



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS



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

MICHELLE OLIVEIRA NEVES

A SUBJETIVIDADE DO “SER RESIDENTE”: MEMORIAL DE FORMAÇÃO SOB O OLHAR
DE UMA ENFERMEIRA NA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

BAHIA
2020



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS



MICHELLE OLIVEIRA NEVES

**A SUBJETIVIDADE DO “SER RESIDENTE”: MEMORIAL DE FORMAÇÃO SOB O OLHAR
DE UMA ENFERMEIRA NA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Dhara Santana Teixeira

BAHIA

2020

RESUMO

O presente memorial tem como objetivo apresentar algumas reflexões do meu processo formativo no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, trata-se de elementos pessoais e subjetivos da minha experiência durante esses dois anos. A subjetividade, portanto, refere-se à produção de sentido nas minhas vivências, as minhas inquietações, nas minhas (re)descobertas, nas minhas (des)construções e ressignificações enquanto ser enfermeira e ser humano. A metodologia empregada no estudo é de um memorial descritivo-reflexivo. Esse trabalho torna-se importante para compreendermos que o cuidado é vivo em ato.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. MEMÓRIAS	7
2.1 (Re)vivendo alguns momentos da história acadêmica e profissional	7
2.2 O processo formativo no Programa de Residência em Saúde da Família da Fesf/Fiocruz.....	8
2.3 Atuação na Unidade de Saúde da Família.....	10
2.4 Atuação na Rede de Atenção à Saúde e na Gestão	12
3. CONSTRUÇÃO E IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO NO PROCESSO DE TRABALHO.....	17
4. (RE)DESCOBRINDO A ÁREA TEMÁTICA MATERNO INFANTIL.....	20
5. “E AGORA JOSÉ?”	22
REFERÊNCIAS	25

1. INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) vem se responsabilizando em direcionar e desenvolver a formação de profissionais de saúde para responder as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das estratégias é a ampliação no investimento e criação de cursos de pós-graduação Lato Sensu na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde, a qual a educação é construída nos serviços (SILVA, et al, 2015).

Segundo estes mesmos autores, é um programa de cooperação intersetorial, favorecendo a inserção qualificada dos jovens profissionais no mercado de trabalho, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS a partir das necessidades e realidades locais e regionais.

Essa modalidade de formação propicia aos profissionais ampliar a visão crítica dos seus processos de trabalho, a trabalhar de forma multiprofissional, ou seja, permite “sair da caixinha” do seu núcleo ou há quem diga que proporcionam “ampliar a sua caixinha” através das trocas existentes entre os colegas, usuários e gestão.

Além de ser uma oportunidade de qualificação profissional, diante do cenário econômico e político atual, em que há um aumento do desemprego no Brasil, segundo pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a busca pela residência torna-se também uma forma dos profissionais de saúde se inserir no mercado de trabalho, o qual se encontra saturado.

As vivências dos residentes são singulares traduzindo-se em vários significados ora positivos, ora negativos no campo pessoal e profissional.

A subjetividade é constituída por determinações que provêm de diversas estruturas, uma vez que o sujeito individual é, ao mesmo tempo, um organismo biológico, um sujeito falante e desejante, um agente de práticas econômicas, culturais e simbólicas, etc. (p. 39, MOURA, 2000).

Dessa forma, pode-se dizer que é um processo contínuo e dinâmico, e assim foi durante os dois anos da residência, cada experiência trouxe consigo ressignificações, descobertas e (des)construções.

Diante do exposto, esse Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) tem como objetivo descrever algumas vivências e reflexões sobre os dois anos de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Osvaldo Cruz – BA, no município de Dias d’Ávila- Bahia, os quais tiveram diversos sentidos e significados em cada fase desse processo.

Trata-se de um memorial, que conforme o Termo de Referência com Orientações para o Trabalho de Conclusão da Residência – Turma 2018, de oito de agosto de 2019 da referida

instituição, “é a escrita de memórias ou acontecimentos memoráveis. É o registro de um processo, de uma travessia, uma lembrança refletida de acontecimentos dos quais o próprio autor é o protagonista”, ou seja, propicia registros dos desafios, estratégias e reflexões críticas do processo de trabalho.

2. MEMÓRIAS

Dividi esse capítulo em alguns blocos temáticos, discorrendo sobre alguns aspectos que tiveram um significado importante ao longo da minha trajetória. Início descrevendo um pouco sobre o caminhar antes da residência, pois acredito que é de suma importância para vários desdobramentos e sentidos dentro de alguns processos; continuo a escrita elencando as memórias do processo formativo da instituição e seus espaços pedagógicos; e finalizo com as vivências durante o primeiro ano da residência com atuação na Saúde da Família e no segundo ano nos estágios de Rede Cegonha e Sala de Situação.

Antes de iniciar, gostaria de citar um trecho de uma música a qual acredito que reflete muito a vida, a vida como uma estrada tortuosa de várias histórias e memórias, particulares:

“Você não sabe o quanto eu caminhei, pra chegar até aqui, percorri milhas e milhas antes de dormir, eu nem cochilei. Os mais belos montes escalei, nas noites escuras de frio chorei, ei, ei(...) A vida ensina e o tempo traz o tom, pra nascer uma canção, com a fé do dia a dia encontro a solução” (A estrada, Cidade Negra).

