

GISLENE PEREIRA BASTOS

CONTEXTUALIZANDO A RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

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

LAURO DE FREITAS

2019

GISLENE PEREIRA BASTOS

CONTEXTUALIZANDO A RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

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

Orientadora: Luiza Monteiro Barros

LAURO DE FREITAS

2019

RESUMO

A elaboração deste Trabalho de Conclusão de Residência tem por objetivo contextualizar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e resgatar experiências vivenciadas ao longo desses dois anos, através da narrativa de fatos e reflexões sobre o processo de aprendizagem. Este trabalho foi dividido em seções: 1- Dúvidas e expectativas iniciais sobre o programa de residência; 2- Campo de Prática; 3- Atividades pedagógicas propostas e a chegada do corpo pedagógico; 4- Compreendendo o SUS, a Estratégia Saúde da Família e o NASF (Núcleo Ampliado em Saúde da Família); 5- Papel e experiência em ser fisioterapeuta residente compondo o Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF); 6- O que foi aprendido (Considerações finais e reflexões sobre a vivência).

Introdução

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, integrados a Residência de Medicina de Família e Comunidade trata-se de uma pós-graduação *latu sensu* com duração de dois anos, com o objetivo de formar profissionais de áreas diversas em especialistas em Saúde da Família, através da formação no cotidiano do serviço, fomentando a transformação da realidade local, com a ampliação da cobertura, mudanças nos processos de trabalho, articulação com a rede de cuidado, qualificação dos profissionais e serviços de saúde oferecidos à comunidade, inseridos em Unidades de Aprendizagem em Saúde da Família.

Esse trabalho trata-se de um memorial descritivo e reflexivo que tem por objetivo narrar momentos vivenciados durante esse período, realizando reflexões sobre o que foi observado na prática, propostas de mudança, construções realizadas, dificuldades e enfrentamentos no percurso, aprendizagem, deslocamentos, inquietações.

A partir da vivência na Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu, no município de Lauro de Freitas, na região metropolitana de Salvador, residentes, servidores municipais e corpo pedagógico, construíram e desconstruíram atividades previstas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Diretriz para Organização das Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), concordaram e divergiram em seus objetivos, tiveram coerências e incoerências em suas leituras do cenário, sorriram e sofreram durante o processo.

1. Dúvidas e expectativas iniciais sobre o programa de residência.

Quando iniciei no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) /Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), não sabia exatamente como seria fazer uma residência, não tinha conhecimento sobre a FESF-SUS, mas já sabia que a Fiocruz é considerada uma das principais instituições mundiais de pesquisa em saúde pública da América Latina, o que me interessou e me motivou a participar da seleção.

Estava cheia de dúvidas e expectativas, vivendo um momento esperado e feliz, pois havia passado um período de dedicação aos estudos, preparando-me para fazer a prova de seleção para a residência e um sonho estava sendo alcançado.

Estava motivada, engajada e confiante para fazer uma formação em serviço, onde me qualificasse para ser uma especialista em Atenção Primária à Saúde. Acreditava que seriam utilizadas metodologias científicas de estudo e pesquisa, onde teria oportunidade de desenvolver projetos de formação, pesquisa e extensão, fortalecendo e qualificando o SUS. Esperava que as atividades teóricas e teórico-práticas fossem desenvolvidas principalmente nas dependências da Fiocruz, acompanhadas por docentes e pesquisadores da instituição. Supus que teriam aulas dialogadas, expositivas e além de outras formas de ensino e um campo de prática preparado para nos receber, onde acompanharia profissionais experientes, concretizando as políticas públicas.

Ainda não tinha dimensão da complexidade que é fazer parte da Estratégia Saúde da Família. Pelo fato de ser encantada pelas atividades desenvolvidas pelo profissional fisioterapeuta, interessava-me muitas áreas de conhecimento, como fisioterapia em reabilitação neurofuncional, reabilitação em cardiologia, saúde do idoso. Fiz alguns processos seletivos na tentativa de ingressar em um programa de residência, mas acredito que o destino e não por acaso me trouxe para onde estou.

