



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS

THAIS DE ANDRADE ALVES

MEMORIAL: DO INÍCIO AO RECOMEÇO

Camaçari
2019

THAIS DE ANDRADE ALVES

MEMORIAL: DO INÍCIO AO RECOMEÇO

Trabalho de conclusão de residência apresentado à Fundação Estatal de Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz- BA para certificação como especialista em Saúde da Família.

Camaçari
2019

Inacabado ser, sou
Por vezes me enxergo concreto,
Cheio de certezas
Por outras desmorono, não sei quem sou
Caminho entre os percursos sinuosos dessa vida
Despreocupo-me com os meios
Pois,
Seriam mesmo os fins que justificam os meios?
Ou seriam os inícios?
Reconstruir-se
Sem ponto final
Ponto e vírgula sem papel pautado
Reinventar-se sempre que necessário
Buscar, receber, aprender... REaprender
Ciclo sem fim...

Thais de Andrade, 02 de dezembro/ 2018

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	4
POR QUÊ ENFERMAGEM.....	5
GRADUAÇÃO: UMA LONGA VIAGEM DE 05 ANOS COM DESTINO In(CERTO) À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	6
Parte 1: Diretório Acadêmico de Enfermagem.....	6
Parte 2: Pet Saúde da Família.....	7
Parte 3: Grupo Crescer.....	7
RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UM DESAFIO LIBERTADOR.....	8
Acolhimento inicial no Hospital Roberto Santos: primeiras impressões.....	9
O mundo mágico da USF Nova Aliança.....	9
Nem tudo é mágico ou são flores, às vezes precisamos arrumar um jardim bagunçado.....	11
Equipe 3: Das relações de poder à homeostase (ou quase isso).....	13
Tornando-me enfermeira: a prática como escola.....	15
Um formigueiro chamado DAB.....	16
Eletivo no Hospital Otávio Mangabeira.....	18
Linha de cuidado em saúde mental.....	20
O fim que deságua em inúmeros recomeços.....	23
REFERENCIAS.....	24

APRESENTAÇÃO

Deparando-me com a folha em branco e pensando sobre o que é um memorial, reflito sobre o quanto é difícil escrever algo pessoal, crítico, que expresse para as outras pessoas quem é você e o que pensa. Estamos sempre rodeados de opiniões alheias, de ideias retiradas de ideias de outrem, referências, citações. Quem sou? Porque Hamlet deparando-se com uma caveira fez o icônico questionamento “ser ou não ser, eis a questão”.

Ser, segundo o Aurélio aquilo que é ¹. Prazer sou Thais de Andrade Alves e aqui estarão as minhas memórias, durante a trajetória como enfermeira residente em saúde da família.

POR QUÊ ENFERMAGEM

Rememorando as lembranças do fundo do Baú, acredito que já havia uma programação do destino para que no futuro me tornasse uma profissional da área da saúde. Não que eu acredite muito no destino, mas desde muito pequena estive com freqüência inserida no ambiente hospitalar. Como? Como paciente, é claro!

Aos quatro anos de idade, devido a freqüentes e seguidas crises respiratórias, nas quais quase sempre parava na emergência, fui submetida a uma cirurgia de adenóide. Aos oito, tive uma crise de apendicite que só foi diagnosticada após uma semana de internamento, apesar da febre alta, leucócitos em 22 mil e dor em região abdominal. Em consequência da demora no diagnóstico a apêndice supurou e fui submetida não a uma, mas a duas cirurgias. Uma para fazer a limpeza da cavidade abdominal após a supuração, e outra, 16 dias depois devido a uma infecção decorrente da primeira cirurgia. Ufa! Enfim, depois desse sufoco sobrevivi.

Além da minha mãe que sempre esteve me acompanhando nessas situações, sempre havia técnicas de enfermagem e enfermeiras ao meu lado. Pode parecer clichê, mas de fato no setor hospitalar, a Enfermagem é a categoria que acompanha o paciente por 24 horas e descobri isso por experiência própria. Ademais, na sua maioria, as Enfermeiras e Técnicas, consciente ou inconscientemente, possuem uma capacidade essencial no que tange a área da saúde, são indivíduos com uma facilidade grande para criar vínculos afetivos. E o que seria da existência do ser humano sem vínculos? Sem a consciência de que somos todos interdependentes e responsáveis pela vida? Assim, agora como enfermeira me questiono todos os dias: Quais as mudanças positivas que posso exercer na vida do meu paciente?

Para, além disso, possuo referências familiares na área da Enfermagem que muito me orgulham. Desde criança pude acompanhar a trajetória de minha tia materna Rosana. Enfermeira formada na Universidade Católica, primeira filha graduada de 08 irmãos nascidos no bairro do Bom Juá, mesmo com 03 filhos pequenos exerceu e exerce ainda hoje a função de Enfermeira com dedicação e excelência. Também, não poderia deixar de citar a minha Enfermeira preferida, minha irmã Carla, que como filha mais velha sempre foi o meu exemplo para tudo. Inclusive na profissão.

GRADUAÇÃO: UMA LONGA VIAGEM DE 05 ANOS COM DESTINO In(CERTO) À SAÚDE DA FAMÍLIA

Parte 1: Diretório Acadêmico de Enfermagem

No ano de 2011 ingressei no mês de março no primeiro semestre de Enfermagem na Universidade Federal da Bahia. Fomos recebidos na primeira semana pelo Diretório Acadêmico de Enfermagem (DAENF) durante a semana do calouro, onde ainda verdes, entramos em contato com diversos e importantes temas. “O que é o SUS”, suas lutas e conquistas; distribuição igualitária de renda com a dinâmica café das classes; grupos de pesquisa que fazem parte da Escola de Enfermagem; História da Escola de Enfermagem com a interessante abordagem da Professora Silvia que estudou durante a ditadura militar. Cito o Diretório logo de início, pois foi um dos mais importantes atores na minha caminhada profissional.

