



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIAS INTEGRADAS
EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
FESF/FIOCRUZ**



ARIANNE VASCONCELOS VALDEVINO

**O POTENCIAL DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
MEMORIAL DE FORMAÇÃO DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE.**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residências Integradas da Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz, como parte do requisito obrigatório para certificação como Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Amanda Costa Melo

**CAMAÇARI-BA
2019**

ARIANNE VASCONCELOS VALDEVINO

**O POTENCIAL DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
MEMORIAL DE FORMAÇÃO DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residências Integradas da Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz, como parte do requisito obrigatório para certificação como Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em 13 de Abril de 2019, Camaçari-Bahia.

BANCA EXAMINADORA

Amanda Costa Melo

DEDICATÓRIA

Ao meu pai Agnaldo Valdevino da Silva (in memoriam) que em vida me transmitiu valores inestimáveis de caráter, amor ao próximo e perseverança. Obrigada por me fazer forte e por nunca me abandonar mesmo estando “aí em cima”.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me proporcionar a vida e renovar minha fé a cada dia, e principalmente por me proporcionar o maior amor do meu mundo, a minha Luísa!

Agradeço ao meu esposo Júnior, por me apoiar a realizar meus sonhos, mesmo que isso tenha custado a minha ausência.

Agradeço a minha Mãe e Irmã por entenderem e me apoiarem nessa conquista, ficar distante de vocês não foi fácil.

Agradeço a minha Preceptora Amanda Costa Melo pela dedicação e por todo o conhecimento compartilhado.

Agradeço aos presentes que a residência me deu: Diane, Luísa, Soraia, Bruna, Delma, Karol, se cheguei até aqui, foi porque vocês estavam sempre ao meu lado!

Agradeço a minha amiga, meu amor, que por muitas vezes me sustentou quando a saudade de casa falava mais alto, Sol, você é um presente de Deus em minha vida, obrigada por tudo!

Agradeço ao meu amigo Mundinho (in memoriam), não sei porque você se foi, e aquele adeus não pude dar... e eu gostava tanto de você.

Agradeço em especial a Agostinho Passos e Tatiane Pires por todo o ensinamento, apoio e amizade, levarei vocês para a vida!

Agradeço as minhas Agentes Comunitárias de Saúde: Solange, Marileide, Eli e Lindinalva, vocês são peças fundamentais nessa conquista profissional, para sempre minha equipe 03.

A todos os funcionários da USF PHOC CAIC a minha gratidão por todo o amor ofertado, apoio, e contribuição nessa trajetória. CAIC é AMOR!

A FESF, minha eterna gratidão por me proporcionar muito mais que um título, mas a oportunidade de vivenciar a saúde da família de uma maneira tão intensa, que jamais gostaria de sair da mesma.

Aos usuários todo o meu respeito, carinho e gratidão!

“ Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto para mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente”.

B. F. Skinner

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 A ESCOLHA DA ENFERMAGEM E DA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	8
2.1 A IMERSÃO NO 1º ANO DE RESIDÊNCIA.....	10
2.2 A IMERSÃO NO 2º ANO DE RESIDÊNCIA.....	13
2.3 ESTÁGIO ELETIVO (UA Cuidado Integral).....	17
3. NARRATIVA CRÍTICO REFLEXIVA.....	19
REFERÊNCIAS.....	19
APÊNDICES	21
APÊNDICE 1 - LINHA DE CUIDADO HIPERTENSOS	22
APÊNDICE 2 – LINHA DE CUIDADO DIABETES.....	25
APÊNDICE 3 – Fluxograma de investigação de óbito infantil e fetal do município de Camaçari	28
APÊNDICE 4 – Cartilha “Olá, trabalhador e trabalhadora. Como vai sua saúde mental”?	29

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho trata-se de uma narrativa memorialística, e tem o objetivo de trazer reflexões sobre a minha participação no período de especialização profissional no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, pela Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF – SUS) em conjunto a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, no período de março de 2017 a março de 2019. O programa de residência é caracterizado como um programa de formação que visa contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, norteados pelos princípios do Sistema Único de Saúde e da Estratégia da Saúde da Família (ESF). O programa se desenvolve de modo integrado com o de Medicina de Família e Comunidade da FESF-SUS no território¹.

O memorial constitui, pois, uma autobiografia, configurando-se uma narrativa simultaneamente histórica e reflexiva². Nesse sentido, este trabalho propõe-se a trazer as potencialidades adquiridas e lapidadas, e a autonomia de uma profissional enfermeira durante sua especialização na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com lotação na Unidade de Saúde da Família PHOC CAIC, localizada na região de saúde 4 (quatro) do município de Camaçari-Bahia.

2. METODOLOGIA ATIVA É A MEHOR FORMA DE APRENDIZAGEM?

Historicamente, o uso de metodologias tradicionais vem sendo utilizadas como base para a formação de diversos profissionais independente da sua área de formação. Para ficar mais claro a metodologia tradicional ou conservadora é aquela que a maioria das pessoas são submetidas desde a sua infância até muito provavelmente a sua graduação, pós-graduação, mestrado, doutorado. Essa metodologia pode ser conceituada como o FALA QUE EU TE ESCUTO, onde quem fala (docente), normalmente é o detentor do saber, realiza uma transmissão de conteúdos e quem ouve (discente) é um mero receptor daquele saber, tornando-se um expectador, sem a necessária crítica e reflexão³.

Estudiosos trazem que essa metodologia tida como conservadora é fragmentada e reducionista pois com a pratica dela, fica mais fácil separar o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, compartimentalizando-se, conseqüentemente, o conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica, porém sem aguçar a curiosidade criativa, indagadora e sempre insatisfeita de um sujeito ativo, que reconhece a realidade como modificável³. Mas como aceitar que a maneira como fui educada não me fez uma pessoa crítica e reflexiva dos assuntos e situações vividas?

O contato inicial com as metodologias ativas de ensino deu-se com as atividades da residência, por um longo período foi muito difícil a adaptação com esse método de ensino, apesar de ter um corpo pedagógico presente a todo instante eu era desafiada a problematizar

as situações vividas, era estimulada a ter um raciocínio crítico e reflexivo das situações e com isso julgar a melhor conduta a ser tomada, por muitos meses eu esperei a receita pronta, e com o passar do tempo fui observando que jamais poderia existir uma receita para situações únicas, mutáveis.

Diferente de alguns modelos de ensino comumente adotados em outros programas de residência do país, o programa da residência multiprofissional e médica em saúde da família da FESF-SUS adota para o processo ensino-aprendizagem dos seus residentes as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, particularmente na aprendizagem problematizadora, como estratégia voltada à integração de saberes e à promoção de uma atitude crítica e reflexiva sobre a prática. Esse método tem como base que a aprendizagem ocorre por meio da busca do conhecimento em uma dada realidade¹.

Desta forma, ao ingressar na residência o profissional vivência de maneira prática e cotidiana a realidade dos serviços, tal como ocorrerá na sua vida profissional, essa vivência se dá com esses profissionais compondo as equipes de saúde da família, a equipe mínima é composta por no mínimo três residentes, um médico, um enfermeiro e um dentista, onde, segundo o Projeto Político Pedagógico da residência o ideal seria que estes residentes assumissem a responsabilidade sanitária por um território com aproximadamente 2.000 a 3.000 pessoas, falo ideal, pois, essa não foi a realidade vivida na equipe em que assumir, onde a mesma era composta por mim, uma médica residente em saúde da família e 04 agentes comunitárias de saúde, não possuíamos dentista residente em nossa equipe. O território da nossa equipe é constituído por: 5 microáreas de saúde, destas com 1 microarea descoberta por Agente Comunitária de Saúde (ACS), e com uma população total estimada em 3600 pessoas aproximadamente.

Apesar de não trabalhar com a população adscrita ideal conforme o Projeto Político Pedagógico da residência, não deixei de assumir minha responsabilidade sanitária com essa população, grandes foram os desafios, sejam eles por está lotada em uma Unidade de Saúde da Família com 04 Equipes onde só tem estrutura para abrigar 2 equipes, ou por chegar em uma unidade na qual se quer existia uma linha de cuidado estabelecida, durante esse processo contamos com o suporte pedagógico necessário para o enfrentamento das adversidades.

Tendo em vista que o profissional residente está totalmente inserido nas atividades cotidianas da unidade de saúde, sua responsabilidade sanitária, realizando suas atividades juntamente com uma equipe multiprofissional, fica claro que o aprendizado é prioritariamente promovido pelas situações concretas do trabalho, cujo encontro entre os diversos atores do cotidiano dos serviços é o principal dispositivo para o desenvolvimento do processo de aprendizagem.

Com isso, espera-se que após o processo de formação os residentes, tornem-se profissionais mais qualificados, dotados de conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade

e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitados para intervirem em contextos de incertezas e complexidades que o serviço demande¹.

2 A ESCOLHA DA ENFERMAGEM E DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Foi antes de iniciar a graduação em enfermagem que tive contato com a saúde pública, esse contato se deu como usuária do Sistema único de Saúde (SUS), deu-se em várias etapas da minha vida, mas o momento mais marcante e decisivo foi ao ver meu pai necessitar de atendimento na Unidade de Saúde Dr. Armando Lages que hoje é o atual Hospital Geral do Estado de Alagoas, e eu vivenciar o que vários brasileiros vivenciam.