2.1 (Re)vivendo alguns momentos da história acadêmica e profissional

Iniciei minha trajetória acadêmica e profissional no segundo semestre de 2011 quando fui aprovada no vestibular da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) para o curso de Enfermagem. Costumo dizer que a Saúde Coletiva sempre me escolheu, pois desde a minha graduação pude participar de alguns projetos de pesquisa e extensão sendo a grande maioria voltada para essa área, um deles que foi de grande significado na minha formação e que faço uma comparação com a proposta dos Programas de Residência foi o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde). Esse programa foi instituído através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/2008, tem como pressuposto a educação pelo trabalho e pretende ainda promover e qualificar a integração ensino-serviço-comunidade, envolvendo docentes, estudantes de graduação e profissionais de saúde para o desenvolvimento de atividades na rede pública de saúde, de forma que as necessidades dos serviços sejam fonte de produção de conhecimento e pesquisa em temas e áreas estratégicas do SUS (BRASIL, 2008).

Nesse período atuei através do PET-Saúde na Coordenação de Educação Permanente na Secretária de Saúde do município de Itabuna, me proporcionando como estudante vivenciar e observar uma realidade do SUS, a partir dos serviços oferecidos pela rede de saúde do local.

Devido a uma reformulação da grade curricular, com aumento da mesma, minha graduação durou quatro anos e meio, concluindo em 2016. Desde a graduação criamos diversas expectativas sobre como será após a formação/colação de grau, mas como diz o ditado “nem tudo são flores”, passei um tempo fora do mercado de trabalho, o que me desestimulou e me gerou um Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Nesse período fiz um estágio voluntário no setor de Pronto Atendimento de um hospital no município de Ilhéus, porém pude reafirmar que não possui muita afinidade com a área de urgência e emergência.

Em 2017, mais uma vez, “o destino me levou de volta” para Saúde Coletiva, com a aprovação na Especialização em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia no município de Jequié, reafirmando minha identificação pela área. Porém, não pude concluir, faltando apenas uma disciplina, por ter passado no processo seletivo da residência.

Iniciei minha caminhada na residência em Saúde da Família, da referida instituição, em 2018. Após alguns anos fora do mercado de trabalho, o que me fez questionar sobre o futuro e sobre a formação (se fiz a escolha certa do curso, se deveria e/ou valeria a pena continuar tentando atuar na área ou se mudar o foco dos estudos e prestar concursos para outra área seria o melhor, dentre outros questionamentos), a aprovação no processo seletivo animou-me novamente com a oportunidade em atuar na minha área de formação e na área que tenho afinidade. Iniciando aqui a minha trajetória nessa residência...

2.2 O processo formativo no Programa de Residência em Saúde da Família da Fesf/Fiocruz

Com a perspectiva da mudança de um ensino tradicional para um ensino construtivista, eu que sempre fui acostumada ao longo da minha formação com uma forma de ensino bancária e verticalizada por vezes estranhei quando adentrei nessa nova proposta. Segundo o Projeto Político Pedagógico da residência Fesf- SUS, o programa rompe com o modelo tradicional buscando construir o conhecimento a partir da realidade do território e da prática.

A Teoria Construtivista surgiu a partir das experiências e estudos do suíço Jean Piaget, que era biólogo, filósofo e epistemólogo, no século XX. O mesmo afirmou que o conhecimento se constrói com a interação do sujeito com o meio em que ele vive. Rompendo com alguns paradigmas sobre a educação e trazendo críticas ao modelo da educação tradicional, Piaget motivou muitos estudiosos trazendo como pressuposto que a educação é um processo mais amplo, espontâneo e assistemático. O construtivismo é considerado como

uma teoria e não como método, onde o conhecimento é algo construído e não dado (NIEMANN, BRANDOLI, 2012).

A estrutura organizacional do programa dessa residência, a qual os residentes assumem o serviço, no primeiro ano, com o apoio de preceptoria, mas que esse preceptor “divide-se” entre os quatro residentes do seu núcleo (entende-se por núcleo a sua categoria profissional), quatro residentes de odontologia e residentes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), na primeira impressão me deixou com grandes expectativas, mas também com bastante receio, pois, em outros programas um servidor do município, no caso da minha formação, um enfermeiro, acompanha o residente de forma mais individualizada.

Assumir uma equipe logo iniciando a residência, mesmo essa sendo a realidade da maioria dos profissionais recém formados e/ou do primeiro emprego, me fez ter um “mix” de sentimentos, ora trouxe ansiedades e inseguranças, devido à inexperiência profissional, ora trouxe entusiasmo e determinação para usufruir desse espaço e da oportunidade da residência. Tive que me debruçar mais assiduamente na literatura, uma vez que estava mais afastada da área, estudando para concursos que não eram na enfermagem, e aproveitar o apoio da preceptoria.

Outro aspecto que me chamou bastante atenção foram os espaços teóricos do programa dentre eles os seminários, roda de campo, núcleo, rede e gestão e grupo diversidade, pois durante a graduação pude vivenciar poucos espaços com as Metodologias Ativas. Como citado anteriormente, as transformações pedagógicas que a educação passa, propõe várias estratégias, dentre elas, na educação superior em saúde está a Metodologia Ativa (MA), que tem uma concepção da educação crítico- reflexiva, em que os educandos fazem parte do processo da busca pelo aprendizado, convergindo em Metodologias da Problematização, a qual é fundamentada no referencial teórico de Paulo Freire (MACEDO et al, 2018).