Nessa primeira semana me apaixonei perdidamente pelo DAENF e logo no primeiro semestre já fazia parte dessa grande e complicada família que integra o movimento estudantil. Foram muitos os momentos de aprendizado: as reuniões ordinárias e extraordinárias, os turnos de formação política, os vínculos de amizade formados, as brigas homéricas por divergência de opinião que depois se desmanchavam em abraços, o luto pela morte precoce do companheiro Frederico Perez, os momentos com a executiva nacional dos estudantes de enfermagem, os congressos e encontros de estudantes de enfermagem organizados por nós, as reuniões de LOCOS Regionais, as reuniões de colegiado com a diretoria e discentes da faculdade de Enfermagem. Quando dizem que o movimento estudantil é uma “cachaça” é um fato mais do que consumado.

Desliguei-me algumas vezes do diretório por divergências, principalmente por conta dos horários, para uma pessoa pontual, reuniões que começam quase duas horas após o horário marcado são torturantes. Mas, como filho que sai de casa, sempre retornei.

Por fim, o Movimento Estudantil é acolhedor e espaço de aprendizados diversos. Contrariando o que dizem por ai, que é um espaço partidário, após anos no Movimento não possuo um partido. Parafraseando Cazuzza “o meu partido é um coração partido”. Porém, meu coração sempre bateu do lado esquerdo do peito.

Parte 2: Pet Saúde da Família

Outra experiência vivida logo no primeiro semestre da graduação foi ter a oportunidade de fazer parte do programa de educação pelo trabalho PET-Saúde da Família. Assim, sem nem mesmo saber o que de fato era a saúde pública do nosso país e nem sequer saber o que era atenção básica, vivi dois semestres indo duas vezes por semana a unidade de saúde da família do Alto de Santa Terezinha junto a discentes de enfermagem, psicologia, odontologia e medicina. Basicamente, fazíamos ações de educação em saúde voltadas para a temática violência na comunidade.

A ação que mais me marcou e da qual me recordo ainda com certa clareza foi a respeito da violência contra a mulher. Na igreja ao lado da unidade de saúde foi realizada uma roda de conversa com algumas mulheres, houve uma palestra com representantes de movimentos femininos sobre as mais diversas formas de violência, e como lembrança cada mulher recebeu um par de brincos e um esmalte. Muitas mulheres participaram dando significado a este evento.

Refletindo, posso perceber o quanto a experiência do PET ainda como estudante de Enfermagem teve grande importância na minha escolha em fazer uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. A premissa de fazer saúde da família, de cuidar em comunidade é a possibilidade de lado a lado mudar a realidade e vida das pessoas.

Parte 3: Grupo Crescer

O grupo Crescer foi um divisor de águas na maneira como eu enxergo o mundo. Mas como um grupo de pesquisa sobre a saúde de crianças e adolescentes pode mudar tanto a vida de alguém? Vamos aos fatos!

“O Grupo Crescer objetiva desenvolver atividades de pesquisa, ensino e extensão, relacionados aos diversos aspectos que interferem nas condições de saúde da criança e do adolescente. Tem por finalidade a produção de conhecimentos considerando o cenário sócio-político e econômico e as questões étnico/raciais como determinantes na saúde da população infanto-juvenil...”

Esta é a descrição contida no diretório dos grupos de pesquisa do Brasil e ela por si só já nos mostra o quanto o grupo se diferencia do que é comumente proposto em grupos de pesquisa em saúde².

Durante o período em que estive vinculada ao grupo, participei de um projeto de pesquisa intitulado “Desenvolvimento sustentável e saúde”. Este projeto tinha por objetivo identificar potências e estimular o desenvolvimento sustentável em comunidades quilombolas e ribeirinhas, sem deixar de lado a saúde daquela população.

Por dois anos freqüentei as comunidades de Praia Grande, Monte Alegre e Moreré, conhecendo o território, o povo, os costumes e as manifestações culturais locais. Muitas vezes me deparei com realidades totalmente diferentes do que estou acostumada, pude observar de perto cenários dos quais só se ouve falar: conheci famílias que sobrevivem com menos de 400 reais ao mês, pessoas que ainda moram em casas de taipa, total falta de saneamento básico, acesso quase inexistente aos serviços de saúde. Tudo isso me transformou e sem me dar conta, já estava fazendo saúde da família.

RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UM DESAFIO LIBERTADOR

Antes de começar a escrever sobre minhas experiências e histórias marcantes durante o período da residência, farei um breve comentário sobre o programa no qual estou inserida. Pois, assim, qualquer interlocutor terá uma visão mais clara das minhas memórias e escolhas durante este processo.

A residência multiprofissional em saúde da família da FESF-FIOCRUZ difere de muitas outras pelo simples fato de nos colocar como atores ativos do processo de aprendizado, nos dando responsabilidades reais, admitindo que sejamos questionadores e problematizadores³. Por isso, o título desse texto faz um trocadilho com a educação libertadora sugerida por Paulo Freire, com toda certeza inspiração do programa de residência multiprofissional citado.

Diferente da educação bancária na qual o aluno é visto apenas como depósito de saber de um superior detentor do conhecimento, a educação libertadora é o exercício da crítica, da autonomia de pensamento⁴.

Acolhimento inicial no Hospital Roberto Santos: primeiras impressões

Realizada a matrícula, após alguns dias fomos informados que seríamos acolhidos inicialmente no auditório do Hospital Roberto Santos. Neste espaço, foram convidados a comparecer todos os residentes que passaram na seleção do ano de 2017. O acolhimento durou duas semanas e como facilitadores estavam presentes funcionários da FESF e alguns dos residentes que nos antecederam. Através de diversas dinâmicas em grupo pudemos conhecer todos os nossos colegas e nos familiarizamos com os temas apresentados: Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), humanização, modelos de atenção a saúde, entre outros.

