. Eu estava feliz por que ingressei com uma turma que corria em suas veias o Fortalecimento pela Atenção Básica. Uma equipe que soube exercer a sua autonomia brilhantemente, por meio do enfrentamento de problemas que atingem a comunidade, buscando atender suas necessidades através de ações de saúde efetivas. Nada foi fácil, nada foi de mão beijada. Tudo foi suado e árduo. E é por isso que, hoje podemos dizer que, somos protagonistas da nossa própria formação. Feliz estava por me espelhar nos meus veteranos, minhas fontes de inspiração, que nunca desistiram de lutar, que sempre me incentivaram a exercer o meu protagonismo e que me prepararam para, um dia, receber aqueles que um dia chegariam. Ainda permaneço feliz por que graças a vocês nada disso foi em vão. Hoje, o sentimento de saudade já se antecipa. Mesmo diante de todas as

dificuldades, o agradecimento supera todos os obstáculos. Afinal, sem luta não há Glória.

O ciclo em breve se concluirá, mas também haverá um novo começo, novas histórias, novas oportunidades para exercermos nosso protagonismo. Sendo assim, o que de mais belo posso levar comigo foi ter tido a oportunidade de conhecer pessoas incríveis. O melhor de tudo isso são VOCÊS!
Obrigada!

Um agradecimento especial a todo corpo pedagógico que contribuiu para o meu crescimento profissional, pelos ensinamentos para a vida e pelos momentos em que precisei de um olhar humanizado e sensibilizador devido a algumas dificuldades que enfrentei. Todos vocês são formadores de personalidades para aqueles que se permitem ser Militantes do SUS. À Renata que, também aprendeu a ser preceptora enquanto eu aprendia a ser uma residente, agradeço por toda motivação para que eu pudesse exercer meu profissionalismo da melhor maneira possível. Às minhas queridas Agentes Comunitárias que me deram a oportunidade de conquistá-las para que pudéssemos formar uma Equipe resolutiva. Aos Servidores que, após enfrentarem a obrigatoriedade de readaptação de um novo Modelo Assistencial (UBS x USF) e que inicialmente foi somado a muitos conflitos, também se permitiram compreender como uma equipe de residentes atuantes em um novo cenário, como a Estratégia de Saúde da Família podem otimizar o processo de trabalho dos serviços através da Reorientação da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

1. BARRA, S.A. O acolhimento no processo de trabalho em saúde. *Serv Soc Rev* 2011; 13(2): 119-42. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/8828/9122>. Acesso em: 05 fevereiro 2019.
2. BRASIL. M.S. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. ***Institui a Política Nacional em Saúde do Trabalhador e Trabalhadora.*** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html> Acessado em 27 nov.2018.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.728, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009. ***Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências.*** Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html> Acessado em: 01 de dezembro de 2018.
5. BRASIL, MINISTÉRIO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO E MINISTÉRIO DE ESTADO DA SAÚDE. Dispõe sobre a **Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.** PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.077, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2009.
6. BRASIL, FIOCRUZ. **Vigilância em Saúde.** Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/vigilancia-em-saude>. Acesso em: fevereiro de 2019.
7. CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** *Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev. 2005.
8. COSTA, Glauce Dias da et al . **Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial.** *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 62, n. 1, p. 113-118, Feb. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000100017&lng=en&nrm=iso>. acesso em 15 Abril 2018.
9. FIOCRUZ, Plataforma RENASt online. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/centro-referencia-saude-trabalhador-cerest>. Acessado em outubro de 2018.

10. OLIVEIRA, Cátia Martins; CASANOVA, Ângela Oliveira. **Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 929-936, June 2009 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300029&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Feb. 2019.
11. PEDROSA, ICF, CORRÊA, ÁCP, MANDÚ, ENT. **Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros.** Cienc Cuid Saude. 2011;10(1):58-65. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13288/pdf>. Acessado em: 15 de julho de 2018.
12. Regimento Interno FESF –SUS. Disponível no acervo interno da instituição.
13. Regimento Interno da Maternidade Tsylla Balbino. Disponível no acervo interno da instituição.
14. SANTANA, M.G.; SANTANA, C.C.; OLIVEIRA, R.S. A Metodologia Ativa no Processo de Ensino e Aprendizagem para Formação de Enfermeiros Residentes em Saúde da Família – Relato de Experiência. Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Disponível em: <https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/a-metodologia-ativa-no-processo-de-ensino-e-aprendizagem-para-formacao-de-enfermeiros-residentes-em-saude-da-familia--->