

MARISTELA FARIAS SILVA

A MUDANÇA DO “EU” EM DOIS ANOS

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

Orientadora: Lorena Cerqueira.

BAHIA

2020



A mudança
do “EU”
em dois anos

Apresentação

Este memorial retrata a minha experiência e mudança nesse período de dois anos, no qual estive no Programa de Residência em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF). Nele destaco, não só minhas experiências, como também vivências e todos os sentimentos envolvidos, além das minhas mudanças enquanto pessoa e profissional.

Tive a oportunidade de vivenciar novas práticas em saúde do ponto de vista de usuária e profissional, além de conhecer o SUS e buscar prestar uma assistência de forma igualitária equânime e integral.

A vivência na residência me fez rever vários conceitos e pré-conceitos, além de pensar no quanto eu mudei como pessoa e profissional nesse período vivido na residência.

Então, cheguei dia 8 de fevereiro de 2018 uma pessoa e, em março de 2020, estou saindo outra pessoa, posso dizer que melhor e tendo a consciência que posso melhorar muito mais. Lembrando que minha história está escrita aqui resumida e dividida em capítulos, se estiver com dúvidas pode me procurar –risos.

Ah, e, por favor, não se estresse comigo, eu falo sobre mim e minha vivência na residência no tempo passado e presente, ou seja, eu não tenho noção do tempo que cada coisa aconteceu, eu só sei que aconteceu –risos, e por isso eu escrevo sobre o passado e presente no mesmo capítulo.

São algumas páginas e concordâncias para expressar minha gratidão a todos que dedicaram um tempo a mim e a minha formação profissional e individual. Obrigada a todos e todas por essa vivência de imenso valor, hoje defendo o SUS e a atenção primária com argumentos firmes e claros.

E assim começou... Boa leitura!



Fonte: Maristela Farias Silva, 2018.

Gratidão!

Sumário

1.5	
2. Como tudo começou	6
3. Ilusão versus realidade	10
4. Férias	12
5. O conhecido e o desconhecido, R1	14
6. Pensando e começando o R2	24
7. R2 – Estágio Rede Cegonha x Saúde Mental	26
8. Help	29
9. Voltando para residência	30
10. Inconclusão	32
11. Anexos	34
12. Referências	38

1. Introdução



Fonte: Maristela Farias Silva, 2018.

*“Em algum lugar, pra relaxar
Eu vou pedir pros anjos cantarem por mim
Pra quem tem fé
A vida nunca tem fim
Não tem fim, é [...]” (O Rappa, 2013).*



2. Como tudo começou...

Para iniciar essa longa (sobre minha vida) pequena (tempo do programa) história, vou iniciar contando um pouco da minha escolha por essa residência e quais sentimentos foram envolvidos para estar aqui.

Enquanto estava na graduação minha escolha para atuar seria na obstetrícia, estudei e trabalhei para me inserir na minha área de interesse. Fiz cursos de extensão de curta duração, escrevi meu trabalho de conclusão sobre o assunto, participei de liga acadêmica e grupos de estudos voltados para a obstetrícia. Devido a essa afinidade resolvi investir em provas de residência relacionadas ao meu tema de interesse, mas tive minha aprovação concretizada apenas na saúde da família. Fiquei um tanto quanto satisfeita visto que na residência da FESF também iria me deparar com saúde da mulher.

Lembro-me que estava psicologicamente abalada no dia da prova por acontecimentos anteriores, além de tristeza e raiva por não ter sido aprovada nas outras provas nas quais eu tinha realizado e me interessavam mais. Pensei logo que aquela seria minha única chance e que viveria tranquilamente aquela escolha. Mas, como existe a expressão “ledo engano”, pois estar na saúde da família foi onde eu aprendi a melhorar enquanto profissional e pessoa, com tudo que lá vivenciei, e isso não se resume a minha vivência, e é aqui que te **CONVIDO A CONHECER** essa história **engraçada, frustrante, feliz, prazerosa, triste e rica em conhecimento.**

E foi assim que tudo começou, Saúde da Família como uma segunda opção e que provavelmente virou uma primeira opção, ou nem tenha mais opção.

Fotografia 1 – Acolhimento dos Residentes, da Turma XIII.



Fonte: Maristela Farias Silva, 2018.

Começo essa história contando sobre as minhas impressões e as atividades realizadas nos dias de acolhimento para todos (as) residentes da FESF-SUS.

O primeiro dia foi muito interessante, pois conheci pessoas novas e com o mesmo objetivo em comum. Fomos divididos em grupos, denominados Grupo Diversidade (GD), em que cada grupo continha pessoas de categorias e municípios diferentes. Anteriormente a essa atividade, criamos um “colar” com informações sobre cada pessoa, como nome, município, categoria profissional, tempo de trabalho em saúde da família, vivência acadêmica em saúde da família e habilidade.

Fotografia 2 – “colar” do GD.



Fonte: Maristela Farias Silva, 2018.

A primeira atividade do GD foi escrever sobre a minha expectativa com a residência. E, a primeira coisa que pensei no momento foi: “Minha expectativa em iniciar a residência é vivenciar de forma mais intensa o cuidado direto com a comunidade e aprender com os outros profissionais a rotina de atendimento, além do perfil dos usuários, para assim pensar e realizar um cuidado mais longitudinal”. Só não imaginava o quanto ia ser difícil colocar minha expectativa em prática.

Logo após, tivemos um momento de reconhecimento de saberes prévios, sobre palavras chaves na atenção básica. Tínhamos que escrever sobre o que é necessário ao saber fazer como trabalhador(a) na saúde da família em nove tópicos, no qual eu respondi de acordo com meus conhecimentos, que são os seguintes: 1) Abordagem familiar – realizar acolhimento e consulta de cada membro da família, respeitando suas necessidades individuais; 2) Acolhimento com classificação de risco – atender o usuário, escutando sua queixa e além da clínica, e saber reconhecer sua necessidade e classificar o atendimento de acordo com a necessidade real, seja sinais e sintomas ou não; 3) Apoio institucional – não

tenho conhecimento prévio; 4) Apoio matricial – saber como acontece e se organiza o trabalho dos profissionais de saúde em seu serviço, para assim atender o usuário com qualidade; 5) Atenção domiciliar – realizar o cuidado ao indivíduo/família em sua residência de acordo com sua necessidade; 6) Coordenação do cuidado – direcionar o seu cuidado e da sua equipe de acordo com a necessidade de cada indivíduo; 7) Projeto terapêutico singular – montagem de um plano de cuidado, pela equipe multidisciplinar do serviço, que aborde a redução de danos e/ou recuperação/tratamento do indivíduo, onde este e a família fará parte, assim como os profissionais; 8) Redes de atenção à saúde – encaminhamento do indivíduo para os diversos serviços de saúde de sua localidade e que tenha resolução; 9) Cuidado individual do seu núcleo profissional – realizar consultas de acordo com a necessidade da população, atividades extramuros (escolas, centro comunitário, etc.) e atividades educativas no serviço de saúde, que sempre possa atender as necessidades do indivíduo e da comunidade, seja na promoção e prevenção, como na recuperação. Ou seja, descobri com isso que o meu conhecimento prévio sobre assuntos que permeiam a saúde da família e SUS ainda era insuficiente para realizar na prática, mas tudo bem, afinal estava em um programa de residência para me qualificar. Com isso, sabia que tinha muito para estudar e aprender sobre os conceitos que permeiam o SUS na atenção primária.

Após as atividades fomos apresentados ao programa de residência, com as regras, competências e habilidades do residente, atividades e cronograma. Existia toda expectativa sobre o município, sobre a unidade, os profissionais e todo o processo de trabalho durante o 1º ano que iríamos vivenciar como R1. Os dois dias de acolhimento do programa se resumiram a uma mistura de ansiedade e felicidade de conhecer pessoas que também lutam e acreditam no SUS.

Dando uma pausa na história, voltando à data atual, e lendo sobre as respostas acima, percebi que não foram as melhores respostas, mas atualmente já consigo perceber melhor cada coisa por que tive a imensa oportunidade de enxergar novos horizontes e entender na teoria e prática o fazer do trabalhador da saúde da família.

A residência me fez enxergar outros caminhos durante a minha vida pessoal e profissional. Foi vivenciando a atenção primária à saúde que aprendi os diferentes modelos assistenciais e aprendi a ter um perfil de profissional de saúde para atender as reais necessidades dos usuários e suas famílias, assim como está descrito em suas leis e políticas voltadas para o SUS (BRASIL, 2006).