Inicialmente o acolhimento foi um momento leve, descontraído, de troca de experiências e conhecimentos, mas à medida que se aproximava a segunda semana ficávamos ansiosos para saber o município no qual cada um seria alocado e conhecer as unidades onde passaríamos dois anos de nossas vidas. As dinâmicas começaram a parecer repetitivas e não conseguíamos mais ter a mesma concentração dos primeiros dias. Por muitas vezes julgamos a demora da alocação e o longo acolhimento como falta de planejamento e de organização. No último dia, aos 45 segundos do segundo tempo, soube que iria para o município de Camaçari, no sábado - por email – que iria para a Unidade de Saúde da Família (USF) Nova Aliança.

O mundo mágico da USF Nova Aliança

A chegada na USF Nova Aliança foi extremamente acolhedora. Fomos recebidos pelos residentes da turma que nos antecedeu, servidores e preceptores (no momento, na unidade, apenas as preceptoras do núcleo de Medicina e Odontologia estavam efetivamente contratadas).

Entre as lembranças da semana, fomos recebidos com um café da manhã, participamos de algumas dinâmicas que “revelavam” nossas personalidades, fizemos uma caça ao tesouro para conhecermos o território após estarmos divididos como equipes, fomos expectadores de um dos grupos existentes na unidade (Grupo Qualidade de Vida), e passamos pela experiência incrível da dinâmica “corredor das sensações”.

Descrevendo um pouco algumas dessas vivências, a caça ao tesouro como estratégia de conhecimento do território teve um impacto positivo na nossa primeira visão das áreas e micro-áreas. O processo que poderia ter sido cansativo tornou-se leve e

descontraído. Pudemos conhecer alguns moradores da região que são usuários do serviço de saúde e que nos receberam com entusiasmo e simpatia.

A territorialização é uma ferramenta fundamental para a saúde coletiva sendo utilizada para a análise social através do reconhecimento do território na sua forma ampla, leva em consideração a importância não só de fatores físicos como também de fatores econômicos, sociais, culturais e políticos⁵.

O primeiro contato com o grupo “Qualidade de Vida” logo na primeira semana de serviço foi importante para percebermos o impacto das atividades coletivas para a melhoria da saúde dos usuários, criando uma relação de vínculo com a equipe e compreensão do auto-cuidado. O grupo consistia em discutir quinzenalmente temas relevantes e escolhidos pela comunidade, sendo a discussão mediada pelos residentes responsáveis. O tema abordado nesse dia em questão foi o da violência contra a mulher.

A equipe de residentes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pelo que me pareceu foram os que estavam mais engajados na intermediação das discussões. Para introduzir os participantes em uma discussão a respeito do tema, eles prepararam uma peça e reproduziram um vídeo no qual uma mulher relatava a sua experiência enquanto vítima de violência. Foi muito interessante observar a participação da comunidade nas discussões. A maioria das participantes eram mulheres (apenas um homem participou) e três delas relataram que são militantes do movimento a favor da mulher.

Há todo momento havia alguém expressando a sua opinião, e apesar de surgirem algumas divergências houve muito respeito entre as falas. Volta e meia algumas participantes culpabilizavam em suas falas as mulheres que sofrem violência, surgiram discursos do tipo “essas mulheres apanham por falta de amor próprio”. Devido a isso, alguns residentes e as três mulheres engajadas na causa, pontuaram que é preciso conhecer o contexto em que a mulher se encontra, que existem algumas pressões sociais que fazem com que a mulher se sinta inibida em fazer denúncias, entre outros aspectos. Dessa forma, acredito que muitas participantes passaram a refletir sobre o tema com outro olhar.

Por fim, a dinâmica “Corredor das Sensações” foi a mais maravilhosa e inexplicável de todas. Acredito que todos nós nos sentimos protegidos, pertencentes e queridos no espaço que para nós seria nossa segunda casa por dois anos. No primeiro momento todos fomos vendados e aguardamos em uma sala enquanto nos chamavam individualmente para outro ambiente, assim tivemos o primeiro ensinamento do dia, exercitar a paciência. Ao sermos levados para o outro lugar éramos guiados por um desconhecido, já que estávamos vendados tivemos que

praticar o segundo exercício, confiar. Passamos sem visão por caminhos de pedras, por tapetes macios, por cócegas com plumas, por fragrâncias reconfortantes, por sensações de meleca, massagens nas costas, água quentinha nos pés e também geladíssima, por fim, um abraço acolhedor.

O ensinamento final: os percursos da vida sempre terão altos e baixos, tristezas e sorrisos, mas se tivermos companhia tudo se tornará infinitamente melhor e superável.

Pela importância e sentimentos que causaram a todos nós de forma unânime resolvemos repetir essa dinâmica na primeira semana dos nossos residentes sucessores.

Nem tudo é mágico ou são flores, às vezes precisamos arrumar um jardim bagunçado

Como sabemos, a estrutura física das unidades básicas de saúde devem seguir padrões especificados pelo Ministério da Saúde no “Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde- Saúde da Família” com publicação mais recente realizada no ano de 2008. Este manual tem por objetivo nortear o planejamento, programação e elaboração de projetos que estejam relacionados à estrutura física das UBS, sejam reformas, ampliações, construções ou aluguel de imóveis. Direcionando a forma como os gestores municipais e profissionais de saúde devem executá-los ⁶.

Tendo essa informação em mãos, é pertinente comentar sobre a peculiar estrutura física da USF Nova Aliança. Ao conhecer a unidade logo fui tomada por um incomodo muito grande relacionado à sua infra-estrutura, sobretudo porque a mesma é praticamente um corredor rodeado de salas.