Dessa forma, acredito que a MA tem um grande potencial e grande significado para transformação das práticas, porém faço ressalvas e trago reflexões para os nossos espaços teóricos do programa que muitas vezes parecem não terem sido planejados a partir dos pressupostos da metodologia, o que muitas vezes geram nos residentes um sentimento que a parte teórica da residência “deixa a desejar”, “é fraca”, “não tem uma boa eficácia”. Durante esses dois anos pude vivenciar a condução de espaços ricos em conhecimentos e outros que me questiono até hoje o seu real objetivo. Presumo que os facilitadores devem ser qualificados continuamente para essa metodologia, pois são de grande importância o entendimento e a habilidade para a mesma, sabidos que é algo muito novo para todos nós educandos e educadores.

2.3 Atuação na Unidade de Saúde da Família

No primeiro ano da residência a atuação dos residentes é na assistência, esse período foi bastante enriquecedor, acredito que cresci muito tanto no campo profissional quanto no pessoal. A proposta da residência em assumirmos o serviço faz com que tenhamos mais responsabilidade e possamos criar mais habilidades, logo, acredito que temos a possibilidade de nos desenvolvermos mais.

O primeiro contato com a Unidade de Saúde da Família (USF) a qual fui alocada me fez ter um grande “choque” de realidade e fez criar mais insegurança nesse processo inicial pela não receptividade e rispidez das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), por ser o segundo ano da residência no município havia ainda uma grande resistência com o programa, além de diversas comparações com os antigos profissionais que foram alocados para outras USF com a chegada dos residentes. Quando fomos divididos nas equipes ouvi falas como “sabia que elas (eu e a dentista) ficariam com a gente, isso é “dedo podre” de J. (ACS)”, o detalhe é que não havíamos sequer trocado conversas e nos conhecido ainda. Vi a partir dessa situação que teríamos alguns enfrentamentos pela frente...

Além disso, as primeiras semanas foram momentos de me encontrar, me reconhecer naquele espaço e conhecer o ritmo e rotina da unidade, o que gerou também comparações com outros colegas que já tinha experiência profissional. Questionei-me se realmente seria capaz...

Outros causadores de insegurança diante da minha inexperiência foram à grande demanda, complexidade e vulnerabilidade do território. Recebi uma enxurrada de informações e comecei a compreender o quanto a Atenção Primária à Saúde (APS) é complexa e senti na pele o grande fardo que historicamente acompanha a história da enfermagem, uma vez que há um acúmulo de funções e que a mesma toma para si responsabilidades que deveriam ser corresponsabilizadas por toda a equipe. Vi-me completamente perdida...

Porém, essas questões que me impulsionaram para buscar me aperfeiçoar e qualificar enquanto enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF). E cada novo caso e/ou situação traçava minhas estratégias, fossem elas no âmbito assistencial, quanto no âmbito das relações interpessoais.

Ao longo do ano pude vivenciar diversos casos que marcaram bastante, como:

- Usuário vítima de arma de fogo, adulto jovem, em uso de traqueostomia e sonda nasoenteral, que demandava bastante atenção devido ao seu quadro clínico e a sua necessidade de locomoção para outros serviços intra e

intermunicipais, mas que o município não disponibiliza transporte adequado e/ou mais apropriado, o que gerava vários conflitos entre a equipe (residente-residente e residente- preceptoria), sobre a nossa responsabilização enquanto eqSF e não apenas do enfermeiro e nos setores da Secretária de Saúde (SESAU), além de um contexto familiar em que todos os envolvidos passaram a viver a vida desse usuário, gerando outro desdobramento: e o cuidado do cuidador?

- Usuária vítima de arma de fogo, adulta jovem, em uso de sonda vesical de demora, com quadro recorrente de Infecção do Trato Urinário (ITU) -importante salientar que após mudança de rotina na prática da troca da sonda que era realizada quinzenalmente, sem indicação e justificativa houve melhora da recidiva, várias lesões por pressão, dermatites complicadas espalhadas por todo o corpo os quais não respondiam aos tratamentos e agravando o quadro clínico e mãe/cuidadora com difícil aceitação nas orientações passadas pelos profissionais, além de outros conflitos com a equipe;
- Usuários de 17 anos e 64 anos diagnosticados com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) através do Teste Rápido de HIV, extremos de idade e com manejo peculiar para cada caso, não aceitação do resultado, a não colaboração para identificação das parcerias sexuais, além de um contexto familiar conflituoso;
- Usuária, adulto jovem, analfabeta, com uma extrema vulnerabilidade econômica e social, diagnosticada com lesão precursora de câncer no colo do útero, sem rede de apoio familiar e com necessidade de realizar o tratamento em Salvador, referência para Dias D'ávila;
- Usuário, adolescente, com quadro degenerativo o qual a fez adquirir paralisia, com vulnerabilidade social, com contexto familiar conflituoso, com membros usuários de drogas e mãe identificada com violência doméstica;

Esses foram alguns dos casos de grande complexidade e que demandavam bastante da equipe, onde pude perceber o quanto a ESF tem o poder de te envolver, de te vincular mais com os usuários e com os colegas de equipe, de cobrar mais de você... Podendo até parafrasear um ditado conhecido “você sai da USF, mas ela não sai de você”, pois, mesmo antes das 08:00 horas da manhã quando o serviço se inicia e após as 17:00 horas quando ele se finda, todos esses casos e problemas o acompanham, fazendo com que o trabalho seja mais que uma jornada de 8 horas diária e 60 horas semanais, como é o caso de nós residentes.