Durante o primeiro ano da residência vivenciei a Unidade de Saúde da Família (USF), e tinha que conhecer a Política Nacional de Atenção Básica (2017) onde tive a oportunidade de conhecer, acompanhar e completar ciclos da gestação ao puerpério, puericultura, visita domiciliar, planejamento reprodutivo, hiperdia e outros atendimentos/programas, além da

sala de espera (educação em saúde e permanente), equipe multiprofissional e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e assim seguindo e estudando os protocolos do Ministério da Saúde, os cadernos da Atenção Básica e artigos referentes à temática.

A experiência mais feliz e prazerosa que vivi foi concluir o ciclo de saúde da mulher, da gestação ao puerpério, quando acompanhei uma gestante desde o início de sua gravidez até o parto, onde minha felicidade foi plena, pois fiz minha primeira visita puerperal e enxerguei que podia dar certo e que isso era algo fácil para dar continuidade e assistir da melhor forma a mulher e sua criança. Guerreiro e colaboradores (2014) trazem que o enfrentamento para vivenciar esse ciclo, por parte da mulher e sua família, deve-se a orientação dos profissionais de saúde, principalmente no que tange a atenção primária à saúde, pois o parto é momentâneo e seu transcorrer é validado do processo que a mulher percorreu durante o pré-natal.

Holanda (2015) corrobora referindo que a imperícia, falta de humanização e ausência de integração na rede de assistência afeta diretamente o ciclo gravídico puerperal da mulher, não só a atenção primária à saúde é responsável por essa assistência, mas é o serviço que coordena e é a porta de entrada para a assistência à saúde da população.

E foi então nesse ciclo, de saúde da mulher, que vivenciei a obstetrícia, porém por um ângulo diferente, o ângulo da Saúde da Família. Um ângulo que não conheceria em nenhum outro lugar ou viveria de tal forma, se não fosse estando na posição de residente. Fico me perguntando o motivo de tamanha felicidade em finalizar este ciclo, e chego à conclusão que minha felicidade não foi em acabar o ciclo gravídico puerperal, e sim apenas concluir um ciclo, concretizar algo que estudei, conhecia e acreditava. Felicidade em visualizar o funcionamento perfeito e encaixável da Atenção Primária à Saúde.

E assim como em saúde da mulher, os outros atendimentos me tomaram para o aprendizado e busca pelo conhecimento e assim usá-lo da melhor forma. Logicamente o fiz, utilizei minha habilidade em aprender e meu querer para buscar referências sobre os diversos assuntos que permeiam a saúde da família para ampliar cada dia mais meu olhar. Visualizei a importância de dar continuidade ao cuidado na assistência da(o) usuária(o) e seguir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Hoje, no presente, falo e escrevo com facilidade da vivência do R1, na USF, mas não foi tão fácil assim, e também nem tão dolorido. Complexo? Sim. Até eu fiquei confusa com essa simplicidade e complexidade que é a Atenção Primária e minha vivência neste espaço que permeiam muitos outros.



3. Ilusão versus realidade

Então, para escrever este capítulo não demorei a pensar qual seria o conteúdo, porque queria falar sobre a minha teoria e prática e o quanto fui enganada, não de forma proposital, penso eu –risos.

Começo pelo título onde já anuncia o que irei falar, sim, vamos pensar com calma esta situação. Estou no cenário da atenção primária à saúde, recém-formada e vivendo a autenticidade da residência, com sua metodologia ativa e cito essa oração: ilusão versus realidade. Agora está fácil compreender o motivo do título? Se sim, ótimo, fico feliz, pois está começando a me entender e será viver meu mundo até o final da leitura. Se não, tudo bem, vou explicar com mais esclarecimento.

O motivo de descrever a palavra ilusão, não sendo no sentido de enganação, mas no sentido de que a teoria não está sendo seguida como dever ser, o que está escrito em leis, políticas, resoluções, etc, e por isso escrevo a palavra realidade, para se opor e mostrar o que eu estava vivendo, a ilusão da teoria e a realidade da prática se contrapõem na maioria dos aspectos e da minha vivência.

Para mim foi muito complicado vivenciar a realidade da atenção primária como trabalhadora, pois já tinha vivenciado como estagiária e foi confuso saber, entender e não praticar toda a teoria que aprendi até o ano anterior, que foi em 2017.

Minha base para iniciar a residência é o conceito definido pelo Ministério da Saúde, onde traz que:

A Atenção Primária é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2020).

Não que este conceito seja mentira ou esteja enganando os profissionais de saúde e a população, mas ao viver a realidade de estar na “ponta” e na gestão, trago que o governo tem entraves para que a totalidade desse conceito não seja concretizado em sua totalidade, e nesse sentido quem acaba sofrendo são os usuários, por não ter um serviço de qualidade e também os profissionais, por não conseguir dar uma assistência completa e de qualidade, não utilizando tecnologia dura e/ou associando com a tecnologia leve.

Assim, como está descrito na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2017, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que são a equidade, tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior, a universalização direito de cidadania de todas as pessoas e dever do Estado, e a integralidade, considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades de saúde (BRASIL, 2020), e assim tentei trabalhar durante os dois anos do programa, seguindo os princípios do SUS.

Então, para trazer um exemplo prático, aprendi na teoria na PNAB (2017) que a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada preferencial do SUS, porém na realidade aprendi também que ter a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada é muito difícil e existem processos que dificultam essa organização, principalmente para os Municípios com baixo investimento na saúde e visões errôneas dos seus gestores.

A ilusão que descrevo é o que aprendi, o teórico, e como deveria ser para que a assistência ao usuário ocorra de forma eficaz e efetiva, entretanto a realidade é dura, diferente das políticas, na realidade o profissional luta, refaz seu fazer e busca pela melhor assistência ao usuário apesar das dificuldades.

E, assim aconteceu, vivenciei a residência flutuando entre a ilusão e a realidade. Perguntando-me hoje se essa experiência foi ruim, eu digo que não em sua totalidade, porque na verdade seria maravilhoso para mim, como profissional e usuária, ter o ideal do SUS, o ideal da teoria, das políticas, portarias e normas técnicas. Mas nem de todo ruim é viver na realidade, é como viver no “País das Maravilhas, de Alice” -risos, sim, sabendo que poderia ser diferente e vivendo percalços da caminhada, lutando para me manter “viva” (atuando e assistindo com qualidade) e ao final tudo fica bem. Este final, não é o fim do SUS, é o fim do atendimento, da consulta, da visita domiciliar, do cadastramento, do registro nas fichas do e-SUS, do registro do prontuário, na digitação das fichas, da reunião de equipe, enfim, o fim é final do expediente que eu fiz o meu melhor para assistir o usuário de forma equânime, universal e integral.

Espero que você, leitor, tenha entendido, se não entendeu vamos prosseguir com a leitura, e será mais fácil entender minha caminhada e o que eu vivenciei.

***“[...] Se você não aceita o conselho, te respeito
Resolveu seguir, ir atrás, cara e coragem
Só que você sai em desvantagem se você não tem fé
Se você não tem fé
Te mostro um trecho, uma passagem de um livro antigo
Pra te provar e mostrar que a vida é linda
Dura, sofrida, carente em qualquer continente
Mas boa de se viver em qualquer lugar, é [...]” (O Rappa, 2013).***



4. Férias

Solicitei meus primeiros dias de férias para uma data específica porque iria comemorar e queria ter tempo para aproveitar, descansar e me divertir. Porém, como eu acredito no destino e energia, tudo aconteceu dessa forma para me beneficiar, porque ao finalizar o período das férias, não comemorei e nem viajei, mas minhas férias acabaram com uma sensação de liberdade e conhecimento do meu “eu”.

O motivo de escrever sobre o meu período de férias significou pra mim porque foi uma pausa no que eu estava vivendo, uma oportunidade de reflexão sobre como eu estava sendo e o que eu queria ser.

Hoje eu digo que as férias foram dias de mudança, pois cheguei nesse momento com muitas sensações, sentimentos e pensamentos confusos sobre mim, minha personalidade e sobre minha atuação no serviço como Enfermeira.

Tinha passado alguns meses desde o começo da residência e eu estava aflita e em conflito com meus sentimentos, pois minhas novas relações tinham uma maturidade e personalidade diferente das pessoas que já tinha vivenciado até entrar na residência. Me “aturavam”, mas não gosto de ser aturada, eu gosto de ser bem-quista e estar com pessoas que querem ter minha amizade. Fiquei muito incomodada com isso e reflexiva sobre meu jeito de ser e de me relacionar com as outras pessoas.

Quanto ao meu trabalho eu nunca havia tido uma responsabilidade tão grande assim para assumir enquanto profissional, e senti o peso ao chegar à residência e assumir uma equipe de saúde. Percebi que não podia seguir carregando um peso tão grande, mas esse peso não era um fardo insuportável, era um peso que nunca tinha carregado e que eu estava gostando muito e aproveitando cada detalhe.

