

MONIQUE SANTOS DAS VIRGENS

**SER ENFERMEIRA EM SAÚDE DA FAMÍLIA:
DESAFIOS E DESCOBERTAS DURANTE A RESIDÊNCIA**

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

Orientador: Renata Souza Oliveira

BAHIA
2020

*“Ninguém nasce feito, é experimentando-nos no mundo
que nós nos fazemos”.*

Paulo Freire

SUMÁRIO

1. CAMINHO PERCORRIDO ATÉ A RESIDÊNCIA.....	4
1.1 QUEM SOU EU	4
1.2 COMO CHEGUEI ATÉ AQUI	6
1.3 EXPECTATIVAS SOBRE A RESIDÊNCIA.....	8
2. SER ENFERMEIRA RESIDENTE NO PRIMEIRO ANO.....	9
2.1 MINHA CHEGADA/ ACOLHIMENTO	9
2.2 PROCESSO DE TRABALHO.....	11
2.3 TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	15
2.4 VÍNCULO COM O USUÁRIO.....	17
2.5 SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	20
3. SER ENFERMEIRA RESIDENTE NO SEGUNDO ANO.....	22
3.1 SENTIMENTOS DO TÉRMINO DO R1.....	22
3.2 ACOLHIMENTO DOS NOVOS R1'S.....	23
3.3 ESTÁGIOS	25
3.3.1 MODELO DO R2	25
3.3.2 GESTÃO	25
3.3.3 ELETIVO	27
3.3.4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	33
3.4 SER R2 NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	38
REFERÊNCIAS.....	41

1. CAMINHO PERCORRIDO ATÉ A RESIDÊNCIA

1.1 QUEM SOU EU

Quem sou eu? Para mim é uma das perguntas mais difíceis de responder. Realizar uma autoanálise do que eu sou é um exercício que faço poucas vezes e não chego em uma conclusão.

Porém penso sobre a definição do que sou como um quebra cabeça. Construção das perspectivas dos meus pais, através de valores e ensinamentos a mim passados. Um pouco das minhas características pessoais, mais tudo o que vivenciei na minha trajetória até aqui.

Uma das minhas características é a minha introspecção sou mais observadora, penso muito antes de expor o que eu penso, principalmente em ambientes que não tenho tanta segurança e com pessoas que estou conhecendo. Podendo ser essa uma qualidade ou ao ser visto de outro ângulo, um defeito. A minha introspecção também me leva a não expressar muito dos meus sentimentos, principalmente de tristeza, angústia e frustração.

Também sou calma, na maioria do tempo, sou boa ouvinte, faço o exercício de me colocar no lugar do outro sempre que posso, principalmente quando sou levada a ver ponto de vista que difere do meu em uma determinada situação. Procuro sempre ajudar e muitas vezes espero do outro o mesmo movimento, e isso me frustra.

Além disso, destaco como uma característica positiva forte minha responsabilidade. Trago muito isso da minha criação, no meu processo de crescimento e amadurecimento meus pais exigiam isso de mim, reconheço hoje até como exaustivo, mas que com o tempo me fez acertar em diferentes áreas da minha vida.

Como uma característica negativa destaco meu mau humor com o temperamento explosivo. Posso não transparecer, mas quem convive comigo de

perto pode perceber esses momentos. Surgem principalmente por que não consigo expressar meus sentimentos tão facilmente e acabam se acumulando.

1.2 COMO CHEGUEI ATÉ AQUI

A escolha para o curso de enfermagem foi o ponto de partida para minha inserção no mundo profissional. Prestei o vestibular no ano de 2012 e passei na Universidade Federal da Bahia. Havia acabado de concluir o Ensino Médio e a mudança, para mim, foi brusca. Era uma nova realidade, em algumas atividades da universidade ainda era imatura e a frustração/decepção me ajudaram a crescer.

Não me recordo como surgiu a escolha pelo curso de enfermagem, mas sempre tive desejo por fazer algum curso na área da saúde, devido a muitos familiares trabalharem nessa área. Em um momento durante a graduação tive dúvidas se era esse curso que realmente queria fazer. Foi um momento complicado, passei por dias difíceis, que me fizeram refletir sobre o que já havia passado durante minha vida e sobre o que ainda teria que enfrentar. Houve pressão por parte da minha família que desejava a mudança de curso. Diminuí a carga horária e tentei um novo vestibular, mas sem sucesso. Sendo assim, permaneci na graduação de enfermagem e concluí. Hoje sinto-me tranquila quanto à escolha que fiz e até então não desejo fazer outra graduação.

Durante o curso fui bolsista de iniciação científica e de projeto de extensão. Participei de grupos de pesquisa em saúde da mulher, da criança e do adolescente. Meus estágios e atividades práticas durante o curso foram mistas, área hospitalar e atenção básica. Sempre gostei da área hospitalar, mas foi no último estágio em Unidade de Saúde da Família que a minha percepção mudou e percebi que era uma área que se mostrava desafiante e complexa, e isso despertou um sentimento positivo em mim. Além de me afeiçoar pelo processo de trabalho.

Desde a metade final da graduação a ideia da residência me intrigava bastante. Dentro da faculdade era incentivada, por algumas professoras, à inserção nesta modalidade de pós-graduação. Foi a partir da experiência no estágio curricular que optei pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Não foi a minha primeira escolha, mas nunca descartei a possibilidade. A minha primeira escolha era saúde da criança, especificamente em neonatologia.

No início cheguei com algumas expectativas e me surpreendi com a metodologia ativa. Passados os dois anos ainda não sei definir se foi positivo, essa metodologia para minha formação. Senti falta da teoria, apesar dos turnos pedagógicos, rodas de núcleo, etc. Entendo que foi necessária muita disciplina para dar conta de estar no serviço atendendo, apropriar-me da técnica e aprimorar as minhas práticas. Ter a responsabilidade de assumir uma equipe não foi simples. No mercado de trabalho não seria diferente, mas para um profissional que estava em um processo formativo senti uma sobrecarga a mais. De certo modo, o meu amadurecimento profissional é perceptível.

1.3 EXPECTATIVAS SOBRE A RESIDÊNCIA

A residência sempre foi um objetivo desde a faculdade. Muito pelo incentivo que os professores davam para ingressarmos nessa modalidade de pós-graduação, principalmente pelas experiências vivenciadas por eles nestes espaço.

A Residência em Saúde da Família nunca foi prioridade, mas sempre uma possibilidade. Ao realizar meu último estágio curricular na faculdade pude vivenciar com maior imersão a saúde da família, ampliando meu olhar para essa área de atuação. O estágio me trouxe uma experiência muito positiva, me fazendo repensar sobre alguns preconceitos.

Então, a partir disso decidi fazer o processo seletivo para a Residência em Saúde da Família, no qual obtive êxito. Ao ingressar as expectativas eram bastante positivas. Já sabia sobre alguns fatos da residência, através de colegas estavam nesse processo.

Um das minhas expectativas era o ingresso no mercado de trabalho, a primeira oportunidade de experimentar o trabalho. O leque de vivências que a residência poderia me proporcionar me deixava mais ávida para ingressar nessa modalidade de ensino. O desdobramento disso seria que com a experiência adquirida poderia conseguir mais oportunidades de trabalho ao final da residência.

2. SER ENFERMEIRA RESIDENTE NO PRIMEIRO ANO

2.1 MINHA CHEGADA/ ACOLHIMENTO

O acolhimento dos novos residentes, desde o dia 08/03 ainda em Lauro de Freitas (UNIME) até 16/03 já em Camaçari, ocorreu de forma surpreendente para as minhas expectativas. Achei que seria um processo mais formal, com muita transmissão de informação de forma mais doutrinária. E ao me deparar com o acolhimento percebi a diferença desde o primeiro dia, com muitas dinâmicas, interação, houve repasse de informações, que foram necessárias, mas de forma gradual e tranquila. Logo à primeira vista percebi que seria diferente do que esperava.

