

FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA/FESF  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ - BA  
PROGRAMAS INTEGRADOS DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA

FLÁVIA MARTINS REIS

**MEMÓRIAS DE UMA RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA:  
REFLEXÕES SOBRE O PERCURSO DE FORMAÇÃO E SOBRE A  
INSERÇÃO E FORTALECIMENTO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO SUS**

SALVADOR - BA  
2019

**FLÁVIA MARTINS REIS**

**MEMÓRIAS DE UMA RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA:  
REFLEXÕES SOBRE O PERCURSO DE FORMAÇÃO E SOBRE A  
INSERÇÃO E FORTALECIMENTO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO SUS**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA) como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Síntique Priscila Alves Lopes

SALVADOR - BA  
2019

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

UNEB – Universidade do Estado da Bahia  
NASF AB – Núcleo Ampliado a Saúde da Família e Atenção Básica  
SUS – Sistema Único de Saúde  
LEPEAF – Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física e Saúde  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
EqSF – Equipe de Saúde da Família  
USF – Unidade de Saúde da Família  
NUPAFS - Núcleo de Promoção de Atividade Física e Saúde  
FESF – Fundação Estatal de Saúde da Família  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
DAB – Diretoria de Atenção Básica  
SESAB – Secretaria de Saúde da Bahia  
COAD – Coordenação de Apoio Institucional e Desenvolvimento  
COAM – Coordenação de Avaliação e Monitoramento  
COGEP - Coordenação de Gestão e Planejamento  
NASPLAN - Núcleo de Assessoria e Planejamento  
NTS - Núcleo de Telessaúde  
AB – Atenção Básica  
AI – Apoio Institucional  
PPP – Projeto Político Pedagógico  
EP – Educação Permanente  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
GAP – Grupo de Ação e Pesquisa  
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

## **SUMÁRIO**

RESUMO-----	05
INTRODUÇÃO-----	06
QUEM SOU E COMO CHEGUEI AQUI-----	08
O PERSURSO DA RESIDÊNCIA-----	09
OS PRIMEIROS 10 MESES-----	10
RETORNO AS ATIVIDADES APÓS LICENÇA MATERNIDADE-----	13
ESTÁGIO ELETIVO-----	16
ESTAGIO OPTATIVO – LINHA DE CUIDADO SAÚDE MENTAL-----	18
CHEGUEI! AONDE ESTOU?-----	21
REFERÊNCIAS-----	22

## RESUMO

Este trabalho se expressa como produto final de avaliação e contém relato da minha trajetória como professora de educação física membro do Núcleo Ampliado a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e integrante de outros espaços da Rede de Saúde e Gestão nos municípios de Camaçari/BA e Salvador/BA. Experiência esta, a partir da vivência no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família FESF-SUS/FIOCRUZ. Destaca-se que este Programa é integrado ao de Medicina de Família e Comunidade, e tem como objetivo oportunizar uma formação crítico-reflexiva de profissionais da área da saúde para atuação no campo da atenção primária e Redes de Atenção à saúde. Após esse processo de formação, tenho convicção que posso atuar de maneira exímia no cuidado ou na gestão dos serviços de saúde, colocando em prática os princípios do SUS e competências que envolvem núcleo e campo.

**Palavras-chave:** Educação física e treinamento; Internato e residência; ; Atenção Primária à Saúde.

## INTRODUÇÃO

O memorial de formação vem sendo utilizado como método de avaliação, no qual o escritor/narrador descreve as lembranças, memórias, vivências da trajetória de vida pessoal, cultural, acadêmica e profissional, aplicando reflexões sobre sua prática (OLIVEIRA, 2015). Segundo Abrahão (2011), esta rememoração pode retratar fatos de forma escrita e/ou oral, com a intencionalidade de clarificar e ressignificar aspectos, dimensões e momentos da própria formação.

Diante do potencial reflexivo desta modalidade de manuscrito, este trabalho se expressa como produto final de avaliação e contém relato da minha trajetória como membro do Núcleo Ampliado a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e integrante de outros espaços da Rede de Saúde e Gestão nos municípios de Camaçari/BA e Salvador/BA, a partir da vivência no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS/FIOCRUZ.

O Programa de Residência Multiprofissional é integrado ao de Medicina de Família e Comunidade, e tem como objetivo oportunizar uma formação crítico-reflexiva de profissionais da área da saúde para atuarem no campo da atenção primária e Redes de Atenção à saúde, assegurando os princípios do SUS e das políticas nacional e estadual da atenção básica (Projeto Político Pedagógico FESF-SUS/FIOCRUZ, 2018).

Nos últimos anos, os programas de residência multiprofissional têm se expandido e tem sido uma forma de qualificar os profissionais para atuarem de forma mais eficaz na Atenção Básica. Como um tipo de especialização, são orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais e abrangem várias profissões da área da saúde (RESOLUÇÃO CNRMS nº 2 de 2012).

Dentre os núcleos de saberes que compõem o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS/FIOCRUZ, gostaria de dar destaque ao de educação física. Visto que, além de ser meu núcleo de formação, tem relevante atuação na Atenção Básica devido à possibilidade de contribuição na prevenção de doenças e promoção da saúde através do incentivo ao empoderamento dos usuários para as práticas saudáveis. A partir disto, apresenta papel precípuo ao vislumbrarmos que a inatividade física e obesidade são problemas de grande ameaça ao equilíbrio corporal.