Procurei nas bases de dados de artigos, falando sobre as férias associado com o que eu estava passando no momento, entretanto encontrei apenas artigos que associam as férias com adoecimento do profissional, seja em qualquer local de trabalho. E, isso é algo para pensar muito sobre o quanto eu quero para minha vida profissional, enquanto enfermeira, minha profissão é vivenciada historicamente por ser empregada em 2 ou 3 vínculos empregatícios, e eu me pergunto o quanto da vida e saúde estamos perdendo em viver para trabalhar, e por isso decidi ter qualidade de vida e viver a vida.

***“[...] Volte a brilhar, volte a brilhar
Um vinho, um pão e uma reza
Uma lua e um sol, sua vida, portas abertas
Em algum lugar, pra relaxar
Eu vou pedir pros anjos cantarem por mim
Pra quem tem fé
A vida nunca tem fim
Não tem fim
[...]
Podem até gritar, gritar
Podem até barulho então fazer
Ninguém vai te escutar se não tem fé
Ninguém mais vai te ver [...]” (O Rappa, 2013).***

Foi então neste curto prazo das férias, que considero como dias de pausa, reflexão e mudanças que eu reconheci que deveria mudar meu modo de me relacionar com as pessoas e agradecer pelo meu trabalho e pelo que estava fazendo como profissional de saúde. Pois era ali que queria estar e estava realizada. E então voltei, 15 dias depois, feliz, reflexiva e renovada.



5. O conhecido e o desconhecido, R1

As teorias de enfermagem permitem ao enfermeiro organizar a prática de enfermagem e compreender o resultado obtido, pois possibilitam analisar, de maneira crítica, as situações dos pacientes, tomar decisões clínicas, planejar os cuidados, propor adequadas intervenções de enfermagem, definir os resultados esperados e avaliar a sua eficácia junto aos clientes (TOMEY; ALIGOOD, 2007).

E ali estava eu, enfermeira de um programa de residência sem saber exatamente qual era meu papel, a não ser o papel de ser enfermeira.

Foi então que fui buscar entender o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, que tem como objetivo geral propiciar uma formação crítico-reflexiva de profissionais da área da saúde do ponto de vista ético, político e técnico-científico para atuarem no campo da atenção primária à saúde e Redes de Atenção à saúde, com foco nos indivíduos, famílias e comunidades, assegurando os princípios do SUS e das políticas nacional e estadual da atenção básica, a partir das demandas locais e loco regionais (FESF, p.8, 2018).

A partir de manuais e documentos formativos do programa de residência que passei a entender melhor as políticas e regras de que deveriam ser exercidas por mim, enquanto residente e também profissional de saúde. O Projeto Político Pedagógico diz o que eu já sabia que iria vivenciar como modalidade do curso, a dedicação exclusiva e tempo integral, com 60 horas semanais, e totalizando uma carga horária de 5760 horas, durante os dois anos. E sobre como iríamos nos direcionar no serviço tem o Manual de Serviço da FESF que tem como parâmetros agendas para os residentes da equipe de saúde da família, que para garantir a oferta de todas as atividades previstas na PNAB, as equipes de saúde da família se organizam a partir de atividades semanais que contemplam desde atuações individuais e coletivas, na unidade de saúde, domicílio e território.

Chamamos esses parâmetros de agenda padrão semanal, e nessa agenda continha um turno para a reunião de equipe. Logo, eu pensei que o processo de trabalho seria fácil de concretizar e alinhar, ter um turno na agenda para participar da reunião de equipe é compreensível e coerente para se fazer, mas muitos entraves eu vivi dentro da equipe, pois ter um turno protegido na agenda é uma coisa, mas estar nesse local para realizar/participar da reunião é outra, e totalmente diferente.

Quando cheguei, a reunião de equipe era algo novo, um ambiente não explorado por mim, e ali estava eu, com o papel que acabará de receber que era de assumir uma equipe de saúde da família, e o que eu ia fazer a partir daquele momento eu não sabia. Foi então

que ao vivenciar tive a oportunidade de entender o que eu poderia fazer e não fazer, como eu poderia me posicionar e quais eram os elementos que formavam aquele espaço, e então aprendi que uma reunião de equipe é um espaço coletivo e sigiloso para discutir informações, processo de trabalho, casos clínicos, meses temáticos, dentre outros.

Aprendi ainda que a reunião é um espaço potente para equipe e pesado para a enfermagem, pois as funções de gerenciamento e assistenciais inerentes à competência do enfermeiro tanto no atendimento direto aos usuários, como na coordenação das atividades executadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e pelos técnicos de Enfermagem.

Coutinho (2019) corrobora referindo que a enfermagem realiza gestão no planejamento, supervisão, educação permanente, coordenação, trabalho em equipe, delegação de atividades e reunião de equipe. Onde, mesmo a enfermagem tendo em sua formação a assistência e a gestão, não quer dizer que uma ótima enfermeira assistencial é também uma ótima enfermeira gestora, e vice-versa, logo para se entender melhor os espaços de gestão (planejamento, monitoramento e avaliação) é importante conhecer, estudar e vivenciar para então pôr em prática tudo que aprendeu.

Outro turno estabelecido pela agenda padrão foi o de visita domiciliar, a rotina do município era disponibilizar o carro para visita com o médico uma vez por mês, ou seja, nos outros turnos eu não tinha a presença dele e não tinha tanta experiência sobre qual meu papel naquele espaço, porém tive a consciência que não poderia ir às casas dos usuários e não fazer tudo que estava ao meu alcance, foi então que estudei o Caderno de Atenção Domiciliar (2012) e junto com as discussões dos casos clínicos com a equipe e as agentes comunitárias de saúde, soube o que deveria fazer e quem iria visitar a partir de cada caso.

Além da clínica de enfermagem que eu tinha que exercer, pois era minha área de exercício, eu tinha que ter uma visão multiprofissional, para além da enfermagem, e foi assim que aprendi a estar em uma equipe multiprofissional e agir como uma profissional “multi”. E, foi assim que conseguir enxergar os usuários além da patologia que indica sinais e sintomas, consegui visualizar e atender quando possíveis queixas que não cabiam a mim, como enfermeira, mas cabia a mim, como multiprofissional, e digo isso porque em todas as visitas domiciliares eu tinha a presença da dentista que compartilhava a equipe de saúde comigo, e com ela aprendi a ouvir o usuário de outra forma e de forma integral, visualizando o real papel da visita domiciliar, que é conhecer o domicílio e vê as condições de saúde/doença e as sóciodemográficas dos usuários.

Dentro da agenda padrão tinha também um turno pedagógico para ser contemplado. Vivenciar esses turnos foram maravilhosos para mim, pois pude compartilhar e trocar conhecimentos com as outras enfermeiras residentes. O turno pedagógico me fez entender que seria necessário para alinharmos nossas questões quanto à assistência, além de ser um

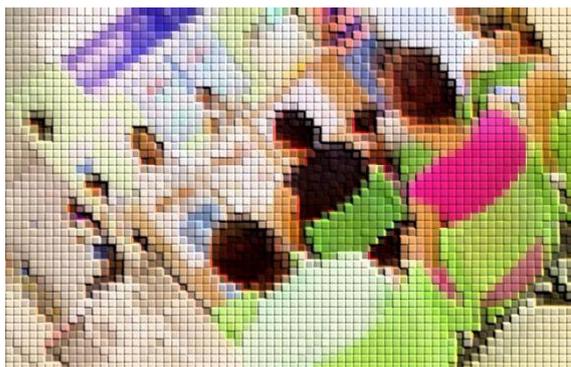
momento nosso para conversar sobre as facilidades e fragilidades do processo de trabalho. Ter um espaço protegido na agenda para estudar e aprimorar sua capacidade profissional é de suma importância, para assim ter uma melhor capacidade para assistir os usuários de forma qualificada.

A atividade coletiva é também um turno pertencente à agenda padrão, e este turno não necessariamente tem que estar fazendo alguma atividade coletiva, pode estar planejando ou confeccionando materiais para utilizar. O turno de atividade coletiva foi pensado e preconizado para que os profissionais tivessem a oportunidade de realizar mais atividades, sejam elas sala de espera, grupos, programa de saúde nas escolas (PSE), temáticas emergentes do território e/ou coletivas.

