

**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ BAHIA – INSTITUTO GONÇALO MONIZ
RESIDENCIAS INTEGRADAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

SUELEN MENESES ALMEIDA

RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE VIVÊNCIA DE UMA ENFERMEIRA

Dias d'Ávila
2019

SUELEN MENESES ALMEIDA

RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE VIVÊNCIA DE UMA ENFERMEIRA

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz – BA para certificação como Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Laíze Maria Santos Costa

Dias d'Ávila

2019

ALMEIDA, Suelen Meneses. *Residência em saúde da família: relato de vivência de uma enfermeira*. 2019. 36f. Trabalho de Conclusão de Residência (Pós-graduação). Fundação Estatal Saúde da Família. Salvador.

RESUMO

Trata-se de um memorial de formação que objetivou reconstruir os passos do residente durante o percurso da especialização, destacando os avanços alcançados, de forma reflexiva, fazendo relação da teoria vivida com a prática. Relato a vivência, os percalços e os avanços da minha trajetória como residente nesses dois anos de residência na Saúde da Família, como foi receber a notícia da aprovação, a recepção no município, descrevi os acontecimentos que mais me marcaram no primeiro ano de residência, como reagi ao caso suspeito de violência sexual infantil da área de abrangência a qual era responsável, como foi sair da minha zona de conforto na assistência à saúde para atuar na gestão do municipal, de que maneira se deu meus turnos como R2 na USF e como foi a experiência de vivenciar a Rede Cegonha Municipal. Diante do exposto, finalizada mais uma fase da minha vida e carreira profissional, concluo mais esse ciclo com muitas expectativas futuras de aprofundar meus conhecimentos em outros campos que visem a Saúde Coletiva, e colocar em prática todo aprendizado que absorvi e adquirir sobre Saúde da Família e o ser profissional do Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1	INÍCIO	4
2	CHEGADA AO MUNICÍPIO DE DIAS D'ÁVILA	5
3	MARCOS DO 1º ANO DA RESIDÊNCIA	6
3.1	CASO: SUSPEITA DE VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL	9
4	PRIMEIRO CICLO NA GESTÃO: SALA DE SITUAÇÃO	11
5	TURNO NA USF COMO R2 E A REDE CEGONHA MUNICIPAL	12
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
	REFERÊNCIAS	19

1. INÍCIO

Ao receber a notícia da aprovação na Residência em Saúde da Família, vieram à tona todas as frustrações que tive no estágio hospitalar na época da faculdade, porém, ainda mais forte, ressurgiram as afetações alegres que tive quando fiz o estágio em saúde da família em Salvador no último semestre do curso de graduação em enfermagem.

Esse período de prática na saúde da família foi um divisor de águas para minha formação, tanto para me encontrar como enfermeira e achar a autonomia que tanto procurava no meu processo de trabalho quanto para me direcionar na escolha da especialidade que eu tanto busquei durante toda graduação.

A formação da minha identidade como profissional de enfermagem se deu a partir desse momento em que me reconheci na prestação da assistência ao usuário na Atenção Básica. Foi nesse dado instante que comecei a refletir e me espelhar no perfil de profissional que desejava ser, filtrei os bons exemplos que tive no decorrer do período da graduação, tanto nos estágios quanto nas salas de aulas.

Em todo meu percurso na universidade sempre me senti deslocada, faltava algo que não sabia descrever, pois no decorrer de grande parte da graduação as disciplinas e as práticas sempre foram voltadas para o modelo biomédico / curativista em que a doença é o centro do cuidado e não o indivíduo (PAIM, 2008). Além disso, a autonomia e o reconhecimento do trabalho do enfermeiro nesses tipos de modelos, ainda, são ofuscados pela figura do profissional médico que monopoliza o espaço hospitalar.

No entanto, a Atenção Primária a saúde vem com uma perspectiva e proposta mais humanizada, de promoção, prevenção e recuperação da saúde, proporcionando ao indivíduo ser entendido/visto de forma integral e singular, sendo ele agora o centro do cuidado. E apesar da estratégia de saúde da família ainda ter resquícios do modelo médico hegemônico, é nesse ambiente que o (a) enfermeiro(a) detém maior autonomia do seu processo de trabalho e é reconhecido (a) pela comunidade a quem presta seus serviços.