Diversas vezes essas e outras situações me fizeram perder o sono e somatizar sentimentos de incapacidade e/ou não ser efetiva quando não conseguia dá o melhor desfecho, mesmo sabendo que em alguns casos não dependiam apenas do meu querer. Lidar com casos de vulnerabilidade social e econômica para mim foi um dos grandes desafios, pois não temos total governabilidade e perceber que mesmo acionando outros espaços/setores nossa Rede de Atenção à Saúde (RAS) ainda é frágil.

O autor Moretti-Pires traz diversas reflexões em seu trabalho intitulado “Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional”, de 2009, abaixo cito alguns trechos que me chamaram bastante atenção acerca da complexidade em atuar na Saúde da Família e do venho discorrendo ao longo desse bloco: “a realidade é complexa e, como ser imerso na realidade, o ser humano traz em si a complexidade (MORETTI- PIRES, 2009, p. 154). Em outro momento o autor reflete:

Ao adotar, a Estratégia de Saúde da Família, uma formulação que prima pelo atendimento integral, complexo, na multidimensionalidade humana, há necessidade de profissionais que lidem com determinantes sociais de saúde, articulando a atuação profissional de maneira intersetorial com a realidade adscrita (p. 155, MORETTI-PIRES, 2009).

Dessa forma, observa-se que na Atenção Básica utilizam-se tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, tendo os princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social presentes cotidianamente, perpassando por todo o processo de trabalho das eqSF (BRASIL, 2017).

2.4 Atuação na Rede de Atenção à Saúde e na Gestão

No segundo ano da residência nós residentes somos divididos em grupos que rodam em três ciclos: uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), a Gestão (que são obrigatoriamente realizados no município que estamos alocados) e um estágio eletivo (que podemos realizá-lo em qualquer cidade/setor que quisermos, desde que haja relação com o programa da residência). Na RAS temos como campus de estágio no município de Dias D’ávila a Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Crônicas, Vigilância Epidemiologia, Sanitária e Ambiental e Assistência Farmacêutica e na Gestão temos os setores da Sala de Situação, Planejamento e Coordenação de Atenção Básica.

Iniciei meu segundo ano com bastante animação e curiosa de como é vivenciar a gestão, como já citei anteriormente, iniciei uma pós- graduação em Saúde Coletiva, mas não

tivemos a oportunidade de atuar na prática, acredito que os nossos conhecimentos se consolidam na prática e vi no segundo ano essa oportunidade.

Tivemos um acolhimento para o segundo ano, espaço que foi muito interessante e que norteou o início dessa nova caminhada, algo que pontuo ser pertinente na mesma modalidade também para o primeiro ano, faz a chegada ser menos árdua. Logo nesse acolhimento percebi que os colegas que atuavam no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e no Apoio Institucional estavam mais a frente dos residentes da equipe mínima quando se tratava em ter uma visão ampliada da RAS e atribuo essa visão fragmentada a o quanto a assistência “nos suga”, o quanto ficamos imersos com foco no território de abrangência e no atendimento clínico que muitas vezes perdemos a visão macro da RAS.

- Rede Cegonha

O meu primeiro ciclo foi no estágio da RAS, mais especificamente na Rede Cegonha (RC), que é uma estratégia do Ministério da Saúde, instituída pela Portaria 1.149 de 2011, que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011). Fiquei muito feliz por ter ficado nessa rede e ser uma área que eu tenho uma grande afinidade e aprendi a gostar mais ainda no primeiro ano.

O município conta com um novo modelo de gestão, instituído no ano de 2019 em que há Apoiadoras Institucionais e que as mesmas são também Referências Técnicas para RAS do município, caracterizado pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população. A RC, assim como outras redes, tem como “setor de trabalho” a Gerência de Atenção à Saúde (GEASA) na Secretaria de Saúde (SESAU) do município.

Sobre esse estágio gostaria de trazer três reflexões que serão dispostos nos parágrafos a seguir:

A fragmentação da rede: vejo um grande avanço nesse quesito, pois o município conta com ferramentas e estratégias de grande importância para fazer com que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja eficaz, como por exemplo, o Grupo Condutor da Rede Cegonha, os quais participam diversos setores do município e o Fórum da Rede Cegonha e o Observatório das Maternidades que ocorrem em Salvador com vários municípios. Espaços esses que são ricos em discussões e auxiliam na consolidação da RC e dos nossos saberes.

Porém, acredito que, como em todos os lugares, há coisas a se melhorar/ aperfeiçoar, dentre elas, na RC, vejo como um grande desafio (e que foi também durante o estágio) a

fragmentação dos pontos de atenção da mesma. Aponto três fatores importantes: as relações interpessoais dos atores envolvidos, a desvalorização da APS em relação aos outros níveis de atenção e ao “não pertencimento da sua função” em relação à referência técnica e essa última acredito como hipótese ser um desdobramento dos dois itens anteriores. Acredito que no que tange aos aspectos relacionados à desvalorização da APS, durante o estágio, tentamos intervir a partir de Educações Permanente e diálogos com alguns atores desse processo, sobre a importância de um trabalho na perspectiva de rede e de corresponsabilização dos profissionais e pontos de atenção envolvidos. Entretanto, em relação aos aspectos das relações interpessoais, por ser algo mais subjetivo e pessoal dos indivíduos, nossas ações muitas vezes ficaram limitadas.

