



PROGRAMAS  
INTEGRADOS  
DE RESIDÊNCIAS

**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**JAMILLE ARAUJO DE SOUSA SANTOS**

**MEMORIAL DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA:  
RESSIGNIFICAÇÃO DO VIVIDO E DA IDENTIDADE**

Dias d'Ávila

2019

**JAMILLE ARAUJO DE SOUSA SANTOS**

**MEMORIAL DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA:  
RESSIGNIFICAÇÃO DO VIVIDO E DA IDENTIDADE**

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

Orientadora: Maiane França dos Santos

Dias d'Ávila

2019

*Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para sabermos o que seremos.*

**Paulo Freire.**

SANTOS, Jamille Araujo de Sousa. **Memorial de uma Enfermeira Residente em Saúde da Família: Resignificação do vivido e da identidade.** Trabalho de conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS/FIOCRUZ, 2018.

## RESUMO

O presente memorial teve como objetivo relatar a experiência vivenciada por uma enfermeira numa Residência Integrada em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família no município de Dias D'ávila no estado da Bahia enquanto processo indutor de transformações das práticas de formação e atuação no setor saúde. Para tanto foi elaborado um relato de experiência com base nos dados registrados no diário de campo e através das observações realizadas por esta enfermeira durante o período da Residência. Os resultados mostraram o modo como as atividades foram realizadas no cotidiano do serviço, os desafios encontrados durante o período de atuação neste cenário, bem como as estratégias de enfrentamento desenvolvidas para lidar com tais dificuldades além de descrever o processo de amadurecimento pessoal e profissional desta diplomada. Para uma melhor compreensão o texto foi organizado em tópicos.

**Palavras chave:** Enfermagem; Estratégia Saúde da Família; Residência multiprofissional.

## SUMÁRIO

1 –INTRODUÇÃO .....	6
2 – TRAJETÓRIA .....	7
3 - O INÍCIO DA RESIDNCIA.....	8
4–O COTIDIANO DE TRABALHO E MINHAS PERCEPÇÕES .....	10
4.1 – Implantação do acolhimento à demanda espontânea: Sobrevivemos! 11	
4.2 – A saúde mental na atenção básica .....	14
4.3 – A liminar do retrocesso .....	17
4.4 – Vivenciando o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) .....	19
5 – ME REINVENTANDO .....	22
6 – INICIANDO O SEGUNDO CICLO NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA .....	23
7 – COMO FOI O MEU ELETIVO .....	26
8 – ENFIM A GESTÃO .....	29
9 – CONCLUSÃO .....	31
10 – REFERÊNCIAS .....	33

## 1 - INTRODUÇÃO

Este trabalho é resultado de um processo de crescimento e amadurecimento profissional e pessoal, é a conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da FESF-SUS/FIOCRUZ. Um memorial, que trata da minha formação profissional que busca identificar uma etapa concreta de minha vida, para tanto assinalo, no transcurso da escrita, as situações que julguei as mais significativas.

No primeiro momento eu não compreendia o significado do memorial e nem tinha ideia de como fazê-lo, parecia não fazer sentido um trabalho de conclusão de residência nesse modelo. Por que não escrever sobre uma experiência exitosa no serviço, ou mesmo sobre algo que me marcou e me chamou atenção nesse processo de educação em serviço?! O memorial era a única metodologia que na minha concepção não fazia sentido. No entanto, a incumbência de escrever sobre minha trajetória como residente me exigiu uma ação complexa de rememorar e relembrar situações vividas, cujos movimentos discursivos me levaram a refletir sobre eu mesma e sobre minha subjetividade, em um espaço potencialmente interpretativo e me fizeram compreender o quão importante um memorial pode ser. Escrevê-lo é trazer para o presente, momentos jamais esquecidos e vivenciados em diferentes situações.

Para Freitas e Souza (2015), o Memorial é um documento elaborado passo a passo, no qual são relatadas as impressões sobre a aprendizagem, os acertos, as vitórias, os avanços, as escolhas, assim como os retrocessos, as paradas e as dúvidas. É a oportunidade de registrar as reflexões sobre os vários momentos da formação e sua relação com a prática pedagógica. É o registro das histórias de aprendizagem e seus reflexos no cotidiano.

Em outras palavras, os memoriais consistem em um trabalho de recordação das experiências individuais que, trazidas pelos autores para a construção de seu discurso, encarnam as tonalidades sociais, históricas, culturais e afetivas, fundadas por uma carga axiológica (SILVA, 2010).

Desta forma, esse trabalho tem como objetivo relatar a experiência vivenciada por uma enfermeira numa Residência Integrada em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família no município de Dias D'Ávila no estado da Bahia enquanto processo indutor de transformações das práticas de formação e atuação no setor saúde.

## 2- TRAJETORIA

- Profissão? Perguntam.

- Enfermeira! Respondo eu.

É uma definição de identidade. Um misto de orgulho e reconhecimento.

Decidi pelo curso de Enfermagem durante o ensino médio, não tinha aproximação com ninguém da área e sem explicação aparentemente lógica sempre pensei nesta profissão.

Ingressei no curso de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e ao longo dele meu interesse perpassou por diferentes áreas (Microbiologia, Histologia, Oncologia, Nefrologia, Infectologia, Saúde da mulher e Saúde mental), esta última a luz dos meus olhos. Em todo o transcorrer do curso saúde da família nunca me encheu os olhos.

Particpei do grupo de pesquisa Violência, Saúde e Qualidade de Vida onde desenvolvi pesquisas com diferentes temas como: Prevenção da violência nos espaços escolares; Prevenção/enfrentamento da violência em escolas públicas e violência conjugal. Por um período integrei também o grupo de pesquisa NUREKR (Núcleo de Renascimento Elisabeth Kubler-Ross) onde desenvolvi duas pesquisas voltadas ao tema acolhimento e classificação de risco na atenção básica em urgência respiratória. Durante um ano fiz parte do Programa de Estágios Não Obrigatórios PERMANECER SUS da SESAB onde desenvolvi atividades ligadas ao acolhimento na área de emergências hospitalares em uma Unidade de Pronto Atendimento, integrei a Liga Acadêmica Bahiana para o Estudo da Dor (LABED), mas foi durante a participação em uma Atividade Curricular em Comunidade (ACS) desenvolvida na psiquiatria do Hospital Universitário Edgar Santos que eu encontrei alegria e sentido em me tornar enfermeira.

Ah a saúde mental!!! Um conceito tão vago, mas que engloba diversos transtornos que se manifestam de diferentes formas e com diferentes sintomas. Como lidar com uma sociedade que é completamente preconceituosa com os indivíduos portadores de distúrbios psíquicos? Como devolver a dignidade a esses indivíduos que por diferentes transtornos perderam a capacidade de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade? Como dar voz e um tratamento digno a essas pessoas? Todas essas questões mexiam profundamente comigo e eu queria poder contribuir de alguma forma para encontrar as respostas necessárias. A disciplina de Saúde mental foi a que mais me despertou interesse e em decorrência disso fui em busca da monitoria do

componente curricular “A Enfermagem no Cuidado à Saúde mental” e desenvolvi o meu TCC com o tema “Ações de cuidado a pessoas em uso problemático de álcool”.

Até então eu estava certa de que seguiria para a especialização em saúde mental, foi então que comecei a pesquisar sobre as residências que ofereciam vagas nessa área. Conversando com algumas pessoas e professores percebi que a melhor escolha seria a residência do Rio Grande do Sul porque parecia ser a única que a formação ia além das técnicas e burocracias do serviço. Foi nesse momento que comecei a repensar a Saúde mental, eu sempre fui muito apegada a minha família e amigos, como passar dois anos longe de todos? Como passar dois anos longe da minha avó que estava passando pelo processo difícil e doloroso do alzheimer? Pensei então em fazer a residência da SESAB, pelo menos a distância de casa seria menor, mas depois de muitas conversas e críticas ao programa eu desisti. Estava eu então perdida novamente sem saber qual área seguir ao concluir a faculdade.