A consolidação da educação física como profissão da saúde inserida na Atenção Básica ocorreu quando o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o intuito de ampliar a

abrangência, a resolubilidade, a territorialização, a regionalização e a ampliação das ações da Atenção Básica no cuidado em saúde. (BRASIL, 2010)

Contudo, ainda se faz necessário pensar o fazer do profissional de educação física de forma a ampliar sua intervenção. Segundo expõe Ferreira *et al* (2016) as peculiaridades deste fazer devem responder às exigências do campo de trabalho, e para tal é fundamental a criação de novas relações de compromisso e cooperação entre instituições de ensino superior, Ministério da Saúde e Educação a fim de efetivar a inserção deste profissional na integralidade em saúde.

Talvez esse sentimento que trago, seja um reflexo da formação tradicional na graduação (apesar de ter tido uma boa aproximação com a saúde pública durante este período, a qual irei relatar posteriormente). Formação esta, que permeia o distanciamento entre os princípios que fundamentam a atuação dos profissionais de saúde na AB e os conteúdos que servem como base para a formação em educação física.

Ademais, percebo pouco investimento dos cursos de graduação e até mesmo de gestores da saúde para que estes profissionais passem a ocupar espaços na Atenção Básica. Entre as hipóteses levantadas em seu estudo, Coutinho (2011) relata a falta de conscientização por parte dos gestores da saúde sobre o fazer desta categoria profissional. No Estado da Bahia, dentre tantos programas de residência em saúde, apenas dois Programas de Residência ofertam vagas para profissionais de educação física, um número reduzido quando comparado a outros núcleos da área da saúde.

Acredito que todo este processo de escrita desse memorial, me levou a revisitar lembranças da trajetória e pôde me trazer um novo ânimo. Neste sentido, concordo com a síntese de Oliveira (2015) a qual coloca que a escrita tem um papel de aprendizagem e produção de conhecimentos, potencial de gerar transformações em um processo de novas significações e reflexões.

Lá vamos nós!

## QUEM SOU E COMO CHEGUEI AQUI

Começo esse relato trazendo um pouco da minha história: Sou Professora de Educação Física de formação, a primeira dos três filhos do casal Ulbino e Celina. Nasci e fui criada na pequena cidade de Candiba, no interior da Bahia. Tive uma infância feliz, ao lado de meus pais, irmãos, avós, tios, tias, primos e amigos, apesar de todas as dificuldades que passávamos. Ao longo desta trajetória, aprendi desde cedo a batalhar por condições melhores de vida assim como muitos brasileiros de origem humilde.

Minha formação desde o ensino primário até a Pós-Graduação partiu de instituições públicas de ensino. Em 2004 após a conclusão do ensino médio, não consegui ser aprovada no vestibular e então comecei a trabalhar em um supermercado da cidade. Nos anos seguintes não me encorajei a prestar outro vestibular, até que no final do ano de 2008 fui aprovada no curso de Educação Física da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Campus de Guanambi-Bahia, vizinha a minha cidade de origem. O sonho de um futuro melhor com outras perspectivas se iniciou ali. A escolha do curso foi feita a partir das opções que o Campus da UNEB disponibilizava, doravante ao longo do processo as coisas foram se encaixando e a identificação com o curso foi surgindo. Em 2010, não consegui mais conciliar as aulas diurnas com o trabalho e então tive que deixar o emprego. Contudo, identifiquei como algo positivo pois assim pude ter mais tempo para me dedicar ao curso e tive a oportunidade de ser bolsista de Projetos de Extensão e Iniciação Científica.

No período em que fui bolsista de Projetos de Extensão, pude me vincular a Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física e Saúde (LEPEAF), e isso me permitiu aproximação quanto à inclusão da Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do Núcleo Ampliado a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB). Ademais, como parte das atividades extensionistas, participava do Curso de Formação para Agentes de Atividade Física, atuando no Grupo Ação e Saúde Guanambi e na Estratégia Saúde da Família (ESF). O projeto recebia incentivo da prefeitura municipal da cidade e recurso financeiro do Ministério da Saúde através do Núcleo de Promoção de Atividade Física e Saúde (NUPAFS) com graduandos dos cursos de Enfermagem e Educação Física da UNEB do 3º ao 9º semestre. Estes desempenhavam a função de monitores em dez Unidades de Saúde da Família, em cada unidade havia um enfermeiro e dois professores de Educação Física, que eram escolhidos de forma aleatória.

Ainda na graduação, soube através de uma amiga egressa da UNEB, que existia uma Residência Multiprofissional com vagas para professores de Educação Física desempenhando suas atividades no município de Salvador. Na época, ela era residente

em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde Mental, vale ressaltar que até então esse era o único programa no estado da Bahia que ofertava vagas para nossa categoria. A partir daí comecei a alimentar o sonho de ingressar em uma residência após o término da graduação. No início de 2014 fiz a prova, mas ainda não era o meu momento, não consegui ser aprovada.

Em março de 2014, quando fui morar em Salvador acompanhando meu esposo que havia acabado de assumir uma função na sede da instituição a qual trabalha, recebo a informação que a UNEB de Guanambi através da Linha de Pesquisa a qual fui membro durante a graduação, tinha publicado um edital para o Curso de Especialização em Atividade Física, Saúde e Sociedade. Fui aprovada na seleção e durante dois anos fiquei entre Salvador e Guanambi para cursar as aulas da Especialização que ocorriam mensalmente, nos fins de semana.