A potencialidade da Educação Permanente (EP) como ferramenta de qualificação: dentro do estágio pude construir e vivenciar dois tipos de EP, uma em que eu e minha dupla nos dividimos e fomos às reuniões de equipe de todas as UFS do município apresentar um dos produtos do estágio que foi um documento norteador do Fluxo de Acesso ao Pré- Natal de Alto Risco do município de Dias D’ávila e discutir sobre processos de trabalho do Pré-Natal e a outra sobre Sífilis, com ênfase na congênita, realizada no auditório da Câmara de Vereadores para médicos, enfermeiros, dentistas e NASF, com a participação de representantes da Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado. As duas modalidades foram muito oportunas, podemos observar e avaliar o quanto as EP’s são ferramentas de grande importância para a qualificação dos profissionais, pois, além das avaliações positivas, ouvimos frases como “não sabia que tinha que fazer determinada situação, iniciei a partir da EP”, aspectos que por vezes julgamos como naturais e de rotina, mas que muitos profissionais não aplicam em suas práticas. Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, configurando-se como uma ferramenta de aprendizado a partir do trabalho, onde o ensinar e aprender relaciona-se e estão presentes no processo de trabalho, permitindo então a possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL, 2018).

Significância do que é a residência para os servidores: outro fato que foi de suma importância não só para mim, mas também para outros colegas, inclusive que estavam em outras redes é a não receptividade de muitos trabalhadores em alguns setores da SESAU. Diante disso, diversas vezes questionei ao longo desse período: é realizado um diálogo constante entre o corpo pedagógico com os profissionais envolvidos diretamente (responsáveis técnicos, tutores, coordenadores dos setores) com o processo da residência? Caso não seja realizado, não seria necessário esse diálogo rotineiro? Já foi conversado com os servidores administrativos dos setores sobre o que é a residência (rotina, objetivos, importância e até

mesmo apresentado os produtos que surgem dos residentes para que eles tenham dimensão da nossa atuação)?

Por vezes, minhas inquietudes afloraram na perspectiva que parece ser um tabu discutir sobre isso com alguns membros do corpo pedagógico e em alguns espaços. Então questiono mais uma vez: os processos devem ser árduos? As críticas devem ser encaradas como algo negativo? Acredito que a resposta para esses dois últimos questionamentos seja “não”. Devemos (des)construir os processos que necessitam se ressignificar e torná-los mais leves, para que com isso haja também mais qualidade.

“A exposição a fatores psicossociais no contexto ocupacional tem se tornado mais frequente e intensa. Quando estes fatores são desfavoráveis influenciam no desenvolvimento da atividade profissional e à qualidade de vida do indivíduo” (CRUZ & ABALLÁN, 2015, p.454). Aspectos esses que pude observar ao longo desses dois anos em mim e nos meus colegas, momentos de desmotivação, de adoecimento, de aborrecimentos e que diante de alguns fatores/tabus, a nossa estratégia muitas vezes foi nos silenciar...

- Sala de Situação

O segundo ciclo do segundo ano foi na gestão, momento que considero ser um divisor de águas para entender a RAS como uma verdadeira rede, momento que acredito ter me tornado uma pessoa mais política e que passei a ter uma visão crítica e dá valor de uso a diversos processos. Comecei a compreender “o lado de lá” (ou de cá, dependendo da perspectiva).

E entender o mundo da gestão me fez querer voltar um pouco no tempo e retornar para assistência e fazer várias coisas diferentes, mas entendendo que as experiências e conhecimentos são se findam com a residência, a partir de hoje, vou olhar para uma notificação diferente, vou preencher uma ficha de E-SUS com mais cautela e sem olhar apenas os asteriscos, vou saber que planejar é importante, mas que avaliar faz parte, vou olhar para os dados e ver que ali são informações, quiçá pessoas... E se tem uma coisa que aprendi foi “se não tem registros não fez”.

Nesse estágio fiquei no setor da Sala de Situação, algo muito novo para mim, pois não conhecia o que era e muito menos vivenciado e tudo relatado no parágrafo anterior se faz presente de forma bem nítida nesse setor. Quão difícil é analisar e pensar estratégias para determinadas situações quando não se há registros. Quão difícil é tornar algo significativo e/ou sensibilizar pessoas e processos.

Porém, nesse período fomos surpreendidos e “atropelados” pela aprovação do Novo Financiamento da Atenção Básica, a partir da Portaria 2.979 de novembro de 2019, instituído o Programa Previne Brasil. Esses novos critérios de rateio dos recursos federais destinados ao

financiamento da Atenção Primária a Saúde demonstraram um (des)governo que tem como objetivo o desmonte do SUS, rompendo com o princípio da saúde como direito de todas as pessoas, descaracterizando a ESF e valorizando o cuidado biomédico e fragmentado, desconstruindo o fazer e importância do NASF no processo de cuidado dos indivíduos, dentre outros aspectos. Vivenciar esse retrocesso na Saúde Coletiva é assustador, mas também faz despertar o “ser militante” dentro de mim e das pessoas que acreditam no SUS, que tem compromisso no “cuidar” do outro e que legitimam a participação de uma equipe multiprofissional no “fazer e ser saúde”.

