

## **PROGRAMAS INTEGRADOS DE RESIDÊNCIAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

REBECA DE OLIVEIRA PAIXÃO

**RELATO DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O INÍCIO  
DE UMA JORNADA E A REALIZAÇÃO DE UM SONHO**

## **PROGRAMAS INTEGRADOS DE RESIDÊNCIAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

REBECA DE OLIVEIRA PAIXÃO

### **RELATO DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O INÍCIO DE UMA JORNADA E A REALIZAÇÃO DE UM SONHO**

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

Orientadora: Lorena Nascimento Cerqueira

## **Lista de figuras**

**Figura 1 – Grupo de tabagismo da USF Concórdia**

**Figura 2 – Campanha de imunização**

**Figura 3 – Treinamento sobre Suporte Básico de Vida**

**Figura 4 – Educação Permanente – Equipe Concórdia**

**Figura 5 – Grupo de gestantes**

**Figura 6 – Grupo diversidade –GD**

**Figura 7 – Seminário com a presença da professora Carmem Teixeira**

**Figura 8 – Formação em Auriculoterapia**

**Figura 9 – Feira Cidadã**

**Figura 10 – Atividade do Programa Saúde na Escola (PSE)**

**Figura 11 – Aplicando Auriculoterapia no Grupo de Tabagismo**

**Figura 12 – Realizando coleta do citopatológico do colo do útero**

**Figura 13 – Cartaz de divulgação da 7ª Conferência municipal de Saúde de Dias d'Ávila – BA**

**Figura 14 – Residentes do primeiro ano e do segundo ano da USF Concórdia**

**Figura 15 – Seminário sobre o novo financiamento da Atenção Básica**

## SUMÁRIO

### 1 - INTRODUÇÃO

Apresentação.....	5
-------------------	---

### 2 - DESENVOLVIMENTO

Minha trajetória.....	6
Inserção no processo de trabalho em Saúde da Família.....	6
Experiências e momentos que devem ser lembrados.....	7
A caminhada com apoio.....	8
O controle social.....	9
Desafio enquanto cuidadora.....	11
A importância da formação direcionada para a autonomia.....	13
As dores e lutas do processo.....	14
Reta final.....	16
Vivenciando outros espaços enquanto R2 .....	17

### 3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Lembranças.....	19
-----------------	----

4 – REFERÊNCIAS.....	25
----------------------	----

## APRESENTAÇÃO

Este é o meu trabalho de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS/Fiocruz. Dedico o mesmo a Deus, aos meus pais, Santos e Cláudia, a minha irmã Gabi e o meu companheiro Júnior. Não poderia deixar de destacar minha gratidão a Maiane França, minha preceptora de enfermagem, Lorena Cerqueira, minha orientadora e apoiadora de núcleo e demais profissionais do corpo pedagógico, tutores, colegas residentes, usuários dos serviços e profissionais da USF Concórdia que me acolheram e tanto me ensinaram.

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”*

*Carl Jung*

## **MINHA TRAJETÓRIA**

Ainda me recordo do meu primeiro dia na universidade, tantas dúvidas e medos, que foram tomados por certezas ao longo do percurso. Dentro da graduação sem perceber fui traçando o meu caminho através do meu primeiro projeto de pesquisa da vida, sobre questões de raça e gênero na saúde da população negra. Nele realizei diversas entrevistas, entres estas, sobre o “Quesito Cor” como processo de identificação do sujeito, em que tive a oportunidade de entrevistar diversos profissionais da Atenção Básica (AB) acerca de tais questões dentro do seu processo de trabalho.

Na graduação, somando a primeira experiência, participei de um segundo projeto, agora com caráter extensionista, intitulado: Capacitação para Profissionais da Atenção Básica sobre Suporte Básico de Vida – SBV e mais uma vez estive em contato direto com a AB. Considero que os docentes influenciaram diretamente nestas escolhas, culminando no meu trabalho de conclusão de curso, que foi a construção de um protocolo para Parada Cardiorrespiratória – PCR para Unidades de Saúde da Família do Sistema Único de Saúde – SUS.