Contextualizando o porquê disto, temos que a USF de Nova Aliança funciona em um apêndice não aproveitado da planta do Pronto Atendimento (PA) que se localizava no mesmo terreno. Assim, devido à conformação da unidade, a recepção era um local praticamente inexistente, já que por ser um corredor as pessoas circulavam no espaço sem saber especificamente onde obter informações (utilizo os elementos no passado, pois foi um problema minimizado após construirmos um acolhimento melhor e mais efetivo).

Há ainda, uma quantidade insuficiente de consultórios, equipamentos odontológicos e sanitários para usuários e funcionários. Também, lidamos diariamente com mofo nas salas, aparecimento de rachaduras, circulação de ar praticamente inexistente, rede de água mal planejada, entre outros problemas.

O ideal parece não ter muita proximidade com a nossa realidade e certamente ao que tange a estrutura física só existirá resolução com a construção de uma nova unidade nos devidos moldes.

Segue abaixo a sugestão contida no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde- Saúde da Família (2008):

Relação entre a quantidade de ambientes e número de equipes de saúde da família existentes

Ambientes	1 ESF	2 ESF	3 ESF	4 ESF	5 ESF
Recepção/Arquivo de prontuários	1	1	1	1	1
Espera	Para 15 pessoas	Para 30 pessoas	Para 45 pessoas	Para 60 pessoas	Para 75 pessoas
Administração e gerência*			1	1	1
Sala de reuniões e educação em saúde	1	1	1	1	1
Almoxarifado			1	1	1
Consultório com sanitário	1	1	2	3	3
Consultório	1	3	3	4	5
Sala de Vacina	1	1	1	1	1
Sala de curativo/procedimento	1	1	1	1	1
Sala de nebulização	1	1	1	1	1
Farmácia (sala de armaz. de medicamentos)***	1	1	1	1	1
Equipo odontológico	1	2	3	4	4
Escovário**	1	1	1	1	1
Área de compressor	1	1	1	1	1
Sanitário para usuário	1	2	2	4	4
Sanitário para deficiente ****	1	1	1	1	1
Banheiro para funcionários	1	1	1	2	2
Copa/cozinha	1	1	1	1	1
Depósito de materiais de limpeza	1	1	1	1	1
Sala de recep. lavagem e descontaminação****	1	1	1	1	1
Sala de esterilização***	1	1	1	1	1
Sala de utilidades (apoio à esterilização)**	1	1	1	1	1
Abrigo de resíduos sólidos	1	1	1	1	1
Depósito de lixo	1	1	1	1	1
Sala para ACS*	1	1	1	1	1

* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para ACS pode ser instalada junto com a sala de Administração e gerência.
 ** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios.
 *** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.
 **** No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para deficiente.
 No caso de uma unidade poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para deficiente.

Apesar da estrutura física inadequada conseguimos manter o funcionamento da unidade através do trabalho em equipe. Durante todo o ano de 2017 discutimos agendas espelhadas entre as equipes para minimizar o problema da falta de consultórios, melhoramos a recepção do usuário com a reorganização do fluxo do acolhimento e através da importante ajuda das agentes comunitárias de saúde.

Para além da estrutura física (problema do qual não temos governabilidade) outro problema enfrentado pela unidade que também diz respeito à organização, ou melhor, a desorganização, era o da falta de limpeza. No ano de 2017 a sujeira da unidade era visível a olho nu, o que considero um absurdo para um domicílio comum, imagine para uma unidade de saúde. Era comum lixos transbordando por semanas nos consultórios, cadeiras de espera empoeiradas, um banheiro constantemente

inutilizável, entre outras abomináveis situações. Por algum tempo acreditávamos que a não realização da limpeza adequada por parte das higienizadoras era provocada pela falta de treinamento da empresa terceirizada, assim a coordenadora e as preceptoras da unidade ofertaram treinamento de como deve ser realizada a limpeza de uma unidade de saúde ressaltando a varredura molhada e o uso de equipamentos de proteção individual (EPI's), mas nenhuma intervenção foi eficaz.

Após muitas advertências e situações que deixavam claro que as duas higienizadoras possuíam problemas pessoais entre si, conseguimos identificar que o principal problema estava na falta de vontade em exercerem suas atribuições e a falta de identificação com o trabalho por parte das mesmas. Após solicitação de mudança das funcionárias o explicitado acima foi comprovado, já que atualmente, com a nova higienizadora, a unidade apresenta-se limpa. No entanto, sabemos também que o fornecimento de materiais de limpeza pela prefeitura não é suficiente, o que precariza o trabalho do higienizador e o expõe a riscos.

Equipe 3: Das relações de poder à homeostase (ou quase isso)

Segundo a política nacional de atenção básica (PNAB) a saúde da família é a estratégia prioritária para a consolidação da atenção básica. Uma equipe de saúde da família deve ter uma composição mínima de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Para além desses profissionais a equipe pode ser complementada com um cirurgião dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal⁷.

A unidade de saúde da família de nova aliança possui 04 equipes de saúde e por ser uma unidade com equipes compostas por residentes todos os anos os enfermeiros, médicos e odontólogos são substituídos. Assim, no ano de 2017 a equipe 03 teve como médico o residente Rodrigo, a odontóloga residente Juliana, e como enfermeira eu. As agentes comunitárias de saúde (ACS) fazem parte do corpo de servidores da unidade e não se modificam, são elas: Edina, Edleuza, Nadja e Margarete.

Desde o acolhimento a minha relação com os integrantes da equipe sempre foi harmoniosa, as agentes comunitárias mostraram-se receptivas e solícitas se dispondo a apresentar a unidade e as suas micro-áreas, Rodrigo sempre esteve disposto a trocar conhecimentos (já que o mesmo possui um grande arcabouço teórico clínico) e

Juliana se tornou minha parceira em praticamente tudo relacionado à equipe (identificação à primeira vista).