Assim, o sonho de cursar uma Residência ficou adormecido, até que no início do ano de 2016, prestes a concluir a Especialização na UNEB, soube da seleção para Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS/FIOCRUZ. Mesmo antes de fazer a prova, eu sentia que aquele era o meu momento, enfim, me tornei residente em Saúde da Família.

Hoje, aos 31 anos de idade, busco a finalização do curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade de Residência Multiprofissional, ao tempo que tento conciliar os papéis de profissional, estudante, esposa e mãe da minha pequena Maitê!

## **O PERSURSO DA RESIDÊNCIA**

Em março de 2016 dei início à minha formação na residência. Durante as duas primeiras semanas, fomos acolhidos pelos residentes do segundo ano (R2) e por membros do corpo pedagógico. Nesses dias, tivemos a oportunidade de nos conhecer, vivenciar momentos de aproximação e transparecer ansiedade para saber em qual Unidade de Saúde ficaríamos no período. Ademais, realizamos discussões sobre as temáticas que permeiam o fazer da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família, assim como pudemos conhecer também outros espaços da Rede da Saúde do município de Camaçari, que serão melhor explicitados posteriormente.

Foram dias bem intensos e a todo momento me questionava se iria dar conta daquilo tudo que estava chegando, pois apesar de já ter tido uma aproximação com o trabalho do NASF e com a Saúde da Família durante a graduação, todo “novo” é desafiador.

Quando chegamos em Camaçari os servidores municipais da área da saúde haviam iniciado uma greve no município e por isso o período de transição dos R2 para nós se tornou bem difícil. Relato isto, porque nem todos os trabalhadores compreendiam a mudança que iria ocorrer visto que, para eles foi bem difícil aceitar que há um ano boa parte dos trabalhadores de suas unidades (enfermeiros, médicos, dentistas e NASF) tinham sido substituídos por residentes e que após essa substituição e adaptação, haveria nova entrada de profissionais. A greve durou alguns dias e nesse período as unidades não tinham todos os serviços em pleno funcionamento, e por isso às vezes aconteciam alguns conflitos com os usuários, que na maioria das vezes não entendiam as reivindicações dos trabalhadores municipais.

Na divisão dos residentes fui alocada no NASF 3, que atuava nas Unidades de Saúde de Piaçaveira e Parque das Mangabas. No início era bem complicado entender a questão da preceptoria, do apoio de núcleo, do apoio de campo, das rodas noturnas de núcleo e de campo e que as semanas eram divididas entre A e B. Enfim, questões organizacionais do programa que também contribuíam para atrapalhar um pouco o “juízo” dos recém-chegados residentes.

Pretendo aqui trazer um pouco da minha trajetória de formação como residente em Saúde da Família e para isso optei por subdividir os tópicos deste relato por períodos. Desta forma, acredito que trarei mais detalhes das vivências ao tempo que poderei refletir sobre tudo que registrar.

## **OS PRIMEIROS 10 MESES**

Optei por este título para descrever o período que trarei nas próximas entrelinhas, tendo em vista a interrupção do transcorrer do curso após os primeiros 10 meses. Em junho de 2016, três meses após o início das atividades da residência veio a notícia da minha gravidez. Foi um momento de grande ansiedade, não só pelo fato desta questão particular e surpreendente, mas por tudo de novo que estava acontecendo e a expectativa que estava com relação a residência.

Encontrava-me no primeiro ano de formação e como mencionei anteriormente era tudo muito novo, nossa equipe de NASF era composta por nove profissionais dos núcleos de Educação Física, Fisioterapia e Nutrição, sendo três residentes R2 e por isso era um bom número de profissionais, quando comparado à realidade de outros NASF atuantes no município. Aos poucos fomos aprendendo com os R2 o processo de trabalho do NASF, visto que naquele período faziam iniciação a preceptoria. À contento, fomos discutindo e adaptando os fluxos, as agendas em comum, os dias para os atendimentos compartilhados, o planejamento das reuniões de acordo à nova realidade e a agenda dos demais profissionais da equipe mínima.

Estávamos todos ansiosos para viver essa experiência e mergulhamos nas discussões sobre as diretrizes do NASF, sobre o nosso papel enquanto apoiadores... E durante este mergulho cheguei em um conflito: Qual seria esse lugar? Ou “não lugar”? A partir dele pude entender que o NASF-AB integra a Atenção Básica e que é norteado por seus princípios e diretrizes. Ademais, intervém nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica, e que ao mesmo tempo possuía dois “públicos-alvo”: as equipes de Saúde da Família e os usuários. Desta forma, o NASF atua a partir das demandas e necessidades identificadas a cada momento na vivência das equipes, na análise dos problemas e na elaboração conjunta de propostas de intervenção. Neste interim, colabora diretamente na realização de ações clínicas individuais e/ou coletivas junto aos usuários. (BRASIL, 2014)

Uma grande dificuldade enquanto profissional atuante no NASF-AB, se refere à compreensão que os demais profissionais da AB têm em relação ao papel deste núcleo. Muitas vezes éramos julgados como os que não faziam nada, mesmo compartilhando e apoiando as equipes. Era bem complicado compreender que aquela nutricionista, fisioterapeuta ou profissional de educação física não estariam ali na unidade realizando atendimentos individuais todos os dias, tal como os demais profissionais da equipe mínima. Essa foi uma de nossas lutas: Defender a bandeira do NASF enquanto uma equipe multiprofissional que devia atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família ao compartilhar práticas e saberes em saúde (BRASIL, 2014).