“O Sistema Único de Saúde é vivo e feito de pessoas para pessoas
(Autor desconhecido).”

3. CONSTRUÇÃO E IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO NO PROCESSO DE TRABALHO

“Quem são os outros com quem convivo e partilho a vida? Em que situações e posições nos relacionamos? E o eu isto significa?”
(BRANDÃO, 2008, p. 78).

Os autores Franco e Merhy (2012) discutem acerca do processo de trabalho em torno dos conceitos de tecnologias de trabalho em saúde e no modelo de produção de cuidado, reconhecendo a subjetividade nesses aspectos e tendo o Trabalho Vivo como ponto crucial.

As tecnologias divididas em três tipos: tecnologia dura, associada a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais; leve-dura, que se relaciona com todos os saberes bem estruturados no processo de saúde; e a leve, que compreende as tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização (SILVA, ALVIM, FIGUEIREDO, 2008, p. 292).

Como referido pelos autores acima, a vinculação é uma ferramenta utilizada e inerente ao processo de trabalho em saúde, os trabalhadores de saúde e os usuários elaboram, concomitantemente, subjetividades nas formas de sentir, de ser e de experimentar necessidades. Dessa forma, considero o vínculo como um potente e importante instrumento nas relações, sendo uma das estratégias para enfrentamento de diversas situações ao longo desses dois anos, sendo que foi mais significativa e exposto no primeiro ano de residência devido às vivências e relações estabelecidas mais fortes.

Trago a questão do vínculo em duas vertentes, na relação com a equipe na unidade e na relação com os usuários:

- Com a equipe: como já citei anteriormente nesse trabalho, à chegada na unidade foi algo bem impactante diante da não receptividade da equipe, com ênfase na ACS. Foi através dessa ferramenta que pude adquirir a confiança e constituir uma relação de parceria durante o processo de trabalho e desenvolver minhas atividades/ funções de forma mais efetiva, assim como me sentir pertencente daquele ambiente. O ato de praticar a escuta, de questionar, de buscar entender as dinâmicas fizeram com que elas entendessem que era o meu processo inicial de adaptação.
- Com os usuários: na relação com os usuários constitui-se como um elo forte, potencializando e/ ou garantido uma melhor aceitação frente a intervenções

terapêuticas, a procedimentos, a corresponsabilização do cuidado, promovendo assim a uma compreensão maior sobre o processo de saúde- doença e a execução da promoção e prevenção em saúde, dentre outros aspectos, e essas questões são evidenciadas em prática no dia-a-dia... Quando uma mulher, vítima de abortamento recebe a notícia na maternidade, mas antes de realizar a curetagem te procura na unidade e pede que você tente ouvir os batimentos cardíofetais; ou quando uma mulher, alcoólatra, vítima de violência doméstica, com complicações hepáticas adere ao tratamento e se livra de um relacionamento abusivo te encontra na rua e vem feliz falar com você, e que por sinal está tão bem cuidada e diferente que você de início nem reconhece, mas fica contente por ter conseguido estabelecer uma relação de confiança e respeito; ou quando os usuários preparam uma despedida surpresa para você, na troca do primeiro ano para o segundo; ou quando continua recebendo fotos, vídeos e convite de aniversário de um ano das crianças que você fez pré-natal; “ou vários tantos ou”.

Todavia, diante de diversos bônus relacionados à vinculação, percebi e vivenciei também alguns ônus diante do contexto, pois quanto mais vínculo você cria com a equipe e os usuários, mais demandada fica, assim como se torna referência para diversas situações, o que me fez várias vezes ficar sobrecarregada e ser acionada em situações de conflito.

Dessa forma, as relações interpessoais podem ser um facilitador ou dificultador diante do processo de trabalho, pois muitas vezes esses conflitos são de pessoas hierarquicamente superiores a você dentro da residência, mas que afeta diretamente a equipe, principalmente por presenciar e se constranger diante das situações e você ser sempre acionada. E ficavam os questionamentos “como mediar esses conflitos, se não havia abertura para isso de uma das partes?” e “como fazer isso sem predicar nenhuma das partes?”, na graduação não aprendemos na prática sobre esse assunto, e não é como aprender a realizar um curativo ou preparar uma medicação; Ou diante de problemas de saúde de colegas o que afetava a organização da unidade, a equipe te colocar sempre como referência, você ouvir sempre falas “eu não confio”, “eu não vou recorrer”, “não tem como trabalhar com pessoas desorganizadas dessa forma” sobre determinados colegas e se afligir porque sabia os reais motivos, entendia vários “por quês” e achava injusto diversas falas. E como forma de tentar proteger para que esses colegas não sentissem essa “exclusão” e críticas você tentar “abraçar tudo”, o que torna fonte de somatização; e dentro de um processo formativo acaba tornando-se apenas um processo, sem metodologias pedagógicas te apoiando e com perguntas retóricas “o que você

faria?” – se fosse uma disciplina da graduação e não fosse a primeira vez que passava por situações parecidas, talvez, saberia melhor como lidar.