Vivenciei o descaso com a saúde pública do País no maior hospital público do meu estado: superlotação, falta de insumos, pacientes no chão (meu pai era um deles), os serviços hospitalares de urgência e emergência funcionam acima da sua capacidade de suporte e, além disso, com profissionais sem capacitação, deficiência no gerenciamento e planejamento, atendimento de pacientes com baixa complexidade, excesso de demanda, alguns profissionais cansados, mal humorados, sem empatia, mas também presenciei compaixão, tratamento humanizado em meio ao caos, e foi essa experiência/vivência que me fez escolher minha profissão, queria ser enfermeira, pode soar estranho a minha escolha mas no decorrer deste relato tudo fará sentido.

Iniciei minha graduação no ano de 2011.2, ao iniciar só tinha uma certeza: gostaria de contribuir para a melhoria da saúde pública e vi na Enfermagem um caminho. No decorrer da Graduação, tive contato com várias áreas que a enfermagem poderia atuar, mas a vontade de fazer a diferença na unidade de saúde acima citada era bastante intensa, sim, eu gostaria de atuar em urgência e emergência, eu via aquele lugar como o divisor de águas entre a vida e a morte.

Em minha ingenuidade achava que o grande nó na saúde pública do país estava na atenção terciária à saúde, que se tivéssemos mais profissionais qualificados, mais recursos para compra de insumos e construção de mais hospitais, o problema de superlotação nos serviços terciários de saúde estariam solucionados, hoje compreendo que estava equivocada, percebi que a maioria dos atendimentos da atenção terciária poderiam ser evitados com o fortalecimento da atenção primária de saúde.

Alguns autores trazem que, a superlotação dos hospitais públicos do país se dão por preferencialmente ser a primeira opção de escolha dos usuários para diversas situações, e para aqueles problemas que não foram resolvidos nem diagnosticados em outros níveis de assistência, outra justificativa é o atendimento a pacientes que deveriam ser realizados na atenção primária a saúde, prevalência de doenças crônicas ou procura de atendimento nas

fases agudas destas, também constituem uma causa importante no que concerne à superlotação⁴.

Algo importante a ser citado é que culturalmente a população acredita que o nível de atenção secundária como as UPAS e a atenção terciária à saúde como os hospitais de porta aberta oferecerá um melhor atendimento, bem como acredita-se ser o local mais resolutivo para as condições de saúde apresentadas, tendo em vista o atendimento no mesmo dia de procura. A falta de informação aos usuários sobre qual unidade de saúde procurar em casos não urgentes, áreas descobertas de Estratégia de saúde da Família ou mesmo possuindo cobertura de ESF porém com barreira de acesso, também podem ser consideradas como potenciais motivos da escolha do atendimento secundário e terciário à saúde de porta aberta⁵.

Durante a graduação descobri através de uma Professora de Saúde Pública o grande potencial da Atenção Primária à Saúde (APS), foi durante o estágio em urgência e emergência no HGE de Alagoas que comprovei que a maioria das pessoas que ali estavam, era devido a uma APS fragilizada, pois, apesar da ampliação da rede básica está contribuído para melhor acessibilidade geográfica, existe uma desproporção entre a oferta dos serviços, capacidade no atendimento e resolução na demanda existente, isso leva ao comprometimento na atenção e no acesso as unidades. foi na unidade na qual eu acharia que faria a diferença que me apaixonei pela atenção primária, ali que eu vi a importância de fortalecer a promoção da saúde e prevenção de doenças, consegui visualizar uma das mais importantes causas de superlotação do sistema terciário de saúde.

Diante disto, a vontade de ser enfermeira de estratégia da saúde da família ficou evidente, fui atrás de informações sobre campo de trabalho, especializações sobre saúde pública e estratégia de saúde da família, foi através de um amigo que conheci o programa de residência da Fesf-SUS/Fiocruz, não conhecia a instituição Fesf-SUS, porém o nome FIOCRUZ pesou em minha escolha por ser uma instituição bastante conceituada em todo o país. Apesar do desejo em iniciar uma especialização na modalidade residência considerada padrão ouro em especialização, a residência da Fesf-SUS/FIOCRUZ tem seus campos de atuação na região metropolitana de Salvador, isso era algo a ser considerado pois eu estava recém casada e morando na cidade de Petrolina – PE que fica a 514km de distância de Camaçari, cidade na qual fui lotada para ser meu campo prático.

Mas foi a decisão profissional mais acertada da minha vida, na residência eu ganhei muito mais que experiência profissional, muito mais que um título de especialista, me tornei uma profissional que acredita no SUS e principalmente quer trabalhar e lutar por ele, senti o tal falado e inevitável vínculo com os usuários na pele, vi todas as dificuldades que a ESF passa, aprendi a acolher e a ser acolhida, ganhei amigos de profissão e de vida, ganhei uma família intitulada: CAIC é AMOR.

Segundo a Portaria Nacional de Atenção Básica 2017 ⁶, o enfermeiro para atuar na ESF deve ser preferencialmente especialista em saúde da família, preferencialmente, não exige que o profissional se especialize para tal função, isso me faz questionar: a maioria dos enfermeiros atuantes na ESF no País são especialistas em ESF? Os profissionais que ‘atuam na ESF estão capacitados em atender aos usuários com suas peculiaridades, estão aptos a realizar atendimento centrado na pessoa, propiciar a longitudinalidade do cuidado, coordenar o cuidado, estimular a participação social em saúde, entre outros atributos? Diante da minha vivência no 1º ano de residência, ano esse que tive a oportunidade de vivenciar na prática junto a 4 agentes comunitárias de saúde e 1 médica também residente, o que é ser Enfermeira de uma população adscrita com aproximadamente 3600 usuários, uma área ainda em processo de territorialização, sentir na pele todas as dificuldades de falta de insumos, atuar em uma unidade que não existia linha de cuidado, e aceitar o desafio de implantar o tão falado acolhimento e mais que implantar, fazer com que ele funcionasse. Afirmando que sem uma capacitação adequada com toda certeza é difícil realizar uma atenção primária de qualidade.

A APS necessita de profissionais capazes para lidar com tanta adversidade e complexidade de situações, não é necessário apenas agendar a consulta, realizar procedimento técnico, perguntar sobre as queixas e orientar, é necessário muito além deste mecanicismo, pois a qualidade do atendimento requer comunicar disponibilidade e interesse, demonstrar compreensão e ajudar a descobrir alternativas para o problema enfrentado pelo usuário.

Deste modo, acredito que a qualificação dos profissionais que atuam na APS, seja uma potencial estratégia a ser utilizada para uma melhoria da efetividade da APS. Tendo em vista que para atuar com a família é imprescindível aprofundar os conhecimentos no sentido de saber abordar a mesma e estar ciente de que a situação de saúde-doença tem um outro enfoque quando interpretado do ponto de vista da família. Pois apesar de ser conhecida como Atenção Básica de Saúde, após a vivência intensa desse nível de atenção compreendo a complexidade da mesma, e obter profissionais especializados para sua atuação é primordial para o seu sucesso.

2.1 A IMERSÃO NO 1º ANO DE RESIDÊNCIA

A notícia da aprovação na residência era algo que eu aguardava, porém, não imaginaria que viria em plena quarta-feira de cinzas às 17h da tarde, e que para a matrícula ser realizada eu teria que estar no dia seguinte em Salvador – BA, eu estava em Maceió – AL e me virei “nos 30” mas estava presente no outro dia na FESF-SUS, realizando um dos meus sonhos profissionais. A residência sempre foi algo extremamente importante para mim, pois

além de ser um diferencial em uma profissão que possuem tantos centros universitários e consequentemente forma vários profissionais por ano, tem o incentivo financeiro.

Enfim residente, o cronograma inicial proposto pela coordenação foi uma semana de acolhimento dos novos residentes, no auditório do Hospital Geral Roberto Santos, o que seria uma semana, virou duas semanas de acolhimento devido a problemas técnicos, essas semanas hora foram proveitosas, hora foram estressantes, mas hoje com toda certeza digo que foi valido cada dia. Após duas semanas de acolhimento, enfim saiu a lista dos municípios em que seria nosso campo prático por dois anos, e eu iria para o município de Camaçari- BA e teria como unidade a USF PHOC CAIC.

A USF PHOC CAIC foi inaugurada em Julho de 2015 com o intuito de aumentar a cobertura do Programa de Estratégia de Saúde da Família, a unidade possui 18 micro áreas de saúde, e possui uma população adscrita de 12.790 pessoas aproximadamente, sua estrutura física é composta por quatro consultórios, farmácia, sala de curativo, sala de procedimentos, sala de vacina, uma copa, recepção, sala da gerente, um consultório odontológico equipado com duas cadeiras odontológicas, expurgo, esterilização, espaço para acolhimento, almoxarifado, regulação, sala de limpeza e cinco banheiros. A equipe de profissionais do meu primeiro ano de residência era composta por quatro enfermeiras residentes do primeiro ano (R1), um dentistas R1 e um R2, três médicas R1, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) era composto por três profissionais R1 (uma professora de Educação física, uma Nutricionista, um Fisioterapeuta) e uma R2 Nutricionista, e um preceptor(a) para cada categoria, 01 sanitarista R1, 02 técnicas de enfermagem, 01 Auxiliar de Saúde Bucal (ASD), 06 funcionários entre recepção, arquivo, e higienização e portaria, 13 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e uma Gerente de unidade.