Porém, como nem tudo é perfeito, em muitos momentos havia enormes abismos na comunicação e maneiras de ser, como por exemplo, nos espaços de reuniões e atividades coletivas.

No início da residência recebemos um roteiro que orientava como as reuniões de equipe deveriam ocorrer, a necessidade de se ter um coordenador e um relator e a organização estrutural que se inicia com informes e vai caminhando com atividades, visitas, casos clínicos e o que mais surgisse. Este roteiro a meu ver possui grande valia, mas na prática, como equipe, nós nunca conseguimos segui-lo. Logo nas primeiras reuniões as agentes comunitárias e o médico se negaram a serem relatores, apenas a agente comunitária Margarete, que era nova na equipe, se colocou a disposição, Juliana não participava de todas as reuniões, pois também era dentista da equipe quatro, logo, a maioria das atas registradas no ano de 2017 foram feitas por mim.

A coordenação da reunião nunca era definida claramente, sendo eu e Rodrigo responsáveis por esse papel. Por fim, os informes viravam pautas, muitas ACS prolongavam as falas com temas que não se adequavam ao que estávamos discutindo e o médico acreditava que as reuniões deveriam ter um tempo máximo de uma hora para ter tempo de atender usuários extras (mas na agenda o turno inteiro era reservado para a reunião).

Durante o ano sempre houve uma resistência das ACS e do médico com a realização de atividades coletivas, as ACS alegavam que os turnos de atividade coletiva as deixavam com menos tempo para os cadastramentos e visitas territoriais e o médico sempre dava preferência aos atendimentos clínicos individuais. A educação em saúde realizada de forma interativa e didática não parecia ser prioridade para a maioria da equipe.

O médico da equipe sempre se portou de maneira médico hegemônica, assim, a maioria de suas ações eram voltadas para as consultas individuais, frequentemente chegava atrasado e havia pouco interesse em organizar as ações educativas da consulta coletiva, sendo esta uma tarefa normalmente executada por mim. Rodrigo sempre dizia que eu sabia onde estava tudo e que eu sabia todas as datas das atividades, o que era verdade, por um ano não fui apenas enfermeira, era também secretária. Por muitas vezes me senti sobrecarregada, no entanto possuo uma parcela dessa culpa, por ser uma pessoa que gosta de manter tudo sobre controle não dividia tarefas acreditando que apenas do meu jeito as coisas saíam impecáveis.

Por conta dessa sobrecarga e por estar enfrentando problemas pessoais fora da residência, tive uma crise depressiva no segundo semestre de 2017 na qual passava a maioria dos meus dias irritada, chorosa e apática. Certa vez em uma reunião joguei uma grafite e uma borracha no chão ao não concordar com a opinião das preceptoras (o que não faria no meu estado habitual). Percebendo isso, meus colegas e preceptoras criaram uma rede de apoio ao meu redor, fui incentivada a voltar a frequentar o psicólogo, iniciei tratamento medicamentoso e a equipe redistribuiu as tarefas para que a carga de trabalho ficasse mais leve.

Tornando-me enfermeira: a prática como escola

Em uma unidade de saúde da família as enfermeiras podem executar as mais diversas ações, realizam consultas individuais e coletivas, coordenam e supervisionam as salas de curativo e vacina, realizam testes rápidos e mais uma infinidade de possibilidades. Ao longo do período em que fui residente do primeiro ano pude experienciar um pouco de tudo que o rico espaço da unidade básica poderia me oferecer.

Durante boa parte do primeiro semestre me senti insegura nas minhas ações, afinal era recém formada e nunca havia sido a enfermeira responsável por uma equipe. Não consigo contar nos dedos quantas vezes li e reli minhas evoluções para a preceptora e as colegas de trabalho acreditando faltar algo e procurando uma aprovação, mesmo sabendo no meu íntimo que havia seguido o roteiro aprendido na faculdade. Para mim, existia sempre uma sensação de falta nas minhas consultas, procurava perguntas e mais perguntas pra destrinchar algo simples que não precisava de muito segredo.

Em um turno no máximo cinco: puericulturas, consultas de pré-natal, planejamento familiar, sempre demandavam o tempo de uma eternidade. Por muito tempo como desculpa para afagar meu próprio ego repetia para mim “boas consultas demandam tempo, muito melhor ter qualidade do que quantidade de atendimentos”, hoje em dia a prática me mostrou que a qualidade de uma consulta está relacionada à sua resolutividade e satisfação do usuário, ser direto muitas vezes é mais eficaz do que tentar vomitar todo o conteúdo em apenas uma consulta só para mostrar conhecimento.

Dentre os inúmeros casos que na prática pude acompanhar, acredito que o caso de L. foi o que mais me trouxe reflexões, transformando toda a minha conduta

enquanto enfermeira. L. 43 anos, etilista, tabagista, estava na sua décima terceira gestação, possui uma vida difícil com condições socioeconômicas precárias.

Em todas as consultas que pude realizar a usuária possuía um cheiro frequente de álcool, quase não se alimentava, vivia em discussões constantes com o pai de seu último filho. Seu vício era uma fuga para os problemas sociais que enfrentava. Quando L. iniciou o pré-natal ela morava em uma rua na área de abrangência da unidade da USF Nova Aliança, mas após a separação do companheiro passou a morar em uma rua coberta pelo CAIC. Mesmo assim, realizou todo o pré-natal comigo devido ao vínculo conquistado ao longo das consultas. Vínculo este que em muitos momentos passou dos limites, L. se utilizava das suas fragilidades para ser consultada sempre que quisesse, e como eu não conseguia dizer não, sempre largava o que estava fazendo para acolhê-la. L. faltava às consultas marcadas e ia ao posto quando lembrava, interrompendo as minhas outras consultas. Certa vez L. me procurou e eu estava em visita domiciliar, a enfermeira Marina a acolheu e L. disse que só queria falar comigo, Marina lhe disse para deixar o número de telefone, pois quando eu pudesse ligaria e L. respondeu que viria no outro dia sem marcar, já que eu sempre a atendia por ser “boazinha”.