Comecei então a pesquisar as áreas oferecidas por programas de residência na Bahia e em Sergipe e a única que me despertou interesse foi obstetrícia. Mudei o meu foco e comecei a estudar para passar em obstetrícia. Infelizmente não consegui passar em nenhum dos dois estados, foi aí que vi o processo de seleção da FESF/FIOCRUZ e pensei: por que não? Não tenho nada a perder mesmo. Eis que fiz a prova completamente desestimulada e fui aprovada. Então, assim começa a minha trajetória na Saúde da Família.

### **3 – O INÍCIO DA RESIDÊNCIA**

A residência iniciou-se em 06 de março de 2017 com o acolhimento promovido pela Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) e teve duração de 15 dias. Os intermináveis 15 dias de pura metodologia ativa. Muitas dinâmicas foram realizadas, diversos temas foram abordados e o tão sonhado cenário de prática só foi divulgado no último dia do acolhimento quando a curiosidade e ansiedade já não cabia em nenhum residente ali presente.

Chegando em Dias d’ávila fomos recebidos pela prefeita, políticos da situação, secretário de saúde, coordenadora da atenção básica dentre outras figuras importantes da gestão em um café onde as expectativas sobre a nossa chegada foram expostas. Ao longo dessa primeira semana tivemos a oportunidade de conhecer alguns pontos de atenção à saúde da rede municipal. Visitamos o hospital municipal, a unidade de pronto atendimento (UPA), a maternidade, o centro de especialidades odontológicas (CEO) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Tivemos aulas



expositivas sobre a situação de saúde do município e algumas rodas de conversa acerca das particularidades das duas unidades de saúde da família (USF) onde a residência seria implantada. Foi nessa primeira semana também que tivemos os primeiros contatos com os nossos futuros preceptores e apoiadores.

Enfim, o grande dia de conhecer a USF e a equipe a qual seríamos integrados chegou. Fomos recebidos pela equipe que ali se despedia e pelos demais profissionais que compunham a equipe. Nesse primeiro contato foi notório a resistência/insatisfação por parte de alguns agentes comunitários de saúde (ACS) frente a nossa chegada, e ao longo das semanas ficou notório que essa resistência acompanhava outros membros.

A USF da Concórdia II é composta por 10 funcionários, sendo dois técnicos de enfermagem, uma recepcionista/auxiliar administrativa, cinco ACS, uma auxiliar de saúde bucal e uma higienizadora. Abrange seis micro áreas (uma descoberta por ACS) com uma população aproximada de quatro mil pessoas. A equipe multiprofissional da residência era composta por dois médicos, duas odontólogas, eu como enfermeira e a preceptora de enfermagem que desenvolvia o papel de preceptoria e de enfermeira de uma equipe. Fomos divididos em duas equipes, cada equipe ficou responsável por cerca de duas mil pessoas. A equipe a qual eu fazia parte dispunha de três ACS. Contávamos ainda com o NASF da residência composto por dois residentes em fisioterapia, uma residente de nutrição e uma residente de educação física.

No que diz respeito ao espaço físico a unidade dispõe de recepção para pacientes e acompanhantes, dois consultórios com sanitário, um médico e um de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de procedimentos/curativos, uma sala de vacina, uma sala de triagem também utilizada para as reuniões de equipe e atividades coletivas, uma sala de acolhimento (estruturada alguns meses após a chegada da residência) utilizada também como almoxarifado, um sanitário masculino e um feminino para os usuários, dois sanitários para os profissionais, uma sala de esterilização, expurgo, copa e área para depósito de materiais de limpeza (DML).

A chegada a unidade não foi simples, os primeiros meses vividos durante o programa de residência não foram fáceis, estar ali não tinha sido a minha primeira opção e eu sequer entendia de fato o que é ser enfermeira de saúde da família mas, como o mundo do trabalho apresentava-se mais complexo e dinâmico, e, portanto, mais competitivo, desistir realmente não era uma opção e apesar da pouca simpatia pela área em questão eu pensava estar disposta a aprender tudo o que aquele espaço poderia me proporcionar, mas na verdade não estava, eu não queria estar ali, as coisas me pareciam monótonas e chatas.

Adaptar-me aquele ambiente completamente “hostil” não foi simples, por diversas vezes senti vontade de desistir, chorei e não achei válido estar ali. Imagine o que era acordar todos os dias insatisfeita com o seu trabalho tendo que conviver com uma equipe que te rejeitava pelo simples fato de não aceitar o programa de residência e ainda boicotava o seu trabalho, não foi fácil conviver com críticas e sarcasmos diários. Por dias eu fui a unidade simplesmente por ir. O processo de trabalho era cansativo, desorganizado e desestimulante e o trabalho em equipe nem sei se posso dizer que existia.

#### **4 - O COTIDIANO DE TRABALHO E MINHAS PERCEPÇÕES**

Inserida em um novo contexto de trabalho onde me cabia a responsabilidade por uma parte do território, foram delineados vários desafios que culminaram em um longo processo de aprendizagem. O processo de adaptação não foi fácil, era o primeiro ano da residência no município e todos estavam se habituando aquele universo novo que impactaria diretamente no processo de trabalho daquela unidade e conseqüentemente na dinâmica do território.

Na minha percepção a residência começou de uma maneira desordenada e confusa, preceptores estavam aprendendo a ser preceptores, o apoio pedagógico por diversas vezes parecia não ter clareza do seu papel, membros da equipe de saúde não compreendiam e não aceitavam o programa de residência com toda sua magnitude e complexidade, residentes sequer sabiam o que era ser residente e gerenciar todos esses fatores foi tormentoso.

Nessa conjuntura, iniciou-se o processo de desvendar o que era ser enfermeira de saúde da família, eu não tinha experiência profissional, sai da graduação direto para a residência e apesar de saber muita coisa na teoria, a dinâmica do serviço apresenta-se de forma bem diferente do livro e diversas coisas relacionadas ao processo de trabalho eu nem tinha conhecimento.

Entre as atividades atribuídas ao enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde, tem-se a assistência integral aos indivíduos, famílias e comunidade, que consiste em realizar os cuidados diretos de enfermagem, a consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever/transcrever medicações. Cabem, ainda, ao enfermeiro o acompanhamento e a promoção da capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem e a corresponsabilidade em planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar as atividades da Unidade de Saúde da Família (USF). Nesse contexto, pode-se afirmar que o processo de trabalho desse

profissional conjectura cinco dimensões, complementares e interdependentes: assistência, gerência, ensino, pesquisa e participação política (DUTRA, SOARES, MEINCKE et. al. 2016).

Nessa perspectiva Chaves et. al. (2014, p. 3719) apud Magalhães e Vieira (2011) apontam que:

O cuidado de enfermagem consiste num conjunto de ações de acompanhamento contínuo do usuário/população no transcorrer de doenças ou ao longo de processos sócio vitais, visando a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Identifica-se, ainda, como núcleo do cuidado do enfermeiro na ESF o monitoramento das condições de saúde, o levantamento e acompanhamento de problemas de saúde no enfoque de risco ou de vulnerabilidade, de forma articulada à intervenção nos agravos de ordem patológica.

Assim, observa-se que, a grande variedade de funções que o enfermeiro assume neste cenário reflete uma posição de profissional polivalente, a qual muitas vezes desempenha papéis que não estão previstos no seu exercício profissional e deixa de realizar aquilo que lhe compete, devido à enorme quantidade de tarefas que obrigatória e cotidianamente devem executar em tempo útil (CHAVES, et. al. 2014).

Por diversas ocasiões me deparei com a carência de recursos humanos e materiais e com frequência me envolvi na organização emergencial do ambiente de trabalho para assegurar condições mínimas nas quais toda a equipe pudesse desempenhar suas funções. Em decorrência disso muitas vezes desencadeei sentimento de frustração, desconforto e sofrimento com o exercício da profissão, mas, como eu disse anteriormente desistir nunca foi uma opção.

Em meio a todos esses pontos levantados eu pude vivenciar o desafio em ser enfermeira de saúde da família, e descobri que o cotidiano desse profissional envolve desde o cuidado direto aos indivíduos e coletividades, até o gerenciamento do trabalho da unidade de saúde perpassando também pela coordenação e supervisão do trabalho dos agentes comunitários de saúde e equipe de enfermagem. Esse ambiente de trabalho proporciona a nossa categoria uma autonomia e liberdade muito grande o que contribui para a efetiva transformação da realidade.

