



FUNDAÇÃO ESTATAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LORENA MAIRA CONCEIÇÃO SANTOS FARINE

**MEMORIAL DE FORMAÇÃO: REFLEXÕES DO PROCESSO FORMATIVO NA
MODALIDADE RESIDÊNCIA**

CAMAÇARI
2019

LORENA MAIRA CONCEIÇÃO SANTOS FARINE

**MEMORIAL DE FORMAÇÃO: REFLEXÕES DO PROCESSO FORMATIVO NA
MODALIDADE RESIDÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Fundação Estatal em Saúde da Família (FESF-SUS), como requisito obrigatório para obtenção de título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Samara Rocha dos Santos Santana.

**CAMAÇARI
2019**

LORENA MAIRA CONCEIÇÃO SANTOS FARINE

**MEMORIAL DE FORMAÇÃO: REFLEXÕES DO PROCESSO FORMATIVO NA
MODALIDADE RESIDÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado como requisito final para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Fundação Estatal em Saúde da Família/Fiocruz.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Samara Rocha dos Santos Santana- Orientadora
Enfermeira, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família-
FESF/FIOCRUZ.

RESUMO

Um dos objetivos do SUS é a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. Uma das formas de atender tal objetivo foi à criação, no ano de 2005 das Residências em Área Profissional da saúde. O programa é focado na educação em serviço, norteado pelos princípios e diretrizes do SUS e visa apoiar a entrada de profissionais da área da saúde no mercado de trabalho. O presente trabalho constitui-se como um Memorial de Formação, onde são explanadas passagens da trajetória percorrida durante o período de 02 anos como enfermeira, residente, que na maioria do período do exercício profissional atuou no município de Camaçari-BA no período de 2017 a 2019, tendo como objetivo geral discorrer sobre a rememoração da trajetória profissional com reflexões acerca da formação profissional. Trata-se de um memorial de natureza descritiva, discorrido em primeira pessoa do modo indicativo do sujeito, não envolvendo participantes de pesquisa. No ano de 2015 a Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS) dá início a sua primeira turma de residentes. A modalidade do programa é definida através da formação de profissionais que são inseridos nos serviços, conhecem e vivenciam a prática cotidiana, dispendo de suporte pedagógico, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, estando em contínuo processo de educação permanente. A inserção na atenção básica e em outros setores da saúde proporcionou experiências exitosas que colaboraram para o processo de formação. Em meio à complexidade e as dificuldades é necessário o desenvolvimento de habilidades. Ao final do processo foi importante perceber o amadurecimento em relação percepções a respeito do mundo do trabalho. Compreender a importância da forma de ensino-aprendizagem trabalhada e o quanto ela é transformadora é de extrema importância. A produção de conhecimento associada à formação profissional é um fator importante da residência da FESF.

Palavras- chave: Residente. Ensino. Aprendizagem.

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e drogas
CEP-CONEP	Código de Ética Profissional- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CODEPLAN	Coordenação de Planejamento em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FESF	Fundação Estatal de Saúde da Família
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PHOC	Projeto Habitacional Organizado de Camaçari
R2	Residente do segundo ano
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. METODOLOGIA.....	8
3. ANTES DA RESIDÊNCIA: TRAJETÓRIA DA GRADUAÇÃO A OPÇÃO PELA ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.....	9
4. PRIMEIRO ANO DA RESIDÊNCIA.....	12
5. R2 (RESIDENTE DO SEGUNDO ANO).....	17
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
7. REFERÊNCIAS.....	22

1. INTRODUÇÃO

A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 traz como um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. Uma das formas de atender tal objetivo foi à criação, no ano de 2005 das Residências em Área Profissional da saúde. O programa é focado na educação em serviço, norteado pelos princípios e diretrizes do SUS e visa apoiar a entrada de profissionais da área da saúde no mercado de trabalho (BRASIL, 2005).

No ano de 2015 a Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS) dá início a sua primeira turma de residentes. A modalidade do programa é definida através da formação de profissionais que são inseridos nos serviços, conhecem e vivenciam a prática cotidiana, dispondo de suporte pedagógico, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, estando em contínuo processo de educação permanente, cooperando para um maior envolvimento entre as práticas e os saberes multidisciplinares assim como a construção de modelos de cuidado e de gestão, com isso auxiliam na reorientação do modelo de atenção a começar pela atenção primária a saúde, orientando-se pelos princípios do SUS, utilizando como norteador desse processo prioritariamente a Estratégia de Saúde da Família para reorientação do modelo assistencial. (FESF-SUS, 2019).

