

TIAGO ALVES DOS SANTOS

**SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA NARRATIVA SOBRE A CONSTRUÇÃO DE ALICERCES
PARA A ATUAÇÃO COMO PROFISSIONAL DE SAÚDE**

BAHIA
2020

TIAGO ALVES DOS SANTOS

**SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA NARRATIVA SOBRE A CONSTRUÇÃO DE ALICERCES
PARA A ATUAÇÃO COMO PROFISSIONAL DE SAÚDE**

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: MSc. Sélton Diniz dos Santos

BAHIA

2020

SUMÁRIO

1. PRELÚDIO.....	04
2. NÓ GÓRDIO.....	05
3. ENTREGAR A CARTA À GARCIA.....	07
4. PEGANDO O BIZU.....	09
5. QUEIMAR AS NAUS.....	11
6. UMA ANDORINHA NÃO FAZ VERÃO.....	12
7. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	14
8. PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.....	16
9. VINCULAÇÃO.....	18
10. O ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	20
11. NASF-AB.....	21
12. EXPERENCIANDO A REDE.....	23
13. CENTRO POP.....	24
14. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
15. REFERÊNCIAS.....	28

PRELÚDIO

Nascido em Campo Grande e criado em diferentes locais da “terra das palmeiras”, diria que sou um homem de origem simples e que tenho a família como base fundamental da minha existência e construção como indivíduo – até mesmo em aspectos que destoam dos princípios que me foram ensinados quando criança. Na adolescência, a capital baiana se transformou em “minha terra”, ingressei no Colégio Militar de Salvador e aprendi, assim como orientado desde cedo por meus pais, valores e deveres preciosos, mas, que muitas das vezes, foram responsáveis por me limitar em determinados aspectos – como minha forma de pensar ou habilidade de decidir sobre pontos que, até então, deveriam partir da minha própria escolha. Direito, Medicina, Letras, Biologia... foram diversas às tentativas de escolher qual caminho profissional trilhar, eu diria que a Enfermagem me encontrou e, desde o nosso primeiro encontro, busco conhecê-la melhor e construir, aos poucos, nossa história. Como dito por Carlos Drummond de Andrade, em seu livro *O Averso das Coisas*¹: “Bater à porta errada costuma resultar em descobertas”.

NÓ GÓRDIO

Em uma antiga província romana, que tinha por governante um rei de origem camponesa chamado Górdio, foi feita uma oferenda especial para agradar ao deus Zeus. A oferta consistia em um carro de bois repleto de tesouros, o veículo foi amarrado por uma grossa corda repleta de nós vigorosamente atados, de forma que ninguém conseguiria desatá-la para ficar com as riquezas, sendo assim motivo de fracasso de vários viajantes que se aventuravam em tentar usufruir da fortuna. Depois de anos, Alexandre, o Grande, em uma exploração à região se deparou com o altar em questão, ele circulou ao seu redor de forma pensativa e teve uma revelação! Desembainhou sua espada e com um único golpe cortou a corda que prendia o carro de bois^{2,3}.

Figura 1. Turma do curso de graduação.



Fonte:Fotografia autoral.

Por algum motivo as pessoas sempre me questionam o motivo de ter escolhido ser enfermeiro, muitos até desacreditavam e insistiam que deveria investir o meu tempo em cursos como Direito ou Medicina. Agora, sendo bem sincero, devo admitir que há alguns anos não saberia como responder de forma simples e direta ao questionamento... Durante as inúmeras aulas da graduação e os diversos estágios, com variados campos de atuação, da grade curricular, não fui capaz de compreender

ao certo qual a função do Enfermeiro. Na realidade, minha visão sobre a profissão sempre foi voltada para o ambiente hospitalar (gerir equipe, elaborar escalas e atentar para que todas as atividades necessárias fossem desenvolvidas de maneira correta), isso por conta do “perfil” da universidade na qual estudei além da postura dos professores e da mentalidade “técnica” da maior parte da turma; recordo-me plenamente da ansiedade geral para executar algum procedimento novo, realizar o primeiro curativo especial ou até mesmo administrar uma medicação.