Acredito que a minha inserção no SUS foi algo natural e esperado, pois já estive em serviços privados, que serviram apenas para internalizar e reforçar as escolhas, que ocorreram ao longo do processo de formação. Porém, essa certeza não foi garantia de emprego, pois atravessei um momento que nem quero me delongar na escrita, o desemprego após a graduação, algo que me fragiliza só de lembrar e foi amenizado pela atuação como enfermeira voluntária em um núcleo assistencial para pessoas com câncer. Este momento triste foi finalizado com uma experiência no setor privado, que conciliei com a especialização em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e em Enfermagem do Trabalho. Etapa sucedida pela aprovação na tão sonhada residência em Saúde da Família.

## **INSERÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Tenho dificuldade em recordar algumas coisas, mas por muito insistir, percebo que fora “doce” a minha inserção na residência, sendo algo leve e com o frio na barriga necessário, pois lembro da minha R2 e vejo toda a sua paciência e

sabedoria no processo de transição em que assumi o território. Vale lembrar dos profissionais que trabalham na unidade Concórdia, que me acolheram e sempre serão a minha referência enquanto profissional aprendiz.

O processo era cansativo, pois todos os dias me deslocava entre Dias d'Ávila e Salvador, mas o contato com os usuários era muito gratificante. Nos primeiros meses lembro dos estudos mais intensos, mas a certeza que isso teria repercussões na manhã seguinte e na melhora nos atendimentos aos usuários.

Não poderia esquecer, dos Turnos Pedagógicos e Rodas de Núcleo, momentos cruciais de estudo, discussão e alinhamentos conceituais, mas como todos processos podem ser reavaliados, acredito que poderíamos ter explorado mais a construção do que pode ser chamado de multidisciplinar, que é justamente, quando um conjunto de disciplinas simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico (ALMEIDA FILHO, 1997).

## **EXPERIÊNCIAS E MOMENTOS QUE DEVEM SER LEMBRADOS**

O auge da minha “re-descoberta” ocorreu dentro da própria residência, quando percebi o quanto era feliz quando prestava o cuidado de forma continuada, criando vínculo e assistindo o território. O contato com os usuários de fato me preenche de uma forma que traz a sensação de completude, de estar no lugar certo e a realização pessoal e profissional. Vale destacar que durante a residência tive a formação de diversos vínculos, alguns fortes e outros nem tanto, que não me impediam de cumprir a ação necessária ou até mesmo impediram, pois isso também faz parte do processo.

Porém, passei por um momento difícil, quando o meu companheiro recebeu uma proposta de trabalho em outro estado e tive que morar em Dias d'Ávila por um ano, tendo maior apoio de dois colegas de residência. Por um segundo pensei em desistir, mas foi só um segundo mesmo, pois sonho é sonho e eu não largaria o meu. Passado o primeiro momento, me permiti viver o que a vida me oportunizou e foi rico, alternando entre momentos de maior motivação e menor, coisas da vida!

Tenho recordações do grupo de tabagismo que facilitei com a dentista da equipe que fiz parte, o grupo era voltado para cessação do hábito de fumar. Fui

matriculada por uma residente que participou do curso no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas de Salvador e iniciamos as atividades no mês de setembro de 2018. A equipe já vinha realizando a captação de interessados desde o mês de maio, realizando salas de espera sobre a temática e iniciamos os encontros após a triagem. Considero esta uma experiência valorosa para o meu processo formativo, dada a capacidade que tivemos de identificar a necessidade de saúde do território e implementar a ação necessária.

O tratamento do tabagismo apresenta ótimo custo-efetividade nos cuidados em saúde, principalmente relacionado às doenças crônicas. Diante disso, o Ministério da Saúde (MS) publicou, no dia 05 de abril de 2013, a Portaria GM/MS nº 571, que veio atualizar as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dar outras providências. Esta portaria revoga a Portaria nº 1.035/GM/MS, de 31 de maio de 2004, e a Portaria SAS nº 442, de 13 de agosto de 2004 e, com isso, novas diretrizes relacionadas ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) são estabelecidas, como quanto à adesão ao programa, programação de medicamentos e responsabilidades.