Nota-se que a FESF-SUS trabalha com a execução do ensino-aprendizagem a partir da espiral construtivista. A abordagem construtivista consente que os profissionais sejam protagonistas na construção do conhecimento a partir de situações problematizadoras, reais de considerando e integrando saberes e experiências individuais e prévias, contribuindo para formação e qualificação dos mesmos, estimulando reflexões acerca das situações assim como pensamento crítico (LIMA, 2017). Diante do exposto e a partir da vivência como enfermeira residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS, o objetivo geral deste trabalho é discorrer sobre a rememoração da minha trajetória profissional tendo como objetivo específico refletir acerca das situações vivenciadas durante o processo de formação.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho constitui-se como um Memorial de Formação, qual trago passagens da minha trajetória percorrida durante o período de 02 anos como enfermeira, residente, que atuou na maioria do período do exercício profissional no município de Camaçari-BA no período de 2017 a 2019. Por tratar-se de um trabalho tipo memorial, descrito em narrativa, discorrido em primeira pessoa do modo indicativo do sujeito, não envolvendo participantes de pesquisa ou pesquisa com seres humanos, com isso não necessitou de aprovação por parte do Sistema CEP-CONEP (Código de Ética Profissional - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Os Memoriais de Formação constituem-se como narrativas de grande significado, pois além de considerar a história da formação profissional, traz experiências e aprendizados vivenciados, é a chance de registrar as reflexões do processo de formação e a prática pedagógica. (FREITAS E SOUZA JR, 2019).

Para escrever tal trabalho recorri à rememoração das situações vividas durante o processo de formação bem como, registros institucionais de reuniões, assembleias e espaços de apoio com a preceptoria.

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 (FREITAS E SOUZA JR, 2019).

Vale ressaltar que o memorial de formação tem grande valor que chega a ser único, por mais que existam momentos coletivos, os momentos individuais permeiam na narrativa. Pessoas diferentes podem até experimentar situações iguais, mas experiências subjetivas não se medem e são únicas.

3. ANTES DA RESIDÊNCIA: TRAJETÓRIA DA GRADUAÇÃO A OPÇÃO PELA ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Batalhei muito para chegar até aqui, aproveitei as oportunidades que foram oferecidas em decorrência das ações afirmativas, além de ter estudado e me dedicado muito. Se não fosse por isso, não teria condições de pagar as mensalidades caras das faculdades particulares. Sou grata a Deus, a minha família e ao governo do partido anterior por ter chegado aonde cheguei. Minha escolha por enfermagem aconteceu devido o gosto pela área da saúde. Inicialmente eu não sabia o que cursar, mas sempre escutava a palavra enfermagem atrelada à palavra cuidado, eu já entendia que cuidado englobava o tratar, preservar, ajudar, acolher, respeitar o se humano, hoje sei que envolve muito mais coisas e não somente palavras bonitas, isso despertou a vontade de prestar vestibular para o curso. Sou graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e justamente no ano que ingressei, a universidade estava passando por reformulação nos componentes curriculares, com maior valorização do Departamento de Enfermagem Comunitária, o que permitiu aos alunos o contato com o SUS, atenção primária e saúde coletiva desde o primeiro semestre do curso.

Minha escola por Saúde da Família deu-se a partir de duas experiências na graduação. Mesmo conhecendo tanto a área hospitalar como a área comunitária não sabia ao certo qual linha de atuação seguir, só sabia que não queria assistência hospitalar. Foi justamente no último semestre que, mais especificamente, que tive maior contato com a Saúde da Família, pois fiquei inserida por alguns meses em uma equipe mínima, onde pude vivenciar experiências exitosas. Realizei minha prática em uma Unidade de Saúde da Família (USF), que era modelo em oferta de serviços e atendimento de qualidade, sendo referência na cidade. Os profissionais que trabalhavam naquele local tinham vontade de trabalhar, como em todo lugar, tinha seus problemas, observei que alguns entraves e dificuldades para o desenvolvimento das ações dependiam de uma questão logística e política, outros dependiam exclusivamente do profissional e da relação interpessoal, mas ainda assim era uma equipe coesa e respeitadora, não ganhavam nenhum incentivo para ser profissionais e USF de referência na cidade. Encontrei profissionais comprometidos com o que faziam, com prazer de atender e com a capacidade de se superar a cada dia.

Isso me deixou muito animada, claro que sabia que nem todas as USF's do município qual realizei o estágio eram assim. Experimentei abordagens diferentes com os pacientes;

consultas mais completas, que fugiam do modelo mecanicista e da abordagem queixa-conduta. Na teoria mecanicista temos que:

[...] o homem funciona como uma máquina e, quando está doente, é por que esta máquina está avariada [...] vendo o homem como uma máquina, tendo o conceito de saúde de que é ausência de doença e tendendo-se para a especialização e fragmentação, perde-se a visão holística do homem, em suas dimensões psicológicas e sociais. (COSTA, 2013).