Sempre gostei de “organizar as coisas”, de resolver problemas e de me envolver com as pessoas, mas achava tudo isso muito limitado na realidade a qual tive contato. Justamente por todas essas inquietações que ao concluir o curso coloquei em mente que deveria buscar oportunidade de trabalhar em ambientes que fomentassem pesquisas, ensino ou algum outro “lugar” onde eu, como Enfermeiro, fosse capaz de fazer um pouco mais, onde nos dessem ferramentas para navegar em outros fazeres não tão restritos a essa “tecnologia dura” que me foi sempre apresentada. Foi justamente aí que me deparei com a Saúde da Família, algo que vi superficialmente no início graduação e que se apresentou de uma maneira bem diferente de tudo aquilo que vivi como estudante de enfermagem.

ENTREGAR A CARTA À GARCIA

Durante a guerra Hispano-Americana o governante americano, presidente William McKinley teve a necessidade de realizar contato direto com o general Calixto García, líder em Cuba do grupo pró-independência, para tal missão um soldado conhecido como Rowan foi convocado. Relatos contam que o presidente republicano entregou uma carta ao infante e solicitou que ela fosse entregue o mais rápido possível ao comandante da rebelião, o soldado guardou a correspondência em uma pequena bolsa impermeável e percorreu os campos de batalha durante quatro dias até encontrar o general e cumprir com êxito sua missão⁴.

Figura 2. Equipe da residência, Camaçari 2018.



Fonte: Fotografia autoral.

Quando descobri a aprovação no programa de residência fiquei imensamente feliz, afinal de contas, tinha conseguido uma forma de iniciar a minha atuação como Enfermeiro justamente na área que realmente queria! Logo em seguida o que senti foi preocupação, em parte por ser algo novo - tememos aquilo que não conhecemos – além de certo receio por não ter experiência com Saúde da Família. Na verdade, eu não tinha experiência em nenhuma área da enfermagem, sendo assim, minha atitude inicial foi de querer saber o que me aguardava pela frente (queria estudar, descobrir e me informar sobre esse novo desafio que me aguardava). Não nego que só fiquei mais tranquilizado quando descobri que teria o suporte de uma preceptoria específica

para enfermagem e contato com uma R2, que me incluiria aos poucos na rotina da unidade. Foi assim que comecei nessa nova jornada.

Nomenclaturas, protocolos, papéis, E-SUS, fichas, agenda de paciente, agenda pessoal, turnos, períodos, assembleia, reunião, outra reunião, “roda, roda e roda”, devolutiva, mais uns dois protocolos, malote, prescrições, solicitações, encaminhamento e referência, núcleo, núcleo de apoio, estágio eletivo, férias, bolsa, departamento de apoio... Acho que listei algo em torno de 60% das coisas novas que tive contato durante a primeira semana de residência e, sinceramente, isso foi um tanto quanto desesperador! Nunca fui de ficar muito preocupado ou nervoso com cobrança, responsabilidade ou trabalho, mas essa nova realidade foi capaz de me deixar simultaneamente feliz e angustiado.

PEGANDO O BIZU

A Real Academia Militar foi fundada no Brasil com a chegada da Família Real, nela eram ensinados diversos assuntos para instrução e formação dos “nobres” e seus filhos. Conta-se a história que, entre as matérias ensinadas, as aulas de Matemática eram terrivelmente difíceis e suas provas de níveis extremamente complexos. Em um turno de estudos, alunos descobriram que os mestres utilizavam a obra do matemático francês, Etienne Bezout, para elaborar as aulas e avaliações aplicadas. Desde então, possuir o livro do Bezout era o segredo de todos os alunos para a aprovação na arte aritmética^{5,6}.