## **A CAMINHADA COM APOIO**

Ao longo da residência o município realizou uma gama de momentos voltados para as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), considerando que estas são importantes para o desenvolvimento dos trabalhadores na AB à saúde, pois nesses momentos problematizamos e resignificamos nossas práticas e processos de trabalho. Estes espaços de diálogos multiprofissionais me trouxeram grande satisfação, pois considero que a necessidade de aprendizado nunca se esgota. Vale destacar a forma de organização por Linhas de Cuidado, que se constitui enquanto uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, que compõe o que entendemos como cuidado em saúde (Túlio, 2003). O município de Dias d'Ávila se organiza por Linhas de Cuidado, com a rede de Crônicas, Saúde Mental e Cegonha, o que facilita o entendimento e a organização dos pensamentos para os profissionais em formação.

Tive contato com a autora que cito a seguir em outros momentos da minha vida e agora suas palavras ilustram as oportunidades que vivenciei no tocante à EPS: para Peduzzi (2009), os trabalhadores da saúde são componentes indispensáveis para se alcançar os objetivos dos serviços e a finalidade dos processos de trabalho, estes precisam buscar e acessar constantes espaços de reflexão sobre a prática, realizar atualização técnico-científica e o diálogo com usuários/população e demais trabalhadores que integram os serviços.

A mesma autora completa que no tocante ao fortalecimento do SUS e da transformação das práticas de saúde, coloca-se a necessidade de ampliação do debate em torno da EPS como política pública implementada nos níveis local, regional, municipal, estadual e federal. Entende-se que esforços articulados dos diversos níveis da política de EPS, incluindo o nível local das UBS, permitirão avanços na transformação das práticas educativas de trabalhadores, evitando que a EPS se reduza a uma mera denominação relacionada ao desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. O município em questão, no momento da construção desse texto, não possuía a coordenação de Educação Permanente, o que reflete diretamente nas ações que em outros momentos foram mais numerosas.

## **O CONTROLE SOCIAL**

No espaço da residência tive a oportunidade de estar na minha segunda Conferência Municipal de Saúde, antes disso havia participado de apenas uma conferência em outro município. O evento ocorreu durante dois dias na câmara municipal de município de Dias d'Ávila em abril de 2019, contando com a participação de representantes de diversos segmentos sociais. O primeiro dia consistiu na leitura do regimento que descreve as ações que serão realizadas na conferência e foi antecedido e sucedido de momentos culturais. O segundo dia teve um momento mais voltado para as discussões dentro dos eixos. Optei pelo eixo do financiamento, que findou as suas atividades com excelentes propostas para o relatório final que seguiu para conferência estadual em junho de 2019.

A 16ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em agosto de 2019, teve um sentido maior e vem divulgada como a oitava mais oito (=8ª + 8), fazendo menção a 8ª Conferência de saúde que subsidiou diversas mudanças na saúde

nacional. Dentro da conferência municipal algo me chamou a atenção, a participação dos segmentos dos usuários, pelo baixo número de representantes, entendendo que estes deveriam compor a maioria, 50% dos participantes. O que nos chama para, enquanto profissionais da saúde, a sensibilização dos usuários, que pode ser iniciada em nível local, com reuniões de comunidade e pode culminar na criação do Conselho Local de Saúde, criados e pela lei nº 8142 de 28 de dezembro 1990 que traz como conceito:

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Portanto, os conselhos e os outros espaços de controle social, devem possuir como atores principais os usuários dos serviços de saúde e as organizações sociais com suas representações.