#### **4.1 – Implantação do acolhimento à demanda espontânea: Sobrevivemos!**

De início ressalto a implantação do acolhimento na unidade, esse bendito acolhimento que por diversas vezes adoeceu tanto os residentes. Como se não bastasse tudo o que estava acontecendo naquele ambiente (até então

mortificante) de trabalho veio a imposição de implantar o acolhimento na unidade, digo imposição porque foi essa a impressão que tive após o término de uma roda pedagógica com os apoiadores (onde exaustivamente discutiu-se sobre a implantação do acolhimento e onde os residentes puderam expressar o sentimento de completo desconforto em relação a isso frente aquela conjuntura) e uma das apoiadoras de núcleo levantou da cadeira e simplesmente falou com um tom alterado que o acolhimento seria implantado independente do desconforto dos residentes e questionamentos feitos.

Implantar o acolhimento era consensualmente uma ideia maravilhosa, afinal de contas a atenção básica deve ser capaz de oferecer atenção integral ao usuário e o acolhimento é uma prática presente em todas as ações de cuidado, porém havia vários percalços para implantação deste, como por exemplo estrutura física e ambiência inadequada, falta de insumos (máscara de nebulização pediátrica, algumas medicações utilizadas para o atendimento as urgências clínicas, EPI's como óculos e avental, etc.) necessários e preconizados à realização do acolhimento à demanda espontânea, consenso a respeito da melhor maneira de acolher o usuário, dentre outros.

Entende-se que o acolhimento é 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 no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (OLIVEIRA, MARINUS, 2016).

Segundo Coutinho, Barbieri e Santos (2015, p. 515):

O acolhimento surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde, sendo elemento fundamental para a reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, direcionando a modificação do modelo tecno-assistencial. É um dispositivo que está inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde (HumanizaSUS), e que vai além da recepção ao usuário, pois considera toda a situação da atenção a partir da entrada deste no sistema. Acolher significa humanizar o atendimento.

Portanto, o acolhimento passa pela prática que tem como princípios a solidariedade, a compreensão e a generosidade no trato com os usuários dos serviços de saúde, fazendo com que eles se sintam bem-vindos e à vontade no grupo que os acolheu. Poderão desenvolver a confiança, a autoestima e a cooperação na melhoria

de sua saúde e de sua qualidade de vida. Representa a escuta qualificada com a proposta de classificação de risco e a resolutividade dos problemas e ou necessidades identificadas (FRANCO; FRANCO, 2012).

Nessa perspectiva, o acolhimento é caracterizado como uma postura ética, desta maneira, deve se dar em todos os âmbitos dos serviços de saúde e pode ser realizado por todos os profissionais. No acolhimento, o profissional deve realizar uma escuta qualificada das necessidades dos usuários, considerar suas subjetividades e sua participação como fundamental no processo saúde - doença, além de se responsabilizar pela resolução das demandas identificadas, fazendo uso de redes de compartilhamento de saberes quando necessário (COUTINHO, BARBIERI, SANTOS, 2015).

Uma vez implantado, o acolhimento passou a acontecer de forma desordenada e até desrespeitosa, tendo em vista que não tínhamos sequer um espaço adequado para realizar a escuta qualificada e respeitar a intimidade dos pacientes. Os acolhimentos eram realizados na recepção, na sala de triagem e até mesmo no corredor, e imagine o que é para uma paciente ter que falar de suas queixas ginecológicas no meio do corredor com outros espectadores presentes e curiosos em saber o que estava acontecendo.

As dificuldades dos profissionais e dos usuários em relação a esta ferramenta de humanização e gestão eram inúmeras, os usuários não entendiam os objetivos do acolhimento e a relevância deste para a resolutividade dos problemas de saúde da comunidade, os profissionais não tinham fluxos para operacionalizar as demandas acolhidas e isso acabava dificultando o processo de trabalho de todos os membros da equipe, havia uma fragilidade no vínculo dos usuários com a equipe de saúde o que consequentemente influenciava no processo de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde, etc., o sistema local de saúde também não estava organizado com base na referência e contra referência dificultando a integralidade da assistência.

Apesar de todo o desgaste inicial para implantação do acolhimento, eu pude perceber na prática a potencialidade dessa ferramenta, primeiro o médico deixou de ser o eixo central do atendimento dando lugar a equipe multiprofissional, a qual se encarregava da escuta qualificada do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde e de transformar a relação entre trabalhador e usuário, reorganização do processo de trabalho de toda equipe, melhoria no acesso dos usuários aos serviços oferecidos, etc. Eu percebi o fortalecimento do trabalho em equipe e como ele potencializa os recursos e viabiliza as ações com diferentes abordagens para diferentes contextos.

## 4.2 - A saúde mental na atenção básica

Outra situação que trago como algo marcante na minha trajetória são os casos de saúde mental do território. Um caso em especial que registro, é de uma usuária que chegou na unidade em uma sexta feira, uma sexta feira que tinha tudo para ser como outra qualquer.

R.S sexo feminino, cinquenta e poucos anos, aposentada, negra, emagrecida, reside sozinha no bairro da concórdia, mostrou-se orientada, com bom asseio, cabelo penteado, roupas adequadas para a ocasião. Tem humor constante, deprimido e culpado, manifestou diversas vezes vontade em morrer. Formula coordenadamente as ideias, sendo orientadas quanto ao tempo e espaço, compareceu ao posto de saúde muito agitada verbalizando dor do tipo angina, tontura, fraqueza e cefaleia. Os sinais vitais estavam normais. Coloquei a paciente em observação na tentativa de que viesse a se acalmar para conversarmos melhor sobre as suas queixas.

Após alguns minutos a paciente começou a contar um pouco da sua história, relatou que foi casada, tinha filhos e que sua casa sempre foi cheia de gente, porém há alguns anos ela vive sozinha, não deu muitos detalhes sobre o que aconteceu com a família e mudava de assunto toda vez que eu perguntava pelos familiares. Relatou falta de apetite constante e falta de vontade em cozinhar apenas para si. Manteve a todo momento o discurso carregado de tristeza e solidão. Não conversa com os vizinhos alegando que todos convivem com seus familiares em casa e estão sempre ocupados com estes. Deixou claro não ter problemas financeiros e por diversas vezes tentou achar alguém a quem pagaria para lhe servir de companhia, mas nunca obteve êxito.

Nesse meio tempo uma outra paciente que viu R.S chegando a unidade bateu na porta para saber como ela estava, disse não a conhecer mas ficou preocupada ao vê-la naquele estado. As duas conversaram um pouco e R.S começou a pedir insistentemente para que essa senhora a levasse para a sua casa para que ela não tivesse que voltar a dela e continuar sozinha lá, falou que até entregaria sua aposentadoria se fosse necessário. Após uma longa conversa R.S se acalmou e as queixas melhoraram. Pude então perceber que a base do problema era de cunho emocional. Em vários momentos a paciente verbalizou que queria morrer pois já não tinha ninguém e nem o que fazer mais nessa vida. A senhora que se solidarizou com a situação se prontificou em levá-la em casa e cozinhar para que ela se alimentasse e

assim o fez retornando à unidade para contar como foi o percurso. Relatou que a casa de R.S era toda organizada e tinha bastante comida no local.

R.S não pertence a população adscrita da minha unidade, passei o caso a equipe responsável pela paciente, porém muitas inquietações surgiram sobre o que eu poderia fazer por aquela paciente mesmo ela não sendo da minha área. A rede de atenção psicossocial do município é muito frágil e pouco resolutiva, não possui psicólogo em âmbito ambulatorial, o único CAPS do município infelizmente funciona de forma equivocada, a articulação desse serviço com os demais pontos da RAPS é complicado devido ao entendimento errôneo de alguns profissionais sobre o público a ser assistido por esse serviço.

Lembrei-me do grupo da academia da saúde que ocorre as terças feiras na praça em frente a unidade e percebi naquele ambiente uma ótima oportunidade para que R.S. conhecesse gente nova e fizesse novas amizades na tentativa de amenizar a solidão que sente atualmente.