Iniciar as atividades como residente e profissional de referência da Equipe II da Unidade de Saúde da Família Nova Aliança foi, sem dúvida, um grande desafio. É inegável que um mix de sentimentos ocupou a minha mente nas primeiras semanas e, para superar tal fase, cada mínimo detalhe fez a diferença. O formato da transição entre o R1 e R2 – com período de acompanhamento das atividades da equipe – foi de grande valor para a passagem de conhecimentos e das experiências adquiridas pelo colega da turma passada, de maneira que meu início no serviço não foi caracterizado por uma abrupta troca de profissionais, mas sim por um movimento de continuidade do trabalho que já estava em curso (vale destacar o quanto isso contribui para a aceitação dos usuários com relação a essa dinâmica do serviço que é campo de residência). Depois de um tempo acompanhando minha R2 de referência, arrisco dizer que não fiquei tão abalado ao ouvir dela a seguinte notícia:

“Depois do dia 16 a agenda é do R1, não irei mais assumir a equipe, claro que o que precisar pode me chamar, posso até te acompanhar no atendimento, mas quem vai tocar é você, você é o Enfermeiro de referência da equipe agora”.

Figura 3. Três gerações de enfermeirxs da USF Nova Aliança, equipe 2.



Fonte:Fotografia autoral.

QUEIMAR AS NAUS

Agátocles de Siracusa, conhecido como tirano de Siracusa foi um orador democrático e oficial na região da Sicília. Nascido por volta do ano de 360 a.C. tinha origem simples em uma família de oleiros e logo ascendeu socialmente após casar-se com uma viúva rica e conquistar o povo com seus ideais políticos. Após inúmeras disputas com os líderes da oligarquia local, executou um golpe de estado e nomeou-se rei pela assembleia popular. Em uma investida marítima contra o povo da cidade de Cartago, ordenou que seus comandados queimassem todos os navios e marchou em batalha. Sem navios não seria possível recuar e a vitória apresentou-se como única opção^{7,8}.

É evidente que uma carga horária de 40 horas semanais acaba que por comprometer a maior parte da semana do trabalhador convencional, o que dizer então quando adicionamos rodas de núcleo e campo, assembleia e o deslocamento diário entre Salvador e Camaçari? Não foi difícil perceber que morar no município seria a melhor opção, logo iniciei minha busca por uma moradia próxima ao local de trabalho e, algumas semanas após o início das atividades da residência, já havia me transformado no mais novo munícipe de Camaçari.

Nem sempre é possível se dedicar inteiramente aos seus objetivos ou até mesmo vivenciar, de fato, a fase na qual nos encontramos⁹. A mudança para Camaçari me proporcionou a oportunidade de viver integralmente a realidade da residência, dedicar mais tempo aos estudos e conhecer de perto a cidade que protagonizaria minha vida ao longo dos próximos dois anos. Mesmo com algumas limitações, que se tornam mais evidentes quando comparada com uma grande metrópole, diria que a cidade me conquistou.

UMA ANDORINHA NÃO FAZ VERÃO

Em sua mais notória obra, *Ética a Nicômaco*, o filósofo Aristóteles constrói uma série de pensamentos sobre as bases morais e éticas para o bom funcionamento de um organismo social. A expressão bastante conhecida: “uma andorinha só não faz verão”, diferente do que a maioria pensa, não se diz respeito à inviabilidade da atuação de atores isolados em prol de uma causa, mas sim, sobre a necessidade de um movimento composto por diversas ações que buscam um mesmo fim. Sendo assim, o brilhante aluno do mestre Platão evidencia que: para ser feliz e venturoso, precisamos de integralidade^{10,11,12}.

Figura 4. Origami Tsuru.



Fonte:Fotografia autoral.