4. (RE)DESCOBRINDO A ÁREA TEMÁTICA MATERNO INFANTIL

Desde a graduação a área Materno Infantil sempre foi uma linha a qual eu tinha muita afinidade, o contexto histórico de lutas e conquistas das mulheres, especialmente em relação à igualdade de gênero, ampliação dos seus direitos, a discussão do cuidado a partir dos perfis populacionais existentes (negras, com deficiências, privadas de liberdade, trabalhadoras, indígenas, rurais, homossexuais, etc.), dentre outros aspectos, sempre me chamou bastante atenção.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004, as mulheres vivem mais do que os homens porem adoecem mais e a vulnerabilidade feminina frente a determinadas patologias e mortes está associada mais a discriminação na sociedade do que aos fatores biológicos. Diante desses expostos, percebe-se a complexidade que envolve essa linha de cuidado e os diversos entraves culturais e sociais.

Na residência pude (re)descobrir essa área em todos os ambientes durante esses dois anos:

- No primeiro ano, na assistência, pude “mergulhar” nesse universo, mesmo a Saúde da Família sendo um emaranhado de linhas de cuidado, era, principalmente, no pré-natal, preventivo, planejamento reprodutivo e puericultura que “eu me encontrava”. Pude planejar como referência, o Grupo de Gestantes que foi uma experiência maravilhosa, para mim, para equipe e para as usuárias; essas últimas que se tornaram amigas, que compartilharam durante a gestação as suas vivências, medos, alegrias, ansiedades e que hoje se tornaram um grupo (autônomo) de mulheres que compartilham suas práticas como mãe. O grupo acontecia quinzenalmente, com escala que proporcionou equipe multiprofissional participar através da troca de saberes e os assuntos abordados foram de interesse das gestantes elencados no primeiro encontro. Vimos que através do grupo a adesão ao pré-natal odontológico aumentou, assim como a visita de vinculação, a qual traz vários aspectos positivos referentes à construção de confiança entre gestante-serviços-equipe. Traçamos diversas estratégias para que o grupo tivesse sucesso, como: adaptação de horários, escalas com os profissionais da equipe para acompanhar as gestantes na visita de vinculação, lanches compartilhados, atividades com metodologias ativas e um book fotográfico no final do grupo.

Além de ter me proporcionado adentrar mais nas literaturas, uma que eu me envolvia buscando estudar e me aprimorar mais para que eu pudesse conduzir a assistência e o grupo de forma mais efetiva.

- No segundo ano, foi o momento em que eu pude entender melhor como funcionava a RAS, mais especificamente na área de saúde da mulher e entender alguns processos de gestão, por ter realizado o estágio na Rede Cegonha, como mencionado anteriormente. Nesse estágio pude participar de espaços como o Grupo Condutor, local em que são discutidos aspectos da rede no município com representantes das coordenações/ gerências da SESAU e profissional da AB, assim como ir ao Observatório das Maternidades e Fórum da Rede Cegonha que aconteciam mensalmente em Salvador e ver as experiências e dificuldades de outros municípios, também foram experiências novas e bem ricas, e que me permitiram consolidar e adquirir mais conhecimentos, além de eventos relacionados a área materno infantil, o que me ajudou bastante dentro do meu estágio e da minha atuação profissional.
- Para consolidação dessa (re)descoberta, considero dois aspectos importantes no final da residência:

O estágio eletivo: o qual eu realizei na Coordenação de Saúde da Mulher da Atenção Básica de um município do Sul da Bahia, onde pude ter outra vivência, a de uma rede extremamente fragilizada e fragmentada, porém em um momento de transição de profissionais na Coordenação da Atenção Básica, com a perspectiva da reconstrução das redes de atenção, onde pude contribuir na análise situacional do município nas redes de assistência a saúde da mulher, da criança e do adolescente, tal como na construção do plano de ação para Coordenação de Saúde da Mulher, dentre outros aspectos, o qual resultou em um convite para compor a referida coordenação.

A aprovação na residência em Obstetrícia pela Secretária de Saúde da Bahia: sim, outra residência! Outro desafio, onde após ter a oportunidade de vivenciar as fases de pré-concepção, a gestação, o puerpério tardio, a saúde da criança, planejamento reprodutivo e os processos inerentes a gestão, agora, vou poder vivenciar outro lado, as fases do trabalho de parto, parto e puerpério imediato, assim como os cuidados imediatos ao recém-nascido.

Vivenciar os diversos ciclos de um grupo populacional, em suas diversas perspectivas tem sido extremamente rico, lembra-me um jogo de quebra-cabeça, onde aos poucos vamos juntando as peças, e ao final tudo faz sentido.

5. “E AGORA JOSÉ?”

“E agora, José?
A festa acabou,
a luz apagou,
o povo sumiu,
a noite esfriou,
e agora, José?
e agora, você?
você que é sem nome,
que zomba dos outros,
você que faz versos,
que ama, protesta?
e agora, José?”

Está sem mulher,
está sem discurso,
está sem carinho,
já não pode beber,
já não pode fumar,
cuspir já não pode,
a noite esfriou,
o dia não veio,
o bonde não veio,
o riso não veio,
não veio a utopia
e tudo acabou
e tudo fugiu
e tudo mofou,
e agora, José?

E agora, José?
Sua doce palavra,
seu instante de febre,
sua gula e jejum,

sua biblioteca,
sua lavra de ouro,
seu terno de vidro,
sua incoerência,
seu ódio — e agora?

Com a chave na mão
quer abrir a porta,
não existe porta;
quer morrer no mar,
mas o mar secou;
quer ir para Minas,
Minas não há mais.
José, e agora?

Se você gritasse,
se você gemesse,
se você tocasse
a valsa vienense,
se você dormisse,
se você cansasse,
se você morresse...
Mas você não morre,
você é duro, José!