Nessa perspectiva, a aprovação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família me fez criar expectativas quanto a vivência de um modelo e ambiente assistencial que contribuísse para a formação de novos perfis de profissionais de saúde, mais humanizados e preparados para responder as reais necessidades de saúde e de vida dos usuários, família e comunidade, ampliando a resolutividade da Estratégia de Saúde da Família.

Inicialmente, a residência se configurou como um espaço de trabalho e aprendizado totalmente novo, pois com a conclusão da graduação não tive experiência em outros locais,

logo as expectativas e os medos eram proporcionalmente iguais diante desse espaço que surgia perante a mim.

2. CHEGADA AO MUNICÍPIO DE DIAS D'ÁVILA

Antes da chegada ao município de lotação, nós, as novas residentes, passamos por uma semana de acolhimento, a qual visava orientar, direcionar e explicar o funcionamento do programa de residência. No entanto, o que era uma semana, transformou-se em duas, o que gerou muita ansiedade, tanto pelo tempo prolongado do acolhimento quanto a nítida preocupação por parte do corpo pedagógico e coordenação da instituição da residência na adesão ou não dos municípios de Catu e Dias d'Ávila ao programa de residência.

A escolha do município ficou por conta da ordem de classificação da lista de aprovação, em que as quatro primeiras colocadas foram para Lauro de Freitas, a grande maioria para Camaçari e as seis últimas para Dias d'Ávila. A priori, no ato da matrícula, foi solicitado que colocássemos em ordem de prioridade os municípios em que desejávamos atuar. Minha primeira escolha, como não conhecia os municípios, foi Lauro de Freitas, depois Camaçari, seguido de Catu e por último Dias d'Ávila. No entanto, ao final da semana de acolhimento, ficamos sabendo que o município de Catu não aderiu ao programa.

Ao final desse processo, tivemos acesso as versões preliminares dos regramentos do Programa de Residência como Regimento Interno, Projeto Político Pedagógico e o Manual para Organização do Serviços, instrumentos essenciais para nortear nosso caminhar durante a residência.

Receber a notícia que ficaria em Dias d'Ávila não me abalou tanto, apesar de ter escolhido Lauro de Freitas pela proximidade de onde moro, pois estava muito feliz com a aprovação. Finalmente, me proporcionaria vivenciar por completo a estratégia de saúde da família oficialmente como enfermeira, e não apenas como estagiária ou estudante de graduação.

O desafio de estar em outro município que eu não conhecia, nem a equipe e seu processo de trabalho, nem o funcionamento da Unidade de Saúde da Família (USF) local, o território e a população adscrita geraram em mim medos de diferentes formas e também expectativas. Medo do novo, medo de decepcionar, medo de não atingir as expectativas esperadas enquanto profissional, além das expectativas positivas de aguardar ansiosamente para atuar em uma USF como enfermeira, realizando consultas, estreitando vínculos com os pacientes e a equipe multiprofissional e conhecer a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A chegada, propriamente dita, ao município foi muito acolhedora. Fomos recepcionadas na Secretaria de Saúde Municipal, onde representantes de algumas áreas

técnicas da secretaria como a Gerência de Atenção à Saúde (GEASA) e a Gerência de Vigilância em Saúde (GEVISA), apresentaram sobre as responsabilidades e competências dos seus respectivos setores além de explanar sobre a Rede Assistencial e dados demográficos do município.

Tivemos, posteriormente, um momento de interação com as preceptoras de enfermagem e odontologia para conhece-las melhor profissionalmente e ser definida a unidade em que cada uma de nós ficaríamos. Tivemos a oportunidade de falarmos um pouco sobre nós, onde nos formamos, quais as expectativas em relação a residência e etc.

A escolha das residentes para suas respectivas unidades imagino que não tenha sido fácil para as preceptoras, afinal tinham tido pouco contato conosco. De certa forma, nós também fizemos nossas escolhas particulares da unidade em que desejávamos ficar nos baseando em uma análise rápida do perfil de cada preceptora e do que relataram sobre suas respectivas unidades.

A simpatia que tive na primeira impressão em relação as preceptoras de enfermagem e odontologia me fizeram preferir particularmente à Unidade de Saúde da Família do Entroncamento, e para minha alegria fui escolhida pra atuar nela.