Pude perceber que naquele lugar exista preocupação com a integralidade do cuidado da pessoa e a equipe utilizava muito de tecnologias leves de cuidado em saúde, procuravam construir procedimentos de intervenção nos processos da saúde e da doença pensando no melhor efeito desejado. As tecnologias em saúde podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura, as tecnologias leves são as tecnologias das relações, o vínculo e o acolhimento podem ser considerados como tecnologias das relações. (MERHY, 2002). Eu consegui me envolver de certo modo com a comunidade e só foram poucos meses. Era maravilhoso assistir as reuniões de equipe, onde surgiam discussões sobre a dinâmica familiar do paciente, pessoas com perfis diferentes, com cabeças que tinham diferentes pensamentos conseguiram dialogar e pensar no cuidado centrado no usuário, utilizando ferramentas para compreensão do cuidado.

Percebi que eu poderia ser uma profissional igual aqueles profissionais, eu tinha vontade, mesmo sabendo que não seria fácil e que dificuldades surgiriam. Cheguei a me questionar se eu estava disposta a tentar uma residência qual especialidade estava praticamente vinculada ao SUS sabendo da conjuntura política que o país estava passando. Mas, era disso que eu gostava! Entendi que a oportunidade de atuar nesse sistema que foi uma grande conquista da sociedade, que ampliou os direitos sociais e buscou assegurar a cidadania seria única e com certeza tamanha experiência abriria portas para atuação em outros setores.

A outra experiência deu-se através da oportunidade que a universidade oferece em relação à iniciação a pesquisa, onde pude ser participante da pesquisa que tratava sobre Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP), indicador que de forma indireta identifica se o serviço de saúde da atenção primária está sendo efetivo e se a população que possui acesso a esses serviços tem seus problemas de saúde resolvidos, não gerando agravamento dos mesmos e consequentemente não precisando de internação. (BATISTA et al. 2012).

Gostei tanto de ter trabalhado e participado da pesquisa que tal estudo foi tornou-se meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Em busca de oportunidade no mercado, que está cada vez mais difícil, de qualificação profissional, por saber da existência do modelo ensino-

aprendizagem oferecido pelas residências e devido à afinidade com a área, decidi realizar o processo seletivo para a residência da FESF e comecei a dá os primeiros passos da minha carreira profissional.

4. PRIMEIRO ANO DA RESIDÊNCIA

Confesso que não sabia como funcionava o modelo de residência da FESF, descobri a proposta do programa em uma das semanas de acolhimento dos residentes. A primeira semana de acolhimento foi legal, porque permitiu entrosamento das pessoas, troca de experiências, aprendizado e descobertas de afinidades, porém os dias tornaram-se maçantes a partir da segunda semana devido à proposta utilizada, somente teoria. Quando a maioria, inclusive eu, soube que seria os profissionais de referência do serviço, tudo o que mais queríamos era conhecer o serviço.

No final de semana antes de ir para Camaçari, coloquei meus pensamentos em ordem sobre como e qual seria o meu papel de residente no lugar para onde iria, eu tinha outra visão acerca dos programas de residência, a proposta da FESF inclui os residentes como responsabilidade sanitária do serviço e do território, sabia que seria um desafio muito grande principalmente para uma recém-formada.

A unidade escolhida para minha atuação foi o PHOCIII (Projeto Habitacional Organizado de Camaçari). Encontrei uma equipe da residência parceira, com bons profissionais, que trabalhou bastante para melhorar o processo de trabalho do lugar, sensíveis em ajudar quem estava chegando, mas também encontrei uma equipe desgastada e cansada de manejar as situações que surgiam e envolvia serviço, servidores, comunidade e gestão, isso me causou certo receio porque não era o que eu desejava para mim nem para ninguém. Em poucos dias passei a entender sobre o processo de trabalho e sobre as pessoas que trabalhavam ali. Por mais que eu já tenha vivenciado práticas na atenção básica e entendia basicamente como funcionava, eu só era coadjuvante, não estava no serviço todos os dias, mas naquele lugar percebi que tinha chegado o momento de ser o que chamamos de “linha de frente” era a hora de praticar e aprender.

Contei com maravilhosos colegas residentes, quase todos sem experiência profissional na atenção básica, somente uma colega possuía experiência, formávamos uma equipe coesa, com relação harmônica, assim como todas as equipes tínhamos nossos problemas e sempre sentávamos para tentar resolvê-los, tentávamos trabalhar a questão da imaturidade não só profissional como pessoal e contamos com ótimas preceptoras. Considero que o corpo pedagógico da residência tem um diferencial em relação a outros programas, a relação “ombro a ombro”, o turno pedagógico e as rodas propostas fazem com que o residente seja estimulado a refletir criticamente sobre a realidade vivida diariamente no contexto de trabalho

além de pensar acerca do processo de trabalho e atuação profissional fora do ambiente de trabalho.