Mas, e o Apoio Matricial? Nossa, esse era fácil “no papel” pois tínhamos a compreensão de que o fazíamos a todo momento. Contudo, ao mesmo tempo, parecia que deveria ser algo orquestrado e devidamente planejado. Em alguns momentos sim, mas na maioria das vezes acontecia naturalmente durante atendimento dos usuários no acolhimento, interconsultas, consultas compartilhadas, visitas domiciliares, acompanhamento de grupos educativos, realização de oficinas, durante conversas informais sobre algum caso com

integrantes da equipe mínima. Enfim, percebi que se tratava de uma via de mão dupla, pois também éramos matriciados.

Entre as ferramentas das quais os profissionais do NASF-AB podem utilizar para colocar o apoio matricial em prática é o trabalho com os grupos (algo que muito me agrada). Na Unidade de Saúde da Família do Parque das Mangabas desenvolvíamos o grupo “Arte de Viver”, um grupo aberto de convivência que já existia na unidade e foi abraçado também pelos residentes. Nesse grupo existe o vínculo entre profissionais e usuários, acolhimento, escuta, apoio, suporte e espaço de reflexão para todos os envolvidos. Tem como objetivo, estimular a produção do cuidado a partir da educação em saúde e práticas corporais.

Ao longo desses três anos de existência, o grupo que é composto por mulheres, vem se reinventando e se fortalecendo. As participantes entendem a potencialidade dele e sempre estão em diálogo com os profissionais, até mesmo para a escolha dos temas trabalhados, proposta de atividades a serem realizadas e contribuições de melhoria. Para o território de Mangabas, esse grupo é muito importante pois, além da unidade estar localizada em um bairro distante do centro da cidade, não possui muitas ofertas de cuidado para a população.

Durante esse período inicial da minha formação na residência entrei em um confronto interno sobre o fazer da Educação Física na Atenção Básica. Na verdade, isso sempre esteve muito claro ao longo de minha formação na graduação, até mesmo pelas experiências que pude vivenciar, mas na residência precisava de algo mais. Necessidade esta, percebida também pelos demais colegas da mesma categoria. Até porque, parecia que as demais profissões inseridas no NASF-AB possuíam um papel bem definido e por isso eram mais demandadas pelas equipes de saúde da Família. Neste sentido, enquanto núcleo de educação física, decidimos que nos encontraríamos um turno a cada mês para pensar em uma proposta que pudesse fortalecer a Educação Física no NASF-AB e na ESF. Desta forma, surgiu o projeto Camaçari em Movimento com o objetivo de ofertar a população atividades físicas e orientação. Na sua primeira edição, o projeto contou com apoio da coordenação da residência e também dos residentes do NASF AB e das equipes de Saúde da Família, que participaram conosco no dia da execução do projeto. Ficamos satisfeitos com a repercussão dentro do município e também com a boa avaliação feita pelos participantes.

Posterior à execução do projeto, exatamente 10 meses após o início das atividades da residência, tive que interromper o curso pois estava prestes a entrar de licença maternidade. Foi um momento delicado e difícil. Fiquei com aquela sensação de que quando as coisas

havam começado a “engrenar” e alguns projetos que iriam contribuir muito para meu aprendizado estavam sendo estruturados, tive que sair de cenário. Neste turbilhão de sentimentos, encerrei o primeiro ciclo enquanto residente. Mal sabia eu que iniciaria o mais desafiador ciclo de toda a vida, ser mãe!

## **RETORNO AS ATIVIDADES APÓS LICENÇA MATERNIDADE**

Após seis meses afastada das atividades da residência, por meio da licença maternidade...Estava de volta! Faltava apenas dois meses para concluir o primeiro ano de residência e enfim passar para o desenho do segundo ano através dos estágios nas Redes de Atenção à Saúde e Gestão, além do período referente ao eletivo. Quando retornei, me deparei com um cenário completamente diferente do que havia deixado antes da licença. A turma subsequente a minha havia assumido, e na ocasião houve um índice de desistência muito alto entre os aprovados. Diante disto, a realidade para o NASF-AB era de apenas três profissionais em atuação, bem distante da realidade anterior a qual contávamos com nove profissionais.

Foi um período bem difícil para as três equipes de NASF-AB da residência, que pelo número reduzido de profissionais, conformaram-se em apenas duas. No caso da minha, passamos a acompanhar mais uma EqSF. Ou seja, número muito reduzido de profissionais para apoiar mais equipes. Além disso, ainda estávamos sem preceptor e sem apoiador de núcleo, situação esta que permaneceu um longo período. Vale ressaltar que tal cenário destoava do modelo defendido e proposto pelo programa de residência FESF-SUS/FIOCRUZ:

O trabalho exercitado tanto no campo de prática como no desenvolvimento dos processos educativos deverão ser mediados por preceptores e apoiadores pedagógicos que atuam no campo comum em que os residentes estão inseridos. (PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO FESF-SUS/FIOCRUZ, 2018)

No que se refere ao papel do preceptor no cenário de prática da residência da FESF-SUS/FIOCRUZ, este projeto aponta que os mesmos:

Devem apoiar o desenvolvimento tanto de competências dos residentes que são específicas de cada categoria (de núcleo) como as que são comuns a todos os trabalhadores da equipe de saúde da família/ NASF/ Apoio Institucional (de campo). Devem trabalhar, in loco, todas as dimensões da produção do cuidado (aspectos técnicos, afetivos, políticos, sociais etc.), relacionadas à prática profissional cotidiana, específicas do cuidado nuclear da categoria, bem como aspectos do cuidado que são compartilhados pelo conjunto de profissionais. As competências de campo a serem desenvolvidas, além da área do cuidado, envolvem as áreas de gestão,

educação e participação social” (PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO FESF-SUS/FIOCRUZ, 2018).