3. MARCOS DO 1º ANO DA RESIDÊNCIA

Fazer parte de todo esse processo desde o acolhimento até a recepção na unidade do entroncamento foi muito importante para que os meus medos fossem amenizados, pois já tínhamos uma noção de como era o processo de trabalho daquele lugar e o vínculo formado em tão pouco com as preceptoras e a equipe me tornou mais confiante para assumir esse lugar que tanto sonhei estar.

Depois dos três dias de acolhimento na Secretaria de Saúde, finalmente comecei a atuar na unidade, e as minhas primeiras impressões ao chegar e conhecer o restante da equipe foram de um ambiente acolhedor, com pessoas motivadas a fazer uma saúde da família de qualidade, com preceptoras extremamente vinculadas aos seus territórios de abrangência e a comunidade adscrita.

Em virtude da qualificação do processo de aprendizagem, os parâmetros de números de pacientes que temos responsabilidade sanitária é de no máximo 2000 pessoas, e por esta razão as equipes foram subdivididas, sendo a equipe 2, onde fui alocada, repartida em duas com duas Agentes Comunitárias cada uma, e algumas áreas descobertas. No entanto, de acordo com a Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional

de Atenção Básica (PNAB), cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável, por no máximo, 3.500 pessoas, sendo o mínimo recomendado de 2.000.

Fiquei com um território bem extenso, com muita vulnerabilidade social, grande número de gestantes, pacientes com tuberculose, alcoolismo, e vários outros problemas de saúde causados principalmente pela baixa escolaridade, condições socioeconômicas e de moradia precárias. Pra mim, se constituiu um grande desafio frente a minha falta de experiência, porém um grande estímulo ao meu crescimento e aprendizado.

Os nossos primeiros dias na unidade foram com o objetivo de conhecer o território. Saímos em grupo, juntamente com uma preceptora e uma agente comunitária para andar pela comunidade e perceber fragilidades e potencialidades, pontos estratégicos para realização de atividades em saúde, equipamentos sociais e pacientes mais críticos.

Considerei essa atividade importante, pois o processo de territorialização em saúde possibilita a equipe planejar as ações de saúde, proporcionando o conhecimento dos aspectos ambientais, sociais, demográficos e econômicos, e a identificação dos principais problemas de saúde da população da área, viabilizando desenvolver intervenções epidemiológicas e atividades voltadas às necessidades da comunidade adstrita (BRASIL, 2017).

Considerando o território um espaço dinâmico, ou seja, constante processo de mudanças, a realização da territorialização pela equipe de saúde também deverá ser contínuo. Nessa fase de conhecer o território, as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) foram extremamente importantes, pois são os membros da equipe de saúde que fazem parte da comunidade, compartilha a cultura local, conhece profundamente a área em que trabalha, o que me permitiu transitar tranquilamente e conhecer melhor o perfil da área e comunidade, as barreiras de acesso e os riscos sanitários.

Concomitante a essa ação de territorialização, estava sendo realizada a construção da cartografia do território, em que identificados no mapa todas as ruas e equipamentos sociais da comunidade, sendo posteriormente acrescentados os riscos epidemiológicos e sanitários no mapa.

Posteriormente, tivemos o privilégio de participar da revisão do Protocolo Municipal de Enfermagem, que aconteceu na Secretaria Municipal de Saúde, que teve a participação de todas enfermeiras de Saúde da Família, a gerente de Atenção à Saúde, a coordenadora da Atenção Básica e nós residentes. Para a construção desse documento, teve-se como base a portaria 034 de 01 de dezembro de 2016 do município de Camaçari. Essa conquista foi um ganho enorme para o município e, principalmente, um momento vitorioso para a categoria profissional de enfermagem, pois respalda legalmente as práticas de enfermagem a partir do

momento que institui e normatiza as prescrições de medicamentos, as solicitações de exames complementares e os encaminhamentos na Rede de Atenção à Saúde pelas enfermeiras.

Além disso, pude experienciar um dos desafios da Estratégia de Saúde da Família nesse período, que foi a construção da agenda profissional juntamente com a preceptora de forma que fosse compartilhada com as agendas das demais categorias e que atendesse as demandas do território.

Construída a agenda, iniciei os atendimentos individuais, que de modo geral, eram direcionados as gestantes que, em sua grande maioria, pertenciam a faixa etária de 14 a 25 anos. É notório a ocorrência de gravidez em mulheres cada vez mais jovens, de forma não planejada, o que nos faz refletir que esse fato não se restringe ao município de Dias d'Ávila, é reflexo do que acontece no cenário nacional. É possível com isso, ponderar que o planejamento reprodutivo realizado pela equipe de Saúde da Família não está sendo tão eficiente quanto os profissionais desejavam.