“Cabe ao preceptor [...] a função de mediação, com o objetivo de diminuir a discrepância entre a formação atual e a desejada [...]”. (FESF-SUS, 2018). Infelizmente existiram fatores que fizeram com que no meu caso e no de muitos colegas, tais espaços fossem subutilizados.

Compreendo que a figura da preceptora é a de auxiliar, então em relação a minha formação, além do apoio da preceptoria, no caso da minha, uma profissional muito comprometida, busquei enriquecer e acrescentar conhecimentos através de diversas outras ferramentas; estudei bastante, recorri a manuais, colegas, artigos, livros, não foi um processo nada fácil, mas aos poucos consegui aprender a trabalhar individualmente e em equipe, sempre fui uma pessoa independente, mas sempre que precisava buscava apoio quando precisava, com o tempo fui aprendendo a estruturar minha agenda, meus atendimentos, gerir as ações da equipe e do serviço, manejar uma reunião de equipe, construir vínculo, obter postura, utilizar do diálogo para construção de relações e principalmente a manusear as relações interpessoais tendo em vista que na unidade onde atuei a relação servidores-residentes era enfraquecida; a residência, ou melhor, a FESF, era vista como adversária por pelo menos 80% destes além do local possuir uma comunidade bastante difícil de estabelecer diálogo. Aprendi a importância de construir agenda baseada no território, mesmo conhecendo pouco do mesmo. Basicamente, só conhecia quem chegava. A oportunidade de conhecer o um pouco mais o território deu-se no segundo semestre do segundo ano da residência. Entendo que o processo de territorialização é um componente fundamental para que sejam planejados e organizados ações e serviços a ser ofertados pelas unidades. Através da territorialização é factível realizar o prognóstico dos determinantes sociais, das características demográficas e epidemiológicas, possibilitando atuação no estado de saúde da população adscrita de forma mais apropriada. (BRASIL, 1997).

Um desafio importante e necessário foi o pensamento de estratégias para prestar melhor atendimento ao usuário levando em conta os determinantes e condicionantes da saúde que permeiam a vida dos mesmos, não foi fácil desenvolver habilidades que estimulassem a motivação do cuidado, de fato não é fácil prestar assistência centrada no usuário com responsabilização e com os elementos preconizados nas políticas públicas de saúde. Uma das habilidades desenvolvidas foi o vínculo.

Muitas vezes o que o profissional deseja não é o que o usuário de fato quer ou até pode querer, mas fatores socioeconômicos interferem no processo de atenção a saúde. O cenário do município de Camaçari creio que assim como em outros municípios, possui fragilidades nos fluxos assistenciais e gerenciais, e na oferta de serviços, a rede de atenção a saúde não é bem entrelaçada as equipes apresentam demandas que só acumulam e poucas vezes são sanadas, o que influencia na garantia da integralidade do cuidado e no atendimento usuário-centrado, levando também ao sofrimento psíquico dos profissionais devido a identificação e não resolução de problemas. Sempre buscava fazer reflexão a respeito das minhas práticas, considerando que elas acarretariam crescimento profissional.

Aqui não poso deixar de falar o quanto importante foi trabalhar em equipe, como era boa relação da equipe mínima com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), profissionais essenciais para o contexto da atenção básica, sem apoio deles não conseguiria enfrentar os problemas diários, pensar estratégias de cuidado, muito menos desenvolver as habilidades que desenvolvi. Uma habilidade desenvolvida e que precisa ser melhorada tem haver com as tecnologias das relações, que é o vínculo. Aprendi o quanto o vínculo favorece adesão ao plano de cuidado. Segundo Coelho e Jorge (2009 apud PONCE et al., 2011 e):

Vínculo estabelece fortes laços interpessoais entre os profissionais de saúde e os doentes, por meio de relações de escuta, diálogo, respeito e humanização da assistência, promovendo a corresponsabilização da saúde. O interesse e responsabilização do profissional para com a saúde e as necessidades do doente despertam sentimentos de segurança e confiança no usuário e faz com que esse procure com mais frequência o serviço no qual se sente acolhido e vinculado, facilitando o acesso.

Era muito interessante a forma como a minha equipe trabalhava. Enquanto equipe mínima e NASF de residentes sempre nos apoiamos, isso fazia com que o trabalho fluísse de forma leve e harmoniosa, cada um tinha seu pensamento, sempre discordávamos nas opiniões, mas a maturidade, amizade e o respeito prevaleciam. Reconheço também a contribuição e parceria de algumas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) para fluidez do processo e articulação da assistência ao usuário, tendo em vista a relação um pouco difícil que algumas delas tinham com os trabalhadores da unidade. Era bom saber que a relação interpessoal da equipe refletia no processo de cuidado do usuário, isso faz toda a diferença. A coesão e organização da equipe faziam com que o acolhimento enquanto serviço, os atendimentos, as visitas domiciliares, atividades e as reuniões fossem mais resolutivos e integrais.