Durante o primeiro ano da residência, utilizei muito desses turnos para ter reuniões de planejamento para PSE junto com o NASF e as dentistas, e entendia que planejar e realizar os grupos era algo que iria acrescentar no processo de saúde/doença dos usuários. E, o tema do PSE que maior fez mudança e me fez sair da zona de conforto, foi o que abordava a escovação, porque eu tinha aprendido a escovação correta e utilização de outros materiais para limpeza bucal, isso tudo por causa do matriciamento das dentistas com os outros profissionais de saúde e nesse dia me sentir uma real profissional multiprofissional, além de pensar e realizar sala de espera sobre temas diversos. Na unidade também teve diversos grupos, e eu conseguia e queria participar de todos, seja de gestante, hiperdia, práticas corporais, e até aquele que tinha menos afinidade, que foi sobre saúde mental dos usuários, apesar de não ser tão próxima da temática, não me exime como profissional a participar e viver.

Assim como Silva e colaboradores (2003), traz que as atividades coletivas são importantes instrumentos utilizados pelos profissionais para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, pois oferecem a possibilidade de um compartilhamento por uma equipe multidisciplinar que oferece melhores condições para que o próprio usuário aprenda a cuidar de sua saúde, realizando assim o autocuidado, e isso representa a corresponsabilização do cuidado, do usuário e do profissional.

Fotografia 3 – Sala de espera na USF.



Fonte: Maristela Farias Silva, 2018.

Fotografia 4 – PSE sobre saúde bucal.



Fonte: Maristela Farias Silva, 2018.

E então, na agenda padrão também tinha o turno de acolhimento como uma das atividades para realizar. Na atenção primária à saúde existe o acolhimento à demanda espontânea que é definido pelo Caderno de Atenção Básica nº28:

Poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado (BRASIL, 2013).

Logo, no início da residência, como uma recém-formada, vivenciei a rotina da unidade como foi apresentada e não entendia muito bem o que era acolhimento e como deveria fazer, só sei que deveria atender o usuário que não estava marcado para consulta, ouvir sua queixa e tentar resolver na mesma hora. E, resolver era prescrever medicamentos, solicitar exames, orientar e/ou encaminhar para médica ou serviço de pronto atendimento.

Porém, com o passar do tempo e utilizando minha habilidade de aprender, estudei sobre o assunto e discutindo com a equipe o que seria aquele espaço, como funcionava, para que servia e como fazer o acolhimento. Entendendo que o acolhimento não se resumia a ter um espaço físico destinado para isso, nem que eu só possa ouvir o usuário naquele momento específico e nem ter a obrigação de resolver a queixa naquele momento com prescrição ou solicitação.

O acolhimento à demanda espontânea da atenção primária está voltado a atender ao usuário de forma universal, seja para marcação de consulta e desfazendo as barreiras de acesso, como dia e horário de marcação, seja com agendamento de consultas especializadas, a exemplo de perda de requisição do usuário e só dar outra em consulta, assim como nos outros serviços oferecidos pela unidade de saúde e criar fluxos que impeçam que os usuários utilizem estes serviços.

Hoje tenho noção que o acolhimento é atender, como o nome já diz, à demanda espontânea da unidade de saúde da família, é acolher e direcionar o usuário de acordo com sua queixa ou desejo naquele momento, a exemplo de que o usuário chegou à unidade para se vacinar, e realizar acolhimento é direcionar e orientar o usuário com o pedido da caderneta de vacinação, encaminhar para sala de vacinação e questionar sobre a saúde, última consulta, cartão da família e outros assuntos.

Por último e não menos importante, até porque é a maior parte da nossa carga horária no serviço, são as consultas de enfermagem, que também estão na agenda padrão do Programa de Residência. As consultas faziam parte de quatro turnos da minha agenda semanal, eu atendia por programas do Ministério da Saúde, e tinha o pré-natal, saúde do adulto, saúde da criança até 12 anos e preventivo.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se configura como uma renovação no modelo de atenção à saúde, é ela quem impulsiona a mudança neste cenário para que o usuário seja visto não como um ser integral, que vivencia o processo de prevenção e promoção da saúde, tratamento, recuperação e reabilitação, deixando de lado sua visualização apenas na ausência de saúde (PNAB, 2017; CAMPAGNOLI, 2019).

Sobre a consulta de Enfermagem e como se constitui o processo, a Resolução COFEN nº 358/09, diz:

Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

Art. 2º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009).

E de acordo com Portaria GM/MS nº 1.625, às atribuições específicas do enfermeiro das Equipes de Saúde da Família são:

I - realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.

II - realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal (BRASIL, 2007).

Tais protocolos ou outras normativas técnicas são de responsabilidade do gestor de cada esfera governamental, para assim subsidiar o fazer do profissional de enfermagem que não têm descrito em seu Código de Ética, na Lei do Exercício Profissional, especificamente o

que deve fazer e/ou prescrever/solicitar. E, por conseguinte segue documentos ministeriais (programas como pré-natal, tuberculose, puericultura, etc), estaduais e municipais para embasar sua assistência na atenção primária à saúde. Assim como, eu vivenciei a implantação de um protocolo de enfermagem municipal para atenção primária à saúde, para nortear e embasar o profissional de enfermagem nas suas condutas.

Dentre essas consultas, tinha a temática do planejamento reprodutivo, onde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) preconiza na assistência a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, e no pré-natal existe a preconização ministerial da Estratégia Rede Cegonha, que tem o objetivo de assegurar os direitos de planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério da mulher, assim como o direito às crianças ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

Viver a assistência do planejamento reprodutivo, hoje planejamento familiar, foi algo bom, pois tive a oportunidade de reconhecer e colocar em prática o que sei dessa temática e do público, em específico mulheres, mas não só as mulheres, eu como enfermeira tinha que atingir todo o território para falar de sexualidade e reprodução. E é então no Pré-Natal, que você visualiza a continuidade da assistência e o processo natural e biológico da reprodução, foi quando eu vivenciei isso no meu processo, uma mulher que assistia no planejamento reprodutivo engravidou devido ao uso inadequado do método, e acompanhei ela e seu companheiro no pré-natal, de forma leve, compartilhada e rica para nós.

O acompanhamento no pré-natal deve ser de qualidade, e isso engloba a eficácia e eficiência e conhecimento técnico-científico dos profissionais que assistem a este binômio, pois o pré-natal qualificado influencia diretamente no parto e nascimento e nas taxas de morbimortalidade da mãe e criança (CAMPAGNOLI et. al., 2019).

O acompanhamento dessa família foi uma das realizações para mim quanto profissional, pois tive uma noção e vivenciei o ciclo gravídico puerperal completo, além de dar assistência ao recém-nascido, na primeira semana de vida, pois é a preconização do Ministério da Saúde, por meio de linhas de cuidado, sendo uma delas a Primeira Semana Saúde Integral (PSSI) e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno (BRASIL, 2004; BRASIL, 2015).

Para o atendimento ao recém-nascido e criança na puericultura existem estratégias como o Programa de Acompanhamento do Desenvolvimento e Crescimento Infantil (PADCI), que visa diminuir a ocorrência de mortes evitáveis em menores de 02 anos (TAVARES et. al., 2019).

O entrave que encontrei para dar continuidade ao processo do cuidado às crianças na puericultura foi que conseguia acompanhar até os dois meses de idade, mas a partir dessa idade eu perdia o acompanhamento dessas crianças, sendo que algumas eu só via quando estava doente ou quando encontrava com os responsáveis e agendava a consulta. E, o motivo é que não conseguia acompanhar a quantidade de crianças do meu território, por não ter tanta experiência em como fazer, mas hoje vejo que ter planilhas ou anotar em um caderno é um meio de direcionar o cuidado adequado, pois são medidas de monitoramento do paciente para direcionar meu cuidado e garantir um acompanhamento longitudinal.

Assim como a PNAISM garante os direitos sexuais e reprodutivos, principalmente nas consultas de planejamento reprodutivo, essa mesma política baseia-se para realização do exame citopatológico, o preventivo ou Papanicolau, onde refere que a prevenção, diagnóstico precoce e o tratamento requer uma articulação importante das redes de atenção para acompanhamento dessas mulheres.

Um fato que ocorreu comigo e me marcou bastante, foi um atendimento na consulta de preventivo com uma mulher lésbica, eu nunca tinha atendido e nem sabia o que deveria fazer ou como agir, mas segui meu instinto profissional e pessoal, e atendi da melhor forma possível, juntei tudo que sabia sobre o grupo LGBTQ+, foquei no que sabia sobre as lésbicas e realizei um atendimento qualificado, não digo que foi maravilhoso, mas que foi adequado e respeitoso para a usuária.

Por isso, os profissionais devem se atualizar com as temáticas pertinentes a saúde e não influenciar seu atendimento com aquilo que acredita. O profissional deve ser imparcial e tomar as condutas adequadas para cada indivíduo. Assim como a qualificação de um atendimento ocorre com o acolhimento, preparo profissional e sem preconceitos, para que esse público não se afaste do serviço de saúde (CABRAL et. al., 2019).