Diante do exposto, além da importância da transmissão de conhecimento em forma de orientações gerais sobre o processo de saúde-doença do usuário, é imprescindível que o profissional de saúde corresponsabilize e empodere o indivíduo dos cuidados a sua saúde.

Assim, as atribuições comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Saúde da Família, contida na PNAB (2017), está a participação do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, cadastramento e manutenção dos cadastros e outros dados de saúde das famílias, realização do cuidado integral a saúde da população adscrita tanto na USF quanto no âmbito domiciliar e em outros espaços comunitários, participação do acolhimento dos usuários, realização de gestão das filas de espera, instituir ações de segurança do paciente, alimentação e garantia da qualidade dos registros de produção, busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória, e etc.

Assim, nessa trajetória na prestação da assistência as gestantes, pude perceber o qual dificultoso era o itinerário terapêutico das gestantes na Rede Cegonha, principalmente ao que se refere a um dos principais pontos dessa rede, a Maternidade Municipal. Essa se tornou espaço de queixas de muitas gestantes, reclamavam do acolhimento, da assistência prestada, dos profissionais médicos atuantes, da forma, de modo geral, que elas eram tratadas desde a entrada até a saída do local.

Por diversas vezes as gestantes encaminhadas a maternidade, retornavam à unidade sem suas demandas sanadas. Não existia contrarreferência, nem qualquer outro tipo de comunicação ou articulação entre a maternidade e a USF. Houve várias tentativas por parte da unidade do entroncamento em fortalecer esse contato, porém sem êxito. Sendo a Atenção básica o contato preferencial dos usuários, e principal porta de entrada e centro de

comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), ela não se constitui como um ponto isolado, necessita do apoio e articulação com outros pontos da RAS (BRASIL, 2017) para que assistência prestada seja ofertada de forma integral, universal e equitativa.

Em meio a esses percalços, houve criação e fortalecimento, com o passar do tempo, da confiança e do vínculo com os usuários e equipe da unidade. A PNAB (2017) retrata nos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica que a adesão dos usuários e o desenvolvimento das relações de vínculo entre as equipes e população, garante a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Esse vínculo envolve relações de afetividade e de confiança mútua, realidade essa que requer tempo, porém acredito que nesse pouco tempo criei um laço muito forte com a equipe e com os usuários também.

Ter a oportunidade, de ocupar um lugar que sempre almejei, realizando consultas, visitas domiciliares, testes rápidos, preventivos, participando do acolhimento, das atividades de campo aos sábados, da feira de saúde idealizada pelas ACS, passagem do bolsa família e etc, encarando os altos e baixos da profissão me fizeram evoluir positivamente como ser humano e foi um ganho muito importante para meu crescimento profissional.

3.1 CASO: SUSPEITA DE VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL

Nunes et al. (2009) relata que a situação de violência requer um envolvimento integrado de uma rede de apoio, que conta em especial com a participação do setor da saúde, sendo esse indispensável no cuidado não somente dos agravos físicos e psicológicos, mas também uma atenção à saúde que enxergue os sujeitos no contexto em que estão inseridos. Para tanto, o profissional de saúde que se depara com essa situação não se sente apto ou não foi preparado para tal.

Frente ao exposto, na formação acadêmica dos profissionais, tanto da área de saúde como de outras áreas, há deficiências de espaços que discutam sobre a temática e norteiem o estudante (futuro profissional) a compreender que esse fenômeno não se limita aos aspectos fisiopatológicos e que nele está envolvido uma dinâmica relacional indivíduo-família-sociedade.

Entendendo-se que a violência é um problema de saúde pública importante no Brasil, por ser fonte de uma grande parcela das morbimortalidades que resulta em altos custos individuais e coletivos, e que perpassa por todos os níveis de atenção à saúde, além de que os índices apresentados mostram vulnerabilidade de crianças à violência, esses portanto,

revelam a importância de se colocar em pauta a violência em suas várias magnitudes em todos os espaços de debate. Refletir sobre esse assunto, me fez lembrar do caso de suspeita de violência infantil vivenciado por mim na USF.