Infelizmente, a influência de alguns problemas, principalmente o acolhimento enquanto serviço, que é um modelo novo de atendimento para os residentes, envolve muita

postura e escuta associada ao comprometimento em dá respostas as queixas trazidas pela comunidade e a falta de experiência em dá negativas, atrelada a tamanha reatividade da população, aliada a sobrecarga gerada pelo desenho de uma residência com suas 60 horas, a cobrança pelo cumprimento das agendas, além da não afinidade pela saúde da família me fizeram perder 04 colegas residentes. Passei por momentos difíceis, o NASF resumiu-se a 02 profissionais para dá conta de 03 unidades e minha preceptora deixou de ser minha preceptora para virar “residente”, senti que perdi uma preceptora e fiquei apenas com uma colega de trabalho. A preceptora de medicina deixou a preceptoría e a colega médica topou bravamente seguir em frente. Inúmeras vezes me senti sozinha, a sobrecarga às vezes era tanta que realizava minhas ações só por realizar e cumprir agenda porque a cobrança sempre foi grande. Culpava-me porque meu estilo de trabalho não era esse, busco compromisso e dedicação no que faço. Inúmeras vezes pensei em desisti, o recorte metodológico da residência já não me interessava, me via somente “tocando o serviço” no estilo “ mão-de-obra barata”. O que me sustentou além de Deus e da minha família foi à união e o apoio dos colegas sobreviventes que deixaram de ser colegas e tornaram-se amigos aliados a confiança e a crença no SUS que é uma conquista da população e referência em saúde pública.

O envelhecimento da população e a mudança no estilo de vida, associado a outros fatores fazem com que ocorra mudança na situação de saúde, levando ao aumento dos fatores de risco para desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. O alto índice de hipertensos e diabéticos aliados a deficiência de recursos humanos do corpo de residentes e a dificuldade de oferta de vagas para atendimento fizeram com que a equipe tivesse mais dificuldade em prestar cuidado continuado e integral para a população. Eis que foi o momento de unir forças e pensar na estruturação da consulta coletiva. O Ministério da Saúde orienta outras estratégias, além das consultas individuais, para a organização do cuidado a partir da estratificação de risco, incluindo como forma de atenção os atendimentos coletivos (BRASIL, 2014). Pensar a estruturação da consulta coletiva para hipertensos e diabéticos foi sensacional, foi um momento que a equipe uniu forças e contou com apoio importante do corpo pedagógico, o planejamento foi o ponto-chave para que a modalidade fosse posta em prática. O planejamento é uma ferramenta importante no processo de gestão, deve ser realizado pelos atores envolvidos na ação, onde os mesmos reflitam sobre a finalidade das ações programadas, a fim de aperfeiçoar a qualidade e efetividade do trabalho, sendo mecanismo de relevância para assegurar os princípios do SUS.

Na consulta coletiva o usuário tem a oportunidade de participar de momento de educação em saúde, passam por atendimento com todos os profissionais da equipe mínima,

são classificados de acordo com o risco cardiovascular, têm procedimentos realizados, a discussão dos casos com a equipe do NASF torna-se mais concreta, agendamentos para atendimentos individuais e tratamento de outras demandas são feitos, além da garantia do retorno. Foi um processo de amadurecimento profissional, descobri que mesmo diante a dificuldades e limitações, quando trabalhamos com dedicação, comprometimento e respeito podemos nos tornar potenciais de trabalho.

No PHOC III participei ativamente do controle social, consegui vivenciar a luta do cidadão diante das decisões administrativas, uma delas foi à reabertura da farmácia. O controle social é definido como sendo de característica democrática, pois há a participação dos cidadãos no exercício do poder, incluindo a vontade social como condição de avaliação, com o objetivo de elaborar metas a serem alcançadas na esfera das políticas públicas de saúde. (ROLIM, CRUZ e SAMPAIO, 2013). Uma parte da comunidade é engajada com a luta pela busca de melhorias, pelo menos a cada mês ocorria à reunião com a comunidade, vivenciei também a participação no colegiado gestor. Com o tempo o sentido da reunião de comunidade foi se perdendo pelos usuários, mas a unidade ainda conta com moradores “peças-chave”, que são influencias no modelo participativo.