Nos últimos tempos temos vivido momentos jamais vistos no cenário político do nosso país e nas ruas as manifestações têm mostrado o pulsar da necessidade de ocupação dos espaços de controle social, frente a ameaça e retirada de diversos direitos conquistados anteriormente. A manifestação ocorrida no dia 15 de maio de 2019, que contou com a paralisação dos residentes em saúde de todo o Brasil, refletiu uma sociedade horrorizada com a falta de respeito com todas as lutas travadas por aqueles que nos antecederam e a visível necessidade de calar uma sociedade através dos cortes na educação. Certamente me pergunto, o que tenho feito para que isso não ocorra, como profissional de saúde e/ou usuária?!

Após a aprovação na assembleia dos residentes e em consonância com o fórum nacional, deliberamos que no dia 15 de maio de 2019 uma parte dos residentes participariam das mobilizações nas ruas e outros se destinariam a construção de instrumentos que seriam utilizados em ações de controle social nas unidades, ações estas que não foram concretizadas, sobre a acusação de possuir cunho político-partidário.

Todo o ocorrido me fortaleceu, enquanto profissional e me fez refletir sobre a capacidade e oportunidades que tenho e tive de trabalhar o controle social dentro do serviço, até mesmo durante o processo assistencial.

## DESAFIO ENQUANTO CUIDADORA

No primeiro quadrimestre da residência me deparei com a continuidade de uma história difícil de acreditar, talvez por ser a primeira experiência na minha vida: Uma gestante com HIV positivo que iniciou o pré-natal em outro município estava em nosso território em seu puerpério e pouco sabíamos sobre.

Ali estava ela na sala de espera para realizar o teste do pezinho e pensamos rápido em captá-la para dar continuidade ao cuidado. De forma cuidadosa captamos, inicialmente calma e receptiva a todas as perguntas sobre o início dos cuidados puerperais e do seu recém-nascido (RN). Certamente não sabia que conhecíamos a sua história, descoberta por acidente antes da busca-ativa por estar grávida e não ter buscado a unidade para o pré-natal, sendo que mais uma vez estava no território.

Início a consulta puerperal e enquanto a usuária entrega os relatórios busco os testes sorológicos realizados, mas sem sucesso. No atendimento ao RN, a usuária entrega os relatórios de alta e prontamente começo a leitura em busca dos testes-rápidos e de mais informações sobre o pré-natal, considerando que a mesma não tinha nenhum exame ou registro. Nesse documento descubro que a mesma só realizou 3 consultas de pré-natal em outro município, tendo como base que são preconizadas no mínimo 6, o que de certa forma é alarmante e tornando ainda pior a situação, não encontro nenhum registro de testes-rápidos que corroborassem com os registros do prontuário. Dentro da consulta constato que a via de parto teria sido normal e que o RN estava em Aleitamento Materno Exclusivo (AME), confesso que senti uma certa angústia.

A minha mente de forma rápida acessou todo aprendizado acadêmico e do próprio senso comum, me fazendo uma enxurrada de questionamentos e entre estes: como havia tantos furos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e agora ela estava ali na minha frente? Uma das cartilhas da Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) de 2008 traz que:

O teste anti-HIV e o exame da sífilis (VDRL) fazem parte de um pré-natal de qualidade, que é um direito de toda gestante. Para poder prevenir a transmissão do HIV e da sífilis da mãe para o bebê, é importante que as gestantes façam o teste anti-HIV e os dois exames de sífilis durante o pré-natal. Caso a gestante não tenha feito o teste anti-HIV no pré-natal, é

importante fazer o teste rápido na hora do parto, podendo assim ainda prevenir a transmissão do HIV para o bebê. Caso a gestante não tenha feito o VDRL durante o pré-natal, este exame (ou o teste rápido) deve ser solicitado na hora do parto para diagnosticar a doença, porém o bebê já será considerado caso de sífilis congênita.

Essas informações estão no Pacto pela Saúde (2006) e um dos três eixos do pacto é o Pacto pela Vida e, entre as prioridades básicas enumeradas, está a redução da mortalidade materna e infantil. Um dos componentes para a execução dessa prioridade é a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e sífilis.