Ser a enfermeira de L. me fez desenvolver inúmeras habilidades como compreender que existem realidades diferentes das minhas, ser mais humana, gerenciar melhor o meu tempo na ocorrência de imprevistos e a mais difícil das habilidades, aprender a dizer não. Dizer não para mim sempre foi um sacrifício, a meu ver dizer não significava não estar sendo boa para alguém, mas do que adianta ser sempre boa com os outros se prejudicando? Dizer não é uma habilidade poderosa que muitas vezes faz com que o usuário compreenda que não só o profissional é responsável pelo seu cuidado, mas que também, ele mesmo deve se responsabilizar pela sua própria saúde.

Um formigueiro chamado DAB

Ao me tornar residente do segundo ano uma das experiências de obrigatoriedade era passar por um ambiente da gestão de saúde da cidade de Camaçari, entre as opções os residentes deveriam escolher passar 45 dias em um desses espaços: coordenação de planejamento, educação permanente, regulação ou diretoria de atenção básica (DAB). Como éramos oito residentes passando pela gestão no primeiro momento a escolha foi realizada através da vontade pessoal de

cada um, por ser um lugar mais “familiar” aos meus ouvidos (durante todo o primeiro ano ouvíamos que algumas decisões e capacitações vinham de forma hierárquica através da diretoria) escolhi estar na DAB.

A DAB fica no subsolo de um complexo de prédios que compõem a prefeitura, para ser mais exata no prédio vermelho. Internamente a DAB é dividida por áreas técnicas (saúde da mulher, saúde da criança, tuberculose e hanseníase, adulto, entre outros), todas essas áreas ficam em um pequeno espaço com uma delimitação muito peculiar entre elas, a referência do espaço de cada técnico na sala são as disposições dos computadores.

Minha primeira impressão da DAB não foi muito boa, não conseguia imaginar como todas aquelas pessoas poderiam trabalhar e pensar imersos naquele lugar que mais parecia um formigueiro cheio de gente, com diálogos no mais alto volume cortando o espaço, pessoas andando, um grito do além – telefone pra área de saúde da mulher, alguém da área esta aqui?-. Depois do impacto a surpresa, sim essas pessoas conseguem trabalhar neste ambiente e apesar do pouco tempo acabei me adaptando a essa realidade.

A minha dupla na gestão foi Bruna Junquilha que como eu, não gosta de ficar parada e sempre procura algo para fazer. Juntas, tivemos a responsabilidade de elaborarmos o projeto de credenciamento dos NASF's da residência e da orla. Esse projeto demandou boa parte do nosso tempo, tivemos que estudar portarias, ler o plano de saúde da cidade, procurar referências e modestia parte o projeto ficou muito bom. Além disso, participamos de reuniões da diretoria, estivemos em algumas reuniões do conselho municipal, ajudamos a construir junto com a educação permanente o acolhimento das novas agentes comunitárias do município, entre outras tarefas.

O espaço da DAB é muito rico, não há um dia igual ao outro e sempre éramos solicitadas a participar de diversas atividades. Há no imaginário popular a imagem da gestão como um lugar distante, com pessoas tão ocupadas e importantes que não podem nos ouvir, onde há muita fartura e não falta nada. Pude constatar o contrário, é um espaço com pessoas normais e solícitas que trabalham com a falta de materiais essenciais assim como nas unidades de saúde, e que muitas vezes tentam resolver os problemas, mas possuem como impedimentos a burocracia e politicagem.

Eletivo no Hospital Otávio Mangabeira

No dia 09 de julho de 2018 iniciei o estágio eletivo no Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM), que foi inaugurado em 1942 sendo gerido pelo Governo do Estado da Bahia. O HEOM é responsável pelo tratamento de problemas pulmonares como Tuberculose, DPOC, Asma, Controle do Tabagismo e Fibrose Cística⁸. Por ser uma morbidade que inicialmente deve ser diagnosticada e tratada na atenção básica, meu interesse em estagiar neste hospital se deu justamente pelo reconhecimento do mesmo como referência no tratamento da tuberculose. Assim, fui recebida pela Coordenadora de Enfermagem Valdicele que sabiamente indicou o Ambulatório de Tisiologia do HEOM como o espaço mais rico para que meus objetivos no estágio eletivo fossem atingidos.

O ambulatório funciona das 7:00 às 17:00h atendendo pacientes com: diagnóstico de tuberculose pulmonar e extra pulmonar, casos de tuberculose multirresistentes aos medicamentos (TBMR), hepatotoxicidade provocada pelas medicações, falência do esquema básico, micobactéria não tuberculosa (MNT), entre outros casos. Diariamente são realizadas consultas de enfermagem, serviço social e medicina, também, são administrados medicamentos intravenosos e intramusculares e há uma farmácia própria que dispensa medicamentos necessários ao tratamento dos pacientes.

A equipe é composta por enfermeiras, técnicas de enfermagem, assistente social, farmacêutico e médicos. Qualquer paciente suspeito de tuberculose tem acesso ao ambulatório, no entanto, caso o paciente inicie apenas o esquema básico é recomendado que o mesmo seja direcionado para a unidade de saúde básica mais próxima de sua residência. Como Salvador possui uma baixa cobertura no que se refere à atenção básica (36% no global e 30% se considerarmos apenas a cobertura de saúde da família⁸), quando não é possível o direcionamento do paciente para uma USF ou UBS, este, continua o tratamento no ambulatório.