Essa é a equipe do CAIC, equipe essa, que eu convivi durante o meu R1, já que no segundo ano de residência nos tornamos R2 e recebemos os “nossos” R1. Mas nesse 1º ano, essa É A EQUIPE em que eu trabalhei, aprendi, criei e recriei, enfrentei desafios, chorei e sorri.

Durante meu 1º ano de residência fui a enfermeira de referência da equipe 3, como já citado, o programa de residência nos coloca realmente em prática, portanto esse era o meu desafio, dar o melhor de mim para uma população, e extrair todas as experiências que esse desafio me proporcionaria. Minha agenda era composta por 05 turnos de consulta divididos em: 01 turno de atendimento de consulta agendada dos diversos programas existentes no PSF, 02 turnos de acolhimento a demanda espontânea, 01 turno para realização de citopatológico do colo do útero, 01 turno para atendimento ao Pré natal, 01 tuno de Visita Domiciliar, 01 turno de Reunião de Equipe, 01 Turno pedagógico de núcleo e 01 turno de matriciamento, educação permanente e reunião geral de unidade que era realizada 1 vez ao mês.

Diversos foram os desafios vivenciados durante o dia a dia na unidade, irei citar alguns, que no meu olhar foram mais desafiadores e que fizeram eu ter ciência do potencial da enfermagem nessas situações.

Um dos primeiros desafios foi que nós não atendíamos na lógica de programas, ou seja, eu não teria o dia que iria atender só puericultura por exemplo, pois apesar das consultas serem agendadas eu poderia atender um diabético, uma puericultura, um paciente de saúde mental ou qualquer linha de cuidado, o lado positivo desse modo de agendamento? Citarei o mais importante ao meu olhar: DIMINUIÇÃO DA BARREIRA DE ACESSO, para assegurar a resolutividade na rede de atenção, um dos fundamentos que precisa ser considerado é o acesso, que pode ser analisado através (I) da disponibilidade, que diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família; (II) da comodidade, relacionada ao tempo de espera para o atendimento, à conveniência de horários, à forma de agendamento, à facilidade de contato com os profissionais⁵.

Ainda na lógica da ausência de barreira de acesso e norteadas através da Política Nacional de Humanização (PNH), todas as unidades da residência possuem acolhimento a demanda espontânea, mas o que é isso? Nunca vi, eu só ouvia falar, mas como residente eu iria executar, eu teria que acolher e agora! Como faz?

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo. Faz parte de todos os encontros do serviço de saúde.

O acolhimento também pode ser considerado uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Caracteriza-se com um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar atendimento com resolutividade e responsabilização⁷.

Trata-se de uma ferramenta importante na organização dos fluxos da unidade de saúde da família. Tem por objetivo recepcionar os usuários, identificar suas necessidades, escalonar os riscos e a partir disso solucionar as demandas dentro do nível de complexidade da atenção básica. No entanto, o acolhimento deve ser individualizado conforme as necessidades do território, visando diminuir as barreiras de acesso.

O acolhimento na USF PHOC CAIC ainda não possuía fluxo próprio, o que dificultava a padronização das condutas, não possuía classificação de risco, aumentava o tempo de espera do usuário, gerando sobrecarga de trabalho a recepção e ansiedade para os pacientes. O usuário que desejasse atendimento, renovação de receita ou referisse queixas

agudas era encaminhado ao acolhimento. Ao analisar os dados foram escalonadas as demandas nas seguintes ordens de procura: marcação de consultas, renovação de receitas e queixas agudas. A modelagem de acolhimento adotada na USF PHOC CAIC foi o de equipe de acolhimento do dia, onde enfermeiro, o médico e o ACS de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. Todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com suas agendas voltadas exclusivamente para isso.

Com toda certeza esse foi o espaço mais desafiador e de maior aprendizado em minha formação na ESF, foi nesse espaço que aprendi a ouvir, ter raciocínio crítico, a agir sob “pressão”, mediar conflitos, passei a enxergar e entender a individualidade do usuário, realizar gerenciamento do cuidado, encaminhamento seguro, e principalmente ter empatia.

Outro desafio vivido foi a construção e implantação da linha de cuidado (LC) de Hipertensos e Diabéticos. Era notório a necessidade de existir uma linha de cuidado para os usuários acometidos com essas doenças, visto que, era o público que após uma análise dos dados do acolhimento mais acessava o mesmo, normalmente para realizar troca de receita, foi aí que vimos que os nossos usuários estavam “soltos” e resolvemos montar nossa LC. A linha de cuidado representa uma continuidade assistencial, expressa o fluxo assistencial que devem ser garantidos aos usuários de acordo com suas necessidades. A LC da USF PHOC CAIC foi formulada por uma equipe multiprofissional, médicos, enfermeiros, Nasf, mediante orientação da preceptoria e apoio pedagógico de núcleo, utilizamos manuais norteadores de municípios que já possuíam uma LC estabelecida como o da cidade do Rio de Janeiro e o de Curitiba. A importância de ter tantos atores pensando e executando juntos é de extrema importância, pois garante um olhar multidisciplinar em relação ao cuidado dos usuários que são necessariamente o elemento estruturante da LC. Após a implantação da LC observamos uma diminuição de renovações de receita no acolhimento da unidade, observamos ainda um absenteísmo menor nas consultas de acompanhamento dos usuários Hipertensos e Diabéticos. Diante da experiência citada, é possível perceber que a identificação das necessidades do território é de suma importância na definição dos fluxos de atendimento das unidades de saúde. Isso permite direcionar o serviço com maior qualidade, resolutividade e de maneira criteriosa, facilitando o acesso da população.

2.2 A IMERSÃO NO 2º ANO DE RESIDÊNCIA

O segundo ano da residência teve como objetivo desenvolver competências assistenciais e de gestão complementares às desenvolvidas nos campos de práticas definidos

pelo Programa. Espera-se que o residente do segundo ano, seja capaz de realizar articulação dos diversos serviços de atenção e gestão do sistema de saúde com a atenção básica, compreendendo a centralidade deste nível de atenção na coordenação do cuidado, além de continuar desenvolvendo competências assistenciais, de gestão do processo de trabalho em saúde¹.

É nesse momento que também é posto em prática a iniciação a preceptoria, ou seja os R2 contribuem com as experiências adquiridas no 1º ano da residência para a formação dos novos R1. O R2 deve acolher e apresentar-se como apoio aos residentes do primeiro ano, desenvolvendo ações em conjunto, respeitando as singularidades, os conhecimentos prévios, contribuindo para a apropriação gradativa das atividades e casos.

Apesar de ter me preparado para esse momento de me tornar R2 confesso que não foi algo fácil. Afinal, como “passar” tudo o que eu vivi tão intensamente durante 1 ano para uma pessoa que estava chegando e que eu nem conhecia, como deixar de ser enfermeira de referência da equipe 3, equipe essa que sou grata, que estava ao meu lado e me fez ser a profissional que sou hoje. O desenho da residência não nos tira totalmente da unidade de origem nesse segundo ano de formação, isso aliviava minhas angústias, de alguma maneira eu continuaria lá, mesmo não estando todos os dias na unidade.

Em relação a iniciação a preceptoria não foi algo fácil, tendo em vista que não tive R2, portanto, não tinha em quem me espelhar. Tive que fazer da minha maneira, da maneira que eu julgava correta, claro que existiram outros profissionais como a própria preceptora para orientar e apoiar nesse processo, porém creio que seria diferente se tivesse uma R2 no primeiro ano de formação, pois, nesse primeiro momento ficamos 45 dias ombro a ombro com o R1, durante esse período realizamos todas as atividades juntos, com o intuito do R1 ir se apropriando das atividades, uma das coisas mais difíceis dessa fase é realizar críticas construtivas, da o feedback de algo que precisa ser melhorado, já o lado bom da iniciação a preceptoria é você sentir que pode contribuir ativamente na formação de outra pessoa, é você contribuir com o ensino e aprender junto. Minha R1 chegou, e eu tentei acolhe-la da melhor forma possível, tentei passar tudo o que adquiri, dei o meu melhor. Se consegui? Isso só ela pode falar!

Após esses 45 dias iniciais, nós R2, começamos a vivenciar outros locais da rede, no meu caso fui para a coordenação da Vigilância Epidemiológica - COVEPI, para o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest, e para o Departamento de Atenção Básica - DAB. Para qualificar a formação na saúde da família é imprescindível que o trabalhador compreenda o funcionamento e gestão de outros serviços e que exercite processos de matriciamento e articulação com outros trabalhadores. Reconhecendo a necessidade de que todo trabalhador da saúde da família compreenda a gestão da atenção básica somos

inseridos em espaços da gestão municipal com o objetivo de vivenciar e compreender a gestão da atenção básica, desenvolvendo ações junto às equipes das secretarias para qualificar e facilitar o trabalho das equipes no território, com produtos finais definidos junto aos gestores municipais e os programas.