Diante de tudo o que passei no primeiro no da residência, posso afirmar que cresci pessoalmente e profissionalmente e hoje quando analiso tudo o que passei, entendo que só foi para qualificar minha formação e desenvolver habilidades, consegui trabalhar questões pessoais e melhorar minha prática profissional, tudo isso diante de um tremendo desgaste.

5- R2 (RESIDENTE DO SEGUNDO ANO)

O segundo ano da residência foi marcado pela transição dos residentes novos e antigos e as vivências nos estágios optativos e eletivos. No período de transição percebi o aprendizado que foi proporcionado para mim assim como a extensão da minha aprendizagem. No segundo ano da residência é oportunizada a iniciação a preceptoria. Eu poderia ter sido melhor no que diz respeito ao suporte a conhecimentos técnico-científico aos colegas, mas sei que consegui na medida do possível sanar dúvidas, discutir casos, me posicionar ombro -a- ombro, mas justifico que o suporte depende muito do desejo e da abertura de quem irá receber, eu reconheço também que não sou muito de insistir, além de que a unidade estava passando por problemas relacionais fortes e o meu suporte foi mais emocional, de escuta e do diálogo, na tentativa de ajudar. Eu ficava triste em ver que a turma tinha entrado com tanta boa vontade, mas que infelizmente os problemas estavam fazendo com que as relações fossem alargadas.

Com tudo, tive a oportunidade de entender e aprender um pouco mais sobre outras áreas da unidade que me foram falhas no primeiro ano. Engajei-me muito no colegiado gestor, contribuí muito para tomada de decisões da equipe, acho que fui uma boa R2 para os meus colegas, o retorno deles comigo é muito bom, a turma é boa, pessoas de “coração de ouro. No R2 eu consegui firmar e tecer laços de amizade com alguns servidores; guardo-os com carinho até hoje. Não gostei muito do desenho da residência de passar dois dias e meio no estágio e dois dias e meio na unidade, entendi a proposta do matriciamento e do incentivo ao residente de está fazendo link da vivência dos outros setores com a atenção básica, mas considero que houve prejuízo no aprendizado, uma vez que ocorriam sempre interrupções no conhecimento proporcionado pelos serviços do estágio optativo.

No final do mês de abril dei início ao estágio optativo, minha primeira parada foi o Cerest (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador); minha vivência neste serviço fez mudar meus pensamentos sobre o mesmo. O Cerest atua como retaguarda técnica nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde do trabalhador. Eu pensava que diante de tal missão, o serviço além de identificar deveria “dá conta” dos pacientes que precisam de acompanhamento e reabilitação por agravo relacionado ao trabalho, mas eu refleti e aprendi que tal função é de responsabilidade da atenção primária, que deveria ser a principal porta de entrada do usuário e ordenadora do cuidado. Descobri com a experiência no Cerest que nós (atenção básica) não somos sensíveis para identificar um

usuário trabalhador, principalmente se for informal e se sabemos de tal informação, também não fazemos relação doença/trabalho.

O suporte técnico que o Cerest oferece é bem diferente do que eu pensei. De fato, o Cerest atua nas áreas de assistência, educação, comunicação, informação e vigilância em saúde do trabalhador, oferece um serviço de matriciamento maravilhoso, só que infelizmente os trabalhadores da atenção básica não valorizam; primeiro porque de fato quase 100% destes não sabem identificar o usuário como trabalhador e em segundo lugar, podem até enxergar o usuário como trabalhador só que o ego é tão alto que falar do trabalhador- usuário vem muito depois de falar de si.

Um dos momentos mais importantes pra mim foi quando fui a participação como ouvinte na sessão temática promovida pela Diretoria de Vigilância em Saúde do Trabalhador em que foram apresentados alguns trabalhos sobre saúde do trabalhador e saúde do trabalhador na atenção básica, onde uma das apresentadoras me despertou para um fato de extrema importância: a política do nosso país esta mudando, o Brasil vive em constante retrocesso e diante da nova conjuntura política mais do que nunca os trabalhadores com carteira assinada perderão seus empregos e trabalhadores informais surgirão no território da atenção primária. Com isso, faço um link do meu produto final do serviço, em que foi realizado um levantamento do perfil produtivo econômico domiciliar dos usuários de parte do território de abrangência da minha equipe de referencia da USF e após aplicar alguns questionários, durante a aplicação dos questionários foi questionado aos participantes da pesquisa sobre sua percepção quanto à situação no mercado de trabalho e quase 70% dos mesmos se consideram desempregados, mesmo exercendo atividade informal de economia. Tal percepção possa ser por conta do trabalho domiciliar não ser considerado como trabalho de prestígio. A construção da identidade do individuo é resultado de sua ação no mundo, e o trabalho é a base essencial para a essa construção. Ele não é apenas a fonte de subsistência, mas também o meio através do quais os indivíduos se reconhecem como agentes sociais moralmente aceitáveis (FELICIANO; RIBEIRO, 2018). A partir disso me pergunto: como unir forças e pensar ações voltadas a saúde do trabalhador diante de tal conjuntura política se atenção primária não é sensível, se os profissionais são despreparados e quando os próprios usuários trabalhadores informais não se reconhecem como trabalhador?