Como enfermeira, realizei inúmeras atividades, entre elas conduzi algumas consultas de enfermagem. Essa consulta é realizada pelas enfermeiras fixas do setor, Elvira, Rute e Zenilda, por vezes, as Enfermeiras Rita e Helena que atuam em outro setor (ambulatório geral) também fazem esse atendimento. A consulta de Enfermagem consiste em: investigar se o paciente ainda está sintomático respiratório; se ele está tendo uma boa adaptação ao medicamento; apresentação de efeitos colaterais esperados e inesperados; o preenchimento da ficha de notificação para tuberculose e da ficha do SITETB, que é o Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da

Tuberculose onde os casos de TB e MNT que têm indicação de tratamentos especiais são acompanhados e notificados¹⁰; o estilo de vida do paciente; a presença de outras comorbidades; e por fim, realizar o encaminhamento seguro do mesmo para outros serviços de saúde.

Em todo esse processo, é importante a atuação do enfermeiro direcionada à educação em saúde, através de uma linguagem clara, de fácil entendimento e considerando as vivências e convicções do usuário.

Durante essas consultas, pude perceber a deficiência da Atenção Básica (AB) no cuidado ao paciente no município de Salvador. Muitos casos que teriam indicação de tratamento na atenção básica são diagnosticados tardiamente quando o paciente por conta própria vai ao ambulatório (indicando falha ou ausência de busca ativa da AB). Muitas UPA's de Salvador encaminham pacientes diagnosticados com tuberculose e indicação de tratamento com o esquema básico para o ambulatório ao invés de encaminhar para as USF's e UBS's (ou seja, muitos profissionais que atuam no município de Salvador em outros níveis de atenção desconhecem a função legal da AB e o fluxo do município). Algumas vezes, pacientes frequentam a nossa farmácia apresentando erros de prescrição inadmissíveis realizados por profissionais da atenção básica (por exemplo, RHZE de 06 em 06 horas). Assim, acredito na importância da educação permanente para evitar possíveis erros nas condutas ou encaminhamentos por parte dos profissionais que atuam na porta de entrada do SUS.

Essas situações não deveriam estar acontecendo, até porque a tuberculose pulmonar é uma doença de fácil diagnóstico, com forma de tratamento bem definida e há muitos anos conhecida e estudada pela comunidade científica.

Além das consultas de enfermagem, pude instalar medicamentos intravenosos de uso diário em alguns pacientes do ambulatório, aperfeiçoando a técnica da punção venosa e conhecendo medicamentos que fazem parte do esquema especial. Na universidade, o aprendizado a respeito dos tipos de tratamento da tuberculose é raso, portanto somos direcionados a estudar apenas o esquema básico. Estar no ambulatório foi fundamental para que o meu aprendizado a respeito da tuberculose fosse potencializado. Desta forma, pude adquirir conhecimentos sobre os diversos tipos de medicamentos utilizados no esquema especial.

A referência mais utilizada para os meus estudos foi o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil publicado no ano de 2011, pelo Ministério da Saúde¹¹, e indicado pela enfermeira Elvira. Também, aprendi muito com os profissionais do ambulatório na prática diária que estavam sempre dispostos a sanar minhas dúvidas. Fui instruída a respeito da análise dos exames de raios-X do tórax e por diversas vezes assisti e participei de consultas das diversas áreas profissionais.

Para além do Ambulatório de Tisiologia, pude conhecer o Ambulatório Geral onde são oferecidas consultas com pneumologista geral, clínico, cardiologista, cirurgião torácico, assistente social, psiquiatra e onde são realizados exames de ultrassonografia, espirometria, eletrocardiograma, entre outros.

Pude admitir algumas crianças na pediatria onde os casos mais incidentes são de asma, pneumonia, broncopneumonia e alterações respiratórias ocasionadas pela fibrose cística. E também, conheci o programa de controle do tabagismo no qual acontece o acompanhamento de pacientes tabagistas que desejam se tratar através da terapia cognitiva comportamental coletiva e prescrição medicamentosa.

Linha de cuidado em saúde mental

“Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde mental, abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde (SUS) e foram concebidos como a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica. Os CAPS se constituem como lugar de referência e tratamento para pessoas com grave sofrimento psíquico, cuja severidade e/ou persistência demandem um cuidado intensivo, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com sofrimento mental. Tal cuidado é realizado por equipe multiprofissional com prática interdisciplinar que inclui médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, assistentes sociais entre outros profissionais. Os CAPS devem promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, assistência social, saúde, trabalho, esporte, justiça, habitação, cultura e lazer, sempre de acordo com projetos Terapêuticos Singulares.”¹²

Introduzindo o leitor que não conhece a rede de atenção psicossocial (RAPS) de Camaçari, a mesma é composta por quatro CAPS, o infantil, o álcool e drogas, o II localizado na região da sede e o III localizado na região da orla. Além dos CAPS, a rede é composta também pela atenção básica, centros especializados, SAMU e a [UPA](#) de Arembepe - a única no município que apoia a RAPS e onde há apenas 01 leito psiquiátrico disponível-, sobre isso podemos perceber o quanto a [saúde mental](#) ainda é estigmatizada, afinal é inadmissível que uma cidade do porte de Camaçari e com

uma quantidade importante de pacientes desorganizados mentalmente tenham apenas uma opção ofertada na atenção intermediária.

Apesar de existirem quatro CAPS no município, nós residentes estamos inseridos apenas nos CAPS situados na sede de Camaçari, os três primeiros citados anteriormente.

É extremamente importante conhecer os diferentes tipos de CAPS ofertados, no entanto, devido ao desenho do R2 o pouco tempo em cada um causa uma vinculação precária e uma sensação de não pertencimento ao serviço. Apesar do disso e após diversas discussões eu e minhas outras duas colegas residentes conseguimos fazer uma agenda que contemplou a disponibilidade e predileção de cada uma em participar dos grupos ofertados pelos serviços.