Então, busquei informações para esclarecer as minhas dúvidas e conseguir entender o lugar onde estou, o meu papel, como seria a distribuição da carga horária, como seriam desenvolvidas as atividades práticas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional sob supervisão do preceptor e apoiador, as atividades teóricas visando à aquisição de conhecimentos teóricos e técnicos e as atividades teórico-práticas quando se faz a discussão sobre a aplicação do conteúdo teórico em situações práticas, como análise de casos clínicos ou de ações de prática coletiva.

Ao mesmo tempo em que me situava, vivia os momentos iniciais através do acolhimento para recepção e apresentação dos residentes, do corpo pedagógico, uma breve

apresentação do programa de residência pela coordenação e apresentação de Trabalhos de Conclusão de Residência pelos residentes que estavam concluindo a especialização do programa de residência e oferta de assuntos relacionados à Saúde da Família e SUS no auditório do Hospital Roberto Santos.

Desde o início foi anunciado que seriam utilizadas metodologias ativas de aprendizado, baseado no referencial metodológico da Espiral Construtivista, assim, no acolhimento foram trazidos pelo corpo pedagógico ao longo da primeira semana, assuntos como apoio matricial e institucional, atribuições das equipes de saúde da família, acolhimento, território, sexualidade, gênero e saúde e desenvolvidos pelos residentes em rodas de discussão, teatro, apresentação em grupo, textos, canto, atividade corporal, colagens, mapas mentais.

Seguiu-se mais uma semana de acolhimento dos residentes com atividades semelhantes aos da semana anterior. Durante a segunda semana o clima foi de apreensão, conflitos e desânimo, a incompreensão do formato do programa de residência e a incerteza do município da unidade de aprendizagem continuou.

Na semana seguinte estava exausta e ansiosa para saber onde e como seria o meu campo de prática, ainda indefinido, sabia apenas que seríamos alocados na região metropolitana de Salvador e as opções eram Lauro de Freitas, Camaçari, Dias Dávila e Catu.

Essas respostas eram muito esperadas, pois além de estar em processo de mudança de cidade, hospedada em casa de parentes e conhecidos, era necessário reorganizar a vida onde passaria os próximos dois anos. Essa foi a minha situação e de muitos outros residentes, vindo inclusive de outros estados.

E finalmente no último dia da segunda semana, foram anunciados pela coordenação da residência multiprofissional os locais de prática. Assim, consegui me inserir, devido a minha classificação na prova, no tão desejado e disputado município de Lauro de Freitas, devido a proximidade de Salvador, onde morava a maioria dos colegas residentes.

Considero a partir dessa experiência que é necessário durante o período de acolhimento dos residentes, planejar atividades pedagógicas esclarecedoras, mostrando os sentidos sobre os objetivos do programa, cronograma e atividades que serão desenvolvidas durante o período da residência. Disponibilizar previamente os Regimentos Interno do Programa de Residência, do Projeto Político Pedagógico, do Manual de Atribuições da Preceptorial, Apoio Pedagógico e Coordenação e do Manual Organizativo dos Serviços possibilitando dialogar, aproximar, conceituar, mostrar finalidade, atribuições e funcionamento aos residentes.

2. Campo de Prática.

A Residência de Medicina de Família e Comunidade integrada à Residência Multiprofissional em Saúde da Família (FESF-SUS/FIOCRUZ) foi inserida na USF São Judas Tadeu, no município de Lauro de Freitas na região metropolitana de Salvador em março de 2017 com o objetivo de fortalecer e possibilitar o avanço da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS a partir da formação e qualificação dos seus profissionais, do oferecimento à população de um cuidado mais qualificado e integral, do fortalecimento do apoio institucional às Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2012; FESF-SUS/FIOCRUZ, 2017; PMLF/SMS, 2014-2017).

Dessa forma, contribuindo com o último Plano de Saúde do Município, o qual idealiza que 100% da população esteja coberta pelo atendimento da APS, aumentando o número de equipes, área de abrangência e fomentando novas práticas de cuidado e gestão alinhadas com as diretrizes da APS e do SUS, tendo a PNAB como referência (BRASIL, 2012; FESF-SUS/FIOCRUZ, 2017; PMLF/SMS, 2014-2017).