Ainda sobre a consulta, delicadamente questionei sobre os exames realizados na maternidade, mas nada foi informado com clareza e nem poderia ser confirmado sem os devidos registros. Prontamente ofereci os testes-rápidos e a mesma negou, considerando que houve teste positivo em outro momento, mas havia sido um erro médico. Pensei, pensei e talvez eu estivesse presenciando um processo de negação, comum em diversos momentos das nossas vidas. Com muita conversa com a finalidade de sensibilizá-la, conseguimos realizar os testes e dois testes de diferentes marcas positivaram para o HIV.

Iniciamos o processo de orientação, aconselhamento e encaminhamos a mesma o centro de referências localizado em outro município, o que dificulta o acesso para alguns usuários que não podem arcar com custos, o que pode culminar em uma barreira de acesso para alguns indivíduos.

Os furos na RAS me geram tristeza, mas penso que essa rede é feita e mantida por pessoas-profissionais e os furos não deveriam existir. Sobre a assistência que prestei, naquele momento me esforcei para não perpetuar os buracos que culminaram nessa situação e para não ser uma barreira de acesso, por isso parei tudo que estava fazendo e fui atendê-la, o que me deu a sensação de dever cumprido e gratidão pelo apoio da preceptoria que esteve comigo nesse momento inédito da minha vida.

## **A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO DIRECIONADA PARA A AUTONOMIA**

Sempre digo que o meu lugar é na AB, pois é muito difícil trabalhar na área hospitalar, considerando a perceptível diminuição na autonomia da minha classe profissional. Na AB de fato me sinto autônoma e o município de Dias d'Ávila me propiciou essa sensação, através do protocolo da enfermagem, que de forma ética e científica permite e subsidia diversas condutas, agilizando e fortalecendo o que entendemos como cuidados da enfermagem.

Os protocolos são rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde (WERNECK, e col., 2009).

A enfermagem sempre faz questão de ressaltar a agilidade que o enfermeiro deve ter na gestão dos conflitos, mas reconheço que é algo bem difícil e até doloroso, pois mexe com as emoções, o autocontrole e demanda conhecimento, pois só o senso comum não embasa nenhuma discussão mais delongada. Durante a residência diversas vezes fomos estimuladas a exercitar a supervisão do corpo técnico da enfermagem e a gestão do serviço como um todo, mas com o diferencial da residência, que é a presença de diversas categorias profissionais que exercem a gestão de forma participativa, sem retirar a possibilidade de exercitar a autonomia de cada profissional.

A gestão participativa ou cogestão é considerada uma nova maneira de agir em saúde. Em detrimento de outras formas de gestão, a cogestão tem o potencial de criar espaços compartilhados de poder e todos os trabalhadores envolvidos no processo de trabalho podem participar, aprender, decidir e ter maior compromisso com todo o processo e resultados. Essa maneira de gerir, de forma compartilhada, possibilita construções do trabalho de forma coletiva, sendo a melhor maneira de lidar com competitividade, complexidade e trabalho em equipe (PENEDO, 2019). Percebi o quanto exercitamos a gestão compartilhada em diversos momentos do processo formativo, seja nas reuniões de equipe ou até mesmo em espaços pedagógicos quando exercitávamos o planejar em saúde.

## AS DORES E LUTAS DO PROCESSO

Só hoje consigo perceber com clareza a forma como foi construída e as influências da sociedade em que vivo, considerando que antes vivia numa redoma familiar e esta me impedia de perceber o que me aguardava lá fora. Não acho que fora tarde, mas entendo que a vida tenha me mostrado alguns detalhes de forma paulatina.

Tenho uma enorme gratidão pelos professores do ensino médio, que me alertaram sobre o “Ser Mulher” e mais tarde na graduação tive a oportunidade de me aproximar do “Ser Mulher e Ser Negra”, através de um projeto de pesquisa mencionado anteriormente. Essa talvez tenha sido a ápice da minha percepção, que teve como plano de fundo um conflito que vivi com uma docente. Docente esta que tentou através de falas inapropriadas, duvidar de todas as minhas capacidades.

Me entendo como preta, cristã, mas em uma verdadeira luta interna, pois não nego a minha ancestralidade, mas entendendo que até mesmo o cristianismo faz parte da minha construção.