Ademais, é importante salientar, que a figura do apoiador pedagógico de núcleo é responsável pelo apoio técnico-pedagógico aos residentes e preceptores da sua mesma categoria profissional. Optei por trazer aqui essas definições para destacar o papel fundamental que esses atores têm para o bom andamento das ações, bem como o importante papel no processo de formação dos residentes.

Não preciso dizer que foi um período bem difícil, pois além de desempenharmos o trabalho com um número reduzido de profissionais, tivemos que lidar com a ausência do apoio pedagógico de núcleo e de do campo NASF, e atrelado a isto, havia uma grande demanda de trabalho. Entretanto, esse foi o período que mais aprendi que pude vivenciar várias outras atividades, desenvolver ações e projetos que nos primeiros meses da residência não havia conseguido tocar.

Acredito que esse processo e essas descobertas dialogam com o que o Projeto Político Pedagógico do programa de residência FESF-SUS/FIOCRUZ aponta quando nos traz que o aprendizado é promovido pelas situações concretas do trabalho. Valendo-se do encontro entre os diversos atores do cotidiano dos serviços e se expressa como principal dispositivo para o desenvolvimento do processo de aprendizagem. (PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO FESF-SUS/FIOCRUZ, 2018)

Na primeira semana após o meu retorno, participei da Conferência Municipal de Saúde de Camaçari. Naquele momento, pude ter a noção do quão potente era aquele espaço, tendo em vista que o conhecia apenas na teoria. Entendi que os principais locais para o exercício da participação e controle social, são os conselhos e as conferências de saúde. Conforme trazido no Manual do Ministério da Saúde sobre Controle Social (2013), a população por meio dos Conselhos, pode exercer o controle social participando do planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações e aplicações financeiras realizadas, além de verificar o cumprimento das leis. Atrelado a isto, as conferências podem propor o levantamento dos problemas coletivos de saúde e elaborar diretrizes para solucioná-los.

Tive ainda a oportunidade de participar de reuniões de comunidade na USF do PHOC III, espaço que infelizmente possuía pouca participação da comunidade. Contudo, os presentes buscavam melhorias para aquela população residente do bairro. Cabe ressaltar que os trabalhadores apoiavam esses encontros e havia um grande estímulo para a

manutenção destas reuniões. Entendo este espaço como importante para os avanços necessários não só para a unidade de saúde, mas para trazer benefícios para a comunidade.

Outra questão marcante foi a implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) nas escolas de referência das unidades nas quais atuava. Vale ressaltar que o programa foi instituído em 2007, através do Decreto Nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007 e representa uma política intersetorial da Saúde e da Educação com ações de prevenção, promoção e atenção à saúde voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública, a fim de promover saúde e educação de forma integral tendo como base a articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde (BRASIL, 2007).

As ações do PSE foram desenvolvidas em quatro escolas da rede pública de ensino, localizadas nos bairros do PHOC III, Parque das Mangabas e Piaçaveira. A equipe do NASF-AB se mobilizou durante o planejamento e execução das ações, sendo eminente o diálogo entre as escolas e as equipes mínimas com vistas ao bom andamento das atividades.

Pelo fato da equipe de NASF em que estava inserida, possuir apenas dois profissionais de categorias diferentes, uma professora de educação física e uma nutricionista, houve a necessidade de reorganização das referências das EqSF. Para isso, criamos estratégias para dar conta da grande demanda. Uma delas foi intensificar os atendimentos compartilhados, enxergando o grande potencial dessa ferramenta, além dos atendimentos coletivos dos núcleos de educação física e nutrição. Criamos outros mecanismos de acionamento do NASF por parte da equipe mínima, uma delas foi a ideia do caderno de casos. Entre as questões que o solicitante teria que descrever, seria um breve relato sobre o contexto do paciente e a necessidade requerida. A partir disso e breve análise do prontuário, elaborávamos a proposta e levávamos para a equipe mínima. Identificamos a partir desta ferramenta, que a maioria dos casos poderiam ser resolvidos pelos profissionais da EqSF e então começamos a viabilizar momentos de educação permanente (EP) com as temáticas mais comuns que transpassavam os casos relatados. Vale ressaltar que estes momentos foram muito relevantes, principalmente para os agentes comunitários de saúde (ACS) que muitas vezes tinham dúvidas com relação a determinados temas.

Nesse período houve também um aumento das atividades com grupos. Desta forma, passamos a dar um suporte maior conduzindo em alguns momentos, e em outros dando suporte e apoio aos profissionais da equipe mínima com planejamento e execução das ações.

Um item que não poderia deixar de pontuar nesse relato, e acredito ser um ponto muito positivo dessa residência, foi a volta da oferta do Grupo Diversidade (GD). Nos GD os participantes eram distribuídos de maneira diversificada, com relação ao perfil e a lotação de atuação, o que possibilitou uma grande troca de experiências e diferentes perspectivas sobre a prática. Os encontros aconteciam mensalmente e eram discutidos situações-problemas fictícias ou casos concretos que se relacionavam com o cotidiano do trabalho, tanto dos R2 que estavam nos estágios, quanto dos R1 que estavam atuando no cuidado assistencial.