Como reflexão, Silva et. al. (2016), aponta que os trabalhadores de saúde que atuam próximos à comunidade, a exemplo da ESF, possuem um vínculo construído com as famílias de sua área adstrita, assim a ESF apresenta-se como importante dispositivo para a promoção da saúde mental e enfrentamento de relevantes problemas de saúde pública, como o sofrimento mental e os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Ainda segundo os autores, a ESF, inserida na própria comunidade, é capaz de desenvolver ações de saúde direcionadas para as necessidades da população, pois conhece e vivencia esta mesma realidade. Nesse cenário, os trabalhadores que atuam na ESF, ao articularem-se no território, possuem condições de estabelecerem parcerias de maneira a utilizar alguns recursos existentes na própria comunidade, tais como: rede de APS, equipamentos sociais, familiares, para em conjunto formarem a rede de apoio social e conseguirem implementar a promoção da saúde mental, com vistas ao alcance do bem estar coletivo, uma vez que a ESF caracteriza-se como dispositivo relevante no campo da atenção à saúde mental.

Esse episódio despertou a minha atenção para a situação da saúde mental no meu território, comecei a prestar mais atenção aos pacientes minha área com transtornos psíquicos. O meu primeiro passo foi identificar esses pacientes e entender a história de cada um deles o que me levou a uma descoberta desconcertante. Muitos desses usuários e de seus familiares desconhecem o diagnóstico de base e fazem uso contínuo da mesma medicação e dosagem por anos não apresentando melhora, muitos são acompanhados de forma irregular pela psiquiatria e neurologia já que nem sempre a vaga é garantida em tempo oportuno,

outros pelo CAPS e normalmente comparecem a unidade apenas para renovação de receita controlada onde o atendimento acabava sendo sempre pontual.

Comecei também a refletir em como a Atenção Básica com todo seu potencial e sendo ordenadora da rede poderia organizar ações voltadas ao público de saúde mental. Nessa perspectiva acredito que o estabelecimento do vínculo seja primordial, o apoio matricial é uma ferramenta potente pois proporciona apoio técnico as equipes de saúde da família tornando possível o compartilhamento de casos/situações favorecendo a co-responsabilização, construção de PTS e contribuindo para resolutividade em nível local.

Um outro ponto importante seria a formação dos profissionais, é fundamental a qualificação das equipes para a inclusão da saúde mental na atenção básica potencializando a rede e qualificando o cuidado já que infelizmente o preconceito que circunda a saúde mental faz com que sejamos falhos em atender demandas básicas desses usuários. A inclusão da saúde mental no sistema de informação da atenção básica (SIAB) também é uma ferramenta muito importante já que esse sistema é fundamental para a avaliação e planejamento das ações e serviços de saúde.

No que tange ainda sobre saúde mental, comecei a notar que alguns profissionais, incluindo residentes, apresentavam esgotamento físico e mental em decorrência da dinâmica do trabalho. Tal situação levou inclusive colegas desistirem do programa de residência.

Nesse momento, comecei a pensar na síndrome de Burnout, um problema que sempre me pareceu distante e que naquele momento não estava só próximo a mim como também fazia parte de mim. A exaustão emocional a qual estávamos expostos estava prejudicando a qualidade do serviço prestado ao paciente e trazendo consequências para as nossas vidas, alguns colegas chegaram a desenvolver depressão e problemas de ordem orgânica em meio ao processo exaustivo.

A síndrome de Burnout caracteriza-se como um processo de resposta à sobrecarga proveniente do ambiente ocupacional que resulta no esgotamento do indivíduo. Ocorre, assim, a deterioração da relação fundamental que a pessoa tem com sua ocupação, levando à redução no desempenho laboral, nas relações interpessoais, no comprometimento organizacional e a um declínio na saúde (GALDINO, et. al. 2016).

Também é caracterizada pelo resultado da perda de motivação em manter um conjunto de expectativas, das fadigas emocional, física e mental, do sentimento de impotência e de inutilidade. O desenvolvimento desta síndrome decorre



de um processo gradual de desgaste no humor e de desmotivação, acompanhado de sintomas físicos e psíquicos. O trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho e faz com que as coisas já não tenham mais importância. Dentre as características desta condição médica estão três dimensões sintomatológicas: exaustão emocional, verificada pela presença do esgotamento emocional e/ou físico; despersonalização, que é observada pela insensibilidade emocional ou endurecimento afetivo; e falta de envolvimento no trabalho, identificada pela inadequação pessoal e profissional (RODRIGUES, RIBEIRO, 2014).

Vivemos diariamente a precarização do trabalho, falta de insumos básicos para a prestação adequada e segura da assistência em saúde além da falta de reconhecimento profissional e muitas vezes a inexistência do trabalho em equipe. Nesta perspectiva a saúde de nós residentes, pós-graduandos e trabalhadores da saúde parecia esquecida tanto pelos gestores, quanto pela coordenação da residência que não promoviam estratégias de cuidar de seus cuidadores com rotina e conseqüentemente por nós, já que nos sujeitávamos a todas essas problemáticas por diferentes motivos.

Tal cenário me fez refletir sobre a importância dada ao cuidado com o profissional que cuida, uma vez que é necessário estarmos bem e integrados conosco para trabalharmos satisfeitos e saudáveis. Afinal, como atender aos clientes e se relacionar com a equipe de forma humanizada, quando a humanização não se aplica ao profissional que cuida?

Corroborando com Damas, Munari e Siqueira, 2004, o ato de cuidar é uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o ser cuidado, que abrange mais do que momentos de atenção, pois o processo de cuidar não deve se pautar somente na identificação dos sinais e sintomas clínicos da doença, mas também nas modificações que ocorrem na estrutura dos seres humanos, nos quais abalam a sua totalidade. Portanto, ressalto que o cuidado ao cuidador é uma necessidade do profissional, pois através disto poderão ser mais eficazes na nobre tarefa de cuidar.

### **4.3 A liminar do retrocesso**

Em meio a atuação na unidade veio uma liminar que eu considerei um grande retrocesso para a enfermagem, e que conseqüentemente mexeu com todo o nosso processo de trabalho e de alguma forma nos entristeceu enquanto classe.

No dia 27 de setembro de 2017 o Conselho Federal de Medicina publicou uma nota sobre a decisão da Justiça Federal que suspendeu por meio de decisão liminar os efeitos da Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, editada pelo Ministério da Saúde. Essa norma é que define a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Sendo assim ficou proibido ao enfermeiro realizar consultas na qual oferece ao paciente diagnóstico de doenças e a prescrição de exames e medicamentos, bem como o encaminhamento para outros profissionais ou serviços.

Para o juiz federal, ao autorizar essas ações, a norma permite a invasão das atribuições dos profissionais da medicina, que, pela Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico) detém a exclusividade dessas ações. Para chegar a essa conclusão, o magistrado analisou também a legislação que regulamenta a profissão do enfermeiro. Segundo ele, a lei dos enfermeiros (Lei nº 7.498/1986) não autoriza os graduados em enfermagem a executarem os procedimentos previstos na Portaria do Ministério da Saúde que teve seus efeitos suspensos e ainda os orienta a pautarem a condução de suas atividades em determinações recebidas pelo médico assistente, salvo as situações legais previstas.

A LEI Nº 7.498, de 25 de junho de 1986 dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e em seu Art. 11 traz que o enfermeiro enquanto integrante da equipe de saúde tem competência para prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Isso aqui por si só já contradiz o entendimento do Excelentíssimo senhor Juiz sobre a lei em questão.

A limitação das atividades dos enfermeiros prejudica a efetividade do atendimento na Atenção Básica e no pré-natal de baixo risco, atrasando ou inviabilizando exames essenciais como VDRL, em um momento crítico no qual o Brasil enfrenta epidemia declarada de sífilis, associada a complicações graves, inclusive cegueira e morte neonatal. Nessa vertente o número de doenças preveníveis e a mortalidade por causas evitáveis pode aumentar muito por conta de o usuário não conseguir chegar ao atendimento médico.

Ainda, a portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica e evidencia que o enfermeiro tem nas atribuições específicas o direito de realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições

legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços.