E avalio minha surpresa como positiva o novo sempre gera uma emoção, nem que seja uma ansiedade ou até mesmo medo. A forma como nos receberam foi inusitada para mim. Ressalto a receptividade da Unidade de Saúde da Família Nova Aliança, onde o momento foi muito diferente do que já vivenciei anteriormente, a maioria dos profissionais da unidade, independente se era residente ou não, nos receberam de maneira amistosa e com muita esperança no trabalho que ainda iríamos desenvolver.

Isso reforçou em mim a vontade de não desistir de dar o meu melhor durante o processo, porque de uma forma ou de outra, pessoas confiaram no que podíamos fazer e decepcionar não era o objetivo.

A estratégia de transição entre as turmas de residentes na unidade foi importantíssima. Se com os R2 me auxiliando, ajudando na adaptação, passando os casos mais complexos ainda foi trabalhoso, imagino que sem eles seria muito mais difícil. Essa estratégia foi essencial para minha adaptação na residência e no processo de trabalho. Acredito que também foi benéfico para os usuários, que também passaram por esse processo de transição, dos profissionais de referência, paulatinamente.

Durante essas semanas de transição em Nova Aliança vivenciei muitos espaços que em experiência durante o estágio curricular em Saúde da Família, na graduação, não tive oportunidade, e percebi como esses espaços são importantes para o desenvolvimento profissional. O turno pedagógico, reunião de equipe, acolhimento, visita domiciliar, roda de núcleo, roda de campo, grupos

de práticas corporais, consulta compartilhada foram espaços que vivenciei e percebi que são significativos para o desenvolvimento de um bom trabalho e aperfeiçoamento das práticas profissionais.

A última semana ainda com os R2 foi uma experiência diferente para mim, pois tive mais autonomia, principalmente, no atendimento. Pude ter mais voz e conduzir as consultas. Porém surgiu algumas dificuldades, como sanar certas dúvidas do usuário e prescrever algumas medicações para o que era necessário e precisei recorrer a R2 que estava me acompanhando. Essa dificuldade consegui resolver com mais prática na assistência e estudos no decorrer primeiro ano de residência.

Estava receosa quanto não ter esse apoio dos residentes na nova etapa, mesmo sabendo que podia contar com outras pessoas para me ajudar nos momentos dessas dificuldades. Mas, por outro lado, pensava em como o usuário iria me ver, confiar no que eu propusesse, se por vezes eu tinha dúvidas e até mesmo “travava” durante a consulta.

Os outros espaços, para além do consultório, me causavam menos ansiedade. Até mesmo o temido Acolhimento, nas experiências iniciais, consegui conduzir bem. No momento da segunda escuta, tinha o apoio do dentista da equipe e isso foi essencial, percebo que, inicialmente, fluia bem nosso trabalho. Como a demanda de usuários era grande a distribuição do trabalho entre nós dois era harmoniosa. Ainda ressalto o momento da terceira escuta com a médica, que não media esforços durante a atividade. Às R2 durante o acolhimento estavam mais para um suporte, principalmente na segunda escuta e isso foi bom para avançarmos nesse espaço.

Refletindo durante o tempo vivenciado, percebo como foi tranquilo esse processo de chegada ao serviço. Durante a transição sentia-me ansiosa pelo que ainda estava por vir, mas com o decorrer do tempo percebi que tudo fazia parte do processo. O novo por muitas vezes me assusta, porém é necessário enfrentar as dificuldades para assim avançar nos processos e conquistar objetivos.

2.2 PROCESSO DE TRABALHO

O processo de trabalho da equipe de Saúde da Família (eSF) é complexo e no âmbito da residência a complexidade aumenta. Segundo PAVONI e MEDEIROS (2009) o processo de trabalho da eSF é caracterizado pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, e acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho.

No tocante a valorização dos diversos saberes e práticas, é perceptível durante a experiência que vivenciei que se faz necessário respeitar os conhecimentos, costumes, modo de ser, cultura dos meus colegas profissionais e, principalmente, dos usuários aos quais eu assistia. Pois o respeito dos saberes do outro, mantêm as relações interpessoais horizontalizadas, permitindo um bom convívio, compartilhamento dos conhecimentos e efetividade no cuidado. Esse entendimento construí ao longo das experiências na assistência direta ao usuário e com o diálogo na equipe.

Em relação ao trabalho interdisciplinar e em equipe, para mim é bem nítido a necessidade que o mesmo ocorra de maneira harmoniosa para que o processo de trabalho suceda de maneira agradável. Pois os atores precisam trabalhar de forma sincronizada e mantendo uma mesma linguagem para que as ações sejam realizadas de forma efetiva e eficaz, e não seja dispendiosa para um só ator. Por muitas vezes vivenciei momentos que necessitava de ajuda pois estava sobrecarregada e não soube me comunicar, solicitando ajuda. A partir disso, pude refletir que era necessário pedir ajuda para que o meu processo de trabalho, individual, não me sobrecarregasse e por consequência não conseguisse realizar as ações em grupo de maneira que não atrapalhasse o processo de trabalho dos colegas.

No que diz respeito ao acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho, destaco como uma etapa importantíssima e complexa para realizar, pois envolve planejamento. Planejar não é uma tarefa fácil e nem todos estão dispostos para tal. Mas vejo como necessária para que as atividades sejam realizadas com

sucesso. Avaliar as ações foi algo que aprendi durante a residência, pois sempre depois de alguma atividade alguém (principalmente, o corpo pedagógico) puxava o momento da avaliação e isso acabou se incorporando ao meu processo de trabalho e hoje tenho consciência que seja uma das etapas essenciais do processo de trabalho. Pois a partir da avaliação podemos celebrar a ação realizada, aprender com os erros, alinhar as ideias e traçar novas estratégias.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa a ampliação do acesso e a qualificação dos serviços de saúde, se revelando como potencializadora da construção de uma nova ética social, tendo como base os princípios do acesso, territorialização, acolhimento, humanização e vínculo com o usuário (SILVEIRA, SENA e Oliveira, 2011). Desta forma, Existe a tentativa da mesma ser ao máximo resolutiva dentro das possibilidades e contexto ao qual está inserida. Sendo a resolutividade, ou a tentativa de ser, inerente ao processo de trabalho da eSF.

Segundo Costa, J.P et al (2014) resolutividade é a resposta satisfatória que o serviço fornece ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde. Não compreendendo, somente a cura de doenças, mas, também, o alívio ou a minimização do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde.

Uma dos aspectos que mais me angustiava era não sermos resolutivos em alguns casos, principalmente os mais complexos, geralmente esses casos envolviam questões para além das biológicas. A ESF busca atuar não apenas no componente biológico, mas também considera o sujeito em suas relações sociais, políticas e culturais. Essa concepção inclui o ambiente, o meio social e o estilo de vida, com a perspectiva de otimizar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, elegendo a família e seu espaço social com o núcleo central de abordagem (SILVEIRA, SENA e Oliveira, 2011)..

O sentimento de impotência diante da complexidade dos casos me afligia. Parecia que sempre estávamos dando voltas e voltas, porém sem avanços. O empenho da equipe era notável, havia planejamento de ações, investimento em visitas domiciliares, consultas individuais, estratégias diversas e até o empenho da família. Porém a resolução do problema, mesmo que

pontualmente não conseguia vislumbrar. Por isso, peguei-me várias vezes questionando se a minha expectativa estava além do que a equipe poderia realizar. Esses questionamento me levavam ao desânimo, aos poucos comecei a me contentar com o pouco que conseguimos fazer.

Além das minhas próprias cobranças, outro desafio era a equipe planejar ações nessa perspectiva. Algo que me chamava a atenção era a cobrança das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que sempre requeriam dos demais profissionais fórmulas mágicas para que os problemas se resolvessem, sendo que se esforçavam o mínimo para que isso acontecesse. Por vezes, concluí que elas só queriam passar a responsabilidade, como forma de tentar responder às demandas e pressões que a comunidade exigiam delas.