Os temas abordados nos GD estavam previstos no PPP e complementam as abordagens já realizadas por preceptores e apoiadores pedagógicos no cotidiano dos serviços, turnos pedagógicos e rodas. O planejamento dos encontros, envolve momentos presenciais e atividades realizadas à distância, estimulando a identificação de problemas, formulação de explicações, elaboração de questões de aprendizagem, busca de novas informações, construção de novos significados e no final de cada encontro, avaliação do processo (PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO FESF-SUS/FIOCRUZ, 2018).

## **ESTÁGIO ELETIVO**

O estágio na Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DAB/SESAB) foi a melhor opção que poderia ter feito em toda a trajetória na Residência, tendo em vista o aprendizado construído no final do percurso. Conhecer como é o processo de trabalho dos trabalhadores da DAB, do apoio institucional e da gestão do apoio institucional de maneira mais direta, me permitiu um grande amadurecimento profissional.

O desejo em fazer o estágio eletivo na DAB surgiu pelo interesse em compreender o funcionamento da gestão estadual da Saúde, bem como a relação de apoio que o estado estabelece com os municípios baianos e como se dá essa relação para a qualificação da Atenção Básica. Estabelecido isto, pude obter contribuições para o meu processo de aprendizado e conseqüentemente para minha qualificação profissional em consonância com as necessidades do SUS.

Levando em consideração esses objetivos, durante o período que estive na DAB acompanhei de forma mais direta o processo de trabalho da Coordenação do Apoio Institucional e Desenvolvimento (COAD) da DAB, diferente dos demais residentes que geralmente compõe uma equipe de apoio institucional de determinada macrorregião de saúde.

Nos primeiros dias dessa vivência me apresentaram o “Funcionograma” da DAB, denominado assim pelo fato de ter o seu processo de trabalho conforme o modelo da cogestão. A DAB é composta por cinco coordenações, sendo elas: a Coordenação do Apoio Institucional e Desenvolvimento (COAD), Coordenação de Avaliação e Monitoramento (COAM), Coordenação de Gestão e Planejamento (COGEP), o Núcleo de Assessoria e Planejamento (NASPLAN) e o Núcleo de Telessaúde (NTS), interligadas pelas Unidades de Produção (UP) que são as frentes de ação que correspondem ao planejamento 2015-2019 da DAB.

Esta diretoria, tem seu processo de trabalho pautado no modelo de gestão participativa e colegiada e vem ofertando aos municípios o Apoio Institucional como metodologia de gestão, bem como estimulando às gestões municipais para adoção do método como estratégia para qualificar as equipes de Atenção Básica dos municípios. Assim a DAB apoia a Gestão Municipal, a Gestão Regional e Trabalhadores da AB. Possui nove equipes de Apoio Institucional (AI), que são divididas seguindo a lógica dos territórios baianos por macrorregiões de saúde: norte, sul, leste, oeste, centro norte, centro leste, extremo sul, sudoeste e nordeste e essas equipes acompanham os processos de gestão regional e municipal da atenção Básica. (BAHIA, 2017)

As equipes de AI realizam reuniões mensais e planejam as ações que serão desenvolvidas no território durante um período, como por exemplo: os Colegiados de Coordenadores de Atenção Básica (COCAB) realizados em cada microrregião de saúde, visitas aos municípios prioritários, os encontros macrorregionais, entre outras ações. Os apoiadores viajam para todas as regiões de saúde e têm sua programação alinhada com os Núcleos Regionais de Saúde (NRS) e Bases regionais de Saúde (BRS). Além de participarem de reuniões, planejamento das ações a serem desenvolvidas no território, elaboração de relatórios, participação nas rodas de Educação Permanente, entre outras atividades.

Os coordenadores da COAD têm a função de prestar todo o suporte necessário aos apoiadores institucionais, atrelado às várias tarefas administrativas e gerenciais como acompanhamento de frequência, banco de horas, férias, acolhimento de novos trabalhadores e residentes. Além disso, elaboram cronogramas de atividades, material de apoio, planilhas de acompanhamento das ações, organizam reuniões com os apoiadores, realizam atividades de Educação Permanente e ainda fazem representações da Diretoria em eventos e aulas a convite das universidades. Concomitantemente, respondem a processos e demandas da ouvidoria do Estado.

Outra atividade realizada pelos coordenadores e que considero ser relevante para o bom desenvolvimento das ações realizadas, são as reuniões de acompanhamento e avaliação das equipes de AI, que acontecem bimestralmente em cada equipe. Neste espaço os apoiadores fazem as devolutivas das ações desenvolvidas no território, relatam quais os desafios que encontraram, além de ser um momento para planejamento e avaliação mensal da equipe junto a coordenação. Além disso, é uma oportunidade em que os apoiadores também demandam da coordenação e firmam compromissos e metas a serem alcançadas.

Ao longo desses meses na DAB, tive a oportunidade de participar de alguns eventos como: O Fórum Social Mundial, Encontro de Prefeitos, Encontro com as Bases e Núcleos Regionais de Saúde e Encontro Estadual da Atenção Básica do Estado da Bahia. Foram todos momentos muito ricos e que agregaram conhecimento ao longo desta trajetória. Pude ainda planejar reuniões para os trabalhadores da COAD, sessões de Educação Permanente, participei ainda de algumas web reuniões e também da assembleia de trabalhadores da DAB.