Um dos primeiros registros sobre a busca da sociedade em estruturar um plano de cuidado para a população se deu em 1978, com a Declaração de Alma Ata, vide Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, onde aspectos como a construção conceitual do que é a saúde em si e delimitação da responsabilidade governamental sob a saúde do povo^{13,14}. Ao longo do tempo, diversas estratégias de saúde foram aplicadas em todo o mundo, sempre com o intuito de compreender melhor qual modelo se aplicaria com eficácia aos problemas encontrados. A Estratégia de

Saúde da Família (ESF) veio como uma evolução dos formatos de atenção à saúde previamente existente, com o seu início em 1994, quando o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa de Saúde da Família. Sua finalidade principal é servir de base para o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil^{15,16}. Graças a ESF, a atenção à saúde foi capaz de se remodelar e considerar todos os aspectos relacionados à vida dos seus usuários, fornecendo-lhes um cuidado multidisciplinar e interdisciplinar, ou seja, com diferentes profissionais de saúde, de diversas categorias, exercendo ações articuladas os mesmos.

Fazer parte de uma Equipe de Saúde da Família (eSF) é uma enorme responsabilidade, a qual caminha de mãos dadas com um sentimento de pertencimento a um grande movimento que tem por objetivo desconstruir a prática de saúde assistencial, focada no hospital e na doença, transformando-a em uma oferta de saúde focada na pessoa.

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Quando fui apresentado ao plano de Estratégia de Saúde da Família, uma das primeiras coisas que construí em minha mente foi a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), durante o processo de graduação tive a oportunidade de estudar, de forma superficial, sobre essa categoria de profissional que tinha como principal objeto o trabalho a comunidade. No processo da residência isso também aconteceu, desde o contato inicial com a equipe de saúde da unidade Nova Aliança, na atividade de acolhimento aos novos residentes na base comunitária, pude conhecer as ACS que, profissionais que integram a comunidade e conhecem, com pleno domínio, o território. Logo compreendi a fundamental importância dessa categoria para com o trabalho que desenvolveria nos próximos dois anos.

Figura 5. Equipe II em Acolhimento Pedagógico.



Fonte: Fotografia autoral.

O reconhecimento como categoria profissional do ACS se deu em 2002, entretanto um longo caminho foi percorrido até essa conquista. Tendo por principais características sua facilidade em se comunicar com as famílias para articular processos de promoção e cuidado da saúde, o ACS que conhecemos hoje é uma “evolução” dos antigos auxiliares de saúde – categoria que recebia capacitação do Serviço Social para

atuar em atividades junto às famílias, com foco no cuidado e orientação materno-infantil -. Um grande exemplo de sucesso e pioneirismo desses atores se deu entre os anos de 1974 e 1978 na cidade de Planaltinha, área rural do DF, onde após a sistematização da atuação dos auxiliares de saúde, o número de entradas hospitalares por emergências pediátricas diminuiu, bem como a mortalidade infantil da região^{16,17,18}.

Ao longo do processo de trabalho pude notar que o ACS não depende de protocolos e fluxos fixos para a sua atuação na comunidade. Isso não se dá por falta de vontade ou organização da categoria, muito pelo contrário, o território é um espaço tão dinâmico, vivo e que sofre influência de tantos aspectos (culturais, religiosos, políticos, educacionais e econômicos) que, na maior parte das vezes, somente com o saber do ACS, a equipe consegue alcançar êxito em seu planejamento. Vale destacar, a fundamental importância do bom relacionamento entre profissionais e do alinhamento das estratégias e ações para que a equipe de saúde da família consiga de fato “funcionar”, espaços como reunião de equipe, turnos de educação permanente e o acolhimento pedagógico foram ambientes potentes ao longo do período de residência.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Fundado em 2007, o Programa de Saúde na Escola (PSE), é uma política de que as esferas da Educação e da Saúde da nossa nação. O programa tem como base ações de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da rede de ensino pública brasileira. Desde 2013 que o PSE foi estabelecido como pactuação para todos os municípios do país, sendo necessária a articulação entre as equipes das escolas e membros da atenção básica em saúde para o cumprimento das regras, critérios e ações determinados na Portaria nº 1.055, de 25 de Abril de 2017^{19,20}.