No meu ciclo como R1 pude presenciar um caso suspeito de violência sexual infantil que chegou até a mim na unidade do entroncamento. A mãe acompanhada da criança, supostamente violentada, me procurou nitidamente abalada e nervosa, onde prontamente acolhe-as no consultório de enfermagem para preservar a privacidade delas. A mesma me relatou que estava desconfiada que a filha mais nova, de apenas 2 anos, foi abusada sexualmente pelo irmão mais velho. Referiu que como trabalhava fora, como vendedora autônoma, deixava a filha mais nova, às vezes, aos cuidados do irmão, mas que sempre quando chegava em casa para dar banho na filha inspecionava seu corpo e mais especificamente sua genitália.

Em uma dessas inspeções rotineiras, a mãe referiu ter observado uma abertura incomum na genitália da filha, como se o hímen tivesse sido rompido. A mesma alegou desconfiança do filho mais velho, porém sem provas, referiu que chegou até a colocá-lo contra parede acusando-o, no entanto, o mesmo verbalizou que nunca teria coragem de molestar a irmã.

Após escutá-la, solicitei a médica da equipe que examinasse juntamente comigo a genitália da criança para um diagnóstico médico confirmatório. Ao examiná-la, a médica confirmou a suspeita de violência, pois o hímen não estava íntegro. No entanto, nem eu e nem a médica conhecíamos o fluxo de encaminhamento municipal em caso de violência sexual infantil. Por esse motivo, tive a ideia de ligar para a gerente da Atenção Básica, que já tinha sido apoiadora institucional da residência, para me direcionar de como eu deveria agir frente aquela situação. Mas, para minha surpresa, a gerente também não sabia como proceder. Aguardei na linha telefônica enquanto a mesma foi buscar orientação. Após esperar por alguns minutos recebi a notícia de que ela teria entrado em contato com o Conselho Tutelar do município e o mesmo iria comunicar-se conosco.

Após um tempo esperando e chegada a hora de fechamento da unidade, fui embora, porém cometi um erro grotesco em não registrar a ocorrência do fato nem no prontuário da paciente e nem no livro de acolhimento. Segundo o dicionário, registro é a ação ou efeito de registrar ou transcrição, em livro próprio, de documentos, nomes, títulos etc., públicos ou privados como prova de autenticidade. Já, o prontuário do paciente é definido pelo Conselho Federal de Medicina na Resolução 1.638/2002 como sendo “ o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de

caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”.

O ato de não realizar o registro no prontuário da usuária, em relação a assistente prestada, interferiu no processo de trabalho do Conselho Tutelar, que procurando a unidade de saúde juntamente com o subsecretário de saúde, mesmo passado o horário de funcionamento, não conseguiram saber a localização da moradia da usuária para intervirem no caso.

Decorridos os dias, só foi possível a comunicação novamente com o Conselho Tutelar após quase uma semana. Finalmente consegui entrar em contato com a mãe da criança, através da ACS, e solicitei que a mesma comparecesse na unidade juntamente com a filha no mesmo dia em que o Conselho Tutelar também estaria lá.

A chegada do Conselho foi muito intimidadora, tanto para mim quanto para a mãe da criança. Eles abordaram-na em um dos consultórios, disparando perguntas acusadoras, tratando-a como culpada do ocorrido e de forma punitiva caso fosse confirmada violência sexual. Solicitaram que eu escrevesse um relatório destinado ao Instituto Médico Legal (IML) de Salvador descrevendo todo o ocorrido. Em seguida, saíram acompanhando a usuária até sua residência, para terminarem o interrogatório.

Após esse dia, nunca mais tive nenhum contato com a mãe e nem com a criança, crendo eu que esse distanciamento foi devido a quebra do vínculo causado pela abordagem grosseira do Conselho Tutelar para com ela. Só tive notícias do desfecho do episódio, depois de muita insistência da ACS da área, que revelou que a perícia feita pelo IML deu negativa para violência sexual.

4. PRIMEIRO CICLO NA GESTÃO: SALA DE SITUAÇÃO

O segundo ano de residência foi desenhado como um momento apenas de vivência na gestão e linhas de cuidado, quebrando assim radicalmente todo vínculo construído ao longo de um ano com os usuários da Unidade Saúde da Família (USF). No entanto, foi realizada uma reavaliação e entendeu-se a importância da manutenção do residente R2 na atenção básica como importante elo de transição aos novos residentes, tanto na compreensão da dinâmica de uma USF quanto na aproximação deles com os usuários e, até mesmo, na continuidade no suporte dos serviços ofertados.