Costa. J.P, et al (2014) aponta que a resolutividade pode ser avaliada em dois aspectos: no próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e no encaminhamento dos casos que necessitam de atendimentos mais especializados dentro do sistema de saúde.

Eram nos encaminhamentos que tínhamos mais problemas, tanto para realização de exames, como a contra referência do atendimento que havia sido realizado por outro serviço de saúde. Realizávamos os encaminhamentos que achávamos necessário, mas as resoluções nos outros serviços estavam aquém do que minimamente esperávamos. Infelizmente quem mais sofria com esses problemas eram os usuários.

Consigo extrair dessas reflexões que os problemas na Redes de Atenção à Saúde (RAS) impactam diretamente no processo de trabalho da ESF, pois se a RAS não consegue ser resolutiva a eSF tem que criar seus próprios meios para ofertar um cuidado eficaz e integral ao usuário, o que não é correto. Levando a um retrabalho , aumento dos esforços, desestímulo entre outras consequências.

Ainda durante o primeiro ano, o processo de trabalho e dentro dele as várias atividades realizadas como: atendimento, reuniões de equipe, visita domiciliar, grupos e também a as atividades pedagógicas, me submeteram a uma rotina exaustiva que não me permitiu por alguns meses me dar conta do

que realmente estava fazendo, se estar na residência era prazeroso de alguma forma.

Nessa avalanche de coisas eu só estava me deixando levar e quando me perguntavam, quem quer que fosse, se eu estava gostando eu automaticamente respondia sim, mesmo não sendo a verdadeira resposta.

Realizando uma retrospectiva, percebo que de junho à outubro de 2018 só estava deixando acontecer, em um ritmo tão acelerado que não parava para refletir se os meus sentimentos condiziam com a minha resposta. Estar nesse lugar foi muito estressante, quando foi se aproximando outubro meu estresse, tensão e angústia foram elevando-se a níveis altos.

Até que chegou as minhas férias - e como ela foi necessária. Fui desacelerando o ritmo, mas foi difícil. Na primeira semana pensava o tempo todo em como estava à unidade, se algumas atividades seriam cumpridas conforme ajudei no planejamento, como estariam os usuários que acompanhei até aquele momento. Passei a segunda semana melhor, pensava menos, me empenhei em questões mais pessoais. Na terceira me veio o insight sobre estar ainda muito vinculada a rotina. Na quarta e última foi decisiva para não desistir, era preciso voltar, terminar o que iniciei e não deixar passar essa oportunidade, de viver uma experiência que, por vezes, me leva ao limite, porém foi desejada.

2.3 TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Ainda na graduação já ouvia falar sobre a importância do trabalho em equipe multidisciplinar visando à assistência integral ao indivíduo. Mas nesse período nunca vivenciei plenamente o trabalho em equipe.

Nos estágios curriculares observava que o cuidado prestado por diferentes categorias profissionais era fragmentado, ou seja, a equipe era multiprofissional, mas a interdisciplinaridade não ocorria. Segundo ARAÚJO & ROCHA (2007), o objetivo do trabalho em equipe é a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

Na minha experiência durante o primeiro ano, vivenciei o lugar de um dos atores da equipe de saúde, não conseguia dimensionar se de fato o trabalho da equipe 1 era interdisciplinar. As categorias profissionais de enfermagem e medicina tinha uma aproximação do cuidado maior, já odontologia ficou mais distanciado. As experiências com a área de odontologia foram aplicação do flúor no PSE, onde todos foram matriciados para realizar de tal prática, duas consultas compartilhadas, matriciamento durante reunião de equipe e sobre o acolhimento a demandas odontológicas. Para se alcançar o cuidado interdisciplinar não é fácil, hoje isso fica mais claro para mim, pois estive no lugar de fazê-lo e não somente observá-lo coadunando com o que traz ARAÚJO & ROCHA (2007) quando afirmam que o trabalho em equipe pressupõe, portanto, uma relação recíproca de comunicação e interação.

A comunicação em busca de consenso entre os profissionais traduz-se em qualidade na atenção integral às necessidades de saúde da clientela. Para além do objetivo de cuidado integral ao indivíduo ser comum para toda a equipe é preciso ter um relação interpessoal boa, pois convivência ruim entre os atores acaba por comprometer o objetivo maior. Compreendo que cada um tem o seu tempo para entender, refletir, aprender, por em prática o que precisa ser feito, mas muitas vezes não conseguia ter paciência, mesmo que não demonstrasse, para esperar o tempo do outro e acabava por tomar para mim o que pode ser feito pelo outro. A vivência na equipe 1 me fez trabalhar esse aspecto.

Percebo que meu tempo para entender o processo de trabalho foi mais rápido do que para outros colegas, e em alguns momentos puxei a responsabilidade para mim, o que passei a ver não ser construtivo nem para mim, já que por vezes sentia-me sobrecarregada, e nem para o outro. Isso ficou mais nítido para mim em: uma reunião de equipe que teoricamente outro colega estava coordenando, mas foi perguntado por uma ACS se realmente o colega era o coordenador, ou eu; e no acolhimento, onde observava que estava sempre sufocada com as demandas e o colega mais tranquilo.

Com as ACS conseguir manter boas relações interpessoais. Algumas delas me viam como uma ponte para falar com a médica, assuntos que poderiam ser tratados diretamente com ela. Na maioria das vezes eram assuntos da competência da médica, mas elas recorrem a mim primeiro, por vezes não gostava da abordagem e incentiva as mesmas a falar diretamente com a médica. Acredito que esse aspecto citado interferia nas relações interpessoais e gerava pequenos ruídos na comunicação. Por isso adotei pequenos e sutis comportamentos para não abraçar todas as responsabilidades.

A equipe de Saúde da Família, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2017), deve ser constituída por profissionais de ensino superior e médio, entre os de ensino médio estão os Técnicos de Enfermagem. Na USF Nova Aliança devido ao número de profissionais, da última categoria citada, ser insuficiente esses profissionais não participavam das atividades comuns às equipes da USF.

Segundo o Decreto nº 94.406/87 que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, em seu Art 8º, infere que é uma atividade privativa do enfermeiro a direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; e a -organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços. Relacionando a resolução com as questões supracitadas durante a residência, percebo que não consegui aprofundar experiências chefiando a equipe de enfermagem.

2.4 VÍNCULO COM O USUÁRIO

A equipe 01, a qual estava como enfermeira de referência, tem muitos casos complexos. Diante disso, a equipe decidiu selecionar um caso para início do Projeto Terapêutico Singular (PTS), porém mantendo a assistência aos demais. Dentre esses casos, o de uma usuária, em especial, me tocou mais. A conheci logo no início do primeiro ano de residência, em uma consulta agendada. Ela procurava ajuda para suas questões. Ela tinha 32 anos, tem diabetes mellitus tipo um, em decorrência da diabetes perdeu a visão de um dos olhos e no outro enxergava muito pouco, com dificuldade de locomoção, mioma e por consequência anemia grave.

Naquela consulta ela procurava ajuda porque a última descoberta foi lesão renal. Primeiro tentei entender toda sua situação e depois fiz os encaminhamentos necessários, a partir daquela consulta criamos uma vinculação que não imaginava. O vínculo liga, aproxima, permite envolvimento mútuo entre sujeitos, seu conceito é polissêmico; apresenta-se articulado aos conceitos de humanização, responsabilização e da integralidade (ILHA, 2014).

Por outras vezes, ela sempre me procurava para auxílio em alguma situação mais demandante no momento. Até que ela chegou um dia solicitando que eu a ajudasse a realizar um cateterismo de alívio, recomendado pelo nefrologista, pois sua função renal estava pior. A ensinei como fazer, sugeri alguém ajudá-la já que sua visão estava comprometida, mas a mesma não aceitou, seu grau de dependência já era muito e ela não queria que aquilo aumentasse mais, ela precisava ter alguma independência.