Logo nos primeiros meses da residência, o PSE se apresentou como uma demanda a ser cumprida por todas as equipes da unidade. Como esperado, esse foi o primeiro contato que tive com a política e pouco sabia sobre a mesma, um desafio inédito de levar saúde para dentro das escolas do território! Pouco tempo foi necessário para entender o quão complexo pode ser o planejamento de uma atividade, ainda mais quando pensada para um público de diferente faixa etária e sobre um tema polêmico como sexualidade – que na verdade, não deveria ser um tabu -. Depois de alguns momentos de planejamento em equipe, estruturamos uma metodologia, construímos ferramentas para as atividades e fomos para a escola!

Figura 6. Turma de alunos e eSF, Escola Prof. Luis Rogério de Souza.



Fonte: Fotografia autoral.

Diversos aspectos podem se apresentar como barreira para o desenvolvimento do PSE. A articulação entre os setores da saúde e educação se mostrou como o principal obstáculo a ser superado, essa não é uma realidade exclusiva do município de Camaçari, inclusive são diversos os estudos que apresentam esse ponto como um nó crítico para o desenvolvimento do programa, a equipe nem sempre conta com o apoio e colaboração da gestão para a execução do planejamento, entretanto não posso dizer isso com relação ao interesse dos alunos e sua vontade de aprender. A interação com as turmas foi surpreendente, a equipe foi capaz de se envolver, ensinar e aprender de tal maneira que logo se fez evidente a preciosidade que é trabalhar aspectos da saúde dentro da sala de aula, educação e saúde não são esferas distintas, na verdade diria que quanto mais forte essa integração melhor o resultado fornecido por ambas²¹.

VINCULAÇÃO

Depois dos primeiros meses de residência comecei a notar que o sentimento de insegurança foi sendo aos poucos substituídos por um senso de pertencimento ao espaço que ocupava. O trabalho com a equipe, o funcionamento da unidade e os processos de trabalho já não me eram mais estranhos e aos poucos fui capaz de compreender qual o meu papel de enfermeiro em saúde da família. Não posso deixar de destacar a importância da preceptoria e dos colegas que tornaram esse sentimento possível.

É notória a dificuldade da comunidade em compreender o processo da residência, mudanças constantes de profissionais, turnos de reunião com finalidade pedagógica e o modelo não convencional de funcionamento do serviço, faz com que alguns usuários até questionem, com certo vigor, o motivo de todo o ano trocar de profissional de referência, cabe a nós exercer nossa empatia e buscar entender que a vinculação é sim um aspecto complexo. Depois dos primeiros atendimentos, consultas, visitas domiciliares e participação em atividades coletivas, os rostos, até então desconhecidos, começaram a receber nomes e o tão precioso vínculo – uma das características definidoras da ESF – começa a dar as caras.

A formação do vínculo entre profissionais de saúde e usuários do serviço se constrói de forma lenta e gradativa, é fundamental que a equipe invista tempo e energia no desenvolvimento de estratégias para fortalecer o mesmo. Ao longo da residência pude notar, de maneira evidente, que esse “relacionamento”, uma vez estabelecido, se caracteriza como uma das principais ferramentas para o cuidado integral e continuado em saúde, a partir do momento em que o vínculo é estabelecido, o usuário passa a se ver como pertencente ao planejamento e ações da equipe, tornando-se um cidadão ativo e protagonista do próprio cuidado²².

Figura 7. Estreitando laços.



Fonte:Fotografia autoral.

O ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O enfermeiro é um profissional oriundo de um processo de formação que permeia a dicotomia entre o ideal teórico e prático, sendo assim uma ação complexa, a delimitação do seu real campo de atuação. Compreender os limites do nosso exercício profissional, bem como suas restrições, se apresenta como um dever ainda mais denso para o perfil da maior parte dos participantes da residência multiprofissional: os recém formados^{23,24}.

Ao longo do processo de trabalho, como enfermeiro atuante na ESF, foi possível constatar o quão fundamental se faz a existência de fluxos e protocolos para as atividades do serviço, tais ferramentas tornam possível o alinhamento das ações, independentemente da conduta particular do atendente, tornando assim o cuidado focando no indivíduo assistido e não do profissional que o atende^{22,25}.