Infelizmente estamos vivendo um momento crítico no país tanto no que diz respeito à política quanto no cenário do SUS que vem sendo atacado insistentemente na tentativa talvez de sucesso no seu desmonte. Frente a todos esses pontos e a liminar em questão acredito ter sido um bom momento para os profissionais de Enfermagem refletirem acerca da profissão, das conquistas e retrocessos sofridos até aqui. Lendo algumas matérias percebi que muitos indivíduos tem o profissional enfermeiro como um mero assistente do médico, aquele que “resolve” parcialmente o problema do indivíduo até que ele consiga uma consulta médica, aquele que solicita exames para adiantar o trabalho do médico. Em meio a todos esses questionamentos eu escutei de uma colega médica que não deveríamos nos importar tanto com essa liminar porque na verdade nós realizamos um papel que é privativo do médico e não recebemos a mais por isso. Então será que é apenas isso que as pessoas enxergam? Será que eles estão certos nas afirmações? Qual é o verdadeiro papel do profissional enfermeiro na atenção básica? Será que nunca vamos nos firmar como profissão e sair da sombra da medicina? O reconhecimento que buscamos frente a realidade em que vivemos tem como ser alcançada?

O enfermeiro, no cotidiano de sua prática em instituições de saúde, é responsável pelo gerenciamento do cuidado, tendo por finalidade proporcionar todas as condições necessárias à sua execução. Compete, privativamente, ao enfermeiro o planejamento, a organização, a coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem (PEREIRA, 2013). Estamos diretamente ligados a qualidade da assistência à saúde prestada a população brasileira, mas essa mesma população parece fechar os olhos para isso.

Segundo o COFEN os profissionais de Enfermagem correspondem a 65% da força de trabalho na saúde do Brasil, e mesmo assim até hoje não conseguimos alcançar direitos básicos como um piso salarial e carga horária de trabalho dignos. Precisamos lutar diariamente por condições dignas de trabalho e ainda assim acreditar que um dia a realidade vai ser diferente e que seremos então reconhecidos pela população pelo nosso trabalho árduo, seguro, competente e humanizado.

#### **4.4 – Vivenciando o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**

Reestabelecida essa questão eu pude experienciar ainda enquanto R1 um processo que me deixou completamente triste, a avaliação externa do PMAQ-AB. Não imaginei que um programa tão importante pudesse acontecer de forma tão estapafúrdia.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi criado em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS) com o intuito de fortalecer a AB, e tem como objetivo [...] induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2015).

Um ciclo completo do PMAQ-AB tem duração média de dois anos e possui três fases: (1) adesão e contratualização, (2) avaliação externa e certificação e (3) recontratualização, além de um eixo transversal de desenvolvimento, que compreende: auto avaliação, educação permanente, monitoramento de indicadores, apoio institucional e cooperação horizontal (BRASIL, 2012).

Neste sentido o PMAQ-AB visa provocar mudanças no processo de trabalho das equipes que a ele aderem, por meio de mecanismos que envolvem análise, avaliação, intervenção e certificação, aliando o repasse de recursos conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos aspectos que o compõem (PINTO, SOUSA, 2014).

Durante a organização do serviço para receber a segunda fase do PMAQ-AB eu observei situações bem inusitadas como profissionais em busca de registros, estes que embora essenciais para o planejamento na esfera local, até então eram secundarizados no processo de trabalho. O PSE teve que ser desenvolvido em um curto intervalo de tempo afim de receber a equipe de avaliação externa e a equipe teve que atender a várias solicitações da gestão para adequar alguns aspectos do processo de trabalho, em função do padrão sugerido no PMAQ.

Pude notar que a unidade de saúde recebeu insumos que vinham sendo solicitados insistentemente sem êxito bem como pequenos reparos (conserto em maçanetas de portas, conserto de banheiros, instalações elétricas, dentre outros), o que corrobora com a fragilidade da gestão municipal em executar as etapas do programa, conforme a propositura do mesmo.

Observei a resistência de muitos profissionais em participar desse segundo ciclo do programa em decorrência de problemas ocorridos no ciclo anterior e por não se sentirem envolvidos no processo, especialmente por não terem participado efetivamente do momento de contratualização, recebendo o programa como uma

imposição da gestão, porém alguns profissionais se mostraram interessados em participar em decorrência do incentivo financeiro oferecido pelo programa.

Tais circunstâncias observadas me fizeram refletir criticamente sobre o entendimento destes atores acerca desse programa. A princípio parece haver uma descaracterização dos princípios do PMAQ-AB, em especial no que se refere à mobilização, envolvimento e responsabilização dos atores para o processo de mudança.

A realização da auto avaliação através da AMAQ foi reconhecida por alguns profissionais como uma oportunidade de identificar fragilidades em seus processos de trabalho porém, outros profissionais limitaram-se em caracterizar aquele processo tão importante apenas como algo maçante e cansativo. Como essa etapa não foi desenvolvida como preconizado, ou seja, pelo menos seis meses antes da avaliação externa, a AMAQ pareceu ter sido utilizada como uma preparação para a visita dos avaliadores e não como processo auto avaliativo e disparador de melhorias na Atenção Básica.

A meu ver o PMAQ parece favorecer situações de forte tensionamento dos profissionais das equipes de atenção básica para sua adequação aos critérios a serem observados na avaliação externa, em curto intervalo de tempo, além de favorecer o baixo envolvimento dos profissionais na pactuação das metas e indicadores e no gerenciamento dos recursos financeiros. Alguns profissionais na semana da avaliação externa apresentaram sentimentos como nervosismo, ansiedade, tensão, inquietação e preocupação o que reforça a visão equivocada desse programa como dispositivo de críticas e punição.

Todos esses fatores analisados me fizeram concluir o desconhecimento acerca do propósito e importância do programa por grande parte dos atores envolvidos nesse processo, muitas das mudanças que observei foram apenas superficiais e pontuais, que não tinham impacto duradouro no processo de trabalho dos profissionais, nem traziam benefícios para a comunidade. Entretanto, algumas poucas mudanças proporcionadas pelo programa puderam ser consideradas positivas já que trouxeram benefícios duradouros e efetivos para as unidades, melhorando as condições de trabalho das equipes e da assistência prestada à população. Determinados componentes do processo de trabalho na AB foram retomados e/ou valorizados a partir do PMAQ-AB.

## 5 - ME REINVENTANDO

Diante das inúmeras dificuldades eu achei que não fosse conseguir continuar a minha jornada, os conflitos e problemas vivenciados naquele ambiente de trabalho foram muitas vezes fonte de sofrimento psíquico, produtores de adoecimentos físicos e mentais.

Com cerca de cinco meses de residência eu “surtei” eu estava cansada da sensação de não querer fazer parte daquele ambiente onde o processo de trabalho era mecânico, engolido pelas demandas clínicas e situações emergenciais. Nesse momento eu percebi que precisava fazer uma análise crítico reflexiva sobre o significado daquele aprendizado em serviço e foi essa reflexão que fez com que eu lembrasse do meu objetivo. Naquele momento eu decidi ser protagonista do meu aprendizado e de um grande processo de mudança pessoal e profissional.

A partir daquele momento a forma como eu encarava a residência se modificou, eu percebi que precisava desenvolver bem o meu trabalho e independente da conjuntura imposta eu tinha um compromisso com aquele serviço e com aquela comunidade e precisava desenvolvê-lo da melhor maneira possível, comecei então a extrair coisas boas do meu cotidiano.

Esse processo não foi fácil, auto avaliação não é fácil, porém foi um processo necessário, necessário para que eu entendesse o meu papel naquele cenário, as minhas responsabilidades, as falhas cometidas até ali e principalmente como prosseguir de modo que eu não perdesse a minha essência.

As situações vivenciadas e as experiências do dia a dia fizeram com que eu me tornasse uma profissional crítica e reflexiva permitindo transformações não somente em relação a técnica, mas também na habilidade de me relacionar com os usuários. Eu aprendi a tomar decisões, assumir responsabilidades e ser resolutiva.

O desafio principal não foi fazer saúde e, sim, mostrar àquela equipe e comunidade outra forma de atuação e a importância do desempenho das diferentes categorias profissionais visando o bem-estar dos pacientes centrando sua atenção na família.

Por fim, a experiência na atenção básica me levou, enquanto residente de enfermagem, a repensar a minha prática, até então baseada na formação acadêmica, indo além do atendimento individual e propostas exclusivas de enfermagem, para um projeto multiprofissional. Deste modo, a partir da vivência nesse cenário, que até então eu desconhecia, dei-me conta da lacuna que havia entre a formação adquirida na graduação e as habilidades cognitivas e técnicas necessárias para o exercício das minhas atividades profissionais.