Enfim, a experiência no serviço foi de extrema importância pra mim; além de enriquecer minha formação e estimular o meu pensamento crítico, descobri que várias ações podem ser colocadas em prática para melhora da saúde do trabalhador apesar dos entraves,

consegui fazer vários links serviço-unidade, contribuindo para melhora do atendimento e abordagem da equipe.

Na vigilância epidemiológica também não foi diferente. Trabalhar com as Notificações de Doenças Compulsórias me fez aprender um pouco mais sobre o território que eu trabalhava, enfim, conheci um tantinho mais do meu território a partir do surto de arboviroses na comunidade o que me fez engajar mais ainda no setor de vigilância e tornar-me referência nas questões de arboviroses do bairro do PHOCIII. Trabalhei muito para que o Centro de Zoonoses visitasse o bairro, sempre na tentativa de ajudar a população. Fiquei contemplada de saber que cooperei naquele lugar e que a minha posição ali ajudou a NAS intervenções na comunidade, isso me fez perceber que só em lutar uma pessoa já é vencedora.

Com a passagem pela Coordenação de Planejamento em Saúde (CODEPLAN), comecei a entender melhor sobre a importância dos instrumentos de planejamento no SUS e suas finalidades. É muito bom compreender como os instrumentos de gestão possibilitam o provimento dos meios para aperfeiçoamento contínuo da gestão participativa. Os instrumentos me permitiram ver mais ainda o quanto à população tem valor nas tomadas de decisão da gestão, é relevante entender que a partir desses instrumentos, as intenções da gestão quanto a saúde da população são expressas através de objetivos, diretrizes e metas, criados a partir da democratização da saúde. A partir da compreensão do setor de planejamento, como órgão de gestão do município, suas competências e atividades, vejo que planejamento também faz parte das funções gerenciais e assistenciais da enfermagem. O enfermeiro (a) assim como outros profissionais tem como uma das suas atribuições, a função de determinar com antecedência o tipo de serviço que será colocado em prática no seu ambiente de trabalho para prestação do cuidado e gerenciamento. (LANZONI et al., 2009). Tomo como exemplo, a construção da consulta coletiva e a própria prestação de serviços ao usuário, onde traçamos metas a curto e longo prazo, pensando na execução e no resultado esperado. No ambiente de trabalho da enfermagem, muitas vezes o planejamento é executado no presente com foco no futuro, principalmente quando falamos em atendimento ao paciente, continuidade e corresponsabilidade do cuidado.

Finalizo meu ciclo de estágios no CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e drogas) Gregório de Matos. Meu objetivo na escolha do serviço foi entender e conhecer mais acerca da área da saúde mental, devido ao não contato durante meu ciclo de vida em decorrência da cultura da discriminação imposta pela sociedade sobre os usuários de saúde mental, que influenciou na minha formação pessoal. A vivência da residência proporcionou a quebra de barreiras em relação ao estigma formado, estimulando o pensamento crítico-

reflexivo do ponto de vista da saúde mental, fazendo despertar maior interesse para extensão do conhecimento no que se refere ao acompanhamento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool outras drogas e/ ou comorbidades psíquicas.

Iniciei o estágio com boas expectativas e interesse em aprender. No decorrer do mesmo percebi que a equipe estava passando por alguns problemas. A começar pela estrutura física do lugar que a base é o local que na maioria do tempo os usuários ficam no meio a administração e enfermaria e no topo/último andar, os consultórios médicos, trazendo a realidade da relação verticalizada e do modelo médico-centrado na saúde. Os usuários em busca da resolução de suas demandas de saúde acessam os serviços e a partir daí estabelecem relações com os profissionais, uma delas é a relação passiva/verticalizada em que o profissional de saúde determina o cuidado e o usuário cumpre, não existindo cuidado compartilhado. (LIMA et al., 2014).

Sabe-se que usuários que fazem uso de álcool e outras drogas configuram o grupo mais difícil de trabalhar, a localização do Caps ad, que é no Centro Histórico e tem sua história iniciada não só em decorrência da ligação cidade alta e baixa de Salvador, mas em decorrência de ter sido um dos locais de mercado de escravos, carregando marcas e conseqüências da escravidão.