Como citado acima em cada local no qual os R2 são inseridos temos que realizar um produto de relevância para aquele setor e para a nossa unidade de origem, o produto realizado enquanto vivência na vigilância epidemiológica foi o fluxo de investigação de óbito fetal e infantil do município de Camaçari e o Procedimento Operacional Padrão da sala de vacina da USF PHOC CAIC, a escolha da confecção do fluxo de investigação de óbito fetal e infantil se deu devido a baixa quantidade de investigação de óbito fetal e infantil no município pela atenção básica, a redução da morte infantil e fetal é uma das prioridades do ministério da saúde, o real dimensionamento do óbito infantil e fetal no Brasil é dificultado pelo sub-registro de óbitos e pela subenumeração da morte infantil e fetal, a identificação dos principais fatores de risco associados à mortalidade infantil e fetal possibilita a definição de estratégias de prevenção de novas ocorrências⁸. Já a escolha do POP de Vacina foi devido a importância da padronização das condutas nesse ambiente.

A ficha de investigação de óbito fetal e infantil é composta por 3 fichas cada, sendo a F1 destinada para a investigação ambulatorial, F2 para a investigação do serviço de saúde hospitalar e a F3 para a entrevista domiciliar, as fichas F1 e F3 são destinadas a atenção básica para que o profissional que acompanhou a gestante realize a investigação. Diante da baixa devolutiva das investigações de óbito fetal e infantil pela atenção básica, concluímos que o estabelecimento de um fluxo e o matriciamento dos profissionais da AB em relação a importância da realização das investigações contribuiria significativamente para a resolução desse problema identificado e conseqüentemente para a melhoria dos indicadores do município em relação a esse agravo.

Dos estágios optativos que vivenciei, o estágio na vigilância em saúde do trabalhador foi o que menos me identifiquei, apesar de ter aprendido várias coisas importantes em relação a função dos serviços de vigilância em saúde do trabalhador, os fluxos de notificações e sistema de informação em saúde, o acolhimento enquanto serviço no Cerest, e ter ciência da importância deste serviço para a comunidade, não foi algo que me encantou, sou apaixonada pela saúde da família creio que o pouco contato com o usuário no Cerest foi um gatilho importante para esse desencanto.

O produto final do estágio no Cerest foi uma cartilha com informações sobre o adoecimento e sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, disponível no anexo 4 deste material, como é em formato de cartilha o anexo está em ordem de impressão e não de leitura. Na atualidade, parece existir uma tendência de banir o sofrimento do mundo do trabalho e

desconsiderá-lo uma dimensão contingente à produção. Dar visibilidade ao processo de transformação do sofrimento em adoecimento, no âmbito da gestão do trabalho, se faz importante à medida que ele explicita a existência de situações políticas e econômicas⁹. O objetivo da cartilha é dialogar de maneira clara com o trabalhador sobre o adoecimento e sofrimento psíquico relacionado ao trabalho.

O estágio em gestão ocorreu no Departamento de Atenção Básica – DAB, o momento em que chegamos (eu e outra residente) não foi oportuno, devido a mudanças que estavam sendo propostas para o departamento, isso fez com que algumas coisas não funcionassem muito bem, prejudicou no andamento dos trabalhos que esse local desempenha, devido a possibilidade de mudança dos profissionais de referência das áreas técnicas e até da diretora do departamento. Percebo que a dificuldade de comunicação se dá em diversos momentos, as pessoas não sabiam o que ia acontecer, poucas áreas técnicas estavam realizando o seu planejamento para o ano em exercício, a maioria estava fazendo uma espécie de relatório do que foi feito, a impressão é que estávamos em mudança de governo. Apesar do período delicado que toda a gestão estava passando, devido a questões extremamente políticas, onde infelizmente quem fica não é a competência, consegui tirar aprendizados. Visualizo o qual difícil é lidar com esses processos, que literalmente tem que ter jogo de cintura, mas trago como uma experiência rica para a minha vivência esse momento, pois estou vivenciando o mesmo com suporte pedagógico, onde me faz enxergar os lados positivos (se é que podemos chamar assim) e os lados negativos dessas mudanças, pedagogicamente.

O produto final do estágio no DAB foi algo que me deu muito orgulho, realizamos o perfil demográfico da população de acordo com a territorialização das unidades básicas de saúde e das unidades de saúde da família, vale salientar eu essa territorialização é uma estimativa tendo em vista que nunca foi entregue de fato números concretos da mesma. O intuito de realizar esse produto foi devido uma demanda da regulação do município para a cotização de vagas para a ABS, mas para realizar essa cotização era preciso saber qual o perfil da população e isso as áreas técnicas do DAB não possuíam. Após a realização da tabela pudemos constatar o quanto ela terá relevância não só para uma cotização mais fidedigna da regulação, como também para o processo e trabalho das áreas técnicas, apoio institucional e equipes de saúde da família.

Realizando uma análise dos dois anos de residência sem dúvidas o primeiro ano foi o que mais me realizei, apesar de ser o ano considerado por muitos residentes o mais pesado, devido ao fato de assumirmos equipe, ter que dar conta das demandas na unidade, em muitos espaços eu ouvia residentes de outras unidades falarem que não gostariam de ficar nas unidades, queriam ficar a semana inteira no estágio, enquanto eu gostaria de ficar a semana inteira no “ meu CAIC” pois foi aquela unidade que me acolheu, aquela população, as minhas

ACS, eu me sentia e me sinto responsável pela aquela unidade, a gente tende a querer ficar onde o coração faz morada, deve ser esse o motivo pelo qual o segundo ano de residência foi um ano menos empolgante.

2.3 ESTÁGIO ELETIVO (UA Cuidado Integral).

O estágio eletivo é o momento em que todos os residentes vivenciam experiências em outras realidades a partir do seu interesse e protagonismo na articulação com os locais escolhidos. Neste momento, podemos optar por cenários com realidades diversas do município em que estevemos lotados no primeiro ano da residência, ampliando o olhar sobre a Saúde da Família, organização de redes, gestão, educação, outros. Minha vivência no estágio eletivo foi no Programa Melhor em Casa de um município do estado de Alagoas. O período do estágio foi do dia 24 de setembro de 2018 a 09 de novembro de 2018.

O programa melhor em casa é uma modalidade de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, através de atendimento domiciliar dos tipos Atenção Domiciliar 2 (AD2) e Atenção Domiciliar 3 (AD3). O serviço caracteriza-se por meio de ações de promoção a saúde, prevenção e tratamento de doenças, e reabilitação prestada em domicílio devido à dificuldade e/ou impossibilidade do usuário dirigir-se até a unidade de saúde e que necessitam de maior frequência de cuidados e acompanhamento contínuos e uso de equipamentos quando se trata de AD3¹⁰. No estado de Alagoas o Programa Melhor em Casa funciona em 17 municípios, sendo o Programa Melhor em Casa do município escolhido com uma das melhores avaliações do estado acima citado. Tal avaliação se dá pelo trabalho desempenhado das Equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), que prestam assistência humanizada, não somente ao beneficiário do programa, como para os seus familiares e cuidadores, dessa forma, proporciona maior autonomia dos familiares na produção do cuidado além de fazer com que o usuário reconheça o seu lugar como sujeito ativo e corresponsável no processo da sua saúde.

Minha escolha se deu com a finalidade de vivenciar como se dá a gestão do programa Melhor em Casa, a coordenação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), a assistência à saúde prestada pelas mesmas aos usuários do programa, e sua articulação com a estratégia de saúde da família, proporcionando uma troca de experiências exitosas de coordenação do cuidado aos usuários do nosso SUS.

A equipe do PMC do município é composta por 1 coordenadora do PMC, 2 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, 2 psicólogas, 1 nutricionista, 1 assistente social, 2 fisioterapeutas, 1 médico e 1 motorista. O programa funciona todos os dias da semana, inclusive nos feriados, de 8 as 17h. Nessa época a equipe prestava assistência a 64 usuários,

e sua maior demanda era de pacientes com feridas, acamados, com necessidade de fisioterapia e atendimento psicológico.

Durante o período do estágio pude entender como se dava a assistência dos usuários pelos profissionais, e perceber que não ocorria algumas coisas que por eu vivenciar na residência achava que era comum ocorrer em outros espaços, principalmente tratando-se de equipe multiprofissional. Uma das coisas que fiquei bastante surpresa era que não existia reunião de equipe com todos os profissionais da equipe, pois os profissionais possuem carga horária de 20 horas semanais, por esse motivo acabam não se encontrando, vi isso como um ponto negativo, pois a comunicação entre esses profissionais era prejudicada, e consequentemente refletia no cuidado prestado ao paciente.