## 6 - INICIANDO O SEGUNDO CICLO NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

No campo da saúde, a vigilância está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças. Além disso, integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho (OLIVEIRA, CASANOVA, 2009).

Nessa perspectiva escolhi estar nesse campo tão rico e cheio de desafios no meu R2, este que é também um dos campos mais oportunos para a enfermagem. Como a Vigilância epidemiológica (VE) reconhece as principais doenças de notificação compulsória e investiga epidemias que ocorrem em territórios específicos, além de agir no controle dessas doenças específicas acreditei que me ajudaria a compor algumas lacunas deixadas durante o processo de trabalho vivenciado na USF durante o R1.

A VE como instrumento de saúde pública está historicamente relacionada aos conceitos de saúde e doença presentes em cada época e lugar, às práticas de atenção aos doentes e aos mecanismos adotados para tentar impedir a disseminação das doenças (OLIVEIRA, CASANOVA, 2009). Durante o meu primeiro ano de residência atuando na USF apesar de não dispor de experiências anteriores de trabalho senti falta de algumas questões relacionadas a vigilância epidemiológica como por exemplo os fluxos de alguns agravos para nortear o profissional na tomada de decisões frente ao oferecido pelo município e também para estabelecer o itinerário terapêutico do paciente diante daquele agravo, um posicionamento mais efetivo relacionado a vacina, devolutivas sobre a realidade da unidade diante dos agravos mais prevalentes ou mesmo a presença da coordenação da vigilância em espaços como os de reunião de equipe para fazer uma educação permanente, levantar questionamentos ou simplesmente esclarecer dúvidas sobre o processo de trabalho.

A chegada a esse novo setor causou-me uma certa insegurança, insegurança relacionada ao novo e desconhecido, minhas expectativas eram enormes, eu estava muito animada e disposta a aprender o máximo possível no setor, além de querer entender de fato o que é a vigilância epidemiológica fora da ótica do dia a dia como enfermeira de USF. A primeira coisa que me chamou atenção foi o fato de todas as vigilâncias funcionarem no mesmo espaço físico de forma harmoniosa o que facilitava a comunicação entre as vigilâncias, comunicação essa tão necessária para a fluidez e eficácia do serviço.

O setor de VE está lotado no prédio da Secretaria Municipal de Saúde e é composto por cinco profissionais: uma enfermeira que ocupa o cargo de coordenadora do setor com carga horária de 40h semanais, três técnicas de enfermagem das quais apenas uma tem carga horária de 40h semanais, as outras duas trabalham apenas 20h e o coordenador da vigilância em saúde também enfermeiro com carga horária de 40 h semanais.

As experiências vividas ao longo dos cinco meses que passei ali foram diversas e me possibilitou um olhar ampliado sobre diferentes questões, o setor é muito dinâmico e vivo, o ritmo das atividades é constante, envolvendo toda a equipe, onde embora os papéis sejam diferenciados todos desenvolvem as tarefas zelando pela saúde de toda a coletividade.

A notificação compulsória de agravos é um dos principais instrumentos da VE já que a partir desta se desencadeia o processo de informação e ação. A compilação desses dados fornece subsídios para identificação da realidade epidemiológica do município, ajuda na identificação de riscos à saúde e possibilita a definição de prioridades a serem trabalhadas de acordo com a realidade local (OLIVEIRA, CASANOVA, 2009).

Eu pude perceber a importância desse instrumento quando fui fazer o levantamento da situação da sífilis congênita no município onde ao analisar cuidadosamente as fichas no SINAN percebi a deficiência das informações contidas nas fichas e a inconsistência dos dados, além da falta de informações importantes para uma melhor análise da situação em saúde.

Nesse momento me dei conta que eu enquanto enfermeira da USF preenchia aquelas fichas e que talvez sem me dar conta da importância do preenchimento correto cometesse os mesmos equívocos dos colegas como por exemplo preencher apenas os campos sinalizados como obrigatórios ou preencher de forma errônea alguns campos o que pode acontecer por diferentes motivos como a correria da dinâmica na USF, por não saber preencher corretamente a ficha ou simplesmente por não ter ciência da importância daquele documento.

Esse levantamento possibilitou também alçar um questionamento acerca do acompanhamento dos RN de mães portadoras de sífilis durante a gestação já que o caso é encerrado no sistema quando a criança completa 18 meses com a realização de um teste para confirmar ou descartar a sífilis congênita. Praticamente nenhuma das fichas tinha esse campo marcado o que me levou a um questionamento: Os profissionais acompanham esses RN e não concluem a notificação ou eles realmente não acompanham adequadamente esses casos? O índice de sífilis



congenita do município está muito acima do preconizado e diante a essas questões nem sabemos de fato até onde os dados são fidedignos.

Durante essa vivencia pude perceber também algumas dificuldades relacionadas diretamente ao processo de trabalho da atenção básica como o não preenchimento das fichas de notificação negativa e de diarreia, o não cumprimento de prazos no envio de consolidados mensais como os de testes rápidos, dentre outros.

Tendo observado todas essas fragilidades tanto no que diz respeito ao processo de trabalho das unidades de saúde da família como da própria vigilância epidemiológica eu junto com a outra residente do setor resolvemos criar alguns fluxos de notificação e encaminhamento levando em consideração os agravos mais recorrentes e padronizar outros já existentes adequando a realidade atual do município para posteriormente apresentar nas reuniões de equipe das unidades na tentativa de facilitar o trabalho destas frente aqueles agravos, a tomada de decisões e o itinerário terapêutico do usuário para que este não fique solto na rede.

Foi um processo bem trabalhoso porem enriquecedor, tivemos a oportunidade de conhecer melhor os dispositivos disponíveis no município e discutir as dificuldades levantadas pela vigilância e atenção básica frente aqueles agravos. Após essa elaboração construímos uma apresentação e discutimos nas reuniões de equipe das unidades cada um dos fluxos sempre atentos as opiniões e críticas dos profissionais levando em conta as experiências que eles já tiveram. Aproveitamos também para discutir a questão da importância do preenchimento das fichas de notificação de agravos, notificação negativa e de diarreia e o acompanhamento adequado do RN de mães diagnosticadas com sífilis durante a gravidez. Ao adentrar esse tema do acompanhamento percebemos em várias equipes que os profissionais acompanham o RN porém de forma equivocada não realizando as condutas preconizadas pelo ministério da saúde.

Ao final das apresentações pedimos as equipes que nos dessem um feedback. As devolutivas foram muito positivas, os profissionais relataram que era muito bom ter um momento daquele onde o que estava sendo proposto ajudaria no processo de trabalho deles e no encaminhamento do usuário, sendo realmente uma ferramenta que facilitaria o trabalho de toda a equipe e não uma ferramenta que eles não dariam valor de uso. Ressalto aqui que sugerimos a coordenação da vigilância que os fluxos fossem impressos e entregues nas unidades para que os profissionais pudessem consultar sempre que necessário. Após as apresentações os fluxos sofreram mudanças propostas pelos profissionais da AB.

Um ponto que acho muito positivo e que foi conquistado em decorrência da criação desses fluxos foi a oferta do PPD pelo município uma vez que este não era

ofertado há alguns anos o que dificultava no manejo dos pacientes assintomáticos contactantes diretos de pacientes com tuberculose.

Após realizarmos este trabalho percebemos que as equipes tinham dificuldades em saber como proceder em determinadas situações e sentiam falta de momentos como aquele onde pudessem sanar dúvidas sobre questões presentes no dia a dia da equipe. Eles questionaram que muitas vezes as coisas são postas de forma verticalizada e eles não tinham devolutivas sobre assuntos pertinentes e os fluxos além de direcionar a conduta deles mostrava o que aconteceria com o paciente após o encaminhamento.

Enfim, o estágio na vigilância foi realmente de grande valia para minha construção profissional e me possibilitou vivenciar a importância dos dados produzidos na AB e como o processo de trabalho das equipes da AB influenciam no processo de trabalho da equipe de vigilância epidemiológica. Pude ampliar o meu olhar e perceber a importância de coisas que nós enquanto AB não damos importância, mas que fazem muita diferença na VE. Acredito que a coordenação da VE precisa se organizar para se fazer mais presente nas unidades e levar para as equipes informações referentes ao que eles produzem e como isso impacta na tomada de decisão e organização do processo de trabalho da vigilância. É importante que as equipes vejam que eles não ficam produzindo informação e preenchendo papéis sem importância, VE e a AB precisam caminhar juntas e os profissionais precisam entender isso.