E o último, e não menos importante dos meus atendimentos, aliás, foi o que eu mais aprendi a me comunicar de forma fácil e entendível com os usuários. As consultas com os hipertensos e diabéticos eram ricas e difíceis, pois tinham informações escondidas, que eu tinha que descobrir nas entrelinhas da conversa durante o atendimento, tinham pacientes que só necessitavam de conversar sobre a vida e isso explicava os picos hipertensivos.

As consultas de enfermagem junto com a da medicina são imprescindíveis para o diagnóstico e tratamento corretos para estes usuários, pois seus hábitos de vida junto com a medicação são atos que melhora a condição de saúde, e são nessas consultas que a educação em saúde é um mecanismo importante para qualificar a assistência ao indivíduo e sua família (NASCIMENTO et. al., 2017). Assim como eu vivenciei quando a usuária não entendia como administrar os medicamentos para pressão alta e diabetes, e assim eu a orientei e sua família também com desenhos de períodos do dia (manhã, tarde e noite) e

separei por caixa, que estava sobrando na farmácia da unidade, e depois disso ela conseguiu usar corretamente.

Então, eu analisei e percebi, junto a meu grupo de enfermagem que nossas agendas eram engessadas e deixava o fluxo na unidade bagunçado, além de todos os usuários a serem atendidos no mesmo horário, pois era por ordem de chegada.

Mas logo decidimos mudar essa realidade, pensamento inicialmente que não queríamos uma unidade lotada no mesmo horário porque atrapalha todos os outros profissionais e definimos que o atendimento seria por hora marcada, assim o usuário não ficaria preso todo um turno esperando, caso ele fosse o último a chegar.

E, também pensamos que seria ruim ter os programas em apenas um turno por semana, ou seja, o adulto só podia ser atendido uma terça pela tarde porque só tinha aquela agenda para ele. Nisso, criamos o turno saúde da família, que íamos atender qualquer idade, pois os materiais utilizados eram individualizados e/ou tinha mais de um item na USF e assim poderíamos conhecer a família toda e gerenciar o cuidado. Porém, por materiais específicos e unitários na USF, alguns turnos não tinham essa liberdade de ser ofertado em outros dias, mas quando precisava eu dava um “jeitinho”, para não deixar de assistir o usuário.

Eu não achei referência para ter turno inespecífico para atendimento, ou seja, ter um atendimento geral para a criança, adolescente, adulto, diabético, hipertenso e outros, e fico me perguntando o quanto de benefício existe nessa mudança para que seja publicado e divulgado para os outros profissionais.

“Na aplicação do processo de enfermagem o enfermeiro deverá possuir um corpo de conhecimentos específicos para a adequada tomada de decisão, o que requer uma boa formação profissional” (CHAVES, 2013).

Ao longo do R1 vivenciei, experimentei e decidir praticar as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Um mundo que desconhecia, mas que já tinha ouvido falar, e conheci através da auriculoterapia. Prática que me interessou muito e me fez estudar e me aprofundar tanto no assunto que fui atrás do conhecimento das outras que já tinha ouvido falar, mas não sabia nada sobre.

As PICS são preconizadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), de 2006, que tem como objetivos:

1. Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde;

2. Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;
3. Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades e;
4. Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (BRASIL, 2006).

Minha primeira experiência com a auriculoterapia foi receber essa prática e vê como deu certo, como houve melhora das minhas enxaquecas, e a partir desse momento sabia que deveria fazer o curso para conhecer melhor a técnica e a teoria que a envolvia.

E, foi a partir deste primeiro contato que conheci o mundo da Medicina Tradicional Chinesa e não parei mais. Fiz o curso de auriculoterapia, PICS no cuidado à mulher gestante, ventosaterapia e aromaterapia.

Porém, quanto aos cursos não fiquei presa apenas aos que são ligados as PICS, realizei também muitos outros, online e presencial, pensando na minha assistência na USF, dentre eles são o de consultoria em aleitamento materno, cuidado ao pré-natal e Redes de Atenção, geral e específicas.

Voltando ao Projeto Político Pedagógico, onde o Programa da Residência adota como princípio a Pedagogia Problematicadora, “que tem como base o reconhecimento de que a educação ocorre numa dada realidade, sendo esta o processo de transformação do sujeito enquanto ele atua sobre a realidade”, ou seja, eu aprendi com esta metodologia do programa que tinha que buscar pelo meu conhecimento e transformação durante o processo que vivenciava, e essa é uma das metodologias ativas que experimentei muito durante minha formação acadêmica e que tenho muito apreço, pois acredito que quando a pessoa busca seu conhecimento e perpassa ela aprende mais (FESF, p.10, 2018).

Assim como aprendi a exercer e avaliar minhas competências e habilidades durante esse processo, e no programa existem as competências gerais, que são avaliadas no campo de prática, e as competências por núcleo, onde são avaliadas suas atividades pela profissão que exerce. Dentre essas competências o residente é avaliado trimestralmente de acordo com sua possível aprendizagem (FESF, p.19, 2018).

Na residência teve muitos espaços que me fizeram aprender mais, pensar, compartilhar e revelar mais sobre mim. Os espaços do programa são divididos em espaços educacionais e avaliação formativa e somativa, e dentre eles tem o portfólio, que por já por fazer a cada semestre de minha graduação já estava cansada e sem ânimo para continuar a fazer no mínimo 1 vez por mês; quanto ao Grupo Diversidade foi um dos espaços mais completos e de compartilhamento que vivenciei, troquei experiências com os colegas de

outros Municípios e discutir os processos que ocorriam no nosso cotidiano; houve também os seminários, que foram ricos nas informações e de muito valor para o processo, principalmente com os convidados; e teve as rodas de campo e núcleo que foram ímpares no meu aprendizado e diálogo com meus colegas, além de enriquecer nosso processo de trabalho na atenção básica (FESF, p.32, 2018).



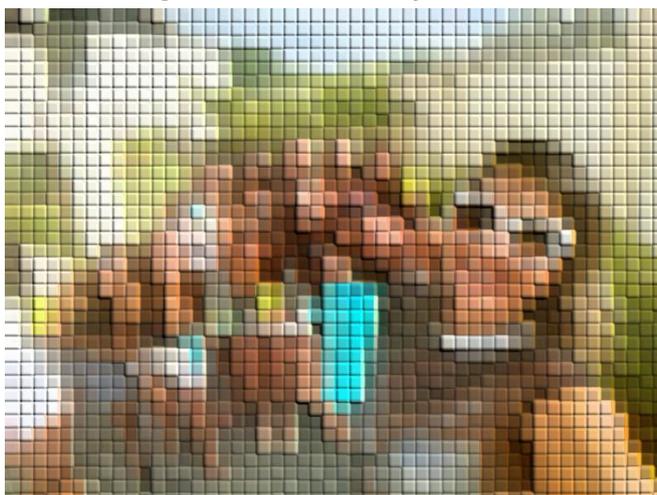
6. Pensando e começando o R2

Antes mesmo de acabar o R1 eu já aguardava ansiosamente o R2, pensando como seria, se eu me adaptaria e se iria gostar, pois nunca tinha vivenciado esses espaços e o processo que perpassa o R2.

Ao longo do R1 identifiquei que a turma anterior tinha sido dividida entre os espaços das redes/linhas de cuidado, gestão e eletivo/férias, e a divisão tinha sido feita em consenso entre eles na época, apesar de não ter vivenciado. Mas presenciei os produtos e as ações que eles faziam ao longo do tempo que conheciam e viviam seu espaço no R2.

Antes de acabar o R1 teve até festa para comemorar nossa metade percorrida com esforço, compreensões, maturidade, trabalho e estudo.

Fotografia 5 – Confraternização dos R1, 2019.



Fonte: Maristela Farias Silva, 2018.

Minha escolha prioritária no R2 era estar no estágio optativo na Rede Cegonha, para conhecer e entender melhor o processo que acontecia no município e estado que estava alocado, assim como intervir na atuação e dinamismo dos atores que compunham a rede.

E então chegou o dia que me tornei R2, e sentia tensão, “nó na garganta”, vontade em aprender e conhecer mais e muitos outros sentimentos, porque não sabia o que estaria por vir.

Mas, para acalmar aconteceu o introdutório, durante um mês, que me deixou leve sobre os processos e como tudo ia acontecer, quem estaria com a gente a partir daquele momento e como seria construído. Aprendi muito mais sobre apoio institucional e matricial,

diretrizes clínicas, itinerário terapêutico, linhas de cuidado, redes de atenção e muitos assuntos que passaram e ainda estavam no meu caminhar.