Outra coisa que me chamou atenção era a falta de discussão de casos, pois um mesmo paciente era atendido por diferentes profissionais (fisioterapia, psicologia, enfermagem, médico, etc.) cada profissional registrava sua conduta no prontuário do usuário, mas não existia um momento de troca, de discussão de cuidados entre os profissionais, dividindo assim o usuário “em partes” onde cada profissional cuidava da sua.

Outro fato, não menos intrigante foi a falta de interação da ESF com o PMC, para os profissionais da ESF quando um usuário estava sob os cuidados do PMC esse usuário deixava de ser da responsabilidade da equipe de referência da USF. Não existia um diálogo entre as partes, o usuário só voltava para o atendimento na USF quando recebia alta do PMC, a equipe do PMC tinha o cuidado de fazer a contra referência do usuário de alta do programa e entregar um relatório de alta, com os cuidados prestados ao usuário.

Para minimizar os fatos relatados acima tive algumas estratégias, inicialmente tive uma conversa com a coordenadora do programa, onde referi minhas impressões, e falei da importância da realização de reunião de equipe com todas as categorias profissionais, que esse espaço é bastante potente para estreitamento de relações interpessoais, um momento para educação permanente e matriciamento entre os profissionais da equipe, sem contar que seria o espaço ideal para realização de discussão de casos, para a realização de planos de cuidado multiprofissional e de Projeto Terapêutico Singular. O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário¹¹.

Em relação a ausência de corresponsabilização da USF de referência, foi proposto um diálogo com a coordenadora do Departamento de Atenção Básica do município para dar ciência do comportamento dos profissionais das USF e juntas ver estratégias para conscientizar que o usuário mesmo estando sob os cuidados do PMC continua sendo de competência da USF de referência. Após essas conversas, fizemos um plano de ação para solucionar os nós críticos.

Estratégias utilizadas:

- Plano de ação
- Diálogo com a equipe multiprofissional do PMC para enxergarem a importância das reuniões de equipe
- Capacitação sobre o Programa Melhor em Casa para os profissionais da APS
- Matricialmente sobre PTS

Apesar das situações acima elencadas os profissionais do PMC desse município são bastantes esforçados, o programa vai até o usuário, o relato que eu ouvia dos usuários atendidos era de valorização do trabalho, eles se sentiam acolhidos e bem cuidados. Davam graças a Deus pelo programa pois muitos pacientes moram em áreas rurais, com acesso difícil e mesmo assim os profissionais iam até a casa deles. Tiro como uma vivência rica, e confesso que sai saudosa e orgulhosa de tudo o que vivenciei, que aprendi e pude contribuir para a melhoria da assistência de um programa tão promissor e realmente útil a sociedade.

3. NARRATIVA CRÍTICO REFLEXIVA.

Ao final desse memorial consigo compreender o tal deslocamento que tanto ouvi falar durante a residência, pois um dos argumentos para a escrita deste trabalho era para deixar claro o deslocamento do residente, ou seja: como eu entrei e como estou saindo, posso falar que ser residente é uma experiência única, te faz enxergar novos horizontes, te prepara para o trabalho nesse SUS que apesar de extremamente lindo é tão mal cuidado. Colocarei aqui uma postagem que fiz em uma rede social, creio que a mesma define bem o que este programa fez por mim: - Sou residente deste programa, estou em meu ultimo ano e convido/divulgo para que meus colegas se inscrevam no processo seletivo e assim como eu vivam uma experiência indescritível! Sério! Me tornei uma pessoa melhor, uma enfermeira que vê a importância de ouvir sem julgamentos, de criar vinculo, a importância de acreditar nas crenças e nos medos que meus usuários possuem, a importância da atenção primária, do acolhimento, do acesso e em ser acessível. É nesse momento que paro para pensar que meu ciclo nesse programa está encerrando, mas saio do mesmo, com o coração repleto de gratidão e certa de que ainda aprenderei muito em outros ciclos da vida, afinal, não tem maneira melhor de aprender do que vivendo ativamente o processo!

REFERÊNCIAS

1. Projeto Político Pedagógico 1ª versão, FESFSUS, 2017.
2. SEVERINO AJ. Metodologia do trabalho científico. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2017.
3. Mitre SM, Batista RS, Mendonça JMG, Pinto NMM, Meirelles CAB, Porto CP et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc. saúde coletiva. vol.13. Dec. 2008. [acesso 16 de janeiro de 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018
4. Carvalho ACA, Morais ECLS. Análise das fragilidades da atenção básica enquanto porta de entrada para os serviços de saúde do sus no brasil [trabalho de conclusão de curso]. Aracaju: Universidade Tiradentes; 2015. Disponível em: <http://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/handle/set/973>
5. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Cesse EAP, Brito ESV, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 25 [2]: 635-656, 2015. [acesso 07 de fevereiro de 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312015000200635&script=sci_abstract
6. Brasil. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 set de 2017
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [acesso 17 de janeiro de 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
8. Brasil. PORTARIA Nº 72, DE 11 DE JANEIRO DE 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. 11 janeiro de 2016. [acesso em 28 de fevereiro de 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html
9. Brant LC, Gomez CM. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Vol. 9. 213-223, 2004.[acesso 28 fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2004.v9n1/213-223>
10. Brasil. PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Ministério da Saúde. 25 abril de 2016. [acesso 10 de janeiro de 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto

terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - LINHA DE CUIDADO HIPERTENSOS