Entretanto o campo de prática não estava pronto para nos receber, a Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu, onde passei o meu primeiro ano como fisioterapeuta residente, compondo o NASF, estava fechada, sem condição estrutural para o seu funcionamento. Há nove meses, havia sido feita uma mudança de uma pequena casa alugada, para um espaço construído, onde foi utilizada uma planta arquitetônica do Ministério da Saúde, com estrutura e acessibilidade para ser uma USF.

Ainda não existiam itens essenciais para o funcionamento, faltava água, a instalação da rede elétrica ainda não havia sido concluída, a higienização era precária, as janelas dos consultórios eram de vidro transparente, sem cortinas ou película. Não havia cadeiras suficientes para receber a população, faltavam armários para organizar os prontuários, cadernos para agendamento dos atendimentos das equipes, o consultório de odontologia não estava instalado.

Vivemos a expectativa e aguardamos por três meses a chegada dos recursos necessários para o adequado funcionamento e reinauguração da USF. A lista de prioridades foi encaminhada algumas vezes aos responsáveis pela aquisição, sem resolução dentro do tempo esperado por nós e preocupados com a desassistência em saúde da população.

O sentimento de responsabilidade sanitária e a ansiedade para iniciar os atendimentos, colocar realmente a mão na massa, foi surgindo no grupo. Diariamente os moradores da comunidade batiam na porta da USF, fechada para atendimento ao público, para saberem quando teriam as suas necessidades de saúde atendidas.

Nesse período de espera, em dias muito quentes, entre os residentes eram dois dentistas para formar duas equipes de saúde bucal, três médicos e quatro enfermeiras, para formarem quatro equipes de saúde da família, com seus respectivos técnicos em saúde bucal e de enfermagem. Uma das médicas foi para outro programa de residência, sendo necessária a contratação de um médico pelo município para preencher a falta.

Já havia uma médica e uma enfermeira concursadas pelo município que foram preceptoras por um período e uma técnica de enfermagem, formando uma equipe. Ao todo se formou cinco Equipes de Saúde da Família e um NASF tipo 2, composto por dois fisioterapeutas, uma nutricionista e uma professora de educação física. A população prevista para integrar a cobertura do território adscrito foi aproximadamente 15.000 pessoas, onde cada equipe ficaria com uma média de 3.000 pessoas.

Durante os meses de março a julho de 2017, residentes, equipe pedagógica e servidores municipais ocuparam de forma mais intensiva espaços teórico-práticos para repensar as ações de cuidado na USF São Judas Tadeu, seu modelo de gestão, processo de trabalho, formação e educação permanente. Através de avaliação situacional, análise de documentos como prontuários, livros e cadastros, referenciais teóricos, oficinas, grupos de trabalho, rodas e reuniões, criação e reformulação de instrumentos, troca de saberes e experiências, ação-reflexão-ação, apoio matricial e institucional e avaliações.

Foram encontradas fragilidades como a Rede de Atenção à Saúde (RAS) desordenada, pouca integração entre RAS e APS, insuficiência do cadastro dos usuários no sistema, território indefinido, escassa participação popular, resquícios da gestão anterior, que por consequência comprometeram uma análise situacional efetiva, o planejamento de ações mais condizentes com a realidade local e a qualificação dos serviços e cuidado em saúde com e para a comunidade.

O fazer foi repensado e refletido, como a territorialização, onde ocorreu expansão da área de abrangência, identificação de equipamentos sociais, análise do perfil epidemiológico, oficina de sensibilização. A implantação do acolhimento com escuta qualificada, identificação das necessidades de saúde da comunidade, avaliação de riscos e vulnerabilidades, eliminação do sistema de fichas. Qualificação através de atividade coletiva, reunião de equipe, visita domiciliar, agenda compartilhada. Mudança no modelo de gestão através da gestão participativa e democrática, colegiado gestor e fortalecimento da participação social.

3. Atividades pedagógicas propostas e chegada do corpo pedagógico.

O corpo pedagógico foi chegando ao longo dos primeiros meses, são profissionais contratados pela FESF, para nos apoiar na compreensão teórica e nas atividades práticas a serem desenvolvidas, tendo funções específicas.