Figura 8.Enfermeirxs, turma 2018.



Fonte:Fotografia autoral.

NASF-AB

Resgatando o ponto relacionado ao déficit no processo de graduação, eis aqui um grande responsável pelo meu deslocamento ao longo da residência e protagonista do que venha a ser o nível multiprofissional do programa, os “nasfianos”.

Seria leviano dizer que compreender o processo de trabalho e funcionalidade do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) é uma ação simples e rápida, ainda mais para aqueles que nunca tiveram contato com o mesmo. Na realidade, para a própria comunidade, que doutrinada ao fazer centrado na oferta de agendamentos e solicitações de exames, já se torna complicado entender que o psicólogo, por exemplo, não abrirá diversos turnos de atendimento para marcação ao longo da semana. O NASF-AB foi criado com o intuito de ampliar a abrangência e resolutividade das ações desenvolvidas na atenção básica, facilitando a assistência em saúde por meio de diversas ferramentas, como: o atendimento compartilhado, o apoio matricial, a participação nas atividades de rotina das equipes e na qualificação de espaços com a finalidade de prevenção e promoção de saúde^{26,27}.

Figura 9. Grupo de práticas corporais.



Fonte: Fotografia autoral.

Diversos foram os momentos, ao longo do período de residência, que os profissionais do NASF foram capazes de contribuir de forma impar para com os processos de trabalho estabelecidos, destacaria os espaços de matriciamento e consulta compartilhada, onde, em um pequeno intervalo de tempo, pude aprender sobre saberes de diversos núcleos profissionais, com a possibilidade de atuar de forma compartilhada e multiprofissional, fornecendo um cuidado ampliado aos usuários.

A preciosidade de possuir um NASF-AB, composto por profissionais do programa de residência, foi um grande diferencial ao longo desses dois anos. A capacidade de ampliar o cuidado e descentralizar os processos do formato clássico, focado na queixa do paciente e conduta direta do profissional se faz uma realidade bem mais presente quando contamos com a ajuda dessas categorias de saúde. Um belo exemplo é o grupo de práticas corporais da unidade, que foi criado pelos primeiros membros do NASF do programa de residência e que até hoje semeia o cuidado e produz belos frutos em todos que participam!

EXPERENCIANDO A REDE

Uma das árduas tarefas do nosso corpo pedagógico é o de construir propostas pedagógicas, cada vez mais aprimorados e capazes de superar as demandas que surgem, para o primeiro e segundo ano de residência. Para o residente em transição de período, e que até então só vivenciou a realidade da atuação na assistência direta ao usuário, a necessidade de ressignificar o vínculo com sua unidade de referência e desenvolver um trabalho em outros setores da rede pode ser nada atrativo.

Em um primeiro momento, tive a oportunidade de atuar na Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica do município. Ao longo desse período de estágio foi possível vivenciar diversos processos de trabalho que, até então, se construíam sutil em meio fazer diário “na ponta”. Controle de doenças e agravos em saúde, monitoramento de painel epidemiológico do município, construção de boletins e alertas epidemiológicos, atuar como referência, em parceria com o técnico responsável, para os demais profissionais da atenção primária, acompanhamento dos fluxos e rotinas da rede de frio do município e até mesmo desenvolvimento de um processo de avaliação das salas de vacina das unidade de saúde da família de toda uma região de saúde.

Outro espaço de vivência foi a Diretoria da Atenção Básica, onde, em parceria com os profissionais de referência de cada área técnica de saúde, foi possível compreender melhor a construção do cuidado de saúde ao nível municipal, não se atendo ao pensar e fazer na dimensão micro de uma única equipe de saúde da família, mas sim em todo aspecto macro da rede.