Como mencionei no início deste relato, passar esse período na DAB foi, sem dúvidas, o que de melhor poderia ter acontecido em minha trajetória na residência. Foi possível perceber que coordenar equipes é algo muito complexo, somado ainda ao fato de ser um modelo de trabalho pautado na cogestão, na gestão participativa e na relação horizontal. Ou seja, a todo momento deve estar havendo o diálogo e a escuta dos trabalhadores, tudo é decidido e planejado de forma conjunta. O que presenciei no espaço DAB foi a postura sempre acolhedora dos coordenadores para com as demandas dos trabalhadores, procurando dar subsídios para o desempenho das ações do apoio institucional.

Além disso, pode-se perceber a semelhança entre a função da Coordenação do Apoio Institucional com a da Coordenação da Atenção Básica municipal com suas equipes de saúde. Acredito que essas duas funções se assemelham ao executarem ações gerenciais semelhantes com suas equipes.

A diferença identificada entre as duas coordenações é que a Coordenação do Apoio Institucional faz a gestão das equipes de apoio Institucional a nível estadual, alcançando mais especificamente os gestores municipais da saúde e coordenadores da AB municipais. Enquanto o coordenador da AB municipal faz a gestão do trabalho de suas equipes de saúde que atuam na ponta. Todos atendendo a um objetivo comum que é o de fortalecer a Atenção Básica, tornando-a resolutiva, com base nos princípios e diretrizes do SUS.

## ESTAGIO OPTATIVO – LINHA DE CUIDADO SAÚDE MENTAL

Os Centros de Atenção Psicossocial, como campo de prática do Programas Integrados de Residência Multiprofissional de Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, passaram a ser mais um espaço de atuação dos residentes. Diferente das turmas anteriores, a partir do ano de 2018 o estágio ocorreu em três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Camaçari: o CAPS AD, CAPSia e CAPS II. Na proposta atual, além de nos inserir nas atividades desenvolvidas nas unidades e conhecer/apropriar-se sobre o processo de trabalho, teríamos que fazer uma articulação com a Atenção Básica, considerando as divergências nos fluxos de encaminhamento para os Centros de Atenção e as dificuldades encontradas pelos profissionais da AB em identificar e lidar com os casos de saúde mental, principalmente os mais graves e crônicos.

A aproximação com os CAPS se deu através da inserção de um grupo composto por seis residentes (R2) nas três unidades de CAPS. Inicialmente, procuramos conhecer os espaços, saber quais os serviços e atividades eram ofertadas para os usuários, fluxos de atendimento, especialidades profissionais. Posteriormente, fomos nos organizando de acordo a agenda de cada residente para participar das atividades junto aos técnicos. Além da participação no acolhimento aos usuários nos CAPS, tivemos a oportunidade de participar de alguns grupos, como: Grupo de Auriculoterapia do CAPS II; Grupo Contação de História do CAPS II (tem como objetivo estimular os participantes a refletirem sobre a mensagem do livro escolhido e tentar realizar um paralelo com sua própria narrativa de vida); Horta do CAPS II (o trabalho com a terra serve como ferramenta para trabalhar o controle da ansiedade, organização e responsabilidade); Grupo de Costura do CAPS II (terapêutico e de geração de renda); Grupo de Saúde do CAPS ad (discussão de temas e esclarecimentos de dúvidas relacionados à saúde, valorando a troca de experiências).

Os CAPS têm assumido um papel estratégico na organização da rede de saúde mental e ocupa um lugar fundamental na reforma psiquiátrica. São espaços que funcionam de forma aberta e desenvolvem atividades com a participação do usuário, família e comunidade, auxiliando-os na reintegração à sociedade (OLSCHOWSKY *et al.*, 2009). Suas equipes devem interagir com as equipes de Atenção Básica (AB) e apoio matricial, atividades de Educação Permanente sobre saúde mental, além de realizar visitas domiciliares compartilhadas com as equipes de AB (GAZIGNATO e SILVA, 2014). Porém, o que identifiquei no período em que estive no estágio, é que ainda existe pouco diálogo com a Atenção Básica. Entrementes, tenho ciência que esta interação e pactuação de iniciativas conjuntas no território é de fundamental importância para o cuidado do usuário de saúde

mental.

Paralelo as ações desenvolvidas nos CAPS, participei também do Grupo de Ação e Pesquisa (GAP), onde eram pensadas estratégias sob que problemas iria intervir junto aos meus colegas R2. No primeiro encontro do grupo, fizemos o exercício de elencar os problemas que havíamos identificado no campo de estágio (CAPS e Saúde da Família), entre eles:

- Fragilidade das Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
- Não funcionamento da Rede em momento de crise;
- Falta de comunicação entre a atenção básica e dispositivos de saúde mental;
- Falta de encaminhamento/referência seguro (diálogo entre os serviços);
- Dificuldade de acolhimento aos pacientes de saúde mental;
- A forma como os usuários de saúde mental são acolhidos nos serviços;
- Falta de um fluxo/linha de cuidado para saúde mental nas unidades de saúde;
- Falta de momentos/ espaços para matriciamento;
- Falta de identificação e acompanhamento adequado dos usuários de saúde mental na USF,
- Falta de identificação, direcionamento e monitoramento dos casos de saúde mental;
- Falta de clareza do perfil de cuidado em cada ponto de atenção a rede;
- Pouco foco nos alcoolistas nas unidades de saúde;
- Falta de reconhecimento do perfil do território pela USF;
- Dificuldade de inserção das PICS e outras práticas na rede de cuidado;
- Uso crônico e indiscriminado de benzodiazepínicos; pouca aproximação com casos de usuário de saúde mental;
- Falta de capacitação para reconhecimento dos transtornos mentais tanto adulto quanto pediátrico;

Os problemas citados acima partem tanto dos centros especializados quanto das equipes de saúde da família. Assim, chegamos à conclusão de que não conseguiríamos em um curto período de tempo intervir sobre todos esses problemas. Desta forma, através de uma metodologia proposta pelos mediadores do GAP, elencamos dois para intervenção: Desconhecimento do perfil epidemiológico de saúde mental, dos recursos de proteção e dos fatores de vulnerabilidade, e a falta de matriciamento qualificado em saúde mental.