O Apoiador Pedagógico de Campo é responsável pelo apoio institucional às equipes das unidades no território da área de abrangência de um NASF e pela preceptoria dos residentes sanitariastas que compõem a equipe de apoio desta região em diálogo com a gestão municipal. Facilita as rodas pedagógicas de campo, que tem por objetivo de estimular reflexões sobre as ações cotidianas de organização, planejamento e gestão das equipes dos serviços (FESF, 2017).

Esse Apoiador Pedagógico Institucional de Campo apoiou em atividades pedagógicas, com as rodas de campo, que tiveram o objetivo de discutir e refletir sobre assuntos relacionados à Atenção Básica, ferramentas, processos de trabalho das equipes e NASF, além de intermediar o diálogo entre a gestão municipal e o programa de residência. Durante o primeiro ano da residência esse lugar foi ocupado por três apoiadores em momentos diferentes, em que foram substituídos, seja por motivos políticos ou vínculo profissional frágil.

Na primeira roda de campo elencamos sugestões de temas para este espaço como: Modelo de gestão na USF; Atuação e características do NASF; Apoio Institucional; Apoio Matricial; Atenção Domiciliar; Planejamento, avaliação e monitoramento; PSE; Acolhimento; Urgência e emergência na Atenção Básica; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde no Território; Saúde do Trabalhador; Atividades Coletivas; Controle Social e Implementação do Conselho Local de Saúde.

Foram colocadas as expectativas do grupo com as rodas de campo como: compreender o espaço pedagógico; servir de aprendizado; crescimento profissional; comprometimento coletivo entre os residentes e corpo pedagógico; troca de saberes; processo prazeroso de aprendizado; espaço democrático, participativo, significativo e solidário; compartilhamento de vivências; ampliar conhecimento sobre as outras categorias profissionais; participação ativa do residente no espaço pedagógico.

Esperava-se ainda que o conteúdo das rodas dialogasse com as demandas da unidade; que o espaço fosse utilizado para avaliação da produtividade; produção de mudanças; mediação de conflitos; proporcionando espaço de diálogo e interlocução; construção coletiva do conhecimento e aplicação; aprofundamento teórico que subsidie a resolução de problemas práticos coletivos mais relevantes e a compreensão de processo de trabalho.

Durante o primeiro ano que em que estive dentro da USF, apoiando as equipes de saúde, as rodas pedagógicas tiveram poucos avanços quanto ao aprofundamento de assuntos teóricos relacionados a Estratégia Saúde da Família, causando-me o sentimento de exercitar a prática de forma automatizada, com pouca discussão entre o fazer e os instrumentos teóricos e sem apoio ao processo de trabalho do NASF, pois o espaço pedagógico foi ocupado com discussões para organizar e tentar solucionar conflitos dos processos de trabalho das equipes de referência, não conseguindo abordar grande parte dos temas sugeridos pelo grupo.

Durante o segundo ano como residente, ocupando outros espaços da rede de saúde municipal, em grande parte do tempo e por consequência disso, me distanciei dos processos de trabalho das novas equipes de residentes que nos substituíram. A atividade pedagógica de roda de campo passou a não ser mais uma atividade prevista em minha agenda, quando vivenciei o estágio em gestão e eletivo, retornando a participar somente no estágio em linhas de cuidado.

Nesse momento as rodas de campo realizadas pelo terceiro apoiador cumpriram melhor o seu objetivo. Tive oportunidade de participar de discussão de assuntos como planejamento de atividades em grupo, redução de danos quanto ao uso abusivo de substâncias psicoativas, avaliação dos planos de governo de candidatos à presidência da República.

Os Preceptores da Saúde da Família e NASF estão inseridos no campo de prática da residência da Unidade de Aprendizagem Saúde da Família, são responsáveis pelo acompanhamento pedagógico dos residentes, objetivando o desenvolvimento das suas competências, relacionadas à prática profissional cotidiana do núcleo e campo (FESF, 2017).

O apoio pedagógico de residentes do NASF recebe o nome de Preceptor de NASF, tendo a função de acompanhar as atividades desenvolvidas no campo. Esteve diariamente envolvida no planejamento e execução das atividades realizadas pelos residentes que compõem o NASF, nas reuniões semanais de NASF, onde foi dialogado sobre o processo de trabalho do NASF, estudos de casos, atividades no território, organização das agendas, processo de trabalho das equipes e apoio matricial do NASF e atividades coletivas.