O cateterismo de alívio sendo realizado rotineiramente aumenta, e muito, o risco para infecção do trato urinário. Não foi diferente para ela, a partir disso ela frequentemente comparecia ao acolhimento da unidade com essa queixa. Ao mesmo tempo estava com humor deprimido, em conflito com a família, principalmente por depender deles e não aceitar essa situação. Neste momento, não só eu, mas a equipe já estava envolvida e em conjunto realizou orientações sobre a realização do cateterismo e percebemos que o modo como ela estava fazendo ainda não era o correto quanto à técnica asséptica.

De acordo com Ilha (2014):

O fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde da família e o usuário é de extrema relevância, pois favorece a produção do cuidado mediante uma relação de confiança e partilha de compromissos. Além do mais, o vínculo possui uma estreita relação com a prática de cuidados, uma vez que ambos promovem sintonia, troca de afetos e convivência potencialmente reconstrutora de autonomias.

Sendo assim, foi perceptível perceber como a usuária não hesitava em acessar a equipe durante esse processo. Compareceu por várias vezes a unidade, em uma delas nos comunicou sobre a detecção de um nódulo mamário, mas após o diagnóstico concluiu-se que o mesmo era benigno. Assim por um determinado tempo, como houve melhora das ITU's a usuária demandou menos da equipe. Até que a agente comunitária de referência da usuária, comunicou a necessidade de uma visita domiciliar da equipe.

Durante a visita domiciliar, realizada por mim e a ACS, foi perceptível que a usuária estava com humor muito deprimido, em isolamento social, não estava mais usando as medicações corretamente, alimentação inadequada para sua condição, sem perspectiva de vida, com desesperança, a frase que ela usou para descrever o que estava sentindo foi: "Só estou esperando chegar a minha hora. E assim vou esperando os dias passarem". Essa declaração me acertou como um soco, a verdade é que não esperava. Fiquei sem palavras no momento.

Após me recompor, levei-a refletir que todos nós iríamos partir um dia, essa é nossa única certeza. Mas até lá nós podemos ter qualidade de vida e como ela estava sobrevivendo, na minha visão, não havia qualidade. Ela se manteve irredutível quanto a mudanças na sua rotina de vida. Perguntei o que nós, enquanto sua equipe de referência em a saúde poderia fazer para ajudar até que seu momento chegasse, ela afirmou que nós já fazíamos demais. Agradeceu pelo apoio, preocupação e ajuda, mas não havia mais nada naquele momento para fazermos. Pedi que ela pensasse mais e que me respondesse quando retornássemos lá em uma próxima visita.

Após duas semanas a ACS nos trouxe a notícia que ela estava internada no hospital, por agravamento do seu quadro. A equipe realizou visita no hospital,

porém não consegui ir com a equipe. Os meus sentimentos estavam muito intenso, preferi me preservar pois era necessário também manter minha saúde mental durante esse processo.

A usuária evoluiu com melhora, por vezes depois dos acontecimentos citados já a encontrei na USF com outro aspecto, em melhora do seu processo de adoecimento e com outras perspectivas sobre a vida.

Acredito que o vínculo no caso supracitado foi benéfico para a usuária, pois segundo Ilha (2014), o vínculo inventa novas modalidades do sujeito com o campo da saúde. Considero também que esse vínculo mudou sobre o meu modo de cuidado com o outro, ampliou minha visão de mundo e sobre como respeitar as visões e perspectivas de vida que são diferentes do que acredito.

2.5 SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A área da Saúde Mental não é uma das minhas preferidas. Minha aproximação durante a graduação me fez desmistificar muitos pré-conceitos, mesmo assim não me fez querer uma maior aproximação. E durante a residência me deparei com muitos casos de saúde mental na área de abrangência da equipe a qual era profissional de referência.

Segundo o Caderno de Atenção Básica Nº 34: Saúde mental, pode-se dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por estas características, é comum que os profissionais de Saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico.

Havia um usuário acompanhado pela equipe, que exigia mais atenção, tempo, discussão e empenho de todos. O caso me impactou, particularmente, por ser complexo e algumas vezes me sentir perdida no que fazer e qual passo a ser dado depois de alguma intervenção feita. Apesar de ter me inserido no caso em que a evolução já estava avançada, muitas vezes quando achávamos que estava progredindo, ocorriam situações inesperadas, que não caminhavam para onde esperávamos.

Brasil (2013) traz que algumas vezes o profissional de Saúde já tenha se sentido inseguro, surpreso ou sem saber como agir assim que identificou uma demanda de saúde mental. Ou profissional se sente improvisando, ou usando a intuição e o bom senso. Por vezes, me sentia assim e o restante da equipe foi fundamental para apontar possibilidades.

A Estratégia da Saúde da Família tem grande importância para ações de saúde mental, como aponta Camatta, Tocantins & Schneider (2016) o cenário da ESF é um importante espaço de promoção dos cuidados em saúde mental, por ser uma unidade de saúde territorializada e ter a família como seu foco de cuidado, sendo necessário, portanto, escutar suas expectativas quanto ao atendimento em saúde mental na ESF. Essa compreensão pode contribuir para a construção de ações de saúde mental na ESF, acolhendo as necessidades

expressas pelos familiares em prol da consolidação do modelo de atenção psicossocial.

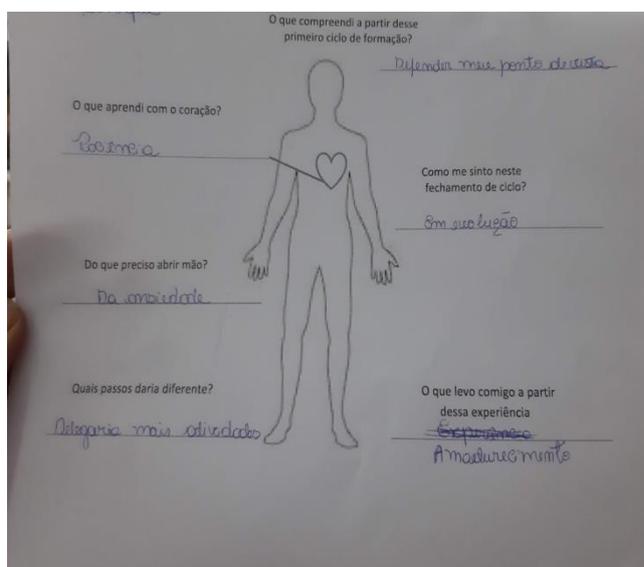
No caso citado a família deixou de se envolver depois que eles conseguiram atender a principal expectativa, o usuário cuidar da sua higiene pessoal, o que para a equipe gerou uma sensação de sobrecarga e não corresponsabilização. Expresso muito vezes pela ACS de referência, gerando discussões entre os membros da equipe. Tais discussões fizeram pensarmos em estratégias de reaproximar a família e trazer o usuário para a unidade, até como forma de socializá-lo.

O caderno de atenção básica nº 34 diz que todo profissional de saúde deve realizar as práticas de saúde mental , já que o objetivo dessas práticas devem perpassar o conhecimento do território e a relação de vínculo entre os profissionais da equipe e os usuários. O caderno aponta que: proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir; exercer boa comunicação; exercitar a habilidade da empatia; lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer; acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas; oferecer suporte na medida certa, uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga; e reconhecer os modelos de entendimento do usuário, são ações terapêuticas comuns aos profissionais de saúde. Sendo assim reconheço que muito do que nós realizamos perpassou nesse sentido e me deu mais segurança.

Com essa experiência pude manejar outro caso de saúde mental, sendo mais tranquilo e tendo estratégias já em mente do que poderia ser feito. O vínculo com o usuário também foi muito importante, pois possibilitou ter conversas abertas sem julgamentos e a confiança foi sendo construída. Possa ser que não alcancei a expectativa de familiares e da equipe, mas consegui com o usuário chegar ao ponto em que ele queria estar, tendo responsabilidade sobre seu processo de saúde-doença.