LINHA DE CUIDADO DE HIPERTENSÃO NO CONTEXTO DA USF DO PHOC-CAIC

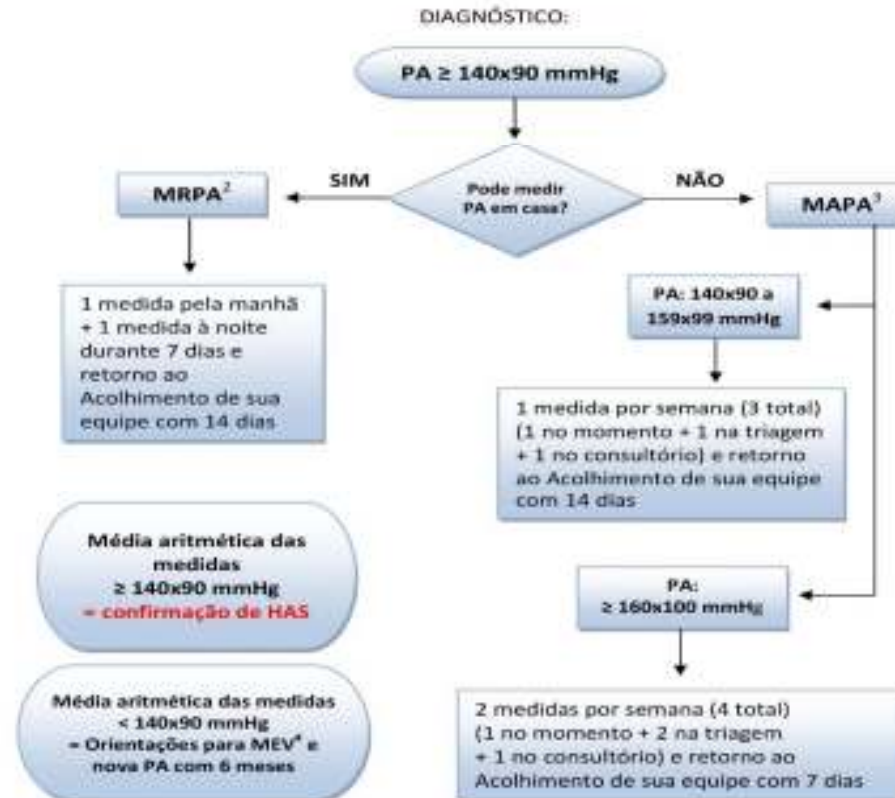
1) RASTREAMENTO DE HIPERTENSÃO

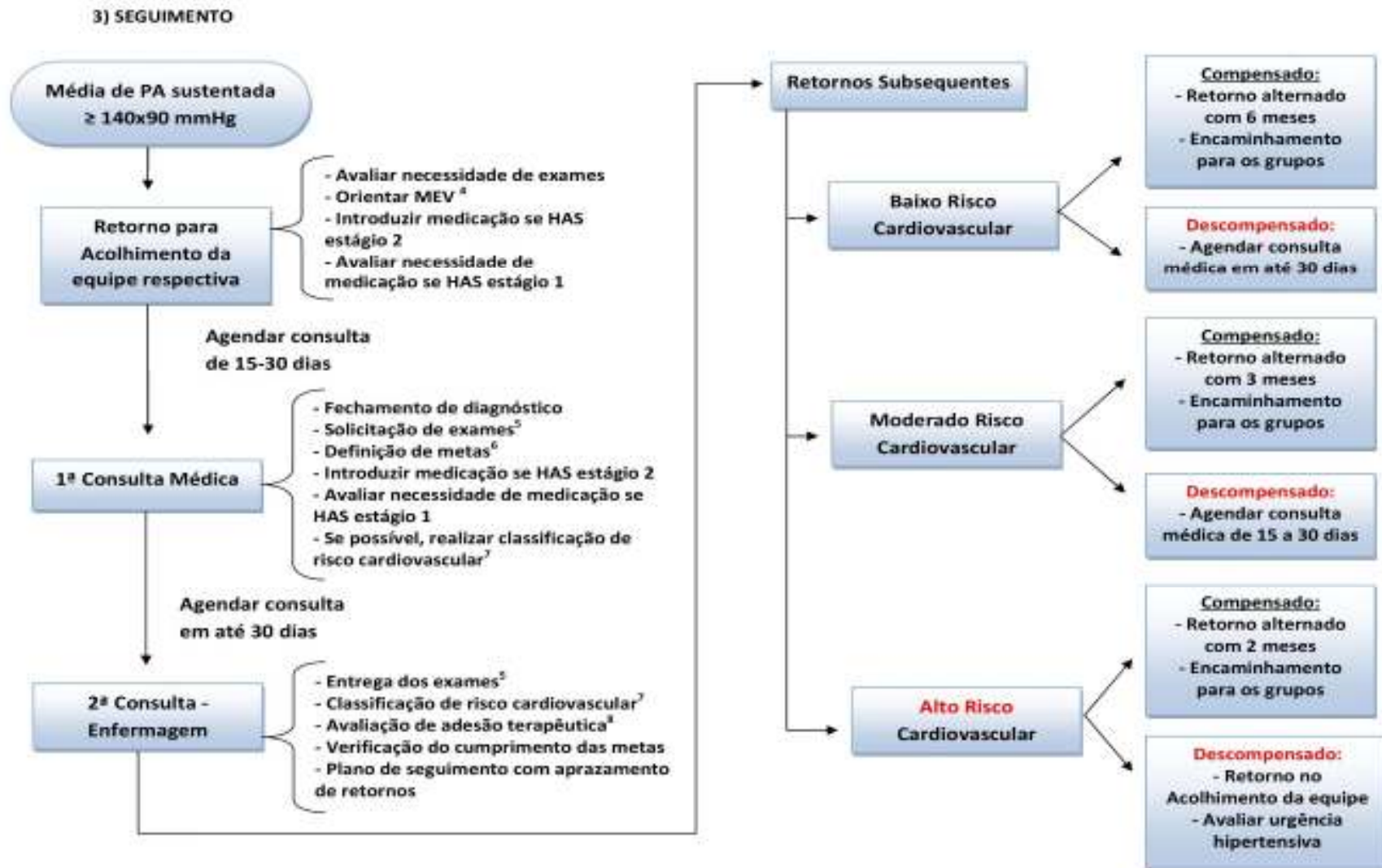


¹ Cefaleia, cervicalgia, tonturas, dispnéia, turvação visual

² MRPA: Medida Residencial de Pressão Arterial

³ MAPA: Medida Ambulatorial de Pressão Arterial





3) SEGUIMENTO

⁴ **MEV: Mudanças de estilo de vida.** Tais como modificações nos hábitos alimentares, prática de atividade física regular e atividades de lazer

⁵ **Rotina complementar mínima de exames para pacientes com HAS:**

- Glicemia de jejum
- Colesterol total, LDL, HDL e triglicérides
- Sumário de urina, creatinina e potássio
- Eletrocardiograma (ECG)

⁶ **Metas para controle pressórico:**

- Pacientes com baixo e moderado risco cardiovascular: PA <140x90 mmHg
- Pacientes com alto risco cardiovascular: PA <130x80 mmHg

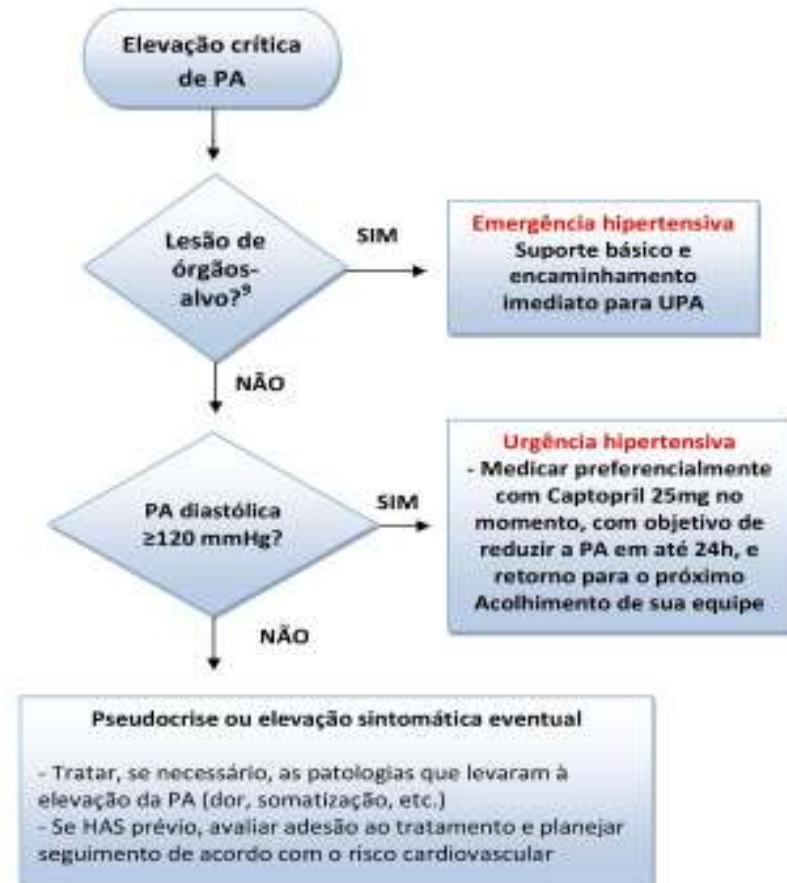
⁷ **Classificação de risco cardiovascular conforme escala de Framingham** (risco de infarto e morte por doença coronariana em 10 anos), que envolve fatores como idade, sexo, colesterol total, HDL, tabagismo e nível de PA

⁸ **Avaliação da adesão terapêutica com escalas:** como o Questionário de Morisky (TMG) e o Questionário de adesão a medicamentos da equipe Qualiaids (QAM-Q)

⁹ **Lesão de órgãos-alvo nas emergências hipertensivas:**

- Edema agudo de pulmão (36,8%)
- Acidente vascular cerebral isquêmico (24%)
- Encefalopatia hipertensiva (16,3%)
- Síndrome coronariana aguda (12%)