O turno pedagógico de NASF é uma atividade pedagógica semanal que aconteceu em um turno do dia, com o objetivo de aprofundar assuntos relacionados a prática baseada em evidência científica, diretrizes do NASF, ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.

O Apoio Pedagógico de Núcleo é realizado por profissional de referência para as ações específicas de cada categoria profissional atuante nas equipes de saúde da família e no NASF,

têm uma periodicidade semanal nos serviços onde os seus residentes de referências estão inseridos e conduzem atividades para além dos turnos administrativos das Unidades da Saúde, que são duas rodas noturnas, quinzenais, de 2 horas cada ou uma roda mensal, aos sábados, de 4 horas cada com os residentes e preceptores do seu núcleo (FESF, 2017).

A apoiadora pedagógica de fisioterapia esteve presente no campo um dia por semana, durante o primeiro ano, me acompanhou em atividades como visita domiciliar, atividade coletiva, planeamento do grupo de reabilitação, atendimento individual, consulta compartilhada, matriciamento, articulação com o CAPS e rodas pedagógicas de núcleo, orientando-me na elaboração de reflexões, considerando a funcionalidade dentro das perspectivas e capacidade do sujeito, dentro seu contexto ambiental, social e a vida na comunidade, com suas barreiras e facilitadores, possibilitando a expansão da minha consciência e o meu aprendizado.

Os Apoiadores Pedagógicos Matriciais, junto com as referências de gestão apoiam o desenvolvimento dos residentes nos estágios optativos, vão ao campo com uma regularidade semanal e realizam rodas noturnas (FESF, 2017).

No segundo ano o apoio pedagógico recebe esse nome de Apoiador Pedagógico Matricial, tive esse apoio nos estágios da Gestão e Linha de Cuidado Rede Cegonha, onde foram importantes articuladores no diálogo para pactuar as ações com as referências de estágio do município e no planeamento das atividades desenvolvidas. Tem uma carga horária de apenas um dia na semana no campo, não sendo possível acompanhar o desenvolvimento diário das atividades previstas, causando-me o sentimento de ocupar um espaço desconhecido e com pouco apoio pedagógico.

A metodologia de aprendizagem idealizada pelo programa de residência, conforme consta no Projeto Político Pedagógico é fundamentada no referencial teórico metodológico da Espiral Construtivista e do uso da Pedagogia Problematizadora, que tem como base o reconhecimento de que a educação ocorre numa dada realidade, sendo esta o processo de transformação do sujeito enquanto ele atua sobre a realidade, ou seja, a aprendizagem acontece através da busca pelo conhecimento e transformação da realidade. Deste modo, o educador assume uma função de facilitador da aprendizagem do residente, abandonando a papel de detentor do saber, acompanhando-o durante seu processo de transformação (FESF, 2017).

No cotidiano do serviço e durante o processo de construção de conhecimento foi abstrato compreender e visualizar essa filosofia metodológica como ferramenta de aprendizagem. Ainda não havia vivenciado um processo de educação através de metodologias ativas como o apresentado pelo programa de residência, mas acho que para realizar uma ação prática

em saúde de forma eficaz é necessário aprofundamento teórico do assunto, conhecer os conceitos, formas e especificidades.

Ainda sem experiência em atuar como profissional da Atenção Básica, senti falta de exercitar a prática com maior embasamento teórico e científico, de realizar as ações cotidianas acompanhadas por profissionais que tiveram experiências exitosas no território, de definir prioridades e planejar as ações de forma estruturada e com uma visão mais sistemática, potencializando o momento da execução.

Tenho sensação de ter realizado ações empíricas, mesmo tendo a intenção de obter bons resultados, utilizando meus conhecimentos e experiências prévias, em alguns momentos executei ações previstas pela Saúde da Família como visita domiciliar, com profissionais de outros núcleos, onde cada um fez sua abordagem, sem discutir e avaliar o sujeito de forma integral, seu contexto familiar e social, repercussões e continuidade do cuidado.

Em