3. SER ENFERMEIRA RESIDENTE NO SEGUNDO ANO

3.1 SENTIMENTOS DO TÉRMINO DO R1



Essa imagem representa muito o que aprendi durante o primeiro ano da residência, meus sentimentos e como cheguei ao fim desse processo.

Durante a passagem do R1 para o R2 fui invadida por um misto de sentimentos. Ao se aproximar a passagem desejei que o R1 não terminasse, não queria mudar minha rotina, queria continuar o ritmo de atendimento, finalizar

atividades que iniciei e a agenda do R2 não me atraía em nada. O pensamento de estar fora da USF me causava ansiedade, achei que perderia o vínculo com a USF. Ao mesmo tempo queria concluir as etapas necessárias.

A dinâmica que culminou na imagem foi importante para refletir sobre minha evolução nesse primeiro ano. Aprendi com o coração a ser mais paciente e entender que cada pessoa tem seu tempo e devo respeitar. Preciso ainda abrir mão da ansiedade, isso ainda necessito trabalhar, é um sentimento que infelizmente me desestabiliza. Poderia ter delegado mais atividades me sobrecarregaria menos, isso também parte do aspecto de externar minhas insatisfações e defender mais meu ponto de vista e não deixar passar, como acabei fazendo muitas vezes.

E dessa experiência no primeiro ano levo o amadurecimento profissional e pessoal, levo também a mente mais aberta para diferentes pontos de vista, o aprendizado técnico e o trabalho em equipe multiprofissional. Ao encerrar esse ciclo me sentia em evolução e assim encaro a vida para mim não existe ser perfeito e sim um constante processo de aperfeiçoamento.

3.2 ACOLHIMENTO DOS NOVOS R1'S

O acolhimento aos novos R1's foi muito esperado por mim e acredito também pelos demais colegas residentes. Como o meu acolhimento na USF foi para além das minhas expectativas de forma positiva, desejava que o acolhimentos dos novos fosse também uma experiência prazerosa.

Ocorreram reuniões de planejamento para a semana do acolhimento, utilizando como modelo o acolhimento no qual fomos recebidos, adaptamos ao que na nossa visão poderia ser melhorado. No planejamento ficou definido os atores por cada atividade, os temas a serem abordados tudo baseado nas nossas experiências positivas.

E logo no primeiro dia do acolhimento, após as atividades realizamos a avaliação do que estava sendo feito, e concluímos que o trabalho desempenhado estava muito abaixo da nossa expectativa inicial. Essa avaliação durou exaustivas horas após o expediente de trabalho na unidade. Reprogramamos e ajustamos as atividades posteriores e percebi maior empenho da equipe para fazer dá certo o nos propomos a realizar.

Nessa mesma reunião foi proposto pela preceptoria a criação de Grupos de Trabalho (GT) que construíram discussões sobre temáticas importantes do processo de trabalho. Alguns temas propostos foram acolhimento, saúde do trabalhador, saúde da população LGBTQI+, controle social entre outros. A ideia no primeiro momento foi bastante interessante e proporcionou várias discussões.

A ideia inicial era que os R2 participariam dos GT para dar apoio, incentivando as discussões e atividades. Os novos R1's seriam realmente os protagonistas e fariam os grupos terem andamento. Para se chegar ao consenso das temáticas a serem trabalhadas foi bem complexo, pois na nossa concepção todos os temas propostos eram de suma importância. E ao final, três temas foram consensualmente postos.

E sucedeu a semana de acolhimento, com as atividades sendo realizadas conforme o programado, os R2's também estavam dando conta dos atendimentos e acolhimentos na unidade. Essa foi uma das atividades que mais

me marcou durante a residência, o fazer acontecer me proporcionou refletir sobre a minha trajetória do primeiro ano e o deslocamento que construir nesse período.

A divisão dos R1's entre as equipes da USF foi outro momento que percebi a virada da chave, a passagem de R1 para R2. Pois tomar esse tipo de decisão, ouvir os demais colegas, conhecer o perfil de cada equipe e perceber um pouco do perfil de cada R1 e ver onde cada qual se encaixaria melhor, exigiu um nível de amadurecimento e experiência diferenciada que só adquirir vivenciando no dia a dia.

E ao final da semana houve a divisão dos GT, porém os temas que foram apresentados não eram o que discutimos anteriormente. Foi surpreendente para nós R2's, ficamos realmente sem entender. Tomamos uma decisão após uma exaustiva discussão que não foi levada em consideração, nem ao menos comunicado que houve mudanças antes de apresentar para os demais. E foi partindo disso, e também pela não afinidade com as novas temáticas impostas, decide não me inserir em nenhum GT, assim como outros colegas.

Apesar dos pormenores, a experiência foi enriquecedora. Essas questões foram significativas, mas não conseguiram frustrar, totalmente, as minhas expectativas quanto a semana de acolhimento aos novos R1's

3.3 ESTÁGIOS

3.3.1 MODELO DO R2

Uma das competências a serem alcançadas durante o segundo ano da residência consiste em desenvolver competências assistenciais e de gestão complementares às desenvolvidas no primeiro ano, voltadas para a gestão da atenção básica e articulação de redes na perspectiva do cuidado integral. Existem os estágios que devemos realizar na perspectiva de alcançarmos tal competência.

Sendo assim, o segundo ano da residência é dividido em três estágios, o estágio em gestão, no qual desenvolvemos atividades pactuadas com docentes e gestores municipais, vivenciando responsabilidades da gestão municipal previstas na política nacional da atenção básica, fazendo conexões e reflexões críticas a partir da realidade vivenciada na residência. O estágio eletivo, no qual escolhemos onde desejamos vivenciar outras experiências que acreditamos potencializar nossa formação. E o estágio em redes de atenção a saúde, que consiste na articulação das redes de atenção à saúde e outras instituições (públicas e privadas; formais e informais; comunitárias e governamentais), incentivando a organização e pactuação de fluxos, de modo a ampliar a resolutividade da assistência. A seguir abordo sobre minhas experiências nesses três estágios.

3.3.2 GESTÃO

A Diretoria de Atenção Básica (DAB) da prefeitura de Camaçari é um serviço de extrema importância, no ponto de vista, da organização dos serviços de atenção primária à saúde do município. É dividida em três coordenações: PACS/PSF; RH e Áreas Técnicas, que juntas pensam no processo logístico, organizativo e modo operante dos serviços de saúde. Infelizmente a estrutura física da DAB não comporta os profissionais que ali trabalham, sendo assim o espaço torna-se caótico e o trabalho tende a ser insalubre. Nesse período de

estágio percebi também, que são muitas demandas para os profissionais e que associado ao ambiente o trabalho torna-se mais difícil.

No primeiro dia isso me assustou de tal modo que meu primeiro pensamento foi de ser impossível gerar um produto nesse ambiente. Mesmo assim a recepção foi muito acolhedora, importante chegar e ter pessoas que estão esperando por nós e apostam que podemos desenvolver um bom trabalho. Com o passar dos dias fui me ambientando , vendo produtos de residentes que passaram pelo mesmo estágio, pude ter uma real noção sobre o que faríamos. Até porque não gerei expectativas, não era o estágio que realmente queria, entretanto fui bem aberta às possibilidades.

E vieram então os desafios, sair da lógica de atendimento, de assumir equipe, de pensar em atividades e estudar sobre casos, para pensar em números (muitos números), indicadores, planilhas, entender o porque das políticas e como implementá-las. E aos poucos fui inserindo-me na área técnica de saúde da mulher, organizei e alimentei os principais documentos desta área, participei de reuniões sobre violência sexual contra criança, adolescente e mulher e assim pude pensar em um novo fluxograma , junto com minhas colegas, para atendimentos na rede a essas vítimas.

Realizando essas atividades pude refletir sobre minha atuação na unidade, além de poder realizar comparativos entre os indicadores da USF Nova Aliança com demais unidades de Camaçari, metas a serem alcançadas e etc..