A vigilância é muito mais rica do que eu imaginava, gostei bastante da dinâmica do serviço que não permite que tudo vire rotina. A todo momento chegam informações novas sobre diferentes assuntos e agravos e o estudo é necessário a todo momento. Foi muito importante ver por exemplo todo o trabalho envolvido em uma campanha de vacina ou investigação de óbito.

Em alguns momentos me senti desestimulada estando ali, apesar de ser um ambiente muito rico e dinâmico não há uma organização no processo de trabalho, as coisas são decididas em cima da hora e acredito que isso prejudique a otimização do tempo impossibilitando que outras tarefas importantes sejam desenvolvidas.

## **7 - COMO FOI O MEU ELETIVO**

O meu estágio eletivo foi desenvolvido na rede Cegonha do município de Dias d'Ávila a qual tem como órgão municipal a Secretaria de Saúde do referido município e conta com os seguintes pontos de atenção: Atenção Básica composta por

dezoito equipes de Saúde da Família distribuídas em treze USFs; Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF); Laboratório de análises clínicas; Ambulatório para acompanhamento de pré-natal de alto risco, Maternidade NIZU; Central de regulação; Unidade de pronto atendimento (UPA) e a Vigilância em Saúde.

As ações desenvolvidas por essa rede abarcam o binômio mãe-filho perpassando pelo planejamento familiar, confirmação da gravidez, pré-natal, parto, puerpério e os dois primeiros anos da vida da criança, oferecendo atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres nesse momento ímpar de suas vidas além do nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

Todos os pontos da rede de atenção, com exceção da Maternidade, a UPA e a regulação (que funcionam 24h) tem funcionamento de 08:00h às 12:00h e de 13:00 às 17:00h.

A Rede Cegonha (RC) funciona de forma harmoniosa onde a Atenção Básica tem papel primordial na realização do pré-natal, captação precoce da gestante, acesso ao pré-natal de alto risco quando necessário, realização dos exames de pré-natal preconizados e acesso aos resultados desses exames, vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto, programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, acompanhamento da puérpera e da criança com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, busca ativa de crianças vulneráveis além de orientação e oferta de métodos contraceptivos. As medicações preconizadas são ofertadas em tempo hábil.

A visita de vinculação ocorre duas vezes por mês, é conduzida pela enfermeira de plantão da maternidade e pela assistente social. A garantia do acompanhante de livre escolha da gestante é respeitada durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, exceto no momento de partos cesáreos e no alojamento conjunto se o acompanhante for do sexo masculino em decorrência do ambiente não garantir a privacidade das demais puérperas ali presentes. O município não dispõe do SAMU Cegonha como preconizado, mas garante nas situações de urgência o acesso ao transporte para as gestantes, puérperas e os recém-nascidos de alto risco.

O objetivo inicial que me motivou escolher esse campo de estagio foi a curiosidade em conhecer a configuração da RC do município e o itinerário percorrido pelas gestantes nesse modelo de atenção.

Acredito que esse conhecimento é de suma importância na formação enquanto residente em Saúde da Família para uma melhor compreensão de como se

configura o cuidado ao binômio mãe-filho para além da USF. Entender o caminho percorrido pelas gestantes nos possibilita ofertar uma melhor assistência enquanto atenção básica e nos permite olhar para a assistência prestada com outros olhos, nos atentando, mais criteriosamente a atenção no pré-natal.

A expectativa inicial era realmente entender como se dava a assistência prestada as gestantes e ao RN fora da USF e compreender de forma crítico reflexiva o funcionamento dessa rede de atenção.

Um momento muito enriquecedor nesse estágio foi a participação no grupo condutor da Rede Cegonha que tem encontros mensais e abarcam diferentes discussões buscando sempre a qualificação da Rede de Atenção Saúde Materna e infantil garantindo acesso, acolhimento e principalmente resolutividade.

Durante esse estágio eletivo pude desenvolver diferentes atividades, foram elas:

- ✓ Conhecimento dos pontos de atenção da Rede Cegonha disponíveis no município;
- ✓ Observação da dinâmica do serviço nos diferentes pontos de atenção;
- ✓ Participação das reuniões do grupo condutor da Rede Cegonha;
- ✓ Participação no Observatório da Rede Cegonha na sede do Ministério Público em Salvador;
- ✓ Participação no Acolhimento Pedagógico do município;
- ✓ Levantamento da situação clínico epidemiológica dos partos realizados na maternidade;
- ✓ Análise das fichas de pronto atendimento da maternidade para entendimento dos principais motivos de procura desta;
- ✓ Participação das reuniões da Sala de Situação;
- ✓ Qualificação dos indicadores da Rede Cegonha.

Por fim, o estágio foi de grande valia para o meu aprendizado profissional, pois me proporcionou conhecer de forma mais ampla o funcionamento da Rede Cegonha no município, seus pontos de atenção, algumas deficiências, dados clínicos e epidemiológicos e principalmente a importância e atuação da Atenção Básica nesse contexto.

## 8 - ENFIM A GESTÃO

Quando o desenho do R2 foi apresentado eu pensei, nossa, que saco será passar pela gestão, eu nem sabia do que se tratava o meu campo de prática, nunca tinha escutado falar em sala de situação, esse seria o último estágio da residência e já me causava desânimo mesmo estando tão longe de acontecer, contudo, ao longo do meu estágio na vigilância epidemiológica a minha visão sobre a gestão foi mudando, eu participei ativamente do processo de implantação da sala de situação enquanto vigilância epidemiológica e pude perceber o quão potencializador aquele ambiente pode ser e como ele acrescentaria conhecimentos de caráter prático na minha carreira profissional. Foi nesse momento que o desânimo que eu sentia ao pensar na gestão passou a ser ansiedade, eu estava ansiosa para que o estágio de gestão acontecesse porque eu já me sentia vislumbrada pela sala de situação.

O início desse estágio foi um pouco conturbado e desestimulante, iniciei alguns dias antes do rodízio de profissionais que acontece no final do ano, a secretaria de saúde estava passando por mudanças em alguns setores, a referência da sala de situação estava de férias e apesar da ajuda da apoiadora matricial da gestão eu acabei me sentindo solta e perdida. Nesse momento me veio aquela sensação de frustração, eu tinha esperado muito para chegar naquele campo de estágio, tinha criado expectativas positivas e tudo parecia desmoronar. Reestabelecido essas questões eu comecei então a vivenciar a gestão de um outro ângulo, comecei a vivenciar a sala de situação e perceber que aquele espaço era muito mais potente do que eu imaginava.

A Sala de Situação em Saúde/SDSS, é uma ferramenta que favorece ao uso da informação em saúde para a tomada de decisões, posto que se trata de proposta de trabalho que facilita a tarefa de analisar dados sanitários e vinculá-la à gestão de governo em saúde. Considera-se um instrumento informatizado, que integra os principais sistemas de informações em saúde, produz um conjunto de indicadores selecionados e torna evidente, por meio da utilização de cores avaliativas, o grau de afastamento em relação a parâmetros oficiais (LUCENA, DEININGER e SILVA et. al. 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde, a SDSS possibilita que as equipes trabalhem analisando as mais diversas informações, elencando prioridades, elaborando planos de saúde com metas para serem alcançadas, colaborando assim, com a gestão em saúde. Portanto, é uma ferramenta que favorece a uma série de tomadas de decisões e que pode ser usada nos mais diferentes níveis de gestão (BRASIL, 2010).

Estar nesse ambiente me possibilitou avaliar de forma crítica a maneira como as ações em saúde acontecem muitas vezes de forma equivocada deixando passar os reais problemas enfrentados por determinada população. Analisar a série histórica de um indicador nos permite desenvolver um diagnóstico situacional em saúde com orientação ao passado, ao presente e ao futuro permitindo assim, conhecer a realidade, o perfil, as necessidades da população, como também o trabalho realizado (oferta/demanda) pelo setor saúde e o impacto da mesma em uma determinada abrangência populacional.