O perfil socioeconômico da maioria dos usuários do Caps, maioria integra a população de rua, o déficit de recursos humanos do lugar, que contribui para maior desgaste da equipe, o alargamento de relacionamento dos mesmos e o aumento da violência, são fatores que influenciam no desequilíbrio da saúde mental do trabalhador e do usuário do lugar. Diante de todos os problemas, a troca de conhecimento foi inexplicável.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste processo pude perceber que amadureci em relação as minhas percepções a respeito do mundo do trabalho. Hoje compreendo o quanto foi significativa a experiência nessa residência, agora consigo compreender a importância da forma de ensino-aprendizagem trabalhada e o quanto ela é transformadora. A produção de conhecimento associada à formação profissional é um fator importante da residência da FESF.

Infelizmente os problemas vividos, o desenho de 60 horas da residência e o pouco apoio oferecido ao residente pela coordenação pedagógica fizeram com que eu não desfrutasse muito do recorte teórico-metodológico, mas quando para pensar em tudo que foi experienciado, percebo que só fiz crescer. Acredito que preciso melhorar bastante minhas ações, mas o estímulo do pensamento crítico-reflexivo fez com eu passasse a analisá-las e aperfeiçoá-las diariamente, atribuindo o valor de uso.

Pensei que o processo seria um pouco fácil, mas não foi nada fácil. Atenção básica é extremamente complexa e de básica não tem nada. Desconheço e nem sei se existem autores que ensinam o passo-a- passo de como promover a tecnologia das relações, que é um dos principais pilares da atenção primária, só conheço os que justificam sua importância. Chego à conclusão que em meio à complexidade e as dificuldades é necessário o desenvolvimento de habilidades. Deixo claro também que tive momentos felizes, mas os difíceis foram os que me levaram a superação e a finalização do ciclo da residência. Hoje consigo enxergar meu crescimento pessoal e profissional, assim como minhas potencialidades adquiridas nesses dois anos, desejo poder reproduzi-las em um trabalho futuro.

7- REFERÊNCIAS

BATISTA, Sandro Rogério Rodrigues et al. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Rev Saúde Pública**, v.46, n.1, p. 34-42, 2012.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005.** Institui O Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; Cria O Conselho Nacional da Juventude – Cnj e A Secretaria Nacional de Juventude. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm>. Acesso em: 02 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

_____. Ministério da Saúde. Rede Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. Disponível em: < <http://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>>. Acesso em: fev. 2019.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc Saúde Colet**. 2009;14 (Supl 1):1523-31.

COSTA, Rodrigo Vieira da. Atenção à Saúde: Discussão Sobre os Modelos Biomédico e Biopsicossocial. Psicologia da Saúde. Março, 2013. Disponível em< <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-da-saude/atencao-a-saude-discussao-sobre-os-modelos-biomedico-e-biopsicossocial> >. Acesso em: fev. 2019

FELICIANO, Vilma de Oliveira; RIBEIRO, Daniela de Figueiredo. Trabalho domiciliar e a desigualdade de gênero. Disponível em:<http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/142.%20trabalho%20domiciliar%20e%20a%20desigualdade%20de%20g%C3%AAnero.pdf>. Acesso em jul. 2018.

FESF-SUS. Fundação Estatal de Saúde da Família. Ministério da Saúde. Fiocruz- Fundação Oswaldo Cruz. Projeto Político Pedagógico, 2018.

FREITAS, Dayse Stefanie de Lima; SOUZA JR, Arlindo José de. Importância do memorial de formação enquanto estratégia de formação profissional no projeto veredas. Disponível em: < <https://www.google.com>>. Acesso em: fev. 2019.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; LINO, Mônica Motta; LUZARDO, Adriana Remião; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein. Planejamento em enfermagem e saúde:

uma revisão integrativa da literatura. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2009 jul/set; 17 (3):430-435.

LIMA, Cássio de Almeida; OLIVEIRA, Ana Paula Soares; MACEDO Beatriz Ferreira; DIAS, Orlene Veloso; COSTA, Simone de Melo. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. bioét. (Impr.)**. 2014; 22 (1): 152-60.

_____, Valéria Vernaschi. Espiral Construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):421-34.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145).

PONCE, Maria Amélia Zanon; VENDRAMINI, Silvia Helena Figueiredo; SANTOS, Marilene Rocha dos; SANTOS, Maria de Lourdes Sperli Geraldês; SCATENA, Lúcia Marina; VILLA, Tereza Cristina Scatena. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista **Rev. Latino Am. Enfermagem** 19(5):[08 telas] set.-out. 2011.

ROLIM, Leonardo Barbosa. B; BARRETO, Rachel de Sá; CRUZ, Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

TANCREDI, Francisco Bernadini. Planejamento em Saúde, volume 2 / Francisco Bernadini Tancredi, Susana Rosa Lopez Barrios, José Henrique Germann Ferreira. – – São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. – – (Série Saúde & Cidadania)