Além do trabalho com a área de saúde da mulher, também pensei e organizei os documentos de monitoramento dos indicadores de todas as áreas técnicas, divididos em distritos sanitários, unidades de saúde e equipes. Esse foi um dos maiores desafios, pensar em como fazer de forma que ficasse autoexplicativo e contivesse todas as informações necessárias. Além de que demandou um bom tempo dos dias em que fiquei no estágio. Mas agora que já o vejo sendo utilizado, posso vislumbrar que deu certo e espero que possa ser utilizado por muito tempo.

O acolhimento pedagógico foi outra atividade que participei. Infelizmente só participei de um dia como facilitadora, mas foi muito proveitoso e empolgante estar do outro lado, já que no ano passado participei com a equipe. Tive uma

ótima experiência com o acolhimento pedagógico, sempre digo que foi um divisor de águas para as relações na equipe a qual fiz parte. Então participar do alinhamento, confecção de material e estar fazendo o acolhimento por pelo menos um dia foi muito prazeroso. Penso que o acolhimento pedagógico é uma grande potência para alinhamento, integração e troca entre os membros da equipe e da equipe com a gestão, logo se faz necessário um bom investimento, o que não foi feito para essas novas equipes, mesmo assim os facilitadores estão conseguindo fazer muito com o pouco investido.

Das atividades que realizei no DAB, ficou pendente o monitoramento do seguimento das gestantes com alterações sorológicas, que dei início com envio para as unidades de saúde, mas não obtive resposta das mesmas com as informações necessárias em tempo hábil para posterior avaliação.

Fazendo um paralelo com o meu primeiro ano na residência, eu não entendia por que sempre era solicitado para mim essas informações, achava que não fazia muito sentido. Hoje percebo que tem muita importância, são essas informações que darão aporte para o investimento das políticas públicas. E reunir essas informações de 58 unidades de saúde com várias equipes não é fácil, demanda tempo e energia que muitas vezes os profissionais não dispõem por diferentes motivos, mesmo sabendo que faz parte do seu processo de trabalho.

Enfim, creio que a palavra que define meu estágio foi DESCOBERTA, fiz um estágio que inicialmente não queria, mas por arranjos fui demandada. Consegui realizar atividades e construir produtos que julgo de grande importância, mesmo em um ambiente difícil de trabalhar. Percebi que estimo pela área da gestão, ao ponto que escolhi meu estágio eletivo para essa área devido a essa experiência. Avalio o estágio positivamente, com muito mais aprendizado e experiência na bagagem.

3.3.3 ELETIVO

A Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB) estrutura-se por meio de, superintendências, dentre elas tem-se a Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), que realiza seu trabalho dividido em quatro diretorias, a saber:

Diretoria da Atenção Básica (DAB), Diretoria de Atenção Especializada (DAE), Diretoria de Gestão da Rede Própria (DGRP) e Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC).

A DGC tem por finalidade coordenar processos de formulação, implantação, implementação e avaliação de políticas e programas estaduais de saúde, que garantam a qualificação, a ampliação do acesso e a integralidade da atenção, por meio da implementação de linhas de produção do cuidado. Nesta perspectiva, a equipe de técnicos que compõem a DGC, distribuída em 04 Coordenações e 01 Núcleo, realiza apoio aos 417 municípios do estado baiano.

As coordenações que compõem a DGC são: A Coordenação de Ciclo de Vida e Gênero (CCVG); A Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde (CPES); A Coordenação de Políticas Transversais (CPT); A Coordenação de Fórmulas Alimentares Especiais (CFAE); e O Núcleo e Informação em Saúde (NIS).

Em conjunto buscam implementar linhas de produção do cuidado voltadas aos ciclos de vida e gênero (com foco na Saúde da Criança, de Adolescentes e Jovens, da Mulher, do Homem e do Idoso). Entendendo o indivíduo enquanto sujeito integral, busca ainda o fortalecimento de políticas que o transversaliza tais como: a Saúde Mental, atenção à pessoa com Deficiência, Alimentação e Nutrição, Saúde Bucal, acrescentando o tema de Práticas Integrativas Complementares - PIC.

Por fim, contemplando outras políticas públicas que visam à promoção da equidade em saúde, aplicando e ampliando o conceito de cuidado às necessidades de populações historicamente excluídas como: população negra, quilombola, povos indígenas, albina, assentada e acampada, pessoas privadas de liberdade, pessoas em situação de rua e LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

A Assessoria da DGC tem por propósito assessorar as Coordenação/Áreas Técnicas e Núcleo da Diretoria com vistas à integralidade nas ações internas e externas desenvolvidas no âmbito do estado.

A DGC se articula com a atenção primária à saúde na missão da implantação e implementação das linhas de cuidado, e na proposição do “caminhar” do usuário com vista na ampliação do acesso e integralidade da atenção.

O primeiro ano da residência me proporcionou está próximo ao usuário e ser um dos atores na coordenação do cuidado. Nesse processo pude ajudá-lo a transitar na rede de serviços de saúde. A Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) tem como atribuição a coordenação do desenvolvimento das políticas de atenção integral à saúde, em articulação com os diversos atores, buscando uma organização de redes, além de propor fluxos que permitam o “caminhar” do usuário de forma a garantir e ampliar o acesso necessário e oportuno nos espaços de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Bahia. Sendo assim, este espaço pode me proporcionar vivenciar outra perspectiva das políticas que exerci durante o primeiro ano, ampliando meu conhecimento e aprimorando ainda mais minhas habilidades profissionais.

O produto do meu estágio foi, principalmente, o Planejamento Integrado. A Assessoria da DGC já tinha em andamento esse planejamento, que surgiu de uma demanda do colegiado da diretoria. O Planejamento Integrado caracteriza-se como um conjunto de atividades que articulam as diversas ações internas de planejamento de modo a conferir maior coerência entre elas e a convergência de proposições, métodos e formas de organização dos processos de trabalho. Tem como objetivo principal promover a integração interna das ações DGC para a elaboração e o acompanhamento das políticas de atenção à saúde na perspectiva do cuidado em saúde para o SUS-Ba, com uso racional dos recursos disponíveis. Os técnicos da DGC de todas as coordenações e núcleos participam das etapas do planejamento.

A metodologia do planejamento estava ocorrendo da seguinte forma: Mini oficinas para diagnóstico dos problemas das macrorregiões de saúde do estado, com identificação das causas e consequências e a posterior priorização dos problemas, com vista à definição das linhas de ação estratégicas e integradas da DGC.

Após o levantamento dos problemas a coordenação das mini oficinas construiu a árvore de problemas, que constitui um diagrama simples cujo objetivo é organizar a explicação do problema identificado durante o processo de análise da situação, momento inicial de um processo de planejamento (TEIXEIRA, 2010). A matriz da árvore de problemas utilizadas nas oficinas era constituída por problema central, causa e consequência.

Em seguida ocorreu a priorização dos problemas, que se fundamenta num processo de seleção de prioridades, que pode ser realizado com utilização de critérios objetivos de decisão ou com base em preferências subjetivas dos participantes (TEIXEIRA, 2010). Os critérios utilizados foram: Urgência (a resolução do problema pode esperar ou deve ser realizada imediatamente), Relevância (importância do problema para o sistema de saúde), Factibilidade (capacidade de intervenção do problema) e Viabilidade (capacidade política, técnica e gerencial para executar as ações de resolução do problema), e Integração DGC (possibilidade da realização de ações integradas). A cada critério foi atribuído uma pontuação conforme os parâmetros de pontuação: baixa (0), significativa (1), alta (2), muito alta (3). O somatório dos pontos obtidos em cada critério definiu a nova ordenação de problemas prioritários.

No início para estruturar melhor o Planejamento Integrado, reuni todos os arquivos disponibilizados e consolidei num documento como espécie de manual, com finalidade de nortear as ações e explicativo para outras pessoas que posteriormente somassem força ao Planejamento pudessem entendê-lo rapidamente. Esse documento deu base para o texto supracitado.