Vamos lá, racismo...

Costumo repetir que a nossa luta é diária, mesmo entendendo o quanto o meu nível de escolaridade, o fato de não ser preta retinta já me traz e me trouxe privilégios, mas não nego que diversas vezes me arrumei um pouco mais por saber que seria tratada melhor.

Sou enfermeira e as iniquidades e desigualdades em saúde são constatadas de forma cotidiana e através dos estudos acadêmicos, que não são muitos, pois não interessam um determinado seguimento. Como diz Werneck (2016), a saúde da mulher negra não é uma área de conhecimento ou um campo relevante nas Ciências da Saúde. É inexpressiva a produção de conhecimento científico nessa área e o tema não participa do currículo dos diferentes cursos de graduação e pós-graduação em saúde, com raríssimas exceções.

Visivelmente o racismo é uma construção histórica independente do seu tipo, sendo que aqui quero dar destaque ao racismo institucional, mobilização que me tocou através de uma cena em que tentaram me silenciar.

Na nossa sociedade, o trabalho escravo foi gradativamente “substituído” pelo trabalho livre no decorrer do século XIX. Essa substituição, no entanto, dá-se de

uma forma particularmente excludente, considerando que não tivemos políticas de inclusão para os ex-escravos. Mecanismos legais, como a Lei de Terras de 1850 (que legaliza a apropriação desigual da terra entre grupos étnicorraciais), a Lei da Abolição de 1888 (sem políticas direcionadas à inclusão da população ex-escravizada do ponto de vista social, econômico, político), e mesmo o processo de estímulo à imigração, na virada do século XIX para o XX, forjaram um cenário de desigualdade racial no acesso ao trabalho (LÓPEZ, 2012).

López (2012) afirma que aí estaria a base do Racismo Institucional, considerando a inexistência de políticas que incluíssem os ex-escravos na cadeia produtiva, valendo lembrar que os postos de trabalho foram ocupados pelos imigrantes europeus.

Então, o que é o Racismo Institucional?

O racismo institucional é o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações. (LÓPEZ, 2012).

Nesse sentido, é visível que o racismo teve uma configuração institucional, tendo o Estado legitimado historicamente esse tipo ação. Tais fatos reforçam às políticas de ação afirmativa na atualidade, entendendo estas como Políticas Reparadoras, como por exemplo: as cotas raciais em universidades públicas. Essa construção histórica mostra a complexidade que envolve essas ações e me coloca frente ao questionamento: quais estratégias devo utilizar para combater esse tipo de racismo nos ambientes em que eu estiver?

Logo percebi que deveria me fortalecer, emocionalmente e tecnicamente, pois assim poderei crescer e ajudar os meus semelhantes. De posse disso, participei do evento chamado: Dialogando com as Pretas, um diálogo sobre os padrões de beleza impostos pela sociedade. De fato, me fortaleci emocionalmente e descobri que o município em questão dispõe de uma Coordenação de Promoção de Igualdade

Racial (COPIR) e recebi o Estatuto da Igualdade Racial e de Combate à Intolerância Religiosa do Estado da Bahia, que discorre sobre o Racismo Institucional.

Após o ocorrido, não sei quais serão os próximos desdobramentos, mas sei que nunca saberei permanecer apática frente ao sofrimento dos meus semelhantes, considerando que passamos distante de ter uma Democracia Racial.

## **RETA FINAL**

No final desse processo formativo estava cansada após seis meses na coordenação da assistência farmacêutica, período fechado com grande produção acadêmica, construções para o serviço, mas segui com a certeza que “o meu lugar é na ponta”, nas Unidades de Saúde da Família (USF), pois lidar com o usuário é o meu combustível e de fato isso me abastece, como já trouxe anteriormente. Porém, sei que estou em formação e tenho que vivenciar todos espaços, entendendo e aceitando que tudo isso é imprescindível.