Essa transição também faz referência ao momento de mudança da atuação como enfermeira e residente, que antes era realizado somente na atenção básica, para a conciliação dessa última com o primeiro ciclo de estágio na gestão, no meu caso, a sala de

situação do município de Dias d'Ávila. Esta se iniciou com todas as aflições, angústias, expectativas, ansiedades e todos outros sentimentos que vem junto com o novo/desconhecido. Segundo OPAS 2010, a Sala de situação é um instrumento de gestão proficiente para realização de um diagnóstico situacional de uma determinada população que favorece a tomada de decisão na busca de uma nova realidade.

A complexidade desse espaço de informação em saúde, não se deve apenas ao que propriamente ele se propõe a realizar, mas a inexistência dele no município. O que inicialmente se tinha, era o esforço de alguns técnicos da Secretaria de Saúde (SESAU) em formar um grupo de trabalho (GT) para criação de possíveis indicadores de saúde que seriam manipulados na sala de situação e fomentar a discussão e qualificação desses.

O sentimento que eu tive diante desse cenário, pela inexperiência enquanto gestão, era de que na condição de estagiária não iria conseguir alcançar as expectativas e desempenhar bem a responsabilidade ao qual me foi dada. No entanto, com a chegada da apoiadora matricial (APM) e a inserção das outras residentes que se encontravam nas redes de atenção à saúde (vigilância epidemiológica, rede cegonha, rede de atenção psicossocial e rede de doenças crônicas) no GT da sala de situação me senti mais segura quanto às atividades que seriam realizadas.

A apoiadora matricial teve papel fundamental quanto ao direcionamento dos conteúdos que seriam estudados, o produto da gestão, construção do plano de estágio e da agenda do serviço, e principalmente pela motivação de me fazer entender que eu seria capaz de alcançar as expectativas propostas.

Hoje, o GT da Sala de Situação se encontra com o Termo de Referência concluído, consolidação de indicadores e formado por profissionais comprometidos a manter o cronograma de atividades e implantar, futuramente, a Sala de Situação no município.

Encerrei meu estágio em gestão com a certeza de que tudo é possível ser realizado a partir do momento que você confia nos profissionais que te cercam e confia na sua própria capacidade.

5. TURNOS NA USF COMO R2 E REDE CEGONHA EM DIAS D'AVILA

O início como R2 gerou tantas ansiedades quanto foi o início do R1, pois novamente tive que ocupar espaços que eram novos para mim, saindo totalmente da minha zona de conforto da assistência prestada diretamente ao usuário no período do R1 para estar na

gestão em saúde da Secretaria de Saúde Municipal, espaço do qual nunca tive contato anteriormente.

Em virtude das grandes demandas do estágio da gestão, houve um pouco de dificuldade em me sentir parte integrante novamente da unidade. Além do que, o papel e o espaço que eu ocupava como enfermeira residente já não existia mais, por ter sido ocupado pela R1 da nova turma e por esse papel ter se transformado em algo que eu não tinha descoberto durante os três meses do ciclo da gestão. Me senti tão deslocada que priorizei mais as atividades realizadas na secretaria do que as da unidade.

No entanto, participei de reuniões de equipe, auxiliei na gestão local e no processo de trabalho, mas não consegui fazer um trabalho de articulação entre a vivência dos dois espaços. Estar me encontrando no ambiente da gestão e mais uma vez ser tomada pelo medo de não atender as expectativas desse espaço, me fez não conseguir aproveitar os momentos dos dois espaços.

Logo após fui pro eletivo, na vigilância epidemiológica (VIEP) do município, local em que se constituiu como espaço de crescimento profissional por proporcionar aprofundamento teórico/prático dos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual/coletiva com a finalidade de adotar medidas de prevenção e controle dos agravos/doenças para a população do município de Dias d'Ávila, além de ser uma área que está intrinsecamente ligada com as ações do cotidiano da enfermagem na Atenção Primária, como por exemplo, investigação / notificação de doenças e agravos, imunização, campanhas de vacinação e etc. Logo em seguida fui para as férias.