4) CRISES HIPERTENSIVAS

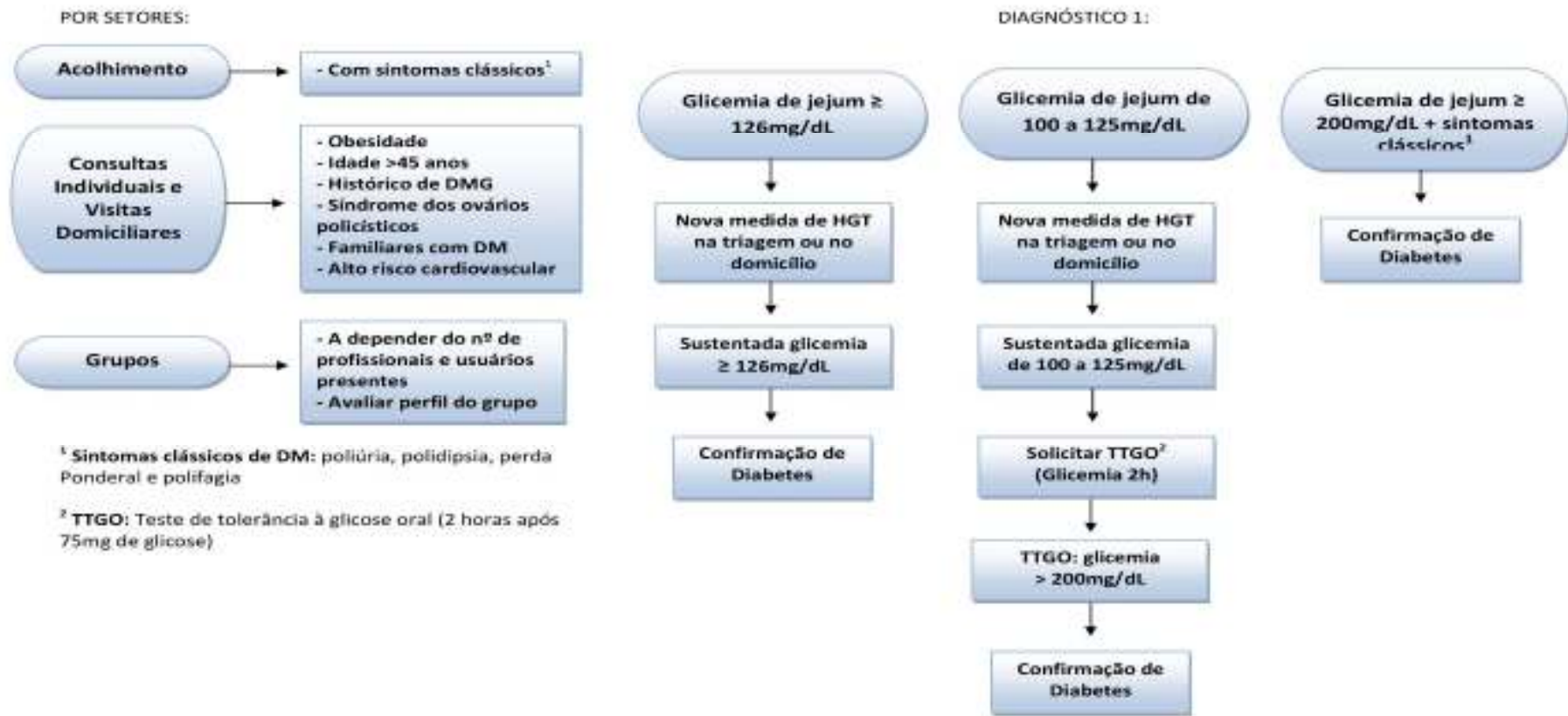


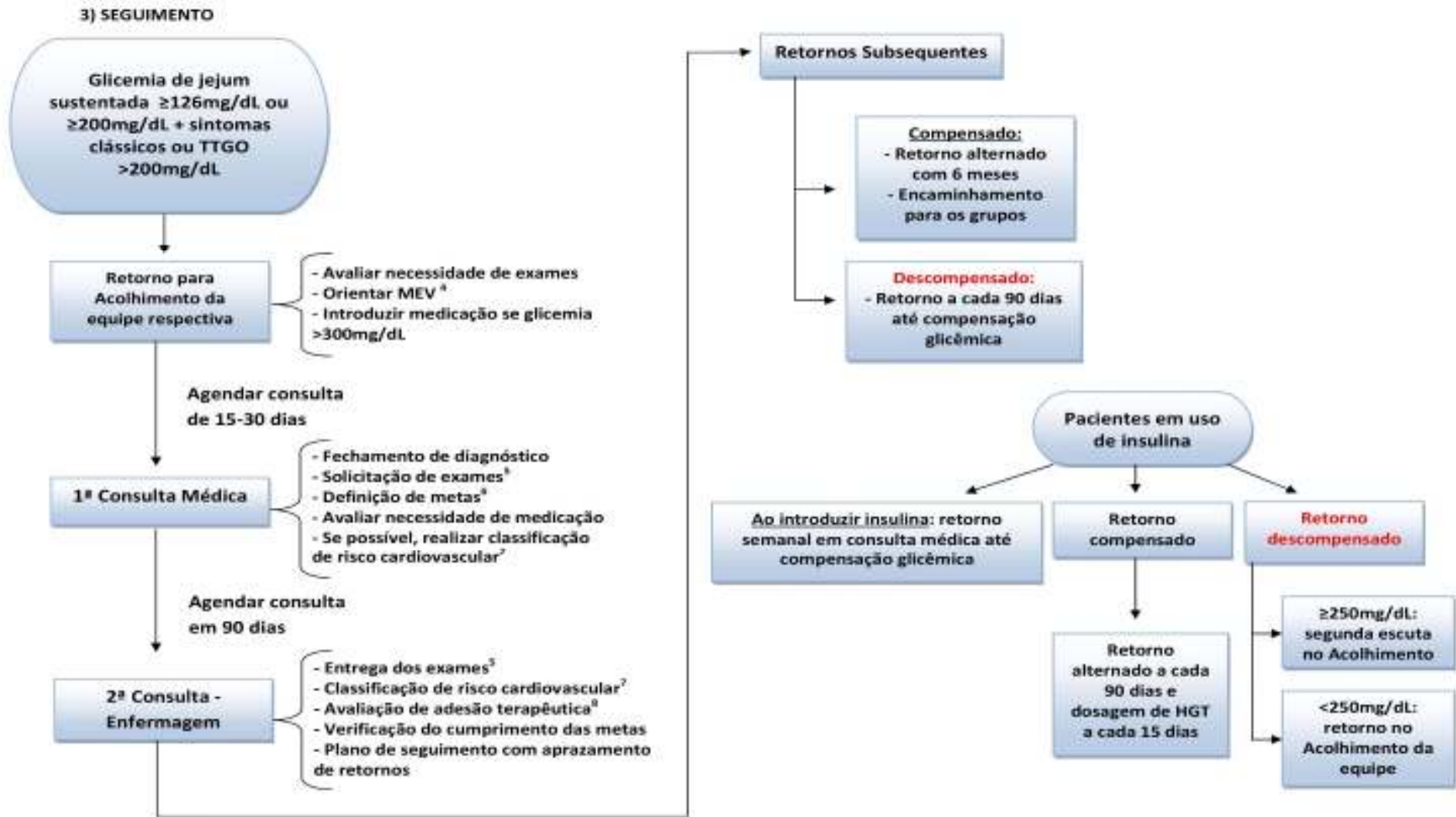
APÊNDICE 2 – LINHA DE CUIDADO DIABETES



LINHA DE CUIDADO DE HIPERDIA NO CONTEXTO DA USF DO PHOC-CAIC

1) RASTREAMENTO DE DIABETES





3) SEGUIMENTO

⁴ **MEV: Mudanças de estilo de vida.** Tais como modificações nos hábitos alimentares, prática de atividade física regular e atividades de lazer

⁵ **Rotina complementar mínima de exames para pacientes com DM:**

- Glicemia de jejum
- Colesterol total, LDL, HDL e triglicérides
- Sumário de urina, creatinina e potássio
- Eletrocardiograma (ECG) se alto risco cardiovascular⁷

⁶ **Metas para controle pressórico:**

- Pacientes com baixo e moderado risco cardiovascular: PA <140x90 mmHg
- Pacientes com alto risco cardiovascular: PA <130x80 mmHg

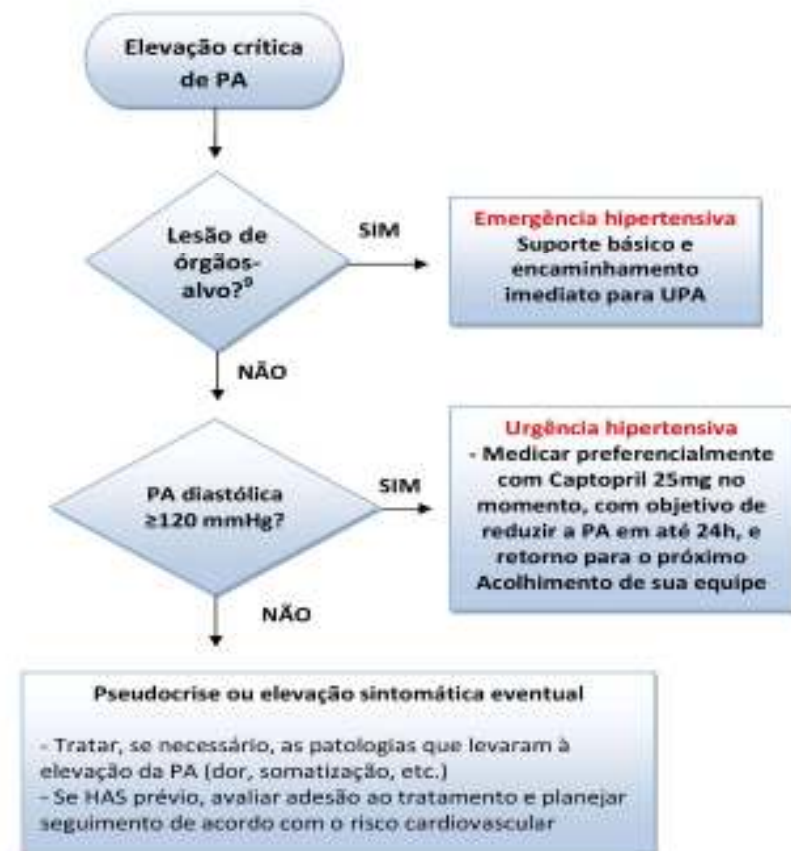
⁷ **Classificação de risco cardiovascular conforme escala de Framingham** (risco de infarto e morte por doença coronariana em 10 anos), que envolve fatores como idade, sexo, colesterol total, HDL, tabagismo e nível de PA

⁸ **Avaliação da adesão terapêutica com escalas:** como o Questionário de Morisky (TMG) e o Questionário de adesão a medicamentos da equipe Qualiaids (QAM-Q)