Até o início do estágio foram levantados e priorizados os problemas de duas macrorregiões. A partir daí foi necessária uma avaliação dentro da Assessoria sobre quais os próximos passos a serem dados nas atividades, pois ainda restavam 7 macrorregiões e a expectativa era ser um planejamento mais rápido, porém estava se prolongando por quase 2 meses.

Na avaliação desenhamos uma nova metodologia para as atividades posteriores, utilizamos formulários eletrônicos como forma de agilizar o processo, principalmente no quesito priorização de problemas já que o mesmo foi feito em contagem de pontos.

Durante o estágio conseguimos realizar uma única oficina, por conta de agendas, disponibilidade de salas que comportassem os participantes e prioridade da realização de ações. Nessa oficina basicamente recapitulamos as atividades realizadas anteriormente e foram sugeridas opções para a continuação do planejamento como um todo. Democraticamente elegeu-se a opção de selecionar uma macrorregião já trabalhada e construir uma matriz de intervenção para o problema priorizado. Uma das ações, da matriz construída, a serem desenvolvidas foi o alinhamento conceitual interno sobre o problema priorizado.

A continuidade do Planejamento Integrado não foi possível ainda durante o estágio, pois o alinhamento conceitual interno envolvia diretamente uma das coordenações que no período estava em fase de construção de uma atividade externa, essa atividade também envolvia a Assessoria, logo as prioridades das atividades mudaram, adiando as mini oficinas.

Avalio o Planejamento Integrado como de grande importância, pois no meu entendimento a promoção de espaços de interatividade entre as áreas técnicas da DGC buscam fortalecer a cultura de planejar conjuntamente.

Com vistas à melhoria do processo de trabalho, alinhamento do discurso e o trabalho em equipe. No processo de discussão da metodologia, avaliação das atividades e oficina realizada agreguei mais conhecimento ao aprendizado sobre trabalho em equipe multiprofissional e planejamento estratégico situacional.

Outra atividade que desenvolvi durante o estágio foi no Programa de Controle do Tabagismo (PCT) da Bahia. Primeiro aprofundi meus conhecimentos sobre a temática, por meio da leitura da literatura, manuais, informes e ofícios; Consolidei dados da Quarta Etapa do Levantamento Situacional, que consiste em um monitoramento do PCT nos municípios baianos; Levantei indicadores de pesquisas que tratam da temática; Além de participar do processo de trabalho da técnica responsável pela gestão do programa estadual.

Infelizmente o PCT no estado é negligenciado, acredito que está atrelado ao fato de ser um programa sem recursos a serem repassados para os

municípios. A cobertura do programa na Bahia é baixa e mesmo assim é considerado o estado com uma das melhores coberturas no Brasil. Os municípios tem a autonomia ou não para aderir ao programa, o que penaliza o usuário que quer participar do programa, mas no município em que reside não tem o mesmo implantado.

Além das atuações supracitadas, participei das reuniões de construção das ações pertinentes à DGC no Plano Pluri Anual de Gestão (PPA). Pude vivenciar como sucede esse esforço e planejamento que durante a assistência ao usuário não tinha consciência da dimensão em que ocorria.

Realizei atividades externas como a participação na 10ª Conferência Estadual de Saúde, na qual pude vivenciar um pouco do controle social a nível estadual. Integrantes da DGC estavam presentes e atuantes na conferência, o que é de grande valia no que concerne está envolvido no processo de construção de políticas de saúde e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda como atividade externa estive como ouvinte no Seminário de Pesquisa Para o SUS (PPSUS), neste estiveram presentes a diretora, coordenadores e técnicos da DGC. No seminário os pesquisadores apresentaram seus trabalhos finais, muitos com ideias e achados inovadores. Considerei inteligente, e entendo também como sendo um dos objetivos do programa, levar os gestores para o seminário, uma forma de unir a pesquisa com a gestão na tentativa de consolidar e fortalecer o SUS.

Outras atividades que pude experienciar na Assessoria da DGC foram: consolidação dos dados no relatório de atividades do Comitê Gestor de Enfrentamento a Síndrome Congênita do Zika (SCZ) e STORCH (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes Vírus); E a participação de uma reunião do mesmo comitê. Como já havia tido vivência na graduação sobre a SCZ, ressaltando que o meu TCC foi sobre a temática, pude resgatar a memória e está mais a par do que o estado está realizando sobre o assunto.

A experiência na Assessoria da DGC me proporcionou a compreensão de como minha categoria profissional pode contribuir para qualificação do SUS, para além da assistência. Pude ampliar e aprimorar meu conhecimento sobre gestão em saúde, planejamento estratégico situacional, trabalho em equipe

multidisciplinar, Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), Controle Social e Pesquisa Científica. Foi importante conhecer a dinâmica de trabalho da gestão estadual e participar do processo de trabalho. Acredito que precisava de mais tempo para participar das próximas etapas dos produtos que ajudei a construir, e poder atingir novos desafios.

Avalio o campo de estágio como riquíssimo para desenvolvimento de produtos que sejam de grande aprendizado para o residente e aplicabilidade para o serviço.

3.3.4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

Meu estágio na RAS ocorreu em Vigilância à Saúde no Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST). O CEREST promove ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância. Existem dois tipos de CEREST: os estaduais e os regionais. O CEREST Camaçari é regional, abrangendo os municípios de: Camaçari, Dias D'ávila, Simões filho, Conde, Mata de São João e Pojuca.

Segundo a Portaria nº 2.728/GM de 11 de novembro de 2009, às atribuições do CEREST são: apoiar investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas, fortalecer a articulação entre a atenção básica, de média e alta complexidade para identificar e atender acidentes e agravos relacionados ao trabalho, em especial, mas não exclusivamente, aqueles contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho ou de notificação compulsória.

O CEREST Camaçari se subdivide em Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Ambiente e Processos de Trabalho e Educação e Comunicação. Além da área assistencial, mantendo atendimento através do acolhimento e atendimento individual com médico. Durante o estágio pude acompanhar o acolhimento desse serviço. Fazendo um comparativo com o acolhimento na USF na qual estive alocada, percebo que a lógica de funcionamento é bem diferente.

Primeiro que a quantidade e demanda são bem diferentes. Enquanto na USF a média de atendimentos em um turno da manhã é de 30 a 40 pessoas, no CEREST são 2 a 3 pessoas no mesmo. No CEREST a demanda é bem específica relacionada ao trabalho, enquanto na USF existe uma variedade de demandas, partindo da renovação de receitas até pequenas urgências. Durante o estágio não tive a oportunidade de acompanhar atendimento médico, pelo que percebi por questões que a categoria do serviço impôs.

Na primeira semana do estágio, realizamos junto a equipe um matriciamento na USF Nova Aliança sobre o serviço do CEREST em si. Levamos casos de uma equipe e discutimos com os profissionais sobre as possibilidades de desdobramentos a serem dados àqueles casos. Nessa oportunidade havia profissionais de outro CEREST da Bahia, que estavam em vista para troca de experiências e enriqueceram as discussões trazendo diferentes pontos de vistas a partir da realidade a qual estavam inseridos.

Com o tempo, fui conhecendo a rotina do serviço e me ambientando também. No início foi difícil acostumar com um ritmo desacelerado, pois a vivências nos outros estágios foram bem intensas. As oportunidades para realizar as atividades na rotina dos profissionais foram aparecendo de forma discreta.

Consegui acompanhar um matriciamento em uma empresa sobre notificação compulsória. Foi bem interessante a experiência, porém fiquei constrangida durante o matriciamento, onde foi notável que a relação interpessoal entre os profissionais do CEREST que foram realizar a atividade interferia na realização do trabalho. E isso ficou bem perceptível até para as pessoas que estavam recebendo o matriciamento.