A oportunidade de conhecer e atuar, mesmo que por um curto período, em outros níveis de atenção e em espaços diferentes da rede de saúde do município foi uma ferramenta de grande potencial para o meu processo de formação. Se ater ao processo de assistência direta ao usuário tende a limitar a percepção do profissional a cerca das demais circunstância e aspectos que existem em torno do seu processo de trabalho, sendo assim, experimentar esses demais espaços e conhecer, um pouco mais de perto, quais movimentos são realizados pelos gestores, são pontos fundamentais para se atingir o cuidado integral que tanto buscamos^{28,29}.

CENTRO POP

O Centro de Referência Especializado para população em situação de rua, Centro POP, foi o meu campo de estágio eletivo. O serviço é vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania, SEDES, do município e possui como público alvo pessoas em situação de rua. Uma vez cadastrados, os usuários do serviço recebem acesso a um local acolhedor e seguro, com uma ótima infraestrutura (banheiros, área de convivência, varandado), além de: kit higiene, café da manhã, almoço, suporte para aquisição de benefícios sociais, atendimento psicossocial, encaminhamento para rede, entre outros.

Figura 10. Equipe e usuários, Centro POP, Camaçari.



Fonte:Fotografia autoral.

Durante o período de estágio no Centro POP foi possível a realização de diversas atividades, como: acolhimento de usuários ao serviço; acompanhamento de atividades dos Educadores Sociais; participação em busca ativa; acompanhamento de atendimentos psicossociais; participação e execução de atividades coletivas; atendimentos de enfermagem direcionados ao público do serviço; articulação entre

redes; articulação entre Atenção Básica e Centro POP; organização de atividades coletivas com o suporte de profissionais da Estratégia de Saúde da Família; ações de educação e promoção em saúde por meio de metodologia ativa; atividade de educação permanente para a equipe atuante no serviço; entre outros.

O estágio eletivo no Centro POP foi caracterizado como um período de grande aprendizado, crescimento e criação de vínculos, em um grau de avaliação seria dizer que as expectativas foram superadas. Destaco como uma das principais contribuições para minha formação profissional um aprimoramento na capacidade de interligar aspectos sociais à saúde, a possibilidade de contemplar as pessoas de uma forma mais “complexa” e multifacetada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devo admitir que ao primeiro contato com a proposta metodológica de construir um memorial, como trabalho final de conclusão da residência, adotei uma postura cética sobre o assunto – esse não foi um pensamento exclusivamente meu, diga-se de passagem -. Acredito que pelo clássico pensamento de que, ao se concluir um curso, deve-se construir um artigo científico muito bem formulado e, em um curto intervalo de tempo, publicar o mesmo em algum periódico acadêmico, ou até mesmo pelo fato de que a construção e alimentação diária do portfólio do curso nem sempre é bem compreendida pelo residente. Também devo admitir que desde a construção dos primeiros capítulos do presente trabalho, tive o meu pensamento transformado com relação ao seu valor e importância.

Posso afirmar, sem pensar duas vezes, que esses dois anos de residência foram de uma importância imensurável para o meu desenvolvimento como profissional e pessoal. Hoje, vislumbro com maior nitidez as incertezas oriundas do meu processo de formação acadêmica, além de diversas lacunas no âmbito relacional e de trabalho que, pelo espaço que ocupava e função que exercia nunca me foi propiciado à possibilidade de evoluir.

A vivência proporcionada por um programa de residência multidisciplinar em saúde da família é o espaço de maior aprendizado e construção de bases sólidas para um novo profissional de saúde. Percorrer, durante dois anos, um processo de formação situado em um espaço protegido, com um corpo pedagógico preparado e metodologias focadas no desenvolvimento profissional de cada residente, me forneceu um nível uma evolução que dificilmente seria alcançado, ainda mais no mesmo período, no caso de ter assumido algum serviço específico de saúde, sem referencial ou experiência prévia.