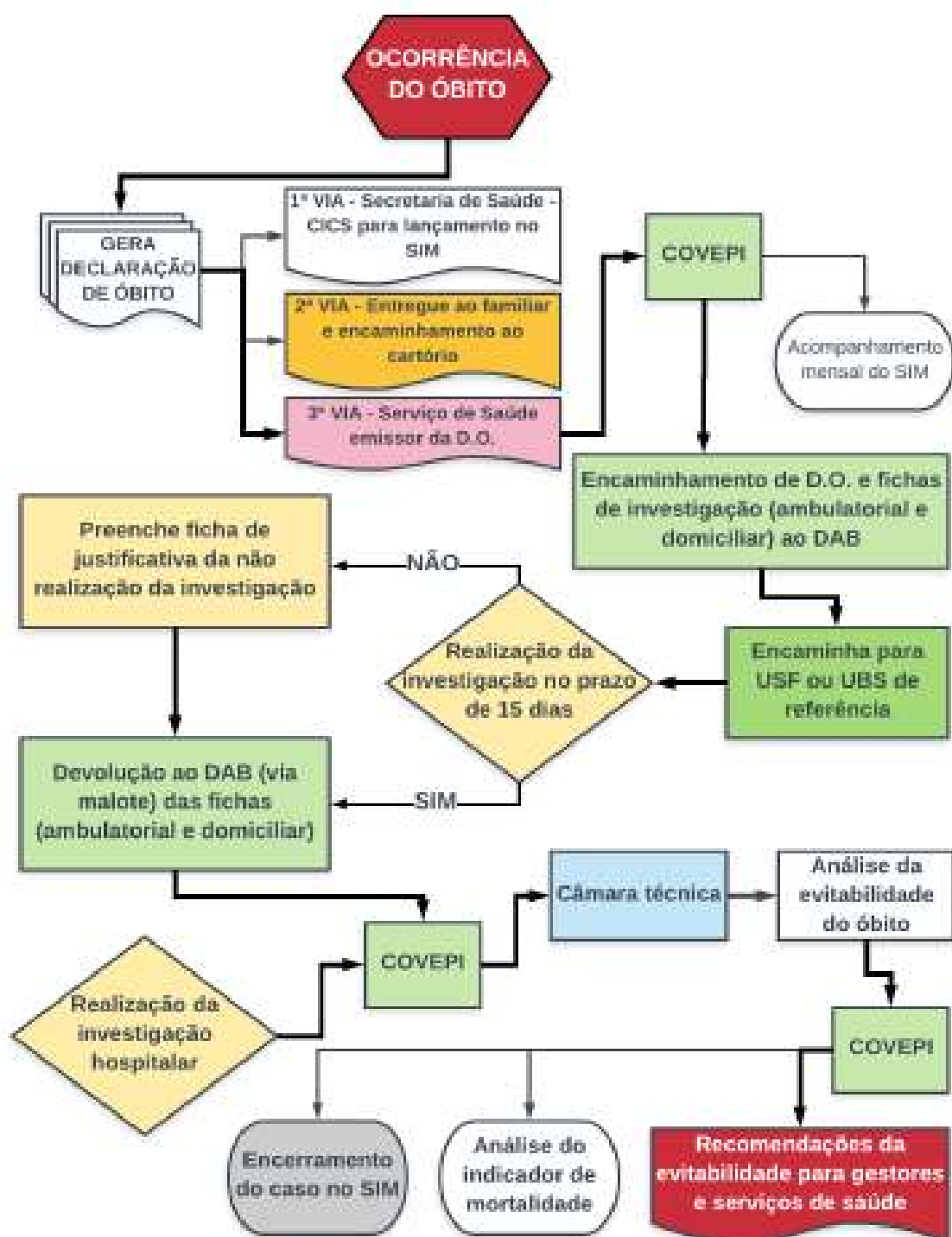
⁹ **Lesão de órgãos-alvo nas emergências hipertensivas:**

- Edema agudo de pulmão (36,8%)
- Acidente vascular cerebral isquêmico (24%)
- Encefalopatia hipertensiva (16,3%)
- Síndrome coronariana aguda (12%)

4) CRISES HIPERTENSIVAS



APÊNDICE 3 – Fluxograma de investigação de óbito infantil e fetal do município de Camaçari



SIGLAS:

CICS – Coordenação de Informação e Comunicação em Saúde;
 COVEPI – Coordenação de Vigilância Epidemiológica;
 D.O. – Declaração de óbito;
 DAB – Diretoria de Atenção Básica;
 SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade;
 UBS – Unidade Básica de Saúde;
 USF – Unidade de Saúde da Família.


SÍMBOLOS:

- início do processo;
- documentos;
- setores/encaminhamentos;
- ações indispensáveis;
- outras ações do setor.

APÊNDICE 4 – Cartilha “Olá, trabalhador e trabalhadora. Como vai sua saúde mental”?

OLÁ, TRABALHADOR E TRABALHADORA!

COMO VAI SUA SAÚDE MENTAL?



The illustration shows a profile of a human head facing right, filled with a textured blue color. Inside the head, several yellow sticky notes are layered, each with a word in black capital letters. The visible words include: 'METAS', 'ANSIEDADE', 'STRESS', 'TRABA', 'COBR', 'HORÁRIO', and 'ANSAÇ'. The background of the entire page is a light blue and purple gradient with soft bokeh effects.

VAMOS CONVERSAR SOBRE ISSO?

Saiba identificar se você está em sofrimento e adoecimento psíquico relacionado ao trabalho

Produção

Ariane Vasconcelos Valdevino

Carla Elisa Santana Soares

Railene Pires Evangelista

Orientação

Juliana dos Santos Lima

Luzineide da Silva Pereira

Ilustração

Gleica Nobre Evangelista

APRESENTAÇÃO

Esta cartilha foi produzida por residentes em saúde da família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF), a partir da vivência no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do município de Camaçari-BA. Tem como objetivo dialogar com o trabalhador sobre o sofrimento e adoecimento psíquico relacionado ao trabalho.

Neste material, você encontrará alguns conceitos sobre a temática de vigilância em saúde do trabalhador, sinais de adoecimento ou agravo relacionado ao trabalho e orientações sobre a assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

SAÚDE x TRABALHO

Você percebe que sua condição de saúde pode estar diretamente relacionada ao seu trabalho?

O conceito de saúde está relacionado a um conjunto de fatores como alimentação, moradia, transporte, lazer e também ao **trabalho**.

O nosso SUS possui uma Lei, que estabelece ações de vigilância epidemiológica e sanitária relacionadas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do trabalhador. (Lei 8080/90).

O trabalho é um importante recurso para a garantia da subsistência, por isso pode ser considerado uma das atividades mais importantes da vida. Mas, a depender das condições de trabalho pode ter um caráter adoecedor.



SE LIGA!

**FIQUE ATENTO AOS
SINAIS DO SEU
CORPO!**

Como saber se você está apresentando adoecimento relacionado ao trabalho?

O corpo pode apresentar alguns sinais que podem estar relacionados ao trabalho; veja alguns destes descritos abaixo:

- ⇒ Insônia;
- ⇒ Sentir a necessidade do uso de alguma droga, como por exemplo, álcool, maconha ou de calmantes para se sentir melhor e mais tranquilo;
- ⇒ Dores generalizadas pelo corpo;
- ⇒ Falta de apetite;
- ⇒ Irritação frequente, forte angústia, ansiedade, tristeza profunda, choro fácil ou sentimentos que você não consegue descrever;
- ⇒ Dificuldade de concentração no seu ambiente de trabalho;
- ⇒ Dificuldade de memória, entre outros.

Observação:

Os sinais destacados podem aparecer por outros motivos, por isso, é necessária uma avaliação com um profissional de saúde para verificar se estão relacionados à sua atividade laboral.

SÍNDROME DE BURNOUT

Sentir-se estressado e sem vontade de ir ao trabalho pode acontecer com qualquer pessoa, porém quando essa sensação está presente quase todos os dias, acompanhada de esgotamento profissional, dores de cabeça, falta de energia, sentimento de fracasso, insegurança e vontade de isolamento, podem ser indícios da Síndrome de Burnout.

É caracterizada como um conjunto de sintomas relacionados à exaustão emocional e física, gerado por estressores relacionados ao trabalho, tornando o dia de trabalho um local de sacrifício.

É muito importante que, ao detectar esses sinais e sintomas, a trabalhadora ou o trabalhador procure um serviço de saúde. O conhecimento e a busca por ajuda é o passo inicial e decisivo para o tratamento dessa síndrome.

Atenção:

Está precisando de apoio emocional e quer conversar? Ligue gratuitamente para o 188; o Centro de Valorização da Vida atenderá a sua ligação com total sigilo.

Caso sinta necessidade, procure um serviço de saúde. Não deixe para depois o que te angustia hoje.

CEREST

Você conhece o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador?

É um serviço do SUS que tem como propósito promover ações de proteção e promoção da saúde, controle de riscos e prevenção de agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Quando procurar?

Sempre que precisar de uma orientação a respeito de acidente de trabalho e/ou suspeita de doença ocupacional.

Mas o que é acidente de trabalho e doença ocupacional?

Para o SUS, os acidentes de trabalho são fenômenos socialmente determinados, previsíveis e preveníveis, dadas as condições de trabalho encontradas na maioria dos ambientes e processos de trabalho em nosso país. Já as doenças ocupacionais são causadas ou adquiridas em decorrência de determinadas condições de trabalho, de exposições à fatores de risco presentes nos ambientes e processos de trabalho, incluídos aqueles relativos à organização do trabalho.

**O CEREST está de portas abertas:
conte pra gente, conte com a gente!**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

 **FESF-SUS**
Fundação Estadual Saúde da Família



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS



CEREST
CENTRO DE REFERÊNCIA
EM SAÚDE DO TRABALHADOR
CAMAÇARI - BA

CAMAÇARI-BA
2018