Sozinho no escuro
qual bicho-do-mato,
sem teogonia,
sem parede nua
para se encostar,
sem cavalo preto
que fuja a galope,
você marcha, José!
José, para onde?"

(Carlos Drummond de Andrade, 1942)

“José, para onde?”– sossega, a vida tomará as rédeas!

Nesses dois anos, compreendi ou tentei compreender a multidimensionalidade do “ser” na busca pela integração do seu pensar, agir, sentir e no seu reconhecimento pela sua subjetividade, a partir das suas áreas relacionais e das identidades profissionais. “Estar sensível para a dimensão da subjetividade pode ajudar na tentativa de entender os indivíduos, seus conflitos, seus vínculos consigo mesmo, sua família, o próprio trabalho, a produção e a inserção de cada um na equipe” (THOFEHRN, 2011, p. 191).

Pude (re)significar o olhar nos processos sejam eles do cuidado/ assistência, das relações, da gestão, dos atos políticos e pedagógicos, diversas e diversas vezes e entender que os processos são dinâmicos e inacabáveis.

Fácil não foi... sair de casa, mudar de cidade (aproximadamente 600km de distância), lidar com a primeira experiência profissional, encarar uma jornada de trabalho densa, viver uma dicotomia do “qualidade x produtividade”, etc. Mas o “ser residente” trouxe também experiências ímpares de ver pessoas que fazem um SUS melhor, de resiliência, de aprendizado (muito aprendizado), de militância, com um olhar mais humano com o outro e comigo também e comum crescimento pessoal imensurável.

Fazendo assim uma analogia entre contexto que o poema foi escrito, em 1942, em pleno a Segunda Guerra Mundial, onde pairava na sociedade um clima de medo, repressão política e incertezas perante o futuro, conferindo preocupações políticas e a atual conjuntura com os novos rumos políticos que o Brasil vem tomando.

Findo esses dois anos no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, como uma enfermeira mais sensível as lutas do Sistema Único de Saúde, e para onde os meus caminhos sejam projetados, serei resistência.

“De sonhação a vida é feita, com crença e luta o ser se faz” (BRASIL, 2013).

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. I. S., & BOSI, M. L. M. **Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. n. 27, p. 1003-1022, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **De sonhação a vida é feita, com crença e luta o ser se faz: roteiros para refletir brincando: outras razões possíveis na produção de conhecimento e saúde sob a ótica da educação popular.** Brasília, p. 252, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: p. 82, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?.** 1. ed. rev. – Brasília, p. 73, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 ago. 2008.

COELHO, M. O., & JORGE, M. S. B. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 1523-1531, 2009.

DOS REIS, M. A. S., FORTUNA, C. M., OLIVEIRA, C. T., & DURANTE, M. C. **A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas.** *Interface-Comunic, Saúde, Educ*, v. 11, n. 23, p. 655-66, 2007.

FRANCO, T. B., &MERHY, E. E. **Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde.** *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** São Paulo: Paz e Terra. p. 57-76. 1996.

MACEDO, K. D. D. S., ACOSTA, B. S., SILVA, E. B. D., SOUZA, N. S. D., BECK, C. L. C., & SILVA, K. K. D. D. **Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde.** *Escola Anna Nery*, v. 22, n.3, 2018.

MELLO, R. D. C. C., REIS, L. B., & RAMOS, F. P. **Estresse em profissionais de enfermagem: importância da variável clima organizacional.** *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 11 n.2, p. 193-207, 2018.

MOURA, E. P. G. D. **SUBJETIVIDADE & TRABALHO: Elementos para pensar a subjetividade no/do cooperativismo.** *Sociedade em Debate*, v. 6, n.2, p. 37-49, 2012.

MORETTI-PIRES, R. O. **Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde.** *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 30, p. 153-166, 2009.

NIEMANN, F. D. A., & BRANDOLI, F. **JEAN PIAGET: um aporte teórico para o construtivismo e suas contribuições para o processo de ensino e aprendizagem da Língua Portuguesa e da Matemática.** *IX ANPED SUL Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul*, 2012.

PORTERO DE LA CRUZ, S., &VAQUERO ABELLÁN, M. **Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 23, n. 3, p. 543-55, 2015.

PRATA, M. R. D. S. **A produção da subjetividade e as relações de poder na escola: uma reflexão sobre a sociedade disciplinar na configuração social da atualidade.** *Revista Brasileira de Educação*, v.28, p. 108-115, 2005.

SILVA, D. C. D., ALVIM, N. A. T., &FIGUEIREDO, P. A. D. **Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar.** *Escola Anna Nery*, v. 12, n. 2, p. 291-298, 2008.

SILVA, J.C, CONTIM, D, Ohi, R. I, CHAVAGLIA, S.R, AMARAL, **Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional.** *E.M. Acta Paul Enferm*, v. 28, n. 2, p. 132-8, 2015.

THOFEHRN, M. B., AMESTOY, S. C., PORTO, A. R., DAL ARRIEIRA, I. C., & DAL PAI, D. **A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem.** *Journal of Nursing and Health*, v. 1, n. 1, p. 190-198, 2011.

VASCONCELOS, Y. L., & MANZI, S. M. S. **Processo ensino-aprendizagem e o paradigma construtivista.** *Interfaces Científicas-Educação*, v.5, n.3, p. 65-7, 2017.