Conhecer diversos serviços da rede de saúde, dentro dos seus variados níveis de atenção, também se apresentou como um grande diferencial ao longo do período de formação. Tradicionalmente, a especialização tende a focar em seu campo de atuação e saber específico da formação em questão, logo, a oportunidade fornecida pela residência, de trabalhar em conjunto com as demais categorias de saúde, unida as propostas metodológicas que compõe o primeiro e segundo ano do programa, foi capaz

de construir um cenário que fomentasse a ampliação do meu processo de trabalho e até mesmo do que, até então, compreendia como saúde. É incrível, por exemplo, como o nosso comportamento e forma de atuação sofrem uma transformação ao retornarmos para a unidade de saúde da família após alguns meses de vivência na gestão do município.

Concluir a residência em Saúde da Família é, na realidade, iniciar uma nova jornada! O Sistema Único de Saúde sofre com as ações de um governo que parece desconhecer a história do nosso povo e observamos uma verdadeira regressão de tudo que foi construído ao longo de décadas de lutas, até mesmo a Constituição brasileira aparenta ter sido suplantada. Cabe a cada um de nós, militar em prol da sustentação de uma saúde pautada na universalidade, integralidade e equidade, independentemente dos espaços que venhamos a ocupar daqui para frente!

REFERÊNCIAS

1. Andrade CD. O avesso das coisas. São Paulo: Companhia das Letras; 2019.
2. Ferreira R. Nós traumáticos, jogos e simbolização. Lisboa: Análise Psicológica; 1999.
3. LATOUR B. Jamais fomos modernos. Rio de Janeiro: Editora 34; 1994.
4. HUBBARD E. Uma carta para Garcia. Lisboa: Seara Nova; 1924.
5. Garnica AV, Gomes ML, Andrade MM. As memórias de Lacroix: a instrução pública na França revolucionária, em geral, e o ensino de Matemática, em particular. Rio Claro: Bolema; 2012.
6. Luiz EC, Lancillotti SS. Elementos de Álgebra. Campinas: HISTEDBR; 2014.
7. Modanez H. Agátocles de Siracusa e o nascimento da Basileia helenística na Sicília Grega. Brasília: Ágora. Estudos clássicos em Debate 21; 2019.
8. Vieira OV. A virtù de Agátocles e a passagem de homem privado a príncipe em o príncipe. Campinas: UNICAMP; 2018.
9. Zanella A, Siqueira M, Lhullier L, et al. Psicologia e práticas sociais. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2008.
10. Guareschi PA. Ética e relações sociais entre o existente e o possível. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2008.
11. Abbagnano N. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
12. Aristóteles. Ética a Nicômaco. São Paulo: Nova Cultural; 1973.
13. Giovanella L, Rizzotto ML. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2018.
14. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Conferência de Alma Ata; URSS. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jocarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

15. Rosa WA, Labate R. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. São Paulo: Revista Latino-americana de Enfermagem; 2005.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde: Ministério da Saúde, 2009.
17. Ávila MM. Origem e evolução do programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. Fortaleza: Revista Brasileira Promoção em Saúde; 2011.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.055, de 25 de Abril de 2017. Regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola. DF: Diário Oficial União; 2017.
20. Silva CS, Bodstein RCA. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. Ciência Saúde Coletiva. 2016.
21. Brasil EG, Silva RM, Rodrigues DP, et al. Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. São Paulo: Revista escola de enfermagem; 2017.
22. Monteiro MM, Figueiredo V, Machado MF. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. São Paulo: Revista escola de enfermagem; 2009.
23. Frota MA, Wermelinger MC, Vieira L, et al. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. Rio de Janeiro: Ciência saúde coletiva; 2020.
24. Minayo MCS. O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
25. Sicsú AN, Gonzales R, Mitano F, et al. Práticas de enfermagem centradas no indivíduo com tuberculose: interface com a democracia. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem; 2019.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
27. Nascimento AG, Cordeiro J. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: Análise do processo de trabalho. Rio de Janeiro: Trabalho, Educação e Saúde; 2019.
28. Costa VA, Ramires J. A importância das rede de saúde para o desenvolvimento da atenção primária em Pirapora. Uberlândia: Hygeia; 2014.
29. PeruzzoH, Bega AG, Lopes AP, et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery; 2018.