Outra atividade no serviço que tivemos oportunidade de realizar foi o fluxograma para notificação do trabalho infantil no município de Camaçari. O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) do município solicitou apoio do CEREST para debate do tema, sensibilização dos profissionais das áreas da saúde, assistência social e educação, assim como a construção do fluxo de notificação do trabalho infantil em Camaçari. Participamos de uma única reunião para planejamento, antes da oficina, nessa reunião apresentamos uma proposta

de fluxo para saúde, assistência social e educação a partir do mínimo que compreendemos sobre o trabalho infantil para além da área da saúde.

Foi possível perceber durante a reunião que as pessoas que seriam referências para os profissionais da ponta, também não tinham conhecimento sobre fluxo, sobre pontos de referências da rede em que atua e não conseguiam alinhar as ideias com seus parceiros. Mesmo assim o fluxo foi apresentado e discutido na oficina. E como encaminhamento, cada área, iria discutir entre si e a responsabilidade de finalizar o trabalho seria do profissional de referência. Até o fim do estágio não obtivemos retorno sobre como ficou os fluxos construídos. Infelizmente se perdeu a discussão. Após a saída do CEREST da pessoa que encabeçou essa discussão, outros profissionais não se empenharam sobre o assunto, nem mesmo das outras áreas.

Participei, junto com os colegas, da oficina de elaboração do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador (PLANEST). Nessa oficina participaram trabalhadores e representantes do controle social para a discussão de um pré projeto do PLANEST. Senti-me muito fora da minha realidade, pois todos que participaram já tinham expertise sobre a temática e discutiam sem nenhuma dificuldade. Fiquei perdida na discussão, pois alguns conceitos básicos para mim eram desconhecidos. Mesmo assim os colegas das oficinas ouviram nossas indagações, principalmente no tocante à Atenção Básica. A experiência foi bem diferente de tudo o que já vivenciei, por outro lado pude ver em ato como as políticas e planos são discutidos e elaborados.

No processo de trabalho do núcleo de Vigilância em Ambiente e Processos de Trabalho, ocorre a realização de inspeções em ambiente de trabalho após denúncias ou através de notificações compulsórias, entre outros. Participei da realização de uma inspeção no período do estágio de uma empresa em que o trabalhador foi atropelado por uma empilhadeira e fraturou um dos membros inferiores. A inspeção requer um olhar bem treinado para todos os aspectos que oferecem riscos à saúde do trabalhador. Foi bem interessante enxergar por outra ótica e compartilhar conhecimento com as profissionais do CEREST que acompanhei.

Com o advento do acidente do derramamento de óleo, houve demanda para o CEREST na captação dos trabalhadores que estiveram atuando na limpeza das praias, fosse ele voluntário ou não. Em um das visitas a vila de pescadores para realização dos cadastramentos destes trabalhadores, tive a oportunidade de participar na captação dos pescadores para o cadastro.

A atividade foi realizada em Barra do Jacuípe-Camaçari, alguns profissionais do CEREST já havia tido um contato prévio com eles. E o retorno foi para cadastrar os demais. A ideia inicial era cadastrar esses trabalhadores, realizar uma análise e articular com as USF de referência de cada trabalhador um atendimento do mesmo nestes serviços. Infelizmente no dia que participei foram poucas pessoas para se cadastrar, muito pela questão que comunicaram a eles que nesse dia não receberiam alguns benefícios como colchão, botijão de gás entre outros como havia sido noticiado anteriormente para eles.

O produto final do estágio no CEREST foi a produção de um projeto para Implantação da Investigação de Óbitos por Causas Externas Não Violentas Relacionadas ao Trabalho. Essa atividade faz parte das ações do planejamento anual do serviço, porém o CEREST não conseguia realizar esse demanda. No ano de 2019 foram analisadas algumas Declarações de Óbitos (DO), feitas articulações com o Hospital Geral de Camaçari (HGC) e Instituto Médico legal (IML) do município, porém não houve a investigação dos óbitos e relação das mortes relacionadas ao trabalho. Junto com os colegas, conseguimos realizar a análise de todas as DO's do ano de 2019 dentro dos critérios do projeto, porém não conseguimos de fato realizar a investigação de um óbito, porque nenhum óbito por causas externas não violentas estavam nas áreas de abrangência da USF em que somos referência. Com o projeto esperamos que a equipe do CEREST dê seguimento às atividades propostas nele, assim como o próximo grupo de residentes possam dar continuidade ao que desenvolvemos.

O estágio no CEREST me proporcionou ricas experiências, acredito que se o tivesse realizando em um outro momento, estaria mais motivada e desenvolveria mais atividades. A volta após o estágio eletivo me desmotivou um pouco quanto a residência nos serviços de Camaçari. Conhecer uma realidade fora do município me fez perceber como os serviços entendem o processo de residência e sabem aproveitar nossas ideias e o que produzimos. O processo de

sempre estar tendo que relembrar o que é a residência e como se dá nosso trabalho nos lugares de estágio é bem desgastante. Me surpreendi que mesmo no CEREST, onde outros grupos de residentes já haviam passado, alguns profissionais ainda desconheciam nosso trabalho.

3.4 SER R2 NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dentro da lógica dessa residência ser R2 na USF é perder espaço. É deixar instituído algo em um dia e na semana seguinte quando retornar já não encontrar mais. Não se sentir mais pertencente à equipe. É ser lembrado para assumir uma atividade quando o outro não pode realizar. É não ter uma rotina fixa. É ouvir do R1 que nós não fazemos nada. Por muitas vezes, foi desmotivante estar na unidade.

Entre todos os exemplos supracitados a perda de espaço é a mais angustiante, não ter uma atividade fixa, não conseguir estabelecer uma agenda, ou uma rotina foi bem complicado inicialmente para mim. Na verdade me tirou da zona de conforto, pois antes não precisava estabelecer o que fazer já estava posto.

Iniciei junto com os colegas o Grupo de práticas Integrativas e Complementares o que me deu um norte de qual era meu espaço na unidade enquanto R2. Porém para o grupo dá seguimento é necessário o empenho de todos. No começo o grupo iniciou bem, depois foi perdendo força, as demandas do estágio estavam sobrepondo-se às atividades na USF. Até que o eletivo chegou e o grupo continuou com outros atores, conseguiu se manter e quando retornei me inseri poucas vezes. Já finalizando a residência retornei mais firme para o grupo a fim de finalizar o processo que iniciei.

Além do grupo, o Projeto de Intervenção foi outro norte para as atividades do R2 na USF. Iniciamos com o tema sobre linha de cuidado do HIPERDIA, quando retornei do estágio eletivo/férias já havia mudado e me surpreendeu. Então tive que mergulhar em águas escuras, dá continuidade ao que outras pessoas construíram. O tema escolhido foi Acolhimento com Classificação de Risco, ao menos foi um tema que tinha afinidade. Foi um processo desagradável inicialmente, não entendia o que estava sendo feito, os colegas não conseguiam sentar para conversar e discutir sobre. Então resolvi seguir o que já haviam designado para mim realizar. Ao final, o Projeto de Intervenção foi implementado com sucesso, pois conseguimos alcançar o

objetivo ao qual nos propusemos. As atividades supracitadas, foram essenciais para dar sentido a minha vivência dentro da USF.

eu vou indo

e vou fluindo

e vo lu indo

num voo lindo



REFERÊNCIAS

PAVONI, Daniela Soccoloski; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 265-271, Apr. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200015&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Feb. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000200015>.

Referência: COSTA, Juliana Pessoa et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 733-743, 2014

SILVEIRA, Marília Rezende da; SENA, Roseni Rosângela de; OLIVEIRA, Suelen Rosa de. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 196-201, 2011.

REFERÊNCIAS: ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & saúde coletiva**, 2007, 12: 455-464.

CAMATTA, Marcio Wagner; TOCANTINS, Florence Romijn; SCHNEIDER, Jacó Fernando. Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: Expectativas de familiares. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, RJ. Vol. 20, n. 2 (abr./jun. 2016), p. 281-288, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n.34. Brasília. Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il

ILHA, Silomar et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 556-562, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.728, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 nov. 2009.