Iniciei o estágio na gestão municipal, dentro da secretaria de saúde e tive a oportunidade de rever os conteúdos que só acessei na graduação, podendo recordar a vivência com grandes mestres que tive a sorte de conhecer. O estágio em gestão fica dividido em três partes: Coordenação da Atenção Básica, Planejamento em Saúde e Sala de Situação em Saúde. Fui alocada em Planejamento, o que de fato mais gerava interesse em mim, considerando que sentia a necessidade de manipular e de realmente conhecer os instrumentos de gestão na prática. De posse desse pensamento, fixei que esta seria a oportunidade de finalizar a residência exatamente como imaginei e isso me gerou alguns picos de motivação.

Dentro do estágio em planejamento, recebemos a incumbência de continuar a construção das oficinas que funcionam como estratégia metodológica para a construção da Programação Anual de Saúde (PAS). Devo registrar que não é nada fácil pensar em algo que repercutirá diretamente nas ações em saúde do município durante todo o ano de 2020 e terá consequências futuras. Assusta!

Vieira (2009) retrata a complexidade do planejamento em saúde, considerando que as decisões se diferenciam de acordo com o nível hierárquico da organização e devem ser tratadas em momentos distintos do planejamento. Sejam estratégias de médio a longo prazo (momento estratégico), sejam ações para o curto

prazo (momento tático-operacional) a fim de garantir o alcance dos objetivos. Objetivos estes, definidos no momento estratégico, sendo que a participação dos colaboradores das Secretarias de Saúde necessita estar em consonância com as atividades por eles desenvolvidas. Certamente o mais difícil, colocar tudo e todos em consonância.

O mesmo autor ainda traz uma sugestão importante, afirmando que para as ações de planejamento e a elaboração de qualquer instrumento de gestão, seja o plano de saúde ou a programação anual de saúde, é necessário envolver os coordenadores dessas áreas no âmbito da organização, constituindo um grupo de trabalho permanente de planejamento (GT), o qual ficará responsável pela elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos de gestão.

Percebo que neste município, mesmo havendo o diálogo entre diversos autores, a responsabilidade de fazer tudo isso caminhar fica na mão de apenas uma pessoa e não em um GT, o que poderia potencializar as etapas do planejamento.

No meio dessa complexidade que é planejar para um município e não em uma USF, fomos surpreendidas com um seminário do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) sobre o Novo Financiamento da Atenção Primária à Saúde, que realmente “sacudiu” nossas rotinas e perspectivas sobre tudo aquilo que entendo por saúde como dever do estado. Estado este que vem minando o nosso sistema de saúde e esgotando as estratégias de continuidade do SUS, arduamente conquistadas nos últimos quase 30 anos.

Sigo sem saber se gostaria de ter essa noção do que tem ocorrido, mas com medo de descobrir que pode ser ainda pior.

## **VIVENCIANDO OUTRAS ESPAÇOS ENQUANTO R2**

Optei por realizar o estágio eletivo em São Paulo, mais precisamente, parte na capital em uma unidade com Estratégia em Saúde da Família – ESF, por ser o local em que residirei após a residência. O processo de viabilização não foi nada fácil, lidar com outras dinâmicas e formas de organização causa surpresa em cada descoberta e me colocou frente a possibilidade de uma negativa, mas consegui.

Ao iniciar o estágio me deparo com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) chamada Vila Dalva, que agora atua com a ESF e possui 5 equipes atendendo cerca

de vinte mil usuários na região fronteira com a cidade de Osasco, sendo administrada por uma Organização de Saúde (OS), chamada Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). Inicialmente fiquei surpresa com uma unidade que já possui a acreditação ONA – Organização Nacional de Acreditação, que certifica a qualidade dos serviços de saúde do Brasil.

A organização é algo evidente, a unidade possui um gerenciamento de resíduos muito estruturado, com recipientes devidamente identificados e com o serviço de descarte seguro para medicamentos, óleo de cozinha e películas de raio x, além de possuir impressos para o registro das limpezas concorrentes e terminais por setor. Não posso esquecer da disposição de coberturas para realização de curativos que até então só havia visto no setor privado.