O processo de gestão em saúde exige medidas de planejamento, alocação de recursos escassos, avaliação de desempenho e outras atividades básicas de administração, além de reuniões de equipe, padronização de procedimentos, coordenação, direção e controle (MARTINS e WACLAWOVSKY, 2015), portanto, essa ferramenta é muito válida por exemplo, para a elaboração do Plano Municipal de saúde e da Programação anual de saúde, uma vez que, favorece uma série de tomadas de decisões racionais baseadas em dados analisados que geram informação e conhecimento, em contextos sociais, econômicos, históricos, particulares da população em questão permitindo a priorização do tipo de ação a ser desenvolvida considerando a efetividade e eficiência no uso dos escassos recursos do setor para a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Apesar das potencialidades pude perceber que o trabalho com a SDSS também apresenta limitações, por exemplo, a completude e fidelidade dos registros referentes às próprias bases de dados utilizadas, dificuldades de atualização dos parâmetros e a qualidade das informações, o que nos remete a pensar a necessidade de realizar um trabalho visando à conscientização e o consequente compromisso do profissional de saúde com o preenchimento das fichas de notificação e registro de suas atividades diárias. Em consonância a isto é importante que a gestão compartilhe com esses profissionais da ponta as análises de saúde para que eles entendam a importância dessas informações produzidas diariamente no serviço.

Conjecturando com o vivido na ESF pude perceber que esse instrumento é de grande valia para elaboração das ações de saúde do território, pois permite a identificação dos problemas prioritários subsidiando o planejamento dessas ações em saúde de acordo com a realidade do território e da equipe. A sala de situação é uma ferramenta que pode ser utilizada para reorganizar os processos de trabalho em saúde e mapear as ações no território, auxiliando na tomada de decisão.

Esse estágio me fez perceber como as ferramentas de gestão são subutilizadas, dispomos de diferentes instrumentos e não damos valor de uso a eles. Hoje eu questiono como um gestor consegue pensar saúde e elaborar ações em

saúde sem conhecer a realidade da sua população. Como a ESF consegue desenvolver ações sem conhecer os problemas prioritários da população adscrita, e o mais engraçado é que nos questionamos o tempo inteiro em porque determinadas ações não surtem efeito. Conhecer as condições de vida e de saúde da população em questão é uma etapa indispensável para o processo de planejamento e a avaliação do impacto das ações de saúde implementadas. “A atenção à saúde é alcançada através de instrumentos como o planejamento, a organização, a coordenação e o controle” (MARTINS e WACLAWOVSKY, 2015). Planejar baseado em informações produzidas por indicadores com certeza poupa recursos, tempo e energia.

## **9 - CONCLUSÃO**

Esse caminhar oportunizou-me conhecer a complexidade do ambiente e da organização do trabalho da enfermeira em diferentes setores ligados a atenção primária a saúde especialmente a estratégia saúde da família, assim como a necessidade de atualizações frequentes, para acompanhar as inovações na área e manter elevado conhecimento técnico-científico, habilidade e atitude para a tomada de decisão ética no âmbito profissional e, conseqüente, amadurecimento profissional.

Durante esse programa de residência, vivenciei experiências transicionais múltiplas, que se constituíram em momentos de tristeza, alegria, dúvida, certeza, e surgimento de dificuldades. No processo da escrita desse memorial, alimentado pelo artifício do recordar, entrou em cena um sujeito que refletiu sobre si, sobre seus saberes profissionais, sobre as percepções frente as situações vivenciadas no dia a dia e o impacto delas tanto na formação profissional quanto pessoal.

A pratica da reflexão permitiu-me lembrar, repensar e resignificar as minhas próprias experiências e práticas como estratégia de formação. Contar as minhas vivencias no decorrer desse processo me levou a percepção do quanto eu aprendi e amadureci até aqui. Hoje eu agradeço por cada situação vivida, tenham sido elas boas ou ruins porque foram elas que me trouxeram onde eu estou hoje e me proporcionaram tamanho amadurecimento.

Escrever esse memorial não foi uma tarefa fácil. Revisitar a minha história e reviver situações nem sempre agradáveis não foi simples, mas esse exercício me fez compreender a importância de cada situação vivida. Eu entrei nessa residência completamente imatura enquanto profissional, não entendia sequer o que é ser uma enfermeira de saúde da família e hoje saio com a compreensão da complexidade e potencialidade desse ambiente de trabalho. Saio com a sensação de

dever cumprido e aquele gostinho de um R3 onde eu juntaria os conhecimentos obtidos enquanto profissional da ponta e também da gestão potencializando o meu ambiente de trabalho e a minha atuação enquanto enfermeira de saúde da família, mas acredito que outras oportunidades virão e eu poderei colocar em pratica todo o conhecimento obtido nessa experiência ímpar.



## 10 - REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).** Diário Oficial da União. 2 out 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo.** Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

CHAVES, A. C. C; et. al. **Autonomia profissional do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa.** Rev. enfermagem UFPE on line., Recife, 8(supl. 2):3718-26, out., 2014.

COUTINHO, L. R. P; BARBIERI, A. R; SANTOS, M. L de M. dos. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa.** Rev. Saúde Debate | rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.514-524, ABR-JUN 2015.

DAMAS; Keyti Cristine Alves; MUNARI; Denize Bouttelet; SIQUEIRA; Karina Machado - **Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, p. 272-278, 2004. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)

DUTRA C.D; SOARES M. C; MEINCKE, S. M. K. et al. **Processo de trabalho da enfermagem na atenção primária à saúde: revisão integrativa.** Rev enfermagem UFPE on line., Recife, 10(Supl. 3):1523-34, abr., 2016.

FRANCO, T. B; FRANCO, C. M. **Acolhimento com Classificação de Risco e a Micropolítica do Trabalho em Saúde: A Experiência de Silva Jardim – RJ.** Rev. APS. abr./jun., 15(2): 227-223, 2012.

FREITAS. D. S. de L; SOUZA, JR, A. J. de. **Importância do memorial de formação enquanto estratégia de formação profissional no projeto veredas.** Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiAmsGluKDgAhWnlbkGHclRAGoQFjABegQICBAC&url=http%3A%2F%2Fwww.seer.ufu.br%2Findex.php%2Ffolhasesetilhas%2Farticle%2FviewFile%2F3460%2F13589&usg=AOvVaw2MBxiO2lv3JJInseq0NLUu>. Acesso em 30 de janeiro de 2019.

GALDINO, M. J. Q. **Síndrome de Burnout entre mestrandos e doutorandos em enfermagem.** Acta Paul Enferm. 2016; 29(1):100-6.

LUCENA, K. D. T. de; DEININGER, L. S; SILVA, E. A. et al. **Sala de situação em saúde como ferramenta de gestão: planejamento das ações no território.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(3):702-8, mar., 2014.

MARTINS, C. C; WACLAWOVSKY, A. J. **Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde.** Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS. Vol. 4, N. 1. Janeiro/Junho. 2015.

OLIVEIRA, C. M; CASANOVA, A. O. **Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):929-936, 2009.

OLIVEIRA, C. V. S. de; MARINUS, M. W. de L. C. **Desafios do acolhimento na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa.** Rev. Saúde em Redes. 2016; 2 (2): 211 – 225.

PEREIRA, M. S. **Lei do exercício profissional de enfermagem e a autonomia profissional do enfermeiro.** Rev. Enferm. Foco 2013; 4(3,4) 171 – 174.

PINTO, H. A; SOUSA, A. F. A. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora.** Saúde debate. 2014 out; 38(esp):358-372.

RODRIGUES, U. M. P; RIBEIRO, E. R. **Síndrome de burnout na equipe de saúde da família: uma revisão da literatura.** Revista Saúde e Desenvolvimento | vol.5 n.3 | jan/jun 2014.

SILVA, G. R. da. Et. al. **Saúde mental na atenção primária à saúde: percepções da equipe de saúde da família.** Cogitare Enferm. 2016 Abr/jun; 21(2): 01-08.

SILVA, J. Q. G. **O memorial no espaço da formação acadêmica: (re)construção do vivido e da identidade.** Rev. Perspectiva. Florianópolis, v. 28, n. 2, 601-624, jul./dez. 2010.