

PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS



LEANDRO MESSIAS SARMENTO

CAMINHADA NA SAÚDE DA FAMÍLIA

BAHIA
2020

LEANDRO MESSIAS SARMENTO

CAMINHADA NA SAÚDE DA FAMÍLIA

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: Eluá Benemerita Vilela Nascimento

BAHIA

2020

SUMÁRIO

1	Início da Caminhada	3
2	A Residência	3
3	Ser NASF	4
3.1	Atendimento Individual.....	4
3.2	Atendimento Compartilhado.....	5
3.3	Atendimento Domiciliar.....	5
3.4	Atividades Coletivas.....	6
3.4.1	Grupo de Auriculoterapia	7
3.4.2	Grupo de Alimentação para Crianças	8
3.5	Reuniões.....	10
3.6	Matriciamento.....	11
3.7	Programa Saúde na Escola.....	11
3.8	Educação em Saúde.....	12
4	Estágios	13
4.1	Estágio de Redes.....	13
4.2	Estágio de Gestão.....	14
4.3	Estágio Eletivo.....	15
5	Desenho do Segundo Ano de Residência	17
6	Portifólio	17
7	Final da Caminhada?	18
	REFERÊNCIAS	20
	ANEXO A	21
	ANEXO B	22

1. Início da Caminhada

Meu caminho na Saúde tem início desde o período do Ensino Fundamental, quando já percebi um interesse aguçado pelas aulas de Ciências. No Ensino Médio este interesse se tornou mais claro a partir dos estudos de Biologia, em especial com as temáticas relacionadas aos Seres Humanos e à Saúde.

Neste cenário, decidi fazer graduação em Ciências Biológicas. Cursei Ciências Biológicas, me formei, mas após dois anos decidi não seguir esta profissão, devido à falta de oportunidades de inserção no mercado de trabalho, que associei à característica muito generalista da graduação/profissão, principalmente devido à minha afinidade com a área de Saúde Humana em detrimento das demais áreas (Fauna, Flora, Meio Ambiente, Ecologia...).

Ao me deparar com o dilema de escolher um novo curso, tinha certeza de que seria na área de Saúde. Decidi então cursar Nutrição, pois percebi que o interesse por este universo sempre me rodeou, iniciando por buscas para o cuidado pessoal desde a infância.

Ao ingressar na graduação em Nutrição, tinha desejo apenas pela área de consultório, mais especificamente em pediatria, e não percebia nenhuma afinidade pela Saúde Pública. Porém, no decorrer da graduação, tive a oportunidade de participar do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), onde tive contato com a Saúde Pública, inclusive com o trabalho de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Foi uma experiência muito enriquecedora e passei a ter grande interesse em trabalhar neste contexto.

2. A Residência

Após ter concluído o curso de Nutrição, soube da existência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e vi aí uma ótima oportunidade para ingressar nesta área e aprimorar meus conhecimentos. Ao ingressar no Programa de Residência da FESF-SUS, além do desejo em aprimorar os conhecimentos em Saúde da Família, também havia o desejo de vivenciar a experiência do NASF de forma prática, e poder ajudar a comunidade.

Neste período o Programa de Residência estava distribuído na Região Metropolitana de Salvador, nos municípios de Lauro de Freitas, Camaçari e Dias D'Ávila, sendo Camaçari o meu campo de lotação. O trabalho prático é desenvolvido em Unidades de Saúde da Família (USF's), com acompanhamento de Preceptores. Já o suporte teórico, parte do Programa, é feito através dos Turnos Pedagógicos, Rodas de Núcleo, de Campo, de Redes e de Gestão, de acordo com cada período, intermediadas por Apoiadores de Núcleo, de Campo e Matriciais (referente a matriciamento, que será explicado mais adiante).

De acordo com Campos (2000), o núcleo é a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço onde cada disciplina e profissão busca, nas outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas, sendo estes limites imprecisos.

Os Turnos Pedagógicos, são espaços de 4 horas, que ocorrem uma vez na semana, no turno da manhã ou tarde e são discutidos temas sobre o Núcleo (Turno Pedagógico de Nutrição, no meu caso) ou relacionados ao trabalho do NASF (Turno Pedagógico de NASF). As Rodas de Núcleo ocorrem quinzenalmente, com duração de 2 horas, no turno da noite, para discutir temas relacionados ao Núcleo (Nutrição, no meu caso). As Rodas de Campo também acontecem com periodicidade quinzenal, no turno da noite, porém para discutir temas relacionados ao Campo. As Rodas de Campo são formadas pelos profissionais da Residência de uma mesma USF e o NASF de referência. Já as Rodas de Redes e Gestão acontecem no segundo ano de Residência, no turno da noite, quinzenalmente, com duração de 2 horas cada, em paralelo com os estágios correspondentes, para discutir temas relacionados.

3. Ser NASF

Enquanto Nutricionista, durante o período da Residência, atuei em um dos NASF's da Região 4 de Camaçari, o NASF 2, que cobre as Unidades de Piaçaveira, PHOC III e Parque das Mangabas, totalizando 7 Equipes de Saúde da Família (ESF's).

Como citei em capítulo anterior, tive meu primeiro contato com uma equipe de NASF durante minha experiência no PET-Saúde. A dinâmica de trabalho me encantou e, a partir daí, desenvolvi o interesse em trabalhar na Saúde Pública, mais especificamente em equipe NASF. De acordo com o Caderno de Atenção Básica 39, as principais atribuições do NASF são: Atendimentos (Individuais, Compartilhados e Domiciliares); Atividades Coletivas (Grupos, Oficinas e Atendimentos Coletivos); Reuniões (NASF, Unidade e Equipe); Matriciamento; Programa Saúde na Escola - PSE; Educação em Saúde; Elaboração de materiais de apoio e Protocolos. (BRASIL, 2014)

3.1 Atendimento Individual

Realizei diversos Atendimentos Individuais no decorrer da Residência, especialmente no primeiro ano (R1), porém percebi durante o processo que esta não é, e não deve ser, uma atividade prioritária para o NASF.