Retornando, fui para a rede cegonha, rede que escolhi devido as fragilidades e dificuldades que as gestantes que eu acompanhava na USF enfrentavam em seus itinerários terapêuticos. Essa situação me incomodou de tal maneira que fui tentar compreender quais os entraves dos pontos da rede.

Percebi durante esse processo de apoderamento sobre a Rede Cegonha que o município de Dias d'Ávila nos últimos anos vem avançando, mesmo que aos poucos, e despendendo esforços tanto para a própria implantação em si da Rede Cegonha quanto fortalecimento e melhoria da atenção ao pré-natal, parto e nascimento e puerpério nas Unidades de Saúde da Família e Maternidade Municipal, muito embora sejam um dos pontos da rede, eles se constituem como principais no cenário atual. A proposta da Rede Cegonha foi instituída pela portaria 1.459/2011 considerando a importância de se trabalhar regionalmente para a garantia do acesso com qualidade à atenção à saúde materna infantil.

Embora o acesso e a prestação de serviços ao pré-natal sejam universais, a qualidade dessa atenção ainda não é satisfatória. Nesse contexto, ainda há muitos entraves que vão desde a captação precoce das gestantes pela equipe da USF até o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Essa premissa apesar de óbvia para muitos da gestão, não é tão notória no cotidiano dos profissionais de saúde das unidades de saúde da família que em meio ao caos do gerenciamento das suas agendas e dentre outras demandas, não têm a prática de realizar análise crítico-reflexiva e discussão em grupo sobre os documentos que norteiam a atenção básica e as várias fichas de registro de produção que são preenchidas todos os dias, e até mesmo autocrítica do andamento do seus processos de trabalho, se realmente contemplam as necessidades dos usuários ou somente as suas.

Durante esse último ciclo, consegui me reencontrar na Unidade de saúde da família, conseguindo desenvolver várias ações isoladas, do próprio processo de trabalho, mas para além disso, momentos de articulação e qualificação no que tange a responsabilidade da atenção básica na Rede Cegonha.

Nesse contexto, o objetivo da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é prestar uma atenção integral, de qualidade e resolutiva com integração entre os diversos pontos de atenção que, de fato, atenda às necessidades da população adscrita. Nas RAS o centro de comunicação é a Atenção Primária à Saúde (APS), sendo esta ordenadora do cuidado (MENDES, 2011).

A estrutura operacional das RAS expressa alguns componentes principais: centro de comunicação (Atenção Primária à Saúde); pontos de atenção (secundária e terciária); sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informação em saúde); sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e sistema de governança (da rede de atenção à saúde) (MENDES, 2011).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 4.279/10, estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A gestão de Dias d'Ávila em concordância com essa portaria, em seu Plano Municipal de Saúde (2018-2021) comprometeu-se com o fortalecimento das cinco Redes temáticas prioritárias que são a Rede Cegonha, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede de cuidado à pessoa com deficiência. No entanto, para o ano de 2018 foram priorizadas a Rede Cegonha, a RAPS e a Rede de Doenças Crônicas

Em acordo e discussão com minha apoiadora matricial e a preceptor, pactuamos algumas atividades, como: estudo de prontuários para detecção de falhas no

acompanhamento e registro do pré-natal, estudo e qualificação dos dados de registro da triagem neonatal, condução do grupo de gestantes, educação permanente com as agentes comunitárias de saúde sobre pré-natal dentre outras.

Foi muito importante para mim, ver ao final do ciclo todas essas ações concluídas, pois o meu trabalho enquanto R2 conseguiu articular rede e USF, além de qualificar o processo de trabalho já existente.

Durante meus turnos na unidade, também pude aprimorar meus conhecimentos adquiridos no primeiro ano, participando de acolhimento, consultas individuais, atendimento de auriculoterapia e gestão da USF.

Uma competência mais relacionada ao núcleo que eu tinha pouca experiência era imunização, e consegui também usar esses turnos para aquisição de conhecimento tanto teórico como prático. Fiz supervisão, gestão de material, manipulação do sistema de informação e administração de imunológicos, inclusive BCG. Essa vivência me trouxe estímulo para me aprofundar no assunto e experiência para saber supervisionar adequadamente uma sala de vacina, que é uma das competências e responsabilidades de uma enfermeira de Saúde da Família.