Assim, minha agenda individual foi dividida em: grupo saúde e cidadania no [CAPS ad](#) nas quartas pela manhã, grupo de adolescentes no CAPS ia nas quartas a tarde, turno com a apoiadora nas quintas pela manhã, acolhimento no CAPS II sede às quintas à tarde e quinzenalmente estar nas reuniões de unidade dos CAPS nas tardes de terça ou realizar turno de GAP com as colegas nas sextas à tarde.

O CAPS pelo qual mais me identifiquei foi o ad, sendo o grupo cidadania grande responsável por essa identificação. O grupo é mediado pelo sociólogo Jairo e pelo psicólogo Heder, nele diversos assuntos atuais são abordados como cenário político, conceitos de família, racismo, homofobia, participação social, os passos para criar uma associação de usuários de [saúde mental](#), entre outros. Os clientes são instigados através de diversos recursos como pergunta chave, texto, música, relato, e se apropriam das discussões com grande entusiasmo e participação. Além disso, o grupo estabelece vínculos de amizade entre os participantes que são frequentadores assíduos, gerando entre eles uma rede de apoio importante na continuidade do cuidado dentro e fora do ambiente formal.

Como produto desse estágio optativo e a pedido da coordenadora de saúde mental, álcool e outras drogas, nós residentes ficamos responsáveis por elaborar uma diretriz de matriciamento em saúde mental para o município de Camaçari. Essa diretriz norteará todas as ações de matriciamento pensadas e executadas pelas equipes que compõem a RAPS e será de grande valia para que as condutas realizadas possam estar pautadas em um cuidado mais humanizado e tenham um maior alinhamento dentro do município, já que muitos serviços não sabem lidar com o usuário desta linha.

Sempre me identifiquei bastante com a linha de saúde mental, apesar disso, considero que trazia em mim muitos julgamentos que habitam o inconsciente coletivo, como exemplo acreditar que o usuário de substâncias psicoativas sempre será agressivo (ledo engano). Estar quase que diariamente nos CAPS me proporcionou

através da prática conhecer os serviços e principalmente entender que apesar dos diagnósticos há sempre um indivíduo, com uma história a ser considerada, com uma família, com relações sociais atuais e pregressas e com uma autonomia a ser recuperada.

O fim que deságua em inúmeros recomeços

Concluindo a longa jornada de dois anos como residente em saúde da família, percebo o quanto fui feliz em escolher a profissão que possuo, descobro-me enfermeira e como posso fazer diferença na saúde de inúmeros indivíduos. Apesar de todos os percalços do caminho, hoje percebo o quanto cresci deixando algumas das minhas inseguranças de lado e acreditando mais no meu potencial. A saúde da família é com toda certeza um dos meus lugares no mundo, onde me sinto confortável e onde consigo enxergar um SUS mais humano, equânime, integral e para todos.

Dos aprendizados que levarei no coração é que o vínculo é a maior forma de cuidado em saúde que pode existir, e é de vinculações que se alimenta a saúde da família. Sentirei falta de todo este período, dos usuários, dos preceptores, dos colegas e amigos conquistados, mas como a vida anda para frente é necessário ir e recomeçar a jornada disseminando todo o aprendizado e aprendendo sempre mais.

REFERENCIAS

- 1- Dicionário do Aurélio. Qual o significado de ser? Abril de 2018. Disponível em< <https://dicionariodoaurelio.com/ser>> Acesso em: 29 de mai. 2018.
- 2- Disponível em< dgp.cnpq.br/dgp/espelhogruppo/7780143063344570> Acesso em: 1 de set. 2018.
- 3- FESF. Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade da FESF-SUS. 2018. Disponível em< <http://www.fesfsus.ba.gov.br/programas-e-servicos/residencias-integradas/>> Acesso em: 7 de set. 2018.
- 4- Aline dos Santos Pereira, Maria das Graças de Almeida Baptista. A EDUCAÇÃO LIBERTADORA DE PAULO FREIRE E A ESCOLA SEM PARTIDO. **IX Colóquio Internacional Paulo Freire**, 2016. Disponível em < <http://coloquio.paulofreire.org.br/participacao/index.php/coloquio/ix-coloquio/paper/view/553/626>> Acesso em: 7 de set. 2018.
- 5- Grácia Maria de Miranda, Gondim Maurício Monken. **Territorialização em saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>Acesso em: 10 de fev. 2019.
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf > Acesso em: 11 de jan. 2019.
- 7- Brasil. Ministério da saúde. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.
- 8- Bahia. Secretaria da Saúde. Hospital Especializado Octavio Mangabeira. 2018. Disponível em:< <http://www.saude.ba.gov.br/hospital/heom/>>Acesso em: 20 Ago. 2018
- 9- Bahia. Secretaria da Saúde. **Cobertura da atenção básica em Salvador é a mais baixa entre as capitais do nordeste**. Fevereiro de 2018. Disponível em:< <http://www.saude.ba.gov.br/cobertura-da-atencao-basica-em-salvador-e-a-mais-baixa-entre-as-capitais-do-nordeste/>>Acesso em: 20 Ago. 2018
- 10- Brasil. SITETB. 2018. Disponível em:< <http://sitetb.saude.gov.br/>>Acesso em: 20 Ago. 2018
- 11- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

Disponível em:

<bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf> Acesso em: 20 Ago. 2018

12- Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Coordenação de Saúde Mental. **Carteira de Serviços: Centros de Atenção Psicossocial- Guia de Referência Rápida.** Disponível em: <http://msm.mp.rj.gov.br/wp-content/uploads/2013/11/Carteira_servicos.pdf> Acesso em: 06 Mar. 2019