No tocante ao planejamento reprodutivo, as enfermeiras não podem prescrever contraceptivos, o que na Bahia é permitido, mas positivamente o serviço realiza a inserção do DIU Mirena na própria unidade.

O serviço todos os dias realiza agendamentos de consultas para o mesmo dia, com médicos e enfermeiros, além de dispor do agendamento via aplicativo e realizar coleta de exames todos os dias na própria unidade. A mesma acaba de passar por uma reestruturação do Acolhimento à Demanda Espontânea, que muito tem ajudado na organização do serviço de forma geral e foi feita com base na participação popular, com ajuda do Conselho Gestor local.

Acompanhando as consultas, percebi as diversas configurações do SUS, uma vez que, diversas ações mudam de acordo até mesmo com o clima, pois suplementam as crianças com a vitamina D.

O serviço é todo informatizado com o sistema chamado SIGA, que está em todos os setores da unidade, mas agora está migrando para o prontuário eletrônico do e-SUS, o que me permitiu um novo e rico aprendizado. A UBS Vila Dalva ainda possui um setor de Vigilância em Saúde dentro da própria unidade e um setor de regulação, que realiza o agendamento de diversos procedimentos.

Fiquei muito feliz com tudo que aprendi, mesmo cansada, sentia que deveria me esforçar, pois era uma oportunidade única, mesmo tendo que ficar no serviço por doze horas todos os dias.

## LEMBRANÇAS

Finalmente finalizo a minha tão sonhada residência, com a esperança de que a mesma me faça colher frutos diretos desses dois anos de abdicção, esforços, felicidade e dificuldades. Prefiro não finalizar com conclusão ou considerações finais. Simplesmente trago alguns registros que ilustram diversos momentos desta etapa:



**Figura 1** – Grupo de tabagismo da USF Concórdia



**Figura 2** – Campanha de imunização



**Figura 3 – Treinamento sobre Suporte Básica de Vida**



**Figura 4 – Educação Permanente – Equipe Concórdia**



**Figura 5 – Grupo de gestantes**



**Figura 6 – Grupo diversidade –GD**



**Figura 7 – Seminário com a presença da professora Carmem Teixeira**



**Figura 8 – Formação em Auriculoterapia**



**Figura 9 – Feira Cidadã**



**Figura 10 – Atividade do Programa Saúde na Escola (PSE)**



**Figura 11** – Aplicando Auriculoterapia no Grupo de Tabagismo



**Figura 12** – Realizando coleta do citopatológico do colo do útero



**Figura 13** – Cartaz de divulgação da 7ª Conferência municipal de Saúde de Dias d'Ávila – BA



**Figura 14** – Residentes do primeiro ano e do segundo ano da USF Concórdia



**Figura 15** – Seminário sobre o novo financiamento da Atenção Básica

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, p. 5-20, 1997. Acessado em 22 Dezembro de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812319972101702014>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, v. 128, n. 249, dez. 1990. p.25694-25695.

Fundação das Nações Unidas para a Infância, & Fundação das Nações Unidas para a Infância. **Como prevenir a transmissão vertical do HIV e da sífilis no seu município: guia do gestor, 2008**. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/como\\_prevenir\\_transmissao\\_vertical\\_hiv\\_prof.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/como_prevenir_transmissao_vertical_hiv_prof.pdf), acessado em 09 de fevereiro de 2020.

LÓPEZ, Laura Cecília. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 121-134, 2012.

Disponível:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100010), acessado em 20 de dezembro de 2019.

PEDUZZI, Marina e col. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo.

**Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 121-134, 2009.

PENEDO, Rafaela Mossarelli; GONÇALO, Camila da Silva; QUELUZ, Dagmar de Paula. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170451, 2019.

Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/icse/2019.v23/e170451/>, cessado em 27 de janeiro de 2020.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**, v. 2, p. 125-135, 2003.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1565-1577, 2009.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 535-549, 2016.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; FARIA, H. P.; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço.

Nescon-Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3914.pdf>, acessado em: 03/05/15