Segundo BRASIL (2017), as atribuições específicas da enfermeira que atua na Saúde da Família, são: realização de atenção a saúde do indivíduo e famílias vinculadas tanto na USF quanto á domicílio; realização de consulta de enfermagem, procedimentos, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos conforme protocolos; realização e supervisão do acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos; realização da estratificação de risco e elaboração do plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; execução de atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local; planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; supervisão das ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS; implementação e manutenção na atualização das rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Além disso, compete a enfermeira o serviço administrativo da sala de vacinação como previsão de estoque e solicitação de reposição, além de compilar dados das doses mensais de vacinas aplicadas, monitorar as doses aplicadas, efeito adversos, orientar equipe e clientes, elaborar estratégias para a realização de busca ativa de faltosos, realizar divulgação

de vacinas em campanha, e participar e promover atualização técnico-científica. O enfermeiro deve também buscar melhorias no atendimento à população, e instigar na equipe a melhora das suas habilidades e competências, voltando essa supervisão para uma melhoria na qualidade da assistência (LIMA E ELIAS, 2013; OLIVEIRA et al, 2013,).

Outro ponto a considerar é a supervisão de enfermagem, a qual a responsabilidade é do enfermeiro, que segundo a lei 7.498/86 que, dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, onde no art.11 encontra-se descrito a função do auxiliar de enfermagem, entende-se, que este, pode encarregar-se das tarefas referentes a conservação e administração de vacinas, mas somente sob supervisão e orientação do enfermeiro. (BRASIL, 1986; OLIVEIRA et. al, 2013)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A pessoa mais influenciável com a qual você falará todos os dias é você. Tenha cuidado, então, com o que você fala para si mesmo” (ZIG ZIGLAR)

A frase citada, diz muito sobre como me comportei por todos esses quase dois anos de residência, sempre com medo e duvidando da minha própria capacidade como profissional. Me negar por quase todo o tempo como indivíduo capaz de executar qualquer tarefa solicitada, foi gerando um efeito cumulativo por um certo período da residência que me fez paralisar, no entanto esse intervalo de paralisia me fez refletir sobre as minhas atitudes, meu processo de trabalho como enfermeira tanto no ambiente da secretaria quanto na USF e de todas as oportunidades que eu estava perdendo como profissional.

Sempre houve muita dificuldade da minha parte em me autoavaliar, pois a autocrítica negativa sempre pesou mais do que a construtiva. No entanto, avaliar, hoje, a Suelen Enfermeira especialista em Saúde da Família que sai hoje do Programa de Residência é bem mais fácil, pois saio com a convicção da enfermeira que me transformei, mais confiante, mais proativa e convicta da minha capacidade de superação. As expectativas do início acabaram superando tudo que imaginei viver e ser, o que contribuiu muito para estar onde estou e ser quem me tornei.

Ao final de toda essa experiência de vivenciar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, me ajudou a me deslocar enquanto profissional positivamente em diversos pontos

elencados como competências e responsabilidades a alcançar pelas preceptoras, apoiadora de núcleo e matricial.

Hoje compreendo a importância dos espaços de diálogos no ambiente de trabalho, do registro e anotações de enfermagem, das ferramentas de gestão (planejamento, monitoramento e avaliação), das atividades educativas em saúde, do vínculo entre profissionais, equipe, e usuários, família e comunidade, gerenciamento do próprio processo de trabalho e de agenda, o que me faz ter convicção da minha habilidade e competência de assumir uma equipe de Saúde da Família com responsabilidade.

Finalizo esse ciclo com muitas expectativas futuras de aprofundar meus conhecimentos em outros campos que visem a Saúde Coletiva, e colocar em prática todo aprendizado que absorvi e adquirir sobre Saúde da Família e o ser profissional do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

LIMA. K. J. V.; ELIAS. A. L.; Processo de trabalho na sala de imunização; PROENF Atenção Primária e Saúde da Família, ed. 1, n. 2, .67-104, Rio de Janeiro, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NUNES, C. B.; SARTI, C. A.; OHARA, C. V. da S. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo, v. 22, n. spe, p. 903-908, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>.

OLIVEIRA V. C.; GALLARDO P. S.; GOMES T. S.; PASSOS L. M. R.; PINTO I. C.; Supervisão de enfermagem em sala de vacina: A percepção do Enfermeiro; rev.Texto Contexto Enferm; ed.4; n.22; p. 1015-1021; Florianópolis; 2013.

PAIM, Jairnilson da Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In GIOVANELLA, Ligia et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 547-573.