As inquietações, questionamentos e aprendizados adquiridos nos CAPS causaram impacto na prática das Unidades, ocorrendo o planejamento e implantação de algumas atividades com enfoque na Saúde Mental, como:

O Cinedebate, em que houve a exibição do filme "Nise: o coração da loucura" de 2015, trazendo uma discussão sobre a história da psiquiatra Nise da Silveira, contrária aos tratamentos convencionais de esquizofrenia da época, que assume o setor de terapia ocupacional do hospital em que começa a trabalhar e inicia uma nova forma de lidar com os pacientes, pelo amor e a arte. Foram momentos riquíssimos de discussão nas USF, com a participação dos profissionais e de usuários, vários relatos, inclusive de profissionais da saúde.

O estágio nos CAPS também influenciou a prática diária nas USF, inclusive na Unidade de Piaçaveira onde existem dois grupos (Lian Gong e Auriculoterapia) com grande enfoque na saúde mental dos usuários, ambos impulsionados pelas eqSF. Vale ressaltar, que o de Auriculoterapia era facilitado pelas residentes que estavam no estágio na linha de saúde mental, e o de Lian Gong por residentes da equipe mínima e do NASF AB que participaram de uma capacitação ofertada pelo município com certificação.

Houve ainda a proposta de matriciamento para os profissionais da AB, por meio da metodologia do "Usuário Guia". Inicialmente propomos em cada USF de apoio do NASF-AB em que estava inserida, a identificação de um caso de saúde mental no território que mobilizava a equipe. Após isso, levamos como proposta às equipes dos CAPS que nos ajudassem junto às equipes de Saúde da Família, a elaborar um plano de cuidado para aquele usuário e através disso iríamos construindo essa aproximação e provocando o matriciamento dos profissionais com relação ao tema.

Foi uma experiência muito positiva, embora não tenhamos conseguido concluir essa proposta, mas ficou tudo documentado para que as próximas turmas que passarem pelo estágio possam dar continuidade.

## **CHEGUEI! AONDE ESTOU?**

Escrever o memorial de formação foi importante para minha experiência pessoal e profissional, entre um parágrafo e outro pude perceber o quanto havia caminhado e quanto aprendizado havia adquirido. Este molde de trabalho de conclusão me possibilitou a voltar no tempo, me fez refletir sobre tudo que vivi, o que poderia ter feito diferente, as conquistas, as dificuldades que encontrei.

Espero que esse relato possa trazer contribuições e ajudar de alguma forma outros profissionais que queiram ingressar no programa de residência. Almejo que a minha experiência possa encorajar os professores de educação física a atuarem na atenção básica

e a buscarem seu espaço.

A partir daqui, tenho convicção de que terei condição de atuar no cuidado ou na gestão dos serviços de saúde, colocando em prática as competências que envolvem núcleo e campo, adquiridas nesse processo de formação. Competências estas, adquiridas nesse período de formação o qual me tornou especialista em Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, MHMB. Memoriais de formação: a (re) significação das imagens-lembranças/recordações-referências para a pedagoga em formação. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 165-172, 2011.
- BAHIA. Secretaria de Saúde. Diretoria da Atenção Básica. Manual para os novos gestores: Conhecendo a Atenção Básica. 2ª Ed., Salvador, 2017.
- BRASIL. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Resolução N. 2, de 13 de abril de 2012. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília, DF, Seção I, p.24-25, 16 abr. 2012.
- BRASIL. Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 06 de dezembro de 2007, P. 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Vol. 39. Brasília. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Coleção para entender a gestão do SUS. v.1. Brasília: CONASS, 2011.
- COTTA, RMM; COSTA, GD. Portfólio Reflexivo: método de ensino, aprendizagem e avaliação. Viçosa (MG): Ed. UFV, 2016.
- COUTINHO, SS. Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde. Tese de doutorado apresentada à escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP: São Paulo. 2011.
- FERREIRA, TB et al. A inserção do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família: visão dos profissionais. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde* 2016;21(3):228-236.
- GAZIGNATO, ECS; SILVA, CRC. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *SAÚDE DEBATE* . Rio de Janeiro, V. 38, N. 101, P. 296-304, ABR-JUN 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.20140027
- OLIVEIRA, I. L. L. A formação docente pela lente do memorial como instrumento de reflexão. In: XIX Encontro Brasileiro de Estudantes de Pós-Graduação em Educação Matemática - EBRAPEM, 2015, Juiz de Fora. A formação docente pela lente do memorial como instrumento de reflexão, 2015.

OLSCHOWSKY, A et al. Avaliação de um Centro de atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. Revista Esc Enfermagem USP; 43(4):781-7; 2009.

Planejamento DAB 2015-2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/materiais-institucionais/>. Acesso em março de 2018.

PPP. Projeto Político Pedagógico dos Programas de residências integradas de medicina de família e comunidade e multiprofissional em saúde da família. Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz Bahia. Salvador, Bahia, 2018.