“Ufa... ia começar outra fase do jogo, e me questionava se na fase final vou ganhar ou perder para o monstro?”

Fotografia 6 – Introdução dos R1's, 2019.



Fonte: Maristela Farias Silva, 2019.



7. R2 – Estágio Rede Cegonha x Saúde Mental

Então, meu R2 iniciou na minha melhor escolha, aonde eu queria estar e com o assunto que eu queria estudar e aprimorar, que foi a Rede Cegonha. Desejei estar neste estágio como ninguém, porque eu queria vivenciar a rede e ajudar no que podia para melhorar. Foi assim que nas minhas férias decidi ir para o seminário e “lutar” para ficar na Rede Cegonha, que sempre foi a temática da minha escolha para trabalhar desde a graduação.

E, assim começou o estágio, eu e uma colega, pessoa qual não tido contato para trabalhar, pois ela ficava em outra unidade e a encontrava apenas nas rodas de núcleo e assembleias. Enfim, posteriormente e ao longo da descrição eu falo mais sobre ela e a nossa relação nesse R2.

Nós duas, iniciamos o estágio com leituras sobre a temática da rede e pensando no que poderíamos trabalhar. Logo, tivemos alguns entraves, que eram dificultadores no processo de trabalho como o local, computador e espaço para ficarmos e estudar/produzir, e não tivemos, até aí tudo bem, sobrevivemos com meu notebook (se não fosse isso não sei como seria), mas conseguimos “sobreviver” com meu notebook e nossa internet.

Lemos e entendendo um pouco mais sobre a temática, e vendo que a Estratégia Rede Cegonha, de acordo com o Ministério da Saúde (2011):

Tem por objetivos:

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade;

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Além de se dividir em quatro componentes, que são pré-natal-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação, para atender todo território nacional, respeitando os critérios epidemiológicos de cada região.

E, então, penso que é muito complicado pensar no andamento e continuidade do processo de trabalho e estávamos utilizando nossos equipamentos, e estranho seria não

tivéssemos como seria para estudar/produzir. Até esse momento conseguimos levar tranquilamente, entendendo o processo da falta de espaço e instrumento.

Logo, começamos a visitar e vivenciar os espaços da rede e entender como ela era vivenciada e como acontecia essa distribuição da pessoa de referência. E, foi então que vimos que o tempo era curto para a pessoa de referência, pois a mesma dividia o tempo da rede em também ser apoiadora de algumas USF do Município, e sabendo que esse duplo papel pode acontecer em cidades menores. No início isso não era complicado e nem empecilho, mas ao longo do estágio essa dupla função dificultou nossa relação (residentes e tutora).

E dificultar a relação não quer dizer que houve brigas, discussão, não, nada disso, quero apenas dizer que houve entraves quanto ao andamento do processo de trabalho, pois a referência tinha outras funções e não tinha dificuldade em sentar com a gente e conversar sobre os processos que permeiam a rede, e nós, perdidas, sem ter noção de como “caminhar” naquele espaço que era desconhecido.

Mas, o que nos deu direção foi nossa formação como enfermeira, e isso ajudou muito, pois sabíamos o que era a rede e como deveria funcionar, e além de tudo tinha nossa Apoiadora Matricial (APM) Dhara, que sem ela eu digo que não conseguiria chegar até o fim, nossa como ela fez diferença na minha vida.

Mas então, o que aconteceu para eu ficar desse jeito, é que não estava bem, já não estava estabilizada emocional e fisicamente, e logo diminuir minhas forças para me manter ainda na luta para dar continuidade no processo que estava vivenciando. De acordo com a PEDMED (2018), a jornada excessiva de trabalho e/ou outras demandas que os residentes vivenciam fazem com que se desvinculem de sua vida social e prejudicam suas relações com familiares, amigos e até suas outras atividades, como física (COLUNISTAS PEBMED, 2018).

Sentia-me sem força, estava afastada de amigas, não tinha tempo para viver outras coisas, porque passava a semana fora e quando estava em casa, nos finais de semana, já tinha demandas específicas, e logo não tinha tempo para descansar e fazer outras coisas. E com o passar do tempo me sentia mais triste, sem ânimo e fazendo tudo no automático e por obrigação.

Eu continuei frequentando para não ter falta, mas ia completamente insatisfeita, assim como um estudo traz que o estresse no trabalho pode causar consequências prejudiciais à saúde mental e física (RIBEIRO, 2018). E, era como eu me sentia, prejudicada, mas também nada que eu fizesse ia mudar aquele cenário.

Entretanto, na minha caminhada encontrei Michelle, que posso chamar de companheira de jornada e quem sabe da vida, ela me ajudou muito nesse processo,

dividíamos as funções, trabalhamos juntas, nos tornamos companheiras e com isso ficou mais leve aguentar tudo, e chegar ao fim, e também Tia Dhara, como ficou sendo chamada por nós, com muito carinho.

Hoje, finalizando, fico me perguntando o motivo de tudo aqui ter acontecido, e entendo que foi algo do meu processo de aprendizado e mudança, na vida individual e profissional, no qual eu sempre falo, não foi algo ruim que vivenciei e sim aprendizado.



8. Help

Finalmente chegou o dia 20 de setembro, parecia o dia da libertação, ou pelo menos me sentia assim, me sentia presa e sufocada, e sabia que me tornar ausente naquele momento seria minha melhor escolha.

Foi então que ao me despedir, na última roda matricial, falei as minhas colegas e apoiadoras que talvez não voltasse para a residência por tudo que tinha vivenciado e que tinha me atingido como uma bala de fuzil, e assim me destruído mentalmente e me esgotado fisicamente.

“Respiração profunda”

Assim iniciei o estágio eletivo, com o pé atrás por achar que iria viver os mesmos sentimentos já vivenciados e por isso fui sem ânimo. Mas como é bom e doce nos enganar com algo, e assim fui feliz nesse novo ambiente, me deu asas e forças para acreditar no que já estava desacreditando.

Conheci pessoas que acreditavam em mim e no meu potencial, e também no meu trabalho e no quanto eu agregava ao serviço. Meu estágio eletivo foi em uma Maternidade Pública de Salvador, atuando na coordenação de enfermagem e ambulatório, juntamente com a diretora e coordenadora do serviço.

Aprendi muito sobre a rotina do serviço, lotação, regulação, escala de profissionais e confecção de protocolos institucionais sobre processos de trabalho. E também compartilhei muito do que tinha vivenciado no ano anterior na atenção primária à saúde assim como o que sabia e tinha vivenciado da rede cegonha.

E nessa tranquilidade acabou o estágio e sair grata pela experiência positiva e ambiente de acolhimento, ressaltando que houve problemas também, não foi um “mar de rosas” –risos, porém consegui enfrentar de forma positiva e com aprendizado.

Logo começou minhas férias e para meu bem decidir me afastar para assim definir o que iria fazer da minha vida até 10 de dezembro, que seria minha data para voltar, e assim me afastei de tudo e todas as pessoas para pensar e me orientar quanto a essa importante decisão.



9. Voltando para residência

Chegou então o dia da minha decisão, se voltaria para residência ou se iria desistir. Pois então, como trago nesta escrita que deixar pela metade não é minha vocação, eu decidir voltar, mas não só por isso, porque já estava me sentindo melhor e fortalecida para frequentar os mesmos ambientes e as mesmas pessoas.

Voltei com a decisão de que teria atitudes e pensamentos diferentes dos que eu vinha vivendo até o momento de sair. Nesse meio tempo de afastamento amadureci e tive reflexões acerca das pessoas e ambientes. Antes de sair eu tinha decidido que não queria ficar em alguns lugares, mas foi nesse meio tempo que meu coração se tranquilizou e que qualquer lugar é fácil para eu me adaptar e fazer o meu trabalho e não ter receio ou medo do que vinha pela frente.

Eu tive muito receio de voltar e vivenciar os mesmos sentimentos, aqueles que me deixará abalada e esgotada, mas então decidir voltar com coração calmo e mente sã, de que tinha que viver tudo com calma e muito aprendizado e compartilhamento.

E então, estava eu na gestão, nos primeiros dias não estávamos divididas em qual setor ficaríamos alocadas, e só depois dos dias de estudo que fomos divididas, e eu fiquei na sala de situação. Eu não sabia o que estava por vim, mas como minha habilidade é aprender, fui estudar mais sobre o assunto para conseguir realizar algo durante o tempo que estaria presente.

Durante a vivência no estágio de gestão fomos atravessadas pelo Programa Previner Brasil, que fala sobre o novo modelo de financiamento do custeio da Atenção Primária, da Portaria 2.979 (2019), que tomou nosso tempo e mudou nossos planos, logo mudamos a estratégia sobre o que iríamos abordar na sala de situação, e entre as atividades definimos que abordar os profissionais para monitorar e avaliar os novos indicadores da Atenção Básica e propor a implantação da Sala de Situação nas Unidades, e começamos pelas unidades com programa de residência do município.

Essa portaria tem me deixado muito apreensiva quanto ao rumo que a saúde está tomando, e como eu enquanto usuária e trabalhadora do SUS vejo o sucateamento, investimentos inadequados, aprovações para privatizar a saúde e trata-la como mercadoria. O quanto eu posso lutar para que tenha visibilidade à inadequação do governo quanto ao Sistema de Saúde, e eu luto realizando a micropolítica com familiares e amigos, conversando sobre o que está acontecendo e como pode ficar se não lutarmos pelo SUS.

E assim, aconteceu a finalização do Programa de Residência, no estágio de Gestão, com muito aprendizado, com “apertos de mente”, com discussões ricas sobre a atenção primária à saúde, com novidades e como podíamos fortalecer o Município para enfrentar o novo financiamento e como cada equipe ia agir e se posicionar frente ao que estava por vim.

**“Te mostro um trecho, uma passagem de um livro antigo
Pra te provar e mostrar que a vida é linda
Dura, sofrida, carente em qualquer continente
Mas boa de se viver em qualquer lugar, é**

**Volte a brilhar, volte a brilhar
Um vinho, um pão e uma reza
Uma lua e um sol, sua vida, portas abertas [...]” (O Rappa, 2013).**

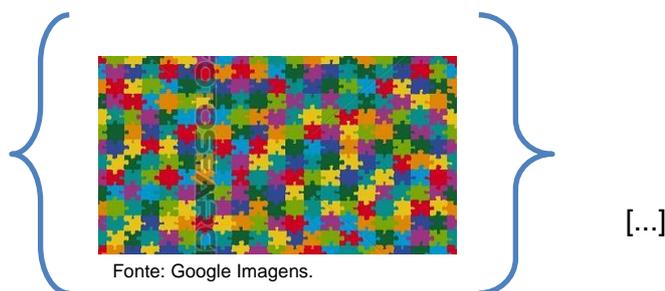
10. Inconclusão

Sigo em constante mudança, hoje ao finalizar a residência visualizo se não seria utopia da minha cabeça pensar ou imaginar que ao iniciar a residência sabia tudo sobre minha profissão e que sairia a mesma pessoa, duvidando até da minha própria capacidade de mudança e melhora.

E o motivo do título deste capítulo ser inconclusão é sua denotação que na vida nada se conclui e sim é passageiro, deixando marcas, aprendizados e amizades. Nesses dois anos fui feliz, triste, pensei em desistir, adoeci mentalmente e voltei revigorada, pois meu objetivo de vida é sempre concluir o que eu começo a deixar pela metade não é meu lema de vida, meu foco é tentar começar, viver, aprender e terminar.

Não gosto de deixar inconclusivo, mas aprendi nesses dois anos que a inconclusão do que vivemos é algo comum, normal e rico.

E durante todo este Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), você passou por peças de um quebra-cabeça e algumas estrofes de uma música, ficou confuso de entender? Calma, vou explicar com calma e um pouco de detalhe.



As peças do quebra-cabeça significam que durante o período da residência todas as coisas vividas eu guardei e fui juntando para monta-lo ao final. E, hoje eu juntei todas as peças, e essas peças na vida real são os momentos que vivi de aprendizado, felicidade, tristeza, novas amizades e realização. Por fim, juntei todas essas peças e montei meu quebra-cabeça dos dois anos da minha vida, por isso as reticências -risos, a vida continua, e eu? Continuo juntando e montando meu quebra-cabeça da vida.

E agora, o motivo do aparecimento de algumas estrofes de uma música, é porque essa música (Anjos “Pra quem tem fé” – O Rappa, 2013), faz parte da minha vida desde a graduação, onde eu me via sem saída para alguns problemas e o que me restava era acreditar na minha fé e no quanto eu lutei para estar naquele local que me encontro. E esse mesmo sentimento persistiu durante a residência, mantive minha fé e foco no meu objetivo, e lembrando sempre do motivo que estava vivendo por dois anos o programa:

**“[...] Em algum lugar, pra relaxar
Eu vou pedir pros anjos cantarem por mim
Pra quem tem fé, fé, fé
A vida nunca tem fim
A fé na vitória tem que ser inabalável [...]” (O Rappa, 2013).**

Só para não deixar de registrar meu amor pela saúde da mulher (obstetrícia), eu finalizo este memorial com uma música (9 meses (Oração do Bebê) – Bárbara Dias, 2015) que descreve a gestação, porém eu trago essa mesma música retratando minha passagem na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF/FIOCRUZ:

Um mês e o tempo voa
Eu já sou
E você nem descobriu

São dois e chega perto
Mas eu ainda sou
Pequeno demais, viu?

Três meses e o
tormento
Esse teu sofrimento
Eu também já posso
sentir
Vê se aquieta o coração
Pra quando eu sair
daqui

Talvez eu dê trabalho
Uma vida de despesas
Mas, por favor, me deixa
ficar

Eu sei que a ansiedade
É quase uma inimiga

Mas eu não quero ser
confusão
Então, por favor
Me deixa na sua vida
Mas vê se aquieta o seu
coração

Se é tempestade, todo
medo
Se for arrependimento
Por favor, tira daí
Você ainda não me tem
inteiro
Nem me conhece direito

Quatro meses
Tempo eu te imploro
paciência
Eu vim do céu por causa
do amor

No quinto faltam quatro

E quando chega o sexto
Todo mundo já vê
Que você não anda
sozinha

Oitavo mês aguenta
Que eu já tô chegando
Só quero um jeito de te
encontrar

No nono vem a pressa
A dor, o choro, a gente
Desculpa você ter que
sangrar

E por mais uns anos
Você vai fazer planos
Pensando se eles
servem pra mim

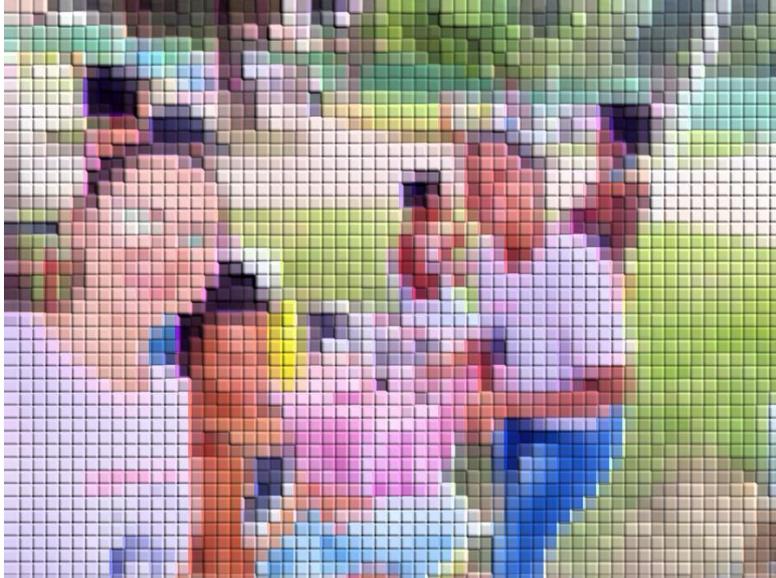
[...].

(Bárbara Dias, 2015)

11. Anexos

Neste último capítulo você vai ver, através de fotografias, os caminhos que percorri e as pessoas que passei.

Fotografia 7 – Feira de Saúde da Mulher, 2018.



Fonte: Maristela Farias Silva, 2018.

Fotografia 8 – Mutirão para cadastramento domiciliar e individual da USF Concórdia, 2020.



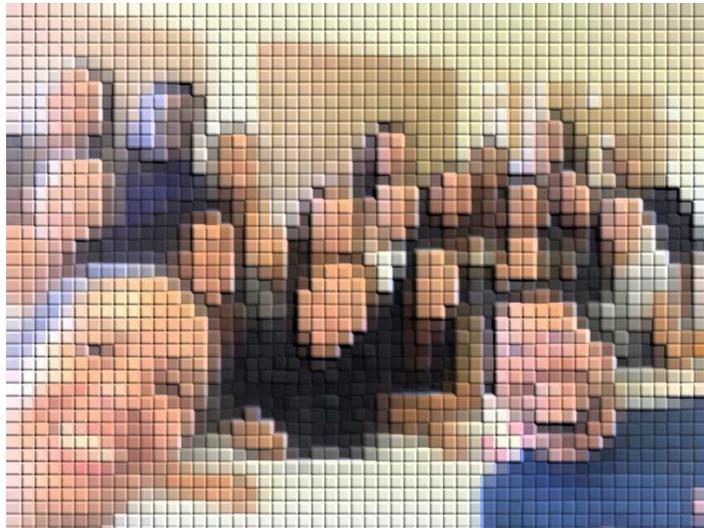
Fonte: Maristela Farias Silva, 2020.

Fotografia 9 – Educação Permanente para os profissionais da Atenção Básica, 2018.



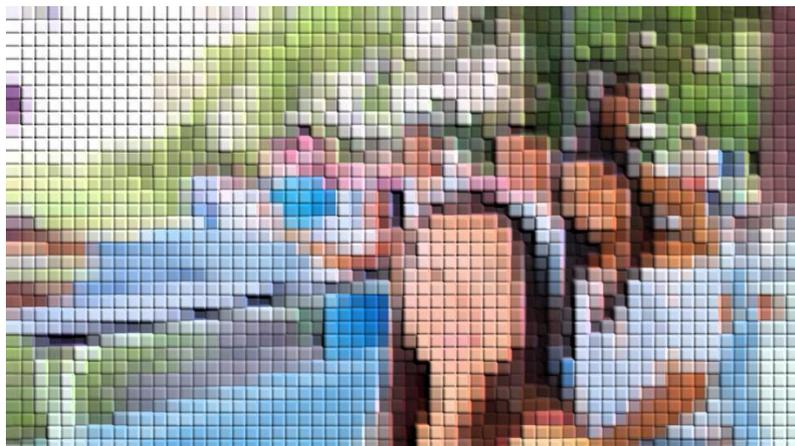
Fonte: Maristela Farias Silva, 2018.

Fotografia 10 – Reunião com o Corpo Pedagógico sobre o Projeto de Intervenção, 2019.



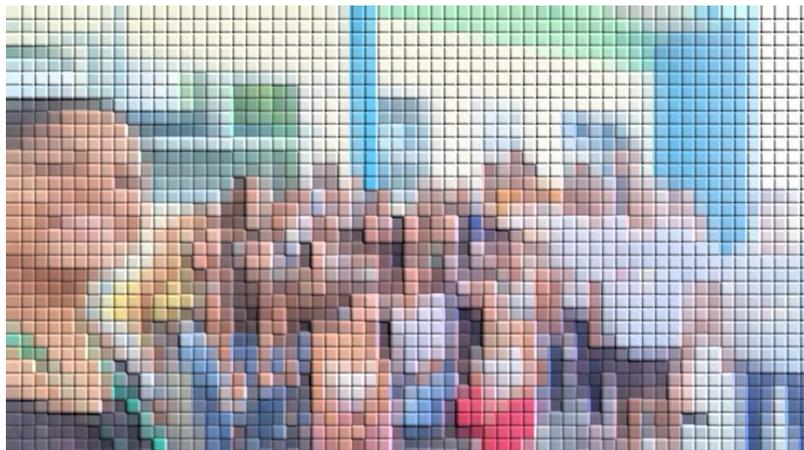
Fonte: Maristela Farias Silva, 2019.

Fotografia 11 – Festa de Comemoração ao Dia da Enfermagem, 2018.



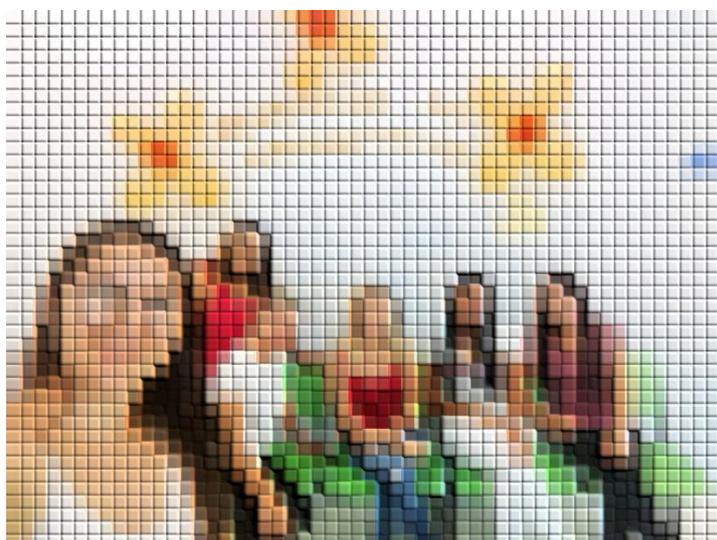
Fonte: Maristela Farias Silva, 2018.

Fotografia 12 – Apresentação dos R1's ao Grupo Vida Ativa, 2019.



Fonte: Maristela Farias Silva, 2019.

Fotografia 13 – Comemoração ao Agosto Dourado, 2018.



Fonte: Maristela Farias Silva, 2018.

Fotografia 14 – Finalização das Rodas Matriciais, 2019.



Fonte: Maristela Farias Silva, 2019.

Fotografia 15 – Comemoração de aniversários surpresas, 2020.



Fonte: Maristela Farias Silva, 2020.

Fotografia 16 – Finalização da Conferência Municipal de Saúde, 2019.



Fonte: Maristela Farias Silva, 2019.

12. Referências

BORGES, I. A.L. **Consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros na atenção básica à saúde**. Rev. Enfermagem em Foco 2010; 1(1): 05-08.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em 19 de fevereiro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.625 de 10 de julho de 2007, atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família - ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1625_10_07_2007.html. Acesso em 18 de fevereiro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011, que institui a Rede Cegonha.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html. Acesso em: 19 de fevereiro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 06 de fevereiro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil.** Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em 20 de fevereiro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS (Disponível no site, em 2020).** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em 11 de fevereiro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução COFEN-358/2009, dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em 18 de fevereiro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CABRAL, K. T. F. et. al. **Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais**. Rev. Enferm., UFPE, online., Recife, 13(1):79-85, jan., 2019.

CAMPAGNOLI, M. et. al. **Atendimento de pré-natal na estratégia saúde da família: a singularidade da assistência de enfermagem**. Revista Nursing, 2019; 22 (251): 2915-2920.

CHAVES, Lucimara Duarte. **Sistematização da assistência de enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari; 2013.

COLUNISTAS. **A saúde mental dos médicos residentes e suas consequências no dia a dia**. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/a-saude-mental-dos-medicos-residentes-e-suas-consequencias-no-dia-a-dia/>>. Acesso em 25 de fevereiro de 2020.

COSTA, A. J. J. et. al. Fundação Estatal Saúde da Família. **Projeto político pedagógico**. 2018.

COUTINHO, A. F.; MEDEIROS, H.A.; ANDRADE, L.D.F. et. al. **Gestão em enfermagem de pessoal na estratégia saúde da família**. Rev. Enferm., UFPE, online., Recife, 13(1):137-47, jan., 2019.

DIAS, BÁRBARA. **9 meses (Oração do Bebê)**. 2015. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=xezdXa5okuU>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2020.

FALCÃO, Marcelo; SABOIA, Tom. **Anjos “Pra quem tem fé”**. 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=BPbCLtBI_g4>. Acesso em 10 de fevereiro de 2020.

GUERREIRO, E.M. et. al. **Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas**. Rev. Bras. Enferm. 2014 jan-fev; 67(1): 13-21. Disponível em:<<https://www.redalyc.org/pdf/2670/267030130002.pdf>>. Acesso em 15 de dezembro de 2019.

HOLANDA, Cristyanne Samara Miranda de. **Ciclo gravídico puerperal: avaliação da assistência no serviço público de saúde**. 2015. 91f. Tese (Doutorado em Ciências da

Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

NASICMENTO, M. A. et. al. **Assistência de enfermagem no programa hiperdia: relato de experiência em estágio supervisionado**. Rev. Cuidarte Enfermagem, 2017, jul-dez.; 11(1): 231-238.

REIS, A. M.; BLAUTH, A. M.; SOUZA, R. A. Fundação Estatal Saúde da Família. **Manual para organização do serviço**. 1ª versão. 2017.

RIBEIRO, R. P.; MARZIALE, M. H. P.; MARTINS, J. T.; GALDINO, M. J. Q.; RIBEIRO, P. H. V. **Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário**. Rev. Gaúcha Enferm. 2018; 39: e65127.

SILVA, A. L. A. C. et. al. **Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites**. R. Enferm., UERJ, 2003; 11:18-24.

TAVARES, M. N. M. et. al. **Consulta de enfermagem em puericultura na estratégia saúde da família: revisão integrativa**. Revista Nursing, 2019; 22 (256): 3144-3149.

TOMEY, A. M.; ALIGOOD, M. R. **Modelos y teorías em enfermeria**. 6. ed. España: Elsevier, 2007.