Em contraste com os modelos convencionais com foco na assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, a proposta de trabalho do NASF busca a corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos

compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários, considerando as particularidades de cada um. (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010)

Portanto, sempre que solicitado para tais atendimentos, buscava propor alternativas, como Atendimentos Compartilhados, Matriciamentos em Reuniões e, até mesmo, diálogos individuais com os colegas solicitantes.

Não tive dificuldades com esta ferramenta, uma vez que tinha uma experiência prévia em consultório, com uma abordagem acolhedora, de forma empática, respeitando as demandas e limitações dos usuários, como acredito que deva ser, especialmente no contexto da Saúde da Família. Apesar do público atendido ter maior vulnerabilidade do que o público que tinha contato em minha experiência prévia em consultório, não tive dificuldade, tanto pelas experiências na Universidade com atendimento ambulatorial à população com maior vulnerabilidade, como pelo meu perfil de buscar sempre adequar a linguagem e as condutas, de acordo com a realidade do paciente, através do diálogo e da negociação.

3.2 Atendimento Compartilhado

Atendimento Compartilhado é aquele realizado conjuntamente entre o profissional NASF e, no mínimo, um membro da equipe vinculada. (BRASIL, 2014)

Também foi uma atividade que consegui desenvolver, principalmente no período de R1, sendo uma das estratégias utilizadas para Matriciamento dos colegas, tanto do próprio NASF como, principalmente, os das Equipes Mínimas. Havia uma certa resistência de alguns colegas, tanto pela comodidade em encaminhar e “entregar o problema”, como pela dificuldade alegada em gerenciamento da agenda de consultas, considerando que um atendimento compartilhado tem maior probabilidade de ser mais demorado. Na tentativa de não comprometer a agenda dos colegas, minha sugestão geralmente era iniciar o atendimento de forma conjunta e, em caso de necessidade de prolongar com alguma demanda específica da minha categoria, continuar o atendimento de forma individual para que o colega desse seguimento à agenda de atendimentos.

Acredito que esta modalidade de atendimento pode beneficiar bastante o usuário, uma vez que traz, em um mesmo atendimento, visões e abordagens diversas em relação ao problema ou situação apresentada. Além disso, pode gerar posteriormente uma discussão do caso entre os profissionais para enriquecer as condutas a serem aplicadas.

3.3 Atendimento Domiciliar

Esta também foi uma ferramenta utilizada, com uma frequência um pouco menor, acredito que pelo baixo número de solicitações à minha categoria de forma específica. Foi

uma novidade para mim e um desafio, tanto pela necessidade de deslocamento, como pelas vulnerabilidades e riscos dos territórios, por adentrar as residências dos usuários e pela necessidade de uma visão mais ampla, observando detalhes do ambiente e das relações familiares.

Isso me qualificou enquanto profissional, pois passei a ter uma visão mais ampla e integral do indivíduo e, mesmo não estando no domicílio, conseguir pensar nas possíveis interferências, tanto do ambiente como das relações familiares e sociais para além das questões específicas de saúde. Consequentemente esta abordagem traz maiores benefícios para os usuários, pois além desta análise mais criteriosa dos profissionais e de uma visão mais integral, aumenta ou possibilita o acesso para as pessoas acamadas, restritas ao domicílio ou com dificuldades de acessar as Unidades de Saúde por alguma outra questão.

3.4 Atividades Coletivas

Estas ferramentas foram bastante utilizadas durante este período da Residência, porém percebia que os profissionais das Equipes Mínimas das Unidades em que eu atuava, apesar de demonstrarem perceber a importância destes espaços e desejarem a execução, dificilmente colocavam em prática ou se engajam de forma satisfatória, tanto no planejamento, como na execução.

Além da dificuldade e falta de preparo acadêmico dos profissionais para atuarem nesta perspectiva, existe a ideia de que os profissionais do NASF estão mais preparados para este tipo de atividade, sendo que os profissionais de ambas as equipes possuem as mesmas deficiências na formação acadêmica neste quesito.

De acordo com as Diretrizes Curriculares de Graduação dos diversos cursos da área da Saúde, os profissionais devem estar aptos a atuar tanto em nível individual quanto coletivo, mas, na prática, não é isso que vemos. Saímos da graduação despreparados para desenvolver Atividades Coletivas bem planejadas e eficazes.

Segundo Nascimento e Oliveira (2010), para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, como é a proposta do NASF, é necessária uma revisão crítica dos processos educativos e formativos que vem sendo desenvolvidos pelas Instituições de Ensino Superior.

Além disso, existe uma cobrança em cima da Equipe Mínima para que haja produtividade e, com isso, acaba sendo ignorada a importância dos Grupos, que têm o objetivo de promoção e prevenção, bem como dos Atendimentos Coletivos que não são vistos como atividades produtivas, apesar de poder serem inseridos no E-SUS (Sistema de Informações integrado, onde são registradas as informações de saúde) como atendimentos individuais e, consequentemente, gerar produtividade.

É necessário que seja feito um trabalho de conscientização das Equipes Mínimas e uma organização das agendas para viabilizar a participação nestes espaços, além de um trabalho educativo com a população para entendimento da importância das Atividades Coletivas de forma complementar às Consultas Individuais. Porém, torna-se difícil uma abordagem junto à gestão para o entendimento das Atividades Coletivas como geradoras de produtividade e, principalmente, como atividades potenciais, tanto para o tratamento como, principalmente, para a promoção e prevenção.

Algumas Atividades da quais participei: Grupos de Auriculoterapia; Grupo de Alimentação para Crianças; Grupo de Caminhada; Grupo de Crianças; Grupo de Convivência; Oficinas de Práticas Integrativas e Complementares; Atendimentos Coletivos de Doenças Crônicas. Dentre estas, gostaria de dar destaque para:

3.4.1 Grupo de Auriculoterapia

Durante o meu período na Residência, foi desenvolvido Grupo de Auriculoterapia nas Unidades de Piaçaveira e do PHOC III, porém irei relatar a experiência do Grupo de Piaçaveira, onde estive mais envolvido, além de ter servido de base para criação do Grupo do PHOC III.

A Auriculoterapia faz parte da Medicina Tradicional Chinesa, e consiste na aplicação de sementes (ou agulhas) no pavilhão auricular para o tratamento de questões físicas e emocionais.

Quando iniciei a Residência, o Grupo já existia na USF Piaçaveira e era intermediado pelas Residentes do segundo ano (R2's), especialmente as do NASF (Nutricionista e Professora de Educação Física) e de Medicina. Nós do NASF, R1's na época, começamos então a vivenciar o Grupo, aprender sobre Auriculoterapia e tocar o Grupo juntos e, posteriormente, sozinhos, realizando vários ciclos. A adesão da Equipe Mínima sempre foi mais difícil, pelos motivos já citados acima (agenda; prioridades; interesse; crença que é um trabalho apenas do NASF), mas também acontecia.

Cada ciclo constava de 8 a 10 encontros, onde era feito um momento introdutório, com alguma prática que, junto à Auriculoterapia, pudesse trazer benefícios para os principais problemas encontrados entre os usuários integrantes do Grupo (Meditação, Atenção Plena, Como Lidar com Problemas, Escola de Posturas, Roda da Vida e etc). Após esta dinâmica inicial, era feita a aplicação das sementes, de forma individual e reservada, associada a um momento de escuta e orientação, que funcionava muitas vezes como um momento terapêutico.

O Grupo sempre teve um ótimo desempenho e, sempre foi muito bem aceito e procurado pela população e sempre com lista de espera. Os usuários, na maioria dos casos, tinham boas respostas e evolução dos quadros apresentados.

Para mim foi uma grande experiência participar deste Grupo. Eu sempre estava bastante envolvido, no planejamento e na execução. Foi muito interessante aprender esta terapia, poder agregá-la ao processo de cuidado e poder ver de forma prática os benefícios e os relatos positivos dos usuários, bem como a alta procura pelo Grupo.

3.4.2 Grupo de Alimentação para Crianças

O Grupo foi realizado na USF PHOC III, em parceria com a colega Nutricionista, também do NASF 2, e apoio da APN, e surgiu a partir de uma demanda do Programa Saúde na Escola (PSE). Após a Avaliação Antropométrica no PSE realizada na Escola do território, foi identificado um alto número de crianças e adolescentes com excesso de peso.

Devido à baixa disponibilidade de agenda para consulta individual de todas as crianças e adolescentes, e por entendermos que as atividades coletivas têm grande potencial de modificação de hábitos, foi pensado o Grupo como estratégia para assistir estes usuários. Foram realizados 8 encontros, com periodicidade semanal, sendo um grupo pela manhã e outro pela tarde, para possibilitar o acesso de todos, sem prejudicar a frequência escolar.

Apesar do público alvo serem as crianças e adolescentes com excesso de peso, optamos por tirar o foco da perda de peso, pois este quesito já é bastante apontado na sociedade e nos espaços familiares. De uma forma geral, existe o estigma que pessoas com excesso de peso são doentes, preguiçosas, feias, desleixadas, sedentárias e etc. E trazer o foco para o peso, traz ansiedade, culpa e reduz a autoestima destas pessoas, especialmente crianças e adolescentes que estão em processo de formação, desenvolvimento e aceitação social.

Segundo Vicente Júnior *et al.* (2015), as pessoas estigmatizadas passam a acreditar que aquele preconceito é uma verdade, aumentando o risco de compulsão alimentar, comportamentos não saudáveis para perda de peso, piores resultados em programas para redução de peso, menor procura por tratamento preventivo e menor frequência de prática de atividade física.

Todos os encontros iniciavam com dinâmicas de integração, e no decorrer de cada encontro era desenvolvida alguma atividade para, a partir da Educação em Saúde, promover conhecimento, reflexão e mudanças de hábitos e comportamentos.

Encontro 1: Foi coletada a informação, através de recorte e colagem, do que as crianças gostavam de comer e de fazer (brincadeiras e exercícios), para utilização nos demais encontros. Ao final, as crianças criaram o escudo do Grupo. Encontro 2: Foi realizada

atividade de Atenção Plena, iniciando com um diálogo a respeito do tema e, posteriormente, foram feitas práticas de meditação e de Atenção Plena, para aprendizado de técnicas para controle da ansiedade e estresse, bem como a percepção da importância da tranquilidade no momento das refeições, e da interação com os alimentos através de todos os órgãos do sentido. Encontro 3: Com o apoio da Professora de Educação Física, foi trabalhada a importância do exercício físico, principalmente através das brincadeiras. Além do diálogo, foram realizadas brincadeiras, para incentivar a prática no dia-a-dia. Encontro 4: Foi feita uma atividade de montagem de refeições, a partir das preferências relatadas no primeiro encontro, com posterior diálogo e reorganização das refeições, para que estas se tornem-se melhores para a saúde, respeitando os hábitos e preferências de cada um. Encontro 5: Foi realizada uma atividade de contato com diferentes frutas, onde, de forma lúdica, eles tentavam adivinhar as frutas, pelo paladar, olfato e/ou tato na tentativa de aproximação com diferentes itens da alimentação, incentivando a experimentação na rotina de cada um. A atividade era feita com uma criança de cada vez. As demais, que estavam esperando, ficaram pintando imagens de vegetais, sendo estimuladas a dizer o nome e pintar de acordo com a cor original do alimento. Encontro 6: Tivemos colaboração das Psicólogas para trabalhar questões de corpo, imagem e autoestima, tão importantes para o enfrentamento social, através de diálogos e dinâmicas. Encontro 7: Neste encontro os pais e/ou responsáveis foram convidados para uma dinâmica em parceria com as crianças, onde foi simulada uma ida ao supermercado, a partir de imagens de alimentos, escolhidos também a partir dos relatos do primeiro encontro, e dos itens mais comuns na alimentação local. A partir dos itens escolhidos na simulação de compra, foi feito um diálogo, para propor substituições, considerando os preços similares, bem como as preferências alimentares e hábitos das famílias. Encontro 8: Foi realizado o encerramento e avaliação do grupo, como um lanche colaborativo (opcional) e brincadeiras (ANEXO A).

Houve uma adesão muito boa das crianças, que estavam sempre presentes, com baixo número de absenteísmo, e sempre demonstrando interesse nas atividades propostas. Pudemos perceber evolução em relação à alimentação durante todo o percurso. Ao final elas se mostraram aptas a fazer melhores escolhas, entendendo que não é necessário excluir completamente da alimentação os itens que gostam e têm o hábito de consumir.

Já a adesão dos adolescentes não foi muito boa, acredito que por não se sentirem pertencentes aquele Grupo (com muitas crianças e pré-adolescentes). O ideal é que estes adolescentes que não aderiram, sejam acompanhados de forma individual (devido ao número reduzido para a formação de mais um grupo, considerando também as outras demandas dos profissionais).

Os pais e responsáveis aceitaram a participação dos filhos e facilitaram a presença destes nos encontros, porém no encontro específico com participação dos pais a adesão foi baixa, acredito que pelas demais demandas de trabalho e do lar. As crianças foram sempre

estimuladas ao diálogo como os pais e responsáveis, porém acho que faltou uma forma de avaliar e mensurar o impacto nestes atores tão importantes para o processo de evolução das crianças.

Este Grupo para mim foi uma experiência muito gratificante, fiquei muito estimulado desde quando surgiu a ideia, e sempre estive muito disposto em fazer acontecer e que pudesse ser útil para melhorar a alimentação e a relação com a comida e o corpo das crianças envolvidas. O desenvolvimento do Grupo e a adesão das crianças só fortaleceu o estímulo, e ver as evoluções deu a sensação de dever cumprido e fez valer a pena toda energia depositada.

3.5 Reuniões

Esta ferramenta foi uma das mais utilizadas durante o processo da Residência (reuniões de NASF, de Unidades e de Equipes, principalmente) e um dos espaços em que eu mais gostava de estar, pois podia me reunir com outros colegas pra discutir, avaliar e planejar ações. Porém acredito que, em grande parte dos casos, as reuniões não eram qualificadas e os espaços era mal aproveitadas, talvez pela falta de conhecimento de como qualificar uma reunião ou pela falta de engajamento dos profissionais nestes espaços.

As Discussões de Casos Clínicos, também citadas pelo Caderno 39 como atribuição, geralmente aconteciam nas Reuniões e às vezes até faltava tempo para dar conta de todos, e quando acontecia, geralmente eram eficientes. Porém, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS's), também atribuição citada no Caderno 39, raramente aconteciam, talvez pela complexidade ou pela falta de qualificação das Reuniões.

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, que pode ser apoiada pela equipe NASF. É uma variação da Discussão de Caso Clínico e geralmente é dedicado às situações mais complexas. (BRASIL, 2014)

A utilização do PTS como ferramenta é um desafio para o processo de trabalho, pois gera a necessidade de maior articulação entre os profissionais e a utilização das reuniões de equipe como um espaço sistemático, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações. (BRASIL, 2014)

Além disso, sempre pontuei as reuniões como espaço para planejamento de Atividades Coletivas, porém dificilmente aconteciam nestes espaços e sempre havia queixa de falta de horário disponível nas agendas para tal, comprometendo muitas vezes os dias de execução destas mesmas atividades.

3.6 Matriciamento

De acordo Nascimento e Oliveira (2010), matriciamento é uma ferramenta tecno-assistencial que visa a ampliação da clínica, em oposição aos encaminhamentos indiscriminados, promovendo corresponsabilização e buscando maior resolubilidade em saúde, assegurando retaguarda às equipes, de forma interativa.

O Matriciamento aconteceu a todo momento durante a minha trajetória, tanto nas Reuniões, quanto nos Atendimentos Compartilhados, Discussões de Casos, Planejamento e Execução de Atividades e nos espaços informais, a partir dos diálogos. Na maior parte dos espaços, o matriciamento acontece de forma natural, a partir do fazer, servindo como modelo. Mas também ocorre de forma planejada, geralmente em Reuniões ou Turnos Pedagógicos, onde um espaço é destinado para tal. Foi realizado tanto de forma expositiva, como através de formas mais dinâmicas e interativas, que facilitam a atenção e o aprendizado.

De forma geral era uma ferramenta bem aceita e produtiva. Porém haviam algumas dificuldades, como a necessidade de planejamento (quando em Reuniões e Turnos), devido à falta de habilidades educativas e pedagógicas, para tornar estes espaços mais interessantes e melhor aproveitados. Além disso, havia dificuldade para conciliar as agendas, interesses e prioridades de todos os envolvidos.

Apesar do Apoio Matricial ser a base do trabalho do NASF, esta ferramenta pode ocorrer numa via de mão dupla. Durante o período da Residência, também fui matriciado pelos colegas, tanto do próprio NASF, como da Equipe Mínima e pude aprender bastante sobre as diferentes áreas, para agregar aos meus atendimentos e abordagens, podendo ter uma escuta mais qualificada e uma maior resolutividade nos casos.

3.7 Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino. (BRASIL, 2009)

Os principais objetivos são: Promover a saúde e a cultura de paz; Articular as ações da rede pública de Saúde com as ações da rede pública de Educação Básica; Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; Contribuir para a construção de sistema de atenção social; Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades; Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde e; Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e Saúde. (BRASIL, 2009)

As ações obrigatórias são: I. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; II. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas; III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos; V. Prevenção das violências e dos acidentes; VI. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; VII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor; VIII. Verificação e atualização da situação vacinal; IX. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; X. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração. XI. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração. (BRASIL, 2017)

Esta foi uma ferramenta pouco desenvolvida durante o período da Residência, como parece ser na maioria das Unidades de Saúde. Participei de Antropometria, Avaliação de Acuidade Visual, Ações Educativas sobre o combate ao *Aedes Aegypti* e apoio em Avaliação de Saúde Bucal.

Acho que existe uma falha desde o nome do Programa, que sugere que a Saúde faça o seu trabalho “na” Escola, e não “com a” Escola. Apesar de não ser o preconizado, é como vejo que acontece. Por falta de articulação entre os setores Saúde e Educação, e por falta de estabelecimento de regras, especialmente por parte da Gestão da Educação, os profissionais da Saúde fazem os seus planejamentos e levam para os alunos, quando os professores aproveitam o momento para realizar outras demandas, ao invés de participar ou, ao menos, estarem presentes para posterior diálogo/avaliação com os alunos.

Acredito que existe uma falha também da Saúde, talvez por falta de tempo disponível perante outras demandas, ou mesmo por falta de engajamento e comprometimento, fazendo com que apenas as atividades obrigatórias sejam desenvolvidas, muitas vezes, no final do período estabelecido. Seria uma obrigação ou um compromisso com a saúde das crianças e adolescentes do território? Acredito que seja necessária uma maior articulação da Gestão, tanto da Saúde como da Educação, para sensibilização dos profissionais envolvidos.

3.8 Educação em Saúde

Educação em Saúde é o processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população, que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores, a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades. (BRASIL, 2007)

É um processo que sempre aconteceu na minha prática de forma contínua, tanto nos Atendimento Individuais e Compartilhados, como nas Atividades Coletivas e nas Salas de Espera. Em relação às Atividades Coletivas, que demandavam um planejamento prévio,

muitas vezes este planejamento não acontecia, ou era desenvolvido de forma incompleta e não estruturada e, muitas vezes, ficava à cargo do NASF, pelos motivos já citados acima (no item “Atividades Coletivas”), ou ainda era desenvolvido sem solicitação de apoio do NASF, mesmo quando a temática era de domínio de uma das categorias presentes no Núcleo.

4. Estágios

No segundo ano da Residência (R2), além da atuação no NASF, foram realizados alguns estágios completos para a formação. No primeiro ano (R1) nós estamos imersos na vivência da Atenção Básica. Já no R2, o objetivo através dos estágios é vivenciar a prática de outros Serviços e como estes se articulam com a Atenção Básica.

Os Estágios são divididos em Optativos (Redes e Gestão) e Eletivo (escolhidos por nós Residentes). Os Estágios de Redes, compreendem os Serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Município. Dentre as opções em Camaçari temos: Saúde Mental, Urgência e Emergência, Reabilitação, Vigilância Epidemiológica e Saúde do Trabalhador. Já os Estágios de Gestão acontecem nos setores da Secretaria de Saúde de Camaçari (SESAU): Diretoria de Atenção Básica (DAB), Diretoria de Planejamento (DIPLAN), Distritos Sanitários e Regulação.

4.1 Estágio de Redes

De acordo com o rodízio, meu primeiro estágio, entre abril e setembro de 2019, foi o Estágio de Redes, onde cada residente passa por algum ponto da Rede de Atenção à Saúde. Fui alocado, junto com uma colega Psicóloga, na Rede de Urgência e Emergência, porém, em um novo Serviço (novo no Município e novo enquanto campo de estágio): O Centro de Atenção à Saúde da Criança, que engloba a UPA e a Policlínica.

Por se tratar de um Serviço novo no Município, inaugurado em setembro de 2018, ainda apresentava uma falta de organização e estruturação, inclusive com mudança na coordenação durante o período de estágio.

Somado a esta situação, por ser um campo novo de estágio do Programa de Residência, ainda não havia um Plano de Estágio estruturado, além de uma rotatividade de Apoiadores Matriciais e uma dificuldade no processo de apoio pedagógico, uma vez que, além dos pontos já citados, coexiste uma UPA, que faz parte da Rede de Urgência e Emergência (proposta do Estágio), e uma Policlínica, que não faz parte desta Rede de forma direta. O fato de ser um novo campo de estágio também somou a dificuldade dos profissionais do Serviço em lidar conosco, apesar do ótimo acolhimento, e entender o nosso papel enquanto

Residentes de Saúde da Família e o nosso objetivo em fazer articulação de Rede, e não assistência.

Durante o período de estágio, observamos a rotina do Serviço, desde o acolhimento com classificação de risco, a triagem e algumas consultas de Nutrição e Psicologia. Além disso, desenvolvemos como produto um projeto com o objetivo de investigar as principais demandas recebidas pela UPA Pediátrica e as possíveis interlocuções com a RAS.

Esta foi uma pesquisa explicativa, com abordagem qualitativa, onde foi aplicado um questionário (ANEXO B) com os acompanhantes dos usuários, constando de dados sócio demográficos, motivação da procura pelo Serviço, queixa trazida e investigação do itinerário na RAS. A partir daí pudemos concluir que falta uma padronização da Classificação de Risco do Serviço; a ausência de Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Básica impacta no fluxo recebido pela UPA; e é importante e necessária a estruturação da Linha de Cuidado sobre Infância, abrangendo a Adolescência como faixa etária de cuidado.

4.2 Estágio de Gestão

Em seguida, passei pelo Estágio de Gestão, no período de setembro a dezembro de 2019. Este foi realizado na Coordenação de Gestão do Trabalho, Educação e Humanização do SUS (COGETHS), parte integrante da Diretoria de Planejamento (DIPLAN) de Camaçari.

Este setor está organizado enquanto Coordenação há pouco tempo e, como podemos imaginar a partir da leitura do nome, engloba diversas e distintas atividades. Isto dificulta um pouco a organização da rotina de trabalho e, por ser um setor novo, este processo organizacional ainda está caminhando. Além disso, os funcionários do setor que encontramos na nossa chegada, têm um perfil de personalidade bem diverso entre si, o que dificulta ainda mais o processo. Fora que, durante nossa curta estadia, houve algumas mudanças no quadro devido a processos de férias, licença e mudança de setor.

Apesar disso, eu e os outros três colegas Residentes, fomos muito bem acolhidos e, no que fomos demandados, conseguimos desempenhar um bom trabalho e ajudar no que estava ao nosso alcance, porém, devido à todas as questões já citadas, muitas vezes não haviam atividades sendo desenvolvidas no Setor, e nós ficávamos ociosos. Houve uma tentativa por parte do Apoiador Matricial para que desenvolvêssemos atividades em paralelo às do Setor, porém não houve tempo hábil.

Durante este período pude contribuir mais com a construção de um Opínario e o fluxo de implantação deste nas Unidades de Saúde, bem como a construção de um Questionário de Pesquisa a ser realizada futuramente nas Unidades de Saúde, e uma versão simplificada que foi iniciada a aplicação através de Call Center. Além disso, houver outras atividades em que outros colegas estavam mais à frente, porém sempre havia colaboração mútua, a saber:

Fluxograma de Pesquisa no Município; Plano de Desenvolvimento no NASF; Diretrizes do NASF; Mapeamento de Estagiários do Município; Mapeamento de Competências dos Profissionais da SESAU.

Em relação ao Apoio Matricial, apesar de grande competência técnica, e dos Turnos e Rodas muito construtivos, julgo que houve ausência na rotina prática de trabalho, o que dificultou um pouco o processo e, principalmente, prejudicou a avaliação processual dos Residentes.

Somado a tudo isso, acredito que não tenho um perfil para gestão. Este, para mim era o estágio mais indesejado, inclusive considerando todo o processo desgastante da Residência, neste momento já na reta final e faltando apenas o Estágio Eletivo (importante também pontuar a ansiedade para a chegada deste). Logo, julgo que este estágio, apesar de ter trazido conhecimentos e aprendizado a partir das atividades realizadas e da vivência de uma nova rotina (extremamente mutável e dependente de outros setores) agregou pouco à minha formação.

4.3 Estágio Eletivo

O último estágio, entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020, foi o Estágio Eletivo, onde cada Residente pode escolher o seu local de estágio, desde que seja pertinente à formação em Saúde da Família.

O meu local de Estágio escolhido foi o Ambulatório Multidisciplinar para Travestis e Transexuais no SUS – CEDAP/SESAB. Conhecido como Ambulatório Trans, este local tem como objetivo prestar assistência integral a esta população, e não somente o processo de hormonização e a preparação para possíveis cirurgias.

O Ambulatório atua de forma complementar à Atenção Primária, sendo a admissão feita de forma espontânea ou referenciada por USF's, UBS's, Centros de Referência e ONG's, e é composto, atualmente, pela seguinte equipe:

- ✓ Equipe Mínima: Serviço Social, Psicologia, Endocrinologia, Ginecologia e Clínica Geral.
- ✓ Equipe Complementar: Nutrição, Fisioterapia, Dermatologia, Proctologia, Infectologia, Hepatologia, Gastroenterologia, Urologia, Cardiologia.

Todos estes profissionais fazem consulta ambulatorial. A Equipe Mínima pode ser acessada por marcação direta e a Equipe Complementar, através de solicitação da Equipe Mínima.

Além das consultas, os(as) usuários(as) participam de Grupos de Convivência (um para cada gênero), com periodicidade mensal, onde podem interagir e discutir assuntos

sugeridos previamente por eles(as) mesmos(as), sendo a liderança dos debates feita, sempre que possível, por usuários(as) com conhecimento nos assuntos escolhidos.

Meu objetivo ao escolher este local de estágio foi conhecer melhor a população de Transexuais e Travestis, e as questões particulares de saúde e sociais, bem como aprender como acolher e lidar com esta população, de forma respeitosa e empática, entendendo suas limitações e potencialidades para, a partir daí, disseminar estas informações, tanto para outros profissionais de saúde, como para a população, de uma forma geral, para que o preconceito e a discriminação com estas pessoas possa reduzir.

No período de estágio realizei acolhimento de usuários(as) no Serviço; acompanhei consultas de Nutrição; dei apoio no planejamento e execução de Grupo de Homens Trans; iniciei a criação de um Manual para o Cuidado Nutricional de Transexuais e Travestis; e participei de capacitação. Além disso, constantemente, tive momentos de diálogo com o coordenador onde pude enriquecer bastante meu conhecimento sobre a população Trans.

Este estágio atendeu muito às minhas expectativas, porém o tempo é bastante curto para que haja uma melhor imersão no Serviço e para o desenvolvimento de mais atividades. O aprendizado foi muito grande, mas sinto que ainda tenho muito a aprender, o que seria difícil caso não tivesse as portas abertas a partir dos vínculos criados, mas pretendo continuar a caminhada.

Acredito que acompanhei poucas consultas de Nutrição, o que dificultou conhecer melhor os aspectos nutricionais específicos deste público, já que não temos estes dados ainda na literatura. Este baixo número de consultas acompanhadas também se deve ao tempo curto do estágio, uma vez que a Nutricionista atende outras demandas, logo, as consultas de pessoas Trans acabaram sendo em número reduzido. Além disso, há um certo desinteresse dos(as) usuários(as) pelas consultas de Nutrição e acredito que com uma maior duração do período de estágio, conseguiria desenvolver alguma atividade educativa para atrair este público para as consultas ou trabalhar questões nutricionais em outros espaços além do consultório.

Pude conhecer um pouco mais a vida destas pessoas, as dificuldades enfrentadas na sua rotina, por conta de toda a discriminação e da cisnormatividade. Acredito que nunca estamos prontos, e estou apenas no início desta caminhada, mas agora posso acolher de forma muito melhor uma pessoa trans, tratando-a com empatia e respeito. A partir disso, também acredito que agora posso, com certa propriedade, falar sobre o assunto nos diversos espaços em que eu esteja, sejam eles profissionais, acadêmicos e pessoais, para ajudar a informar, desconstruir o que o mundo cisgênero nos impõe e construir novos olhares e possibilidades.

5. Desenho do Segundo Ano de Residência

Inicialmente ficamos 1 mês e meio, ainda nas USF's, "passando o bastão" para os novos R1's. Após este período iniciaram os ciclos de Estágios. Foram 6 meses no Estágio de Redes, 3 meses no Estágio de Gestão e 1 mês e meio no Estágio Eletivo, de acordo com a escala de cada Residente. Durante os Estágios de Redes e Gestão, havia um revezamento, sendo 3 dias da semana nos respectivos estágios e 2 dias nas USF's.

Acredito que o desenho traçado para o nosso segundo ano de Residência não foi bom. O período do Estágio de Redes foi muito longo (pensando de forma relativa aos demais) e o Estágio Eletivo muito curto para uma boa vivência nos Serviços. O revezamento entre Estágio e USF, acabou dificultando o vínculo e a continuidade do trabalho em ambos os espaços.

Além disso, foi desenvolvido o Projeto de Intervenção, que apesar de muito interessante e enriquecedor para a formação, nos ocupava 1 dos 2 dias disponíveis para estarmos nas USF's. Logo, o que fazer tendo apenas 1 dia da semana na USF? A dificuldade de criação/manutenção de vínculo e continuidade de processos de trabalho foi grande. Muitas vezes me senti inútil, tanto nas Unidades, quanto nos Estágios. Para nós do NASF a situação ainda foi um pouco mais difícil devido à necessidade em se dividir em 3 USF's.

Acho que seria mais interessante se passássemos um período inicial maior nas Unidades, para além da "passagem de bastão" desenvolvermos as competências esperadas para os R2's. Depois, iríamos para os estágios, sem necessidade de retorno às USF's, talvez apenas para o Projeto de Intervenção, caso ele não pudesse ser desenvolvido completamente no período inicial do R2.

6. Portifólio

Dentre as atividades da Residência, devemos escrever um Portifólio, sendo mensal a frequência mínima de escrita. De acordo com o nosso Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), este instrumento, em teoria, nos permite "sistematizar o aprendizado a partir do registro de elementos significativos da trajetória, sendo este um importante exercício para a sedimentação do conhecimento, para a construção de uma atitude auto analítica e ampliação da capacidade de crítico-reflexiva sobre o cotidiano da assistência e da gestão do serviço de saúde".

Na oficina inicial de construção do Memorial (no início do segundo ano de Residência), pela primeira vez fez sentido para mim a escrita do Portifólio, pois, até então, nunca tinha feito sentido algum.

Mesmo a partir desta percepção, não houve movimento da minha parte para a escrita. Talvez minha baixa frequência de postagens tenha se destacado entre a maioria dos colegas, porém, a insatisfação que apresento com esta ferramenta é compartilhada pela maioria. Inúmeras vezes em conversas informais já foi relatada esta insatisfação, bem como em pauta de assembleia, onde já foi colocado que, para a maioria, não produz sentido, especialmente no período do R2, em que o Memorial já está em desenvolvimento e, qualquer experiência que contribua para tal, pode ser escrita diretamente no Memorial, sem prévia postagem no Portifólio. Além disso, existe uma demanda elevada de atividades no segundo ano (Estágios, Projeto de Intervenção, Memorial, Apoio à Preceptorial e demais atividades da assistência nas USF's).

Acredito que existem outros meios (já em execução) para avaliar o processo de desenvolvimento e aprendizado de nós, Residentes e, acredito que a Coordenação e o Corpo Pedagógico, caso não já tenham feito, devam repensar esta ferramenta, uma vez que traz insatisfação para a grande maioria. Os benefícios podem ser postos, pode haver um incentivo à escrita, principalmente a partir do relato dos R2, pois, como já pontuado, concordo que facilita o processo de escrita do Memorial, porém, acredito que a cobrança e a obrigatoriedade tornam o processo desestimulante e desgastante. Uma sugestão seria a criação de um diário pessoal, para registro das informações, para que estas não se percam, porém sem necessidade de compartilhamento e sem obrigatoriedade.

7. Final da Caminhada?

Para mim a Residência foi um período muito cansativo e desgastante. Em torno de dois terços do primeiro ano foi bastante interessante, estimulante e produtivo. Após este período, contava os dias para o segundo ano, para que a rotina mudasse e eu encontrasse estímulo novamente. Porém, chegando o segundo ano, devido às questões já citadas acima, o estímulo não chegou. Talvez tenha até piorado.

As situações de sofrimento nas Residências tendem a se sobrepor àquelas vinculadas ao prazer, mas, em compensação, a adoção de estratégias de enfrentamento adaptativas parece proteger os residentes. A perspectiva sobre o sofrimento laboral criativo deve ser mais amplamente discutida no âmbito da atuação e da formação em saúde. (SOUZA e ARAÚJO, 2018)

Acredito que um dos fatores que tenha contribuído para este meu processo no segundo ano foi o afastamento dos colegas do NASF (devido aos rodízios de estágios), pois havia um grande vínculo afetivo que nos unia e nos dava forças para encarar as dificuldades da rotina.

Atualmente, não tenho mais o desejo de trabalhar no NASF, talvez pelo processo da Residência, ou talvez pelo processo do próprio NASF, que recebe pouco estímulo e incentivo da gestão.

O arranjo organizacional proposto pelo NASF expressa-se por meio das interações estabelecidas entre os profissionais, no seu modo de operar e nas formas de colaboração. O fato das formações específicas dos profissionais da Equipe Mínima e do NASF não darem suporte a essas práticas compartilhadas de trabalho acresce complexidade à sua operacionalização. (BROCARD *et al.*, 2018)

Precisarei de tempo e talvez outras vivências para descobrir as causas e meus interesses. Mas mantenho a certeza de querer trabalhar na Saúde Pública, ajudando a dar voz a quem ainda não tem, como a população LGBTQIA+, em especial a população de Transexuais e Travestis.

Apesar de tudo, acredito que a experiência de ter estado na Residência foi positiva, aprendi muito a cada dia, evoluí muito enquanto profissional e enquanto pessoa. Hoje me sinto mais preparado para atuar no cuidado integral, na perspectiva da clínica ampliada, nas diversas fases dos ciclos de vida, de forma ainda mais humanizada, considerando fatores determinantes e condicionantes no processo saúde-doença, de forma articulada com a RAS e de forma referenciada.

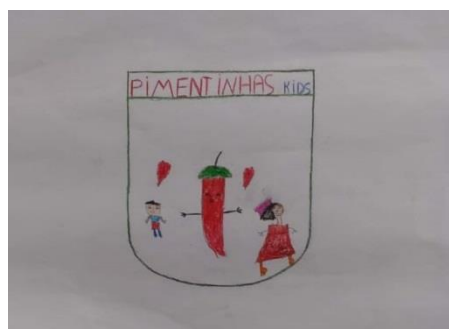
Nestes dois anos de experiência, pude desenvolver melhor a capacidade para o trabalho em equipe, de forma multiprofissional, além de mediação de processos educativos, seja entre profissionais de saúde ou com os usuários. E por fim, apesar da pouca afinidade com o mundo gerencial, pude desenvolver habilidades para atuar em alguns aspectos gerenciais na rotina do Serviço.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Despacho do Ministro da Educação, de 01 de outubro de 2001. Estabelece Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2001. Seção 1E, p. 131.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola (Cadernos de Atenção Básica, n. 24)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Glossário Temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as Regras e os Critérios para Adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por Estados, Distrito Federal e Municípios e Dispõe sobre o Respetivo Incentivo Financeiro para Custeio de Ações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ed. 79, seção 1, p. 36, abr. 2017.
- BROCARD, D. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 130-144, set. 2018.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.
- NASCIMENTO, D. D. G; OLIVEIRA, M. A. C. 2010 – Reflexões sobre as Competências Profissionais para o Processo de Trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.
- SOUZA, E. C. P.; ARAÚJO, T. C. C. F. de. Percepção sobre Formação em Residência na Área da Saúde: necessidades, expectativas e desafios. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 36-55, 2018.
- VICENTE JÚNIOR, C. Nutrição Comportamental no Tratamento da Obesidade. *In*: ALVARENGA, M. et al. **Nutrição Comportamental**. São Paulo: Manole, 2015. cap. 14, pg. 337-366.

ANEXO A

Fotos Grupo de Alimentação para Crianças, USF PHOC III – Camaçari-BA.



ANEXO B

Questionário aplicado no Projeto desenvolvido no Estágio de Redes no Centro de Atenção à Saúde da Criança de Camaçari-BA.

Data da Coleta: _____

Aplicador por: _____

QUESTIONÁRIO

Prezado participante, o questionário tem como objetivo investigar as principais demandas recebidas pela UPA Pediátrica e as possíveis interlocuções com a Rede de Atenção à Saúde. Desta forma, a sinceridade das respostas e a devolução deste questionário é necessária e indispensável. Vale ressaltar que não necessária identificação.

1	Sexo da Criança:	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino
2	Data de Nascimento:		
3	Endereço:		
4	Raça/Cor:		
5	Vínculo do Acompanhante:		

1. Qual o motivo da procura pelo atendimento nesta Unidade de Saúde?

2. Chegou encaminhado, referenciado por outro serviço de saúde ou por demanda espontânea?

3. Qual foi a cor da Classificação de Risco?

Vermelho Amarelo Verde Azul

4. Ao procurar os serviços desta Unidade, suas demandas foram atendidas?

5. Tem conhecimento se existe Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde da Família (USF) que faça cobertura de sua residência? Qual delas?

6. Caso exista USF ou UBS, oferta o serviço de Acolhimento?

7. Acredita que a queixa trazida poderia ter sido atendida na UBS ou USF de referência?

Sim Não

Por quê?

8. Caso acredite, chegou a procurar o serviço da USF ou UBS? Se não procurou, por quê?

9. Caso tenha procurado a UBS ou USF, por que também procurou o serviço de Urgência/Emergência?
