



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS



QUEZIA NUNES FROIS DOS SANTOS

**MEMORIAL DESCRITIVO: OS DESAFIOS DO TRABALHO EM EQUIPE E A SATISFAÇÃO
DE SER MULTIPROFISSIONAL.**

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.

Orientador: Luísa Vale de Carvalho

CAMAÇARI - BA

2020

QUEZIA NUNES FROIS DOS SANTOS

**MEMORIAL DESCRITIVO: ENFRENTANDO OS DESAFIOS DO TRABALHO EM EQUIPE E A
SATISFAÇÃO DE SER MULTIPROFISSIONAL.**

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

Orientador: Luísa Vale de Carvalho

CAMAÇARI - BA

2020

Resumo

O trabalho a seguir trata-se de um memorial descritivo, no qual retomo as vivências significativas que marcaram o meu processo de formação enquanto enfermeira, durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da fundação estadual de saúde da família (FESF-SUS), no período de 2018 a 2020 em um município da região metropolitana de Salvador. O programa de Residência funciona através da inserção dos profissionais nos serviços, possibilitando o conhecimento e a vivência de práticas cotidianas e tem como objetivo proporcionar uma formação crítico/reflexiva de profissionais de várias áreas da saúde para atuação tanto na atenção primária quanto nas redes de atenção à saúde e gestão. Para isso, contamos com um corpo pedagógico que nos oferece suporte diariamente e o uso de metodologias ativas ao longo do processo de formação. No decorrer do texto exponho as atividades realizadas, e realizo uma descrição reflexiva sobre os desafios encontrados e as estratégias desenvolvidas para enfrenta-los, descrevendo também o meu deslocamento e processo de amadurecimento pessoal e profissional.

SUMÁRIO

1.TRAJETÓRIA.....	5
2. A REALIDADE.....	6
3. OS DESAFIOS.....	7
4. SER MULTI.....	10
5. GRUPO DE PRÁTICAS.....	11
6. A EXPECTATIVA DA CHEGADA DOS R1 E A TRANSFORMAÇÃO EM R2.....	12
7. ESTÁGIO DE GESTÃO.....	14
8. ESTÁGIO ELETIVO.....	15
9. ESTÁGIO DE REDES.....	17
10. CONCLUSÃO.....	20
11.REFERÊNCIAS.....	21

1. TRAJETÓRIA

O momento da escolha da profissão é algo muito importante em nossas vidas, entretanto acredito que aos 16 e 17 anos a gente ainda está muito imaturo para tomar decisões que interferem tanto no nosso futuro. Então... minha mãe é técnica de enfermagem, acabei sendo influenciada, embora ela não quisesse que eu fosse enfermeira, por conta da sobrecarga de trabalho e pela desvalorização da mão de obra, e do profissional, mesmo assim, resolvi fazer o vestibular para enfermagem ainda no terceiro ano do ensino médio e passei, optei pelo segundo semestre e em agosto de 2012 iniciei minha vida acadêmica na UNEB.

No início tudo melhor, eram turnos extremamente cansativos, mas valia apenas, afinal eu tinha conseguido ser aprovada em uma universidade pública, com o tempo só pioravam as coisas, as disciplinas ficavam cada vez mais difíceis, começamos a ir para os campos de práticas e quando cheguei ao quarto semestre fiquei muito indecisa se continuava em enfermagem ou mudava de área, pois tinha passado no vestibular de outro curso. Pensei em mudar por vários motivos, mas os principais foram: não ter certeza se era isso mesmo que eu queria, a questão da desvalorização profissional e a superlotação do mercado de trabalho, após pensar um pouco, decidi concluir o curso, pois tive medo de mudar para uma área totalmente diferente e não me identificar.

Dentre as áreas da enfermagem a que mais me identifiquei, sempre foi a saúde da família, simpatizava com a carga-horária, com o vínculo que é propiciado entre o usuário e o profissional, com o modelo de trabalho interdisciplinar e principalmente com a promoção da saúde. Nunca gostei muito da área assistencial hospitalar, mas com a parte administrativa simpatizava um pouco.

Meu primeiro contato com saúde da família foi no primeiro semestre, na disciplina PIASC (Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade), mas foi um contato muito superficial, pois conhecemos mais sobre as questões de território, vulnerabilidades, determinantes sociais e etc. Ainda assim, me identifiquei, me atrai pelo contato com a comunidade, a aproximação com o usuário e a continuidade do cuidado.

Sempre tive vontade de fazer residência, pelo título, mas principalmente pela vivência que a residência oportuniza, que é totalmente diferente de uma pós-graduação por exemplo, entretanto, me sentia muito desmotivada, pois na Unidade de Saúde da Família - USF as vagas são ou por concurso, ou por indicação que é maioria dos casos. Infelizmente pouquíssimos

concursos exigem especialização em saúde da família, e indicação eu não tenho. Então não me animei muito para me especializar na área, mas apesar disso, fiz a prova.

Em março iniciei a residência, o início foi bem tranquilo, pois as R2 estavam nos acompanhando em todas as atividades, estava me sentindo nos estágios da faculdade, entretanto, chegou o momento que elas foram embora, então tive que me virar, foi aí que me dei conta das minhas dificuldades. Lembro que quando cheguei, tinha dificuldade até de prescrever uma medicação simples, pois raramente fazíamos isso nos estágios, atender e evoluir ao mesmo tempo era o grande desafio, visto que precisava gerir o tempo de ouvir, resolver as demandas e registrar, sem perder o vínculo com o usuário. Outro ponto importante eram as queixas que os usuários traziam, momento em que eu tinha dificuldade em saber qual caminho seguir ou por onde começar.

2. A REALIDADE

Fiquei alocada na USF Nova Aliança, mais conhecida como mundo mágico de nova aliança e fomos muito bem acolhidos, no primeiro dia fizeram uma recepção com café da manhã e nos conhecemos, no outro dia almoçamos juntos, foi uma semana de acolhimento, tudo feito com muito carinho, costumo dizer que o melhor de Nova Aliança é a equipe, e a família que formamos. Não me permito criar expectativas nos momentos iniciais, então estava preparada para as surpresas que surgissem.

As primeiras consultas foram um pouco complicadas, afinal, eu ainda tinha uma dificuldade em me ver como enfermeira, e a partir de então, precisei me reconhecer como tal, criar autonomia, tomar decisões e ser a referência da equipe.

Para Florence Nightingale, a enfermagem era compreendida tanto como vocação quanto uma profissão; para ela qualquer mulher poderia vir a ser boa enfermeira desde que aliasse obediência e respeito a hierarquia e humildade (LOPES E SANTOS, 2010). Entretanto, ao se aproximar das especificidades concretas do exercício da profissão, desde a graduação, os profissionais vão desconstruindo essa identidade romântica, podendo ser mudada por uma visão mais coerente e mais próxima da realidade, de uma profissão que tem especificidade no cuidar do outro.

Demorou um pouco para a ficha cair, mas consegui, a presença da preceptora na unidade me transmitia segurança, pois sabia que a qualquer momento poderia recorrer a alguém que estava ali para me ensinar. Na verdade, no início quando ela acompanhava meus

atendimentos, ficava um pouco receosa, achando que ela estava me avaliando o tempo todo, mas com o tempo, depois que tive um pouco mais de intimidade com Renata, o sentimento de medo passou e a presença dela passou a me deixar segura.

O ser residente por vezes me deixou um pouco confusa, pois ora me via como a enfermeira, líder da equipe, ora me via como estudante. Compartilho com Fernandes, et.al (2015) o mesmo sentimento que o fazer e as relações que se originam na formação dos residentes são rodeados de desafios que surgem deste modelo de formação, tais desafios podem gerar sofrimento ou desencadear em fonte de prazer e desenvolvimento psicossocial e profissional para os trabalhadores em formação.

A minha equipe era composta por 4 Agentes Comunitárias de Saúde, um Médico que estava no segundo ano de residência, mas continuava assumindo a equipe e eu como enfermeira. As nossas agendas eram compostas basicamente por 4 turnos de atendimentos individuais, 01 turno de atividade coletiva, 01 turno de visita domiciliar, 01 turno de acolhimento, 01 turno de turno pedagógico, 01 turno de reunião de equipe e 01 turno de reunião de unidade ou educação permanente.

Esse modelo de agenda foi elaborado pela turma anterior da residência e nunca me gerou incômodo, entendia que muita coisa era construída de acordo com as limitações físicas da Unidade, pois Nova aliança não foi construída para ser USF, e muito menos para comportar 4 equipes. A Unidade funciona em um corredor, com 4 consultórios que são divididos entre os médicos, enfermeiros e NASF, uma sala de vacina, uma sala de curativos, uma sala de triagem, uma sala de recepção onde também acontece o acolhimento, uma sala de observação e um consultório odontológico e muitas vezes ficamos limitados por isso.

É importante durante a construção da mesma, contemplar alguns elementos, entre eles: a demanda programada, demanda espontânea, visitas domiciliares, educação permanente, turno administrativo e grupos. Assim, é importante levar em conta a capacidade operacional que abrange a carga horária disponível e o número de profissionais, a carga horária programada, a carga horária de educação permanente, atividades administrativas, atenção às condições crônicas e a carga horária para demandas não programada.

3. OS DESAFIOS

Como acabei de descrever acima, tínhamos alguns desafios, a estrutura física era um deles, por muitas vezes deixamos de desenvolver atividades como preconizado ou como entendíamos que era melhor para o usuário por conta da estrutura da Unidade, ou por falta de recursos materiais, por exemplo, só tínhamos 02 sonar na unidade, e duas salas que davam pra

fazer preventivo, então tínhamos que abrir a agenda por programa em 02 turnos. Entretanto isso não era o que mais me incomodava. Meu maior desafio foi o trabalho em equipe e as visitas domiciliares.

Trabalho em equipe

No momento em que os grupos formam uma equipe, é possível realizar tarefas que grupos comuns não fazem, são mais criativos e eficientes para resolver problemas, há um acréscimo na produção, maior qualidade, desenvolvem maior autonomia e são mais motivados (DUARTE, 2011). De acordo com Souza e Hamann 2009, o conceito de equipe constitui a união de pessoas que têm um vínculo entre si para a realização de um objetivo comum. Na área da saúde, ao trabalhar em equipe compete partilhar o planejamento e a divisão de tarefas, cooperar, colaborar e interagir de forma igual, integrando os diferentes indivíduos, saberes, práticas, interesses e necessidades (RIBEIRO, PIRES E BLANK, 2004).

Algumas vezes me senti incomodada quando queria desenvolver algumas atividades e ouvia de alguém: “isso não vai dar certo, já tentamos fazer e não deu certo.” E não sugeria algo diferente. As reuniões de equipe e as atividades coletivas eram quase sempre angustiantes, por conta desses estímulos negativos.

Entretanto reconheço a importância do trabalho em equipe, pois hoje em dia, o mercado de trabalho em saúde precisa de trabalhadores com novas habilidades e competências, como desenvolver atividades em equipe, utilizar metodologias ativas, e capacidade de oferecer um cuidado integral e humanizado (GOULAR, SILVA e GUIDO, 2012).

Visita Domiciliar

Outro grande desafio foi a visita domiciliar, pois muitas vezes me questioneei sobre a importância da minha presença nela, por vezes me senti uma mera figurante, apesar de já termos discutido sobre isso no turno pedagógico, infelizmente não conseguia evoluir nas visitas. Então comecei a pesquisar sobre a atuação do enfermeiro na atenção domiciliar (AD).

Encontrei estudos que revelam que a centralidade do trabalho dos enfermeiros na atenção domiciliar consiste na organização dos serviços ou na assistência direta, podendo destacar, ainda, que este profissional desempenha papel fundamental, tanto pela coordenação do plano de cuidados no domicílio quanto pelo vínculo que estabelece com usuários e familiares. Além disso, esse protagonismo evidencia-se por proporcionar a articulação entre a família e a equipe

multiprofissional, uma vez que, de modo geral, compete ao enfermeiro a capacitação do cuidador familiar, a supervisão dos técnicos de enfermagem e a identificação de demandas para outros profissionais (ANDRADE, et. Al, 2017).

Entretanto, existem fortes evidências de que a formação acadêmica de enfermeiros no Brasil não contempla as exigências para o trabalho na AD, pois prevalece o modelo de ensino curativo, centrado na doença e não no sujeito, com predomínio de ações voltadas para o âmbito hospitalar. Identifica-se que durante a graduação em enfermagem na atualidade pouco se contemplam as concepções, as singularidades e o perfil necessário para atuação no cuidado domiciliar (ANDRADE, et. Al, 2017).

A visita domiciliar é um instrumento importante para o enfermeiro, uma vez que se trata da intervenção que nos possibilita aproximação com os determinantes do processo saúde doença no âmbito familiar. Assim, deve-se reconhecer e compreender como a saúde de cada membro da família influencia na unidade familiar e também a influência da unidade familiar sobre a saúde de cada indivíduo da família (GOMES MFP, FRACOLLI LA, MACHADO, BC, 2015).

É papel do enfermeiro nessa fase atentar para quaisquer intercorrências no meio familiar e domiciliar que possam predispor à agravos, dando suporte para um estilo de vida saudável, orientando a família quanto a alimentação, higienização, prevenção de gravidez indesejada, prevenção de doenças contagiosas como a dengue entre outros. Dependendo da rotina da instituição de saúde, a visita domiciliar pode ocorrer mensalmente, quinzenalmente ou ainda semanalmente, contando com palestras, distribuição de medicamentos e preservativos, teste de glicemia, aferimento de pressão arterial e outros (SILVA, et al, 2014).

Conclui-se então que a Visita domiciliar é considerada um contato pontual da equipe de enfermagem para a avaliação e das demandas exigidas pelo usuário e/ou família, bem como o ambiente onde vivem, visando estabelecer um plano assistencial, programado com objetivo definido.

Apesar de todas as dificuldades consegui me desenvolver nas visitas domiciliares, principalmente após a saída do médico da equipe, pois deixei de realizar apenas a aferição da pressão e passei a executar todos os passos de uma visita. No início me senti um pouco insegura, mas no decorrer do tempo consegui perceber meu progresso.

Metodologia Ativa

Lembro que tive uma disciplina na faculdade chamada Educação em Saúde, onde discutimos sobre Paulo Freire e as metodologias ativas na maior parte do tempo, entretanto não me lembro de nenhuma disciplina que colocamos isso em prática.

Buscando a autonomia na educação, Freire preconiza o modelo de ação-reflexão-ação, usando como instrumento o incentivo à curiosidade, à postura ativa e à experimentação do aluno, estimulando a análise crítica da realidade durante a formação. Na concepção freiriana, o professor deve agir de forma problematizadora, questionadora, mas com postura respeitosa e gentil, não incentivando qualquer forma de discriminação e respeitando a diversidade entre os alunos (FREIRE 2011).

Outro dia estava com um colega que é professor, e discutimos sobre metodologia ativa, na verdade estávamos questionando a efetividade desse tipo de metodologia, se um aluno aprendia mais no modelo tradicional ou na metodologia ativa. Parei para pensar, e percebi que as coisas práticas eu consigo aprender melhor na metodologia ativa e as teorias, me identifico mais com o tradicional.

De acordo com Macedo et.al (2018), a Metodologia Ativa (MA) tem uma concepção de educação crítico-reflexiva com base no incentivo do processo ensino-aprendizagem, desencadeando em envolvimento por parte do estudante na busca pelo conhecimento. Acostumada com o modelo bancário de ensino, tive muita dificuldade em me reconhecer protagonista do meu aprendizado, quando me dei conta já estava no final da residência.

4. SER MULTI

Com a chegada do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Reforma Sanitária, a concepção de saúde foi expandida no Paradigma da Produção Social da Saúde, passando a demandar interdisciplinaridade (TAVARES, 2005). Entende-se por multidisciplinaridade a sobreposição de várias disciplinas, sem acarretar trabalho em grupo e coordenação (JAPIASSU, 1976). A interdisciplinaridade requer uma problemática comum, com trabalho conjunto e aprendizagem respectivo, e remarcações dos componentes de cada disciplina (ALMEIDA, 1997). Já a transdisciplinaridade procura ir além, pretendendo abertura ao que atravessa e perpassa todas as disciplinas (NICOLESCU, MORIM e FREITAS, 1994)

Quando cheguei na UNEB, tinham acabado de reformular as grades curriculares dos cursos de saúde e uma das mudanças foi colocar todos juntos nas disciplinas básicas,

formávamos uma turma multidisciplinar, mas aquilo era muito diferente do trabalho em uma equipe multiprofissional. No início entender as particularidades do fazer do outro, foi o grande desafio.

Durante a residência, para a equipe do NASF AB, acredito que tenha sido muito mais complexo, começando por entender o processo de trabalho, já que para muitas profissões, a vivência na atenção básica durante a graduação se dá de forma bastante superficial, e durante o decorrer do tempo, fazendo as pessoas entenderem que o método de trabalho é diferente da equipe mínima. Depois que fomos aprendendo a construir, contribuir, aceitar as diferenças e respeitar o lugar do outro, constituímos um grupo muito bom e descobrimos o quanto é gratificante o trabalho conjunto.

O trabalho em equipe multiprofissional se caracteriza na relação entre as intervenções práticas de cada núcleo e a interação dos atores das diferentes áreas profissionais para desenvolver ações coletivas que permitam um cuidado em saúde de forma integral (SAUPE, et.al 2005). Além disso, a interação e o compartilhamento de saberes de forma interdisciplinar também podem ajudar para integralidade. Sendo assim, ressalta-se que o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar são fatores fundamentais no cuidado às complexas necessidades de saúde da população (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010), que podem favorecer o aprendizado dos residentes e as vivências de prazer no processo de formação (FERNANDES, ET AL. 2015).

Assim, percebe-se a necessidade de se pensar na valorização do trabalho multiprofissional, nas suas consequências na atenção integral e na formação dos trabalhadores de saúde (FERNANDES, ET AL. 2015).

5. GRUPO DE PRÁTICAS

O Grupo de Práticas corporais foi formado por professores de educação física que tinham a intenção de fazer com que se efetivassem as diretrizes do Ministério da Saúde, que são previstas na Política Nacional de Promoção da Saúde, com o foco de promover a autonomia dos usuários em relação ao autocuidado.

Antes de chegarmos, o Grupo de práticas corporais era executado pelo NASF, mais especificamente pela professora de educação física, foi então decidido em uma reunião entre os residentes que o grupo passaria a ser desenvolvido pela equipe mínima, junto com o NASF. O

funcionamento era de duas vezes por semana, sendo que a cada 15 dias uma equipe era responsável pela atividade desenvolvida.

Realizamos diversas atividades, entre elas, alongamento dançante, yoga, danças culturais, brincadeiras da infância, pilates, boxe, dança do ventre, circuitos, capoterapia. Foi aí que me dei conta que não fiz nada durante a minha infância, não pratiquei nenhum esporte e nenhuma outra prática corporal e sempre fui muito sedentária. Na faculdade também não aprendi nada referente a isso, ficava me perguntando como contribuir com aquele grupo, mas depois que eu comecei a participar e criei o vínculo com as participantes.

Era tão gratificante fazer parte daquele grupo, o que eu mais gostava eram as datas comemorativas. Fizemos o carnaval, o São João com casamento (casei os dois anos, não sei se isso me trouxe muita sorte no amor - risos) e fizemos o coral de natal.

Percebia que muitas senhoras participavam apenas pelo vínculo, outras porque era o espaço onde eram ouvidas, haviam aquelas que vinham para o grupo com o objetivo de emagrecer e algumas apenas por um abraço. A partir do diálogo com as usuárias observava que o grupo deixou de ser apenas mais uma oferta de serviço da unidade e passou a ser um ambiente de convivência e de relações interpessoais entre as participantes, além de fortalecer o vínculo as usuárias e profissionais.

6. A EXPECTATIVA DA CHEGADA DOS R1 E A TRANSFORMAÇÃO EM R2

Em fevereiro começamos a nos preparar para a chegada dos próximos residentes do primeiro ano, as expectativas eram muitas, queríamos descobrir logo quem seriam os nossos sucessores. Organizamos tudo com muito carinho e nos planejamos para a chegada deles até que eles chegaram, com olhares curiosos e cheios de expectativas.

Fizemos uma semana de acolhimento apresentamos a equipe, a unidade, o funcionamento, as agendas, o território, as demandas frequentes, fizemos atividades de integração, turnos pedagógicos conjuntos, café da manhã, almoço, apresentamos aos usuários. Separaram as equipes e na minha colocaram um enfermeiro e um médico e mais uma vez ficamos sem dentistas, fiquei muito chateada e decepcionada com isso, pois a justificativa que deram para não colocar uma dentista na equipe 3 foi que era muito complicado mudar a agenda. Enfim...

Nos primeiros meses eles ficavam nos acompanhando nos atendimentos e atividades, só em maio começaram a assumir as agendas sozinhos. Apesar de tudo isso, demorou ainda para me sentir R2, isso só acontece quando começamos a rodar nos estágios.

O início do segundo ano é um pouco confuso; me sentia um pouco perdida. Diferente do R1, a gente não tinha uma agenda padrão então dava a sensação que estávamos sempre nos encaixando nos espaços, mas que não tinham um lugar nosso, tanto na unidade como nos estágios, as vezes isso era um pouco angustiante.

A separação dos grupos

Sabe quando ocorreu a grande depressão nos Estados Unidos, e as pessoas formavam aquele super exército de reserva para conseguir uma vaga de emprego, longas filas, empurrões, pessoas sendo pisoteadas? Então, foi assim que me senti durante a distribuição das vagas para o R2. Sinceramente não sei como poderia ser feito melhor, mas gostaria de expor minha indignação.

A sensação que tive é que foi uma coisa feita de forma não muito organizada. As pessoas que estavam de férias não receberam o e-mail da instituição, em momento nenhum foram explicadas quanto à distribuição dos grupos e a disposição de cada um e se sentiram injustiçados achando que quem estava lá foi priorizado, sendo que nós que estávamos também saímos insatisfeitos.

Entendo perfeitamente que infelizmente agradar a todos é muito difícil, mas acredito que se organizasse um pouquinho mais, a chance de desgaste e estresse seria menor, me frustrei pela desorganização. Percebo que estava no final no R1 e retornei para o mesmo assunto do meu primeiro portfólio, se não me engano, foi nele que falava sobre o trabalho em grupo, trabalhar em grupo é muito difícil.

Fui procurar a definição de trabalho em grupo e achei uma bem interessante, da Sociedade Brasileira de Coaching que dizia que trabalho em grupo acontece quando várias pessoas trabalham em conjunto, buscando um único objetivo. O problema se dá quando precisamos trabalhar em grupo, mas queremos priorizar o nosso interesse. Seria egoísmo? Vamos ver então o significado de egoísmo. De acordo com o dicionário Aurélio, egoísmo é a falta de altruísmo; apego excessivo aos próprios interesses; comportamento da pessoa que não tem em consideração os interesses dos outros. Não acredito que foi isso que aconteceu, pois apesar

de defendermos os nossos interesses, tentamos entrar num consenso para que todos de alguma forma tivessem pelo menos uma solicitação atendida.

Enfim, tudo isso gerou um grande desgaste emocional e um estresse, que penso poder ter sido evitado.

7. ESTÁGIO DE GESTÃO

Nunca fui muito de criar expectativas, e para esse momento não foi diferente, mas naquele seminário que foram divididos os grupos acabei me empolgando com a propaganda que fizeram do estágio no Apoio Distrital, apresentaram a gente como um estágio inovador, que iríamos desbravar um setor que estava sendo iniciado no município, que participaríamos da implantação do Distrito, que seria uma experiência desafiadora. Acreditando nisso, escolhi então o estágio da gestão no Apoio Distrital.

Chegou então o momento de iniciar o estágio, lembro-me a primeira reunião com os apoiadores, onde me perguntaram o que eu entendia sobre Distrito Sanitário, falei que não sabia nada, só que um dos apoiadores conseguiu me fazer resgatar as minhas vivências durante a graduação e me fez lembrar do meu contato com o Distrito do Cabula-Beiru, enquanto estava na UNEB. Depois disso, fui ler um pouco sobre Distrito e percebi que se começou a pensar em Distrito visando a integralidade das ações de saúde, continuidade do cuidado e resolutividade.

De acordo com Paim (2008), pensava-se então na interação das ações básicas, a exemplo: proporcionar um ambiente adequado de trabalho, educação em saúde, atividades em conselhos comunitários de saúde, vigilância epidemiológica, controle de fatores de risco, etc, com a humanização do atendimento e com um novo compromisso social. Apresentava ainda, propostas relativas ao pessoal de saúde, organização, gestão e participação social, além de uma estratégia de implantação.

Nosso primeiro dia do estágio foi na DAB, quando descobrimos que o Distrito não tinha uma sede própria e precisaríamos ficar mais alguns dias na diretoria, até organizar o antigo CEREST para implantar o Distrito lá. Passamos a primeira semana lendo alguns documentos da gestão e artigos sobre o distrito, foi uma semana difícil, pois quem conhece a DAB sabe que não é um ambiente favorável para leitura por conta da acústica.

Na segunda semana descobrimos não seria mais no antigo Centro de Referência em saúde do Trabalhador - CEREST, seria no Centro de Tecnologia em Saúde - CTS, após algum tempo percebeu-se que não seria possível ser nesse local, enquanto isso, permanecemos na

DAB lendo artigos. Nesse meio tempo ficamos sem apoiadora. Sentamos com o apoio pedagógico de campo da residência para discutir a nossa situação, e pensamos em várias possibilidades, entre elas, sair do Apoio distrital, entretanto chegamos à conclusão que seria melhor acompanhar as apoiadoras institucionais.

Ao apoiador institucional compete: auxiliar nos diálogos, mediar conflitos, aumentar as possibilidades de reflexões e trazer ofertas relevantes para o processo de trabalho e para a cogestão. O fazer do apoiador é realizado com as equipes, contribui na análise, elaboração e planejamento de tarefas e projetos de intervenção. Assim, compromete-se com as equipes e não somente com a direção da instituição, sem deixar de trazer diretrizes dos níveis superiores da gestão e analisar o contexto externo ao grupo – como diretrizes orçamentárias, políticas e organizacionais (CAMPOS, 2000). Em Camaçari ainda é uma função nova que está se adequando.

Estudamos um pouco sobre o Apoio Institucional e começamos a acompanhar as apoiadoras, íamos as Unidades, participávamos das reuniões com elas, facilitamos o acolhimento pedagógico. Entretanto hoje escrevendo eu percebi que talvez fosse melhor quando decidimos acompanhá-las, ter feito uma reunião com elas para explicar o papel da residência, como poderíamos estar atuando no Apoio e pactuar outras coisas, afinal acho que o nosso produto por exemplo, acabou se perdendo.

Continuamos na DAB e vendo as colegas desenvolvendo atividades específicas que foram pactuadas para elas realizarem, me senti "subutilizada", afinal não tínhamos nada definido para fazer, isso me deixou um pouco triste, porque parecia que eu não estava fazendo nada, e não tinha a sensação de pertencimento nesse lugar.

8. ESTÁGIO ELETIVO

Apesar das dificuldades, me identifiquei um pouco com a gestão e senti o desejo de experienciar a realidade de outro município, uma colega articulou com a Diretoria de Atenção Básica de Madre de Deus e me convidou para ir com ela.

Madre de Deus é uma cidade localizada em uma ilha situada na baía de todos os santos e conta com cerca de 21 mil habitantes. As principais atividades de fonte de renda desenvolvidas no município são o terminal marítimo da Petrobras, o turismo e a pesca artesanal.

No estágio eletivo ficamos lotadas na Coordenação de Atenção Básica, vinculada à secretaria de saúde, do município de Madre de Deus, a proposta foi que desenvolvêssemos um trabalho de Apoio Institucional. A princípio pensou-se na aplicação do Acolhimento Pedagógico em todas as Unidades Básicas de Saúde do município, compondo um total de 07 UBS. A equipe esteve composta por uma residente de fisioterapia, uma residente de enfermagem, a coordenadora de atenção básica do município e a coordenadora de educação permanente, o serviço funciona das 08:00h às 16:00h de segunda a sexta.

Objetivos

Ao escolher esse eletivo queríamos conhecer e vivenciar a realidade da atenção básica de outro município assim como: Monitorar e avaliar políticas de atenção primária à saúde; articular processos intra e intersetorial, tendo como objetivo qualificar a atenção primária à saúde no município, propor e implementar ações para a reorganização e qualificação da atenção primária, tendo a saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento desse nível de atenção, disseminar informações relevantes da atenção primária, prestar apoio institucional, elaborar manuais, instrutivos e demais instrumentos que orientem as ações da atenção primária, elaborar instrumentos de monitoramento e avaliação da atenção à saúde.

Desenvolvimento da prática de estágio

Trata-se de um serviço no qual o cenário político é bastante acentuado, a governabilidade da coordenadora da atenção básica é muito limitada. A diretoria de atenção Básica é bem reduzida, a população e alguns servidores se utilizam da ameaça de expor os problemas da administração na rádio local, para conseguir benefícios e intimidar a gestão.

No primeiro momento planejamos o acolhimento pedagógico solicitado pela coordenadora, para ser realizado com todas as equipes, entretanto não foi possível o fechamento das Unidades nas 40 horas, como proposto no acolhimento. Assim, adequamos a realidade local e realizamos o “acolhimento” apenas no turno das reuniões de equipe e em seguida repassávamos as propostas de mudança para a coordenação.

No segundo momento realizamos uma atualização sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017 para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e nos surpreendemos com o desconhecimento dos ACS sobre a PNAB. No terceiro momento realizamos junto com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) o Manual de guia de serviços, tendo em vista a falta de conhecimento geral das redes.

No quarto momento trouxemos a ficha dos grupos prioritários utilizada no município de Camaçari e fizemos algumas alterações, como proposta de implementar em Madre de Deus, visando a importância da longitudinalidade do cuidado. Além do planejamento juntamente com o NASF-AB do Município de uma educação permanente sobre as atribuições e a lógica do processo de trabalho do mesmo para ser executada com as equipes.

O tempo curto e a falta de governabilidade da coordenadora acabaram limitando nossas práticas, entretanto conseguimos na medida do possível e de acordo com a realidade local obter um bom aproveitamento para a nossa formação. Uma das coisas que mais causou frustração foi o fato de não conseguirmos executar as ações como planejamos, todavia, não perdemos o planejamento por completo, pois algumas coisas conseguimos executar de acordo com a realidade do serviço.

Sobre os materiais teóricos estudados, podemos destacar a Política Nacional de Atenção Básica de 2017, artigos relacionados à territorialização e ao acolhimento a demanda espontânea, reunião de equipe, trabalho em equipe, visita domiciliar, entre outros, afim de qualificar o processo de trabalho da Atenção Básica.

9. ESTÁGIO DE REDES

Esse foi o estágio que mais esperei, pois eu queria muito ir para a saúde mental. Apesar de ter sido uma área que experienciei pouco durante a graduação, sempre me senti atraída. Durante o primeiro ano na residência a oportunidade de atender alguns casos que fizeram com que eu me aproximasse um pouco mais. A gente sai da faculdade sem saber de muita coisa e a cada consulta somos surpreendidos de uma forma diferente.

Era uma segunda-feira pela manhã, quando chamei a primeira usuária que havia marcado. Nunca havia atendido ela antes e me parecia pouco à vontade para me contar o que estava acontecendo, perguntei porque ela tinha marcado a consulta e a mesma referiu não saber como falar. Expliquei para ela que só poderia ajudar se ela me contasse o que estava acontecendo e que o que conversássemos ali não seria exposto em outro lugar, então ela começou a me contar a sua história.

Foi casada durante 12 anos e teve duas filhas nesse casamento, havia se separado recentemente e o esposo não aceita a separação, durante o tempo que ela foi casada tentou suicídio duas vezes, me disse que estava se envolvendo com outra mulher, mas a mãe não

aceitava, disse querer muito ser "normal" e entender que nenhuma mãe queria ter uma filha assim, inclusive ela.

Até então eu estava apenas ouvindo, só que chegou um momento que eu não sabia mais o que fazer, afinal eu não aprendi a tratar questão de gênero na faculdade e não sabia o que fazer frente a uma tentativa de suicídio. Como ela tinha me falado que não estava conseguindo dormir, eu usei isso como desculpa para chamar uma médica da unidade para uma interconsulta.

Conversamos muito sobre a questão da auto aceitação e higiene do sono. Apesar de reconhecer que já passamos diversos avanços, infelizmente ainda há muito preconceito e por isso ainda acho que as minorias devem ser tratadas de forma equânime, pois de acordo com Weeks (1989) e Drescher (2015) A própria criação da categoria "homossexual" e sua identificação como uma "condição" constituiu-se historicamente como reação em contextos de criminalização de relações sexuais entre pessoas "do mesmo sexo.

Ao longo da segunda metade do século XX, dois processos se desenvolveram paralelamente: a separação entre o que se chamou de "identidade de gênero" e homossexualidade e, posteriormente, a despatologização da homossexualidade. A homossexualidade deixou de ser considerada transtorno mental apenas em 1973, quando foi retirada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM) pela Associação Americana de Psiquiatria. No entanto, continuou na lista de doenças mentais até 17 de maio de 1990, quando a 43ª Assembleia Mundial da Saúde decidiu por sua retirada da 10ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Essa versão, porém, ainda conserva categorias que articulam homossexualidade e distúrbios mentais (Cochran, et.al. 2014).

De acordo com o Ministério da saúde, o suicídio é um fenômeno que ocorre em todas as regiões do mundo. Estima-se que, anualmente, mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio e, a cada adulto que se suicida, pelo menos outros 20 atentam contra a própria vida. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio representa 1,4% de todas as mortes em todo o mundo, tornando-se, em 2012, a 15ª causa de mortalidade na população geral; entre os jovens de 15 a 29 anos, é a segunda principal causa de morte.

A notificação de violências interpessoais e autoprovocadas integra a lista de doenças e agravos de notificação compulsória no Sinan desde 2011, quando a notificação passou a ser universal para todos os serviços de saúde públicos e privados do país (BRASIL, 2014). A violência autoprovocada compreende autoagressões, automutilações e tentativas de suicídio em pessoas

dos sexos feminino e masculino, cujo desfecho não resulta em óbito. A notificação tem por objetivo vinculá-las aos serviços de saúde, como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências (BRASIL, 2014).

Nos 30 anos de existência do SUS, não se pode desconsiderar, de um lado, avanços no campo político, muitos deles criados por conta de movimentos sociais de defesa de direitos humanos, e, de outro, iniciativas que procuram enfrentar o feminicídio e a não assistência adequada às pessoas que não são cisgêneras. Mas ainda há muito a fazer para a garantia dos direitos à saúde e à vida de mulheres e de pessoas LGBTQI, entendendo-as como sujeitos dotados plenamente de humanidade e de exercício de direitos.

No momento me vi diante de dois assuntos que não tinha experiência nenhuma e percebi o quanto nós profissionais de saúde estamos despreparados para tantas coisas ainda. Entretanto consegui criar um vínculo com a usuária, encaminhei para a psicóloga e marcamos consultas semanalmente, onde conversamos sobre o que tem acontecido e desenvolvemos algumas práticas integrativas, como meditação guiada e auriculoterapia.

A sede de Camaçari possui 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 infantil, 01 AD e 01 tipo 3. Ficamos divididas entre os três e a agenda era composta por dois turnos de redes, um turno de acolhimento e dois turnos de grupos e um turno pedagógico, então ficávamos basicamente um turno em cada CAPS. No decorrer do processo percebemos que esse modelo não favorecia para a vinculação no serviço, pois estávamos pouquíssimo tempo inseridas nele, o que dificultou até mesmo para conhecer os profissionais.

Apesar disso tivemos experiências muito proveitosas principalmente no infantil e no AD, onde fomos bem acolhidas e conseguimos desenvolver um excelente trabalho em parceria com os profissionais, participamos do grupo de adolescentes e de família e do grupo de redução de danos, participamos de assembleias e reuniões do serviço, dos passeios e outras atividades externas

CONCLUSÃO

Não nos lembramos de dias, lembramo-nos de momentos (Cesare Pavese)

Analisando a trajetória percorrida durante esses dois anos, percebo o quanto mudei, mudei enquanto pessoa e profissional, recordo o quanto era inexperiente quando cheguei e passa um filme na memória dos momentos que passei na residência.

Sinto o quanto foi satisfatório participar do programa, reconheço o quanto aprendi, sigo militando pelo Sistema conquistado com muita luta e que hoje sofre tanto retrocesso. Viver o SUS é gratificante, posso dizer que todos os momentos, exatamente todos valeram a pena. O trabalho multiprofissional e a equipe que formamos foi o diferencial no meu processo de aprendizagem, o relacionamento interpessoal ainda é um desafio e desconstruir o modelo biomédico é o que persiste.

Concluo com o sentimento de gratidão a todos os funcionários da USF Nova Aliança que nos receberam com tanto carinho, em especial as minhas agentes comunitárias, a todo o corpo pedagógico, mas não poderia deixar de citar algumas pessoas, a começar por minha Renata um exemplo de profissional, dedicada, esforçada, exigente, obrigada por participar do meu processo de formação e servir de referência, a tia Mari por ser essa médica maravilhosa e que me ajudou a desconstruir muita coisa.

Finalizo com os sentimentos que marcaram, entre eles estão a fé, alegria, choro, cansaço, cobrança, medo, amizade, apoio, companheirismo e agora a saudade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. Cienc Saúde Colet[Internet]. 1997[cited 2017 Apr 1];11(1/2):5-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v2n1-2/1413-8123-csc-02-1-2-0005.pdf> [[Links](#)]

ANDRADE AM, SILVA KL, SEIXAS CT, BRAGA PP. Nursing practice in home care: an integrative literature review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(1):199-208. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>.

CAMPOS GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

Disponível em: <https://www.dicio.com.br/egoismo/> acessado dia 24/02/2019 as 07:58

Disponível

em: <https://www.google.com.br/amp/s/www.sbcoaching.com.br/blog/carreira/trabalho-grupo/amp/> acessado dia 24/02/2019 as 07/46

Drescher J. Queer diagnoses revisited: the past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. *Int Rev Psychiatry* 2015; 27(5):386-395.

COCHRAN SD, DRESCHER J, KISMODI E, GIAMI A, GARCIA-MORENO C, Atalla E, MARAIS A, VIEIRA EM, REEDI GM. Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). *Bull World Health Organ* 2014; 92:672--679. [acessado 2019 Jan 31]. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/9/14-135541.pdf>

DUART A. Por que as equipes não funcionam. 2011. [Citado em: 2012 maio 12.] Disponível em: http://www.gpportal.com.br/2011/10/por-que-as-equipes-nao-funcionam_22.html >.

FREIRE P. Pedagogia da Autonomia. São Paulo: Editora Paz e Terra; 2011.

GOMES MFP, FRACOLLI LA, MACHADO, BC. Mundo da Saúde, São Paulo - 2015;39(4):470-475 Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família.

JAPIASSU H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976. [[Links](#)]

LOPES LMM, SANTOS SMP. [Florence Nightingale: notes on the founder of Modern Nursing]. Rev Enf Ref [Internet] 2010 [cited 2014 Nov 04];3(2):181-9. Available from: [http://www. index-f.com/referencia/2010pdf/32-181.pdf](http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-181.pdf) Portuguese

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2017 set 19]. 92 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria 1271 de 06 de junho de 2014*. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf. Acesso em 04 mar.2020.

NICOLESCU B, MORIN E, FREITAS L (Comitê de Redação). Carta da Transdisciplinaridade: Artigo 3º. Primeiro Congresso Mundial de Transdisciplinaridade. Convento de Arrábida, Portugal, 1994. [[Links](#)]

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10: tradução Centro Colaborador da OMS para a classificação de doenças em português. 10. ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2009

PAIM, JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

RIBEIRO EM, PIRES D, BLANK VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, 2004, 20(2). [Citado em: 2011 set 23] Disponível em: <http://www.scielo.org>.

SILVA, Anna Karla Gomes et al. Home Care: assistência de enfermagem frente ao paciente idoso na atualidade. Porangatu, 2014.

SOUZA MF, HAMANN EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciênc Saúde Coletiva, 2009,14(Supl1)1325-35.

TAVARES CMM. Interdisciplinarity as requisite for the formation of the psychiatric nurse in the perspective of psycho-social care. Texto Contexto Enferm[Internet]. 2005[cited 2017 Apr 19];14(3):403-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a12.pdf> [[Links](#)]

WSEEK J. *Sex, politics and society: the regulation of sexuality since 1800* New York: Longman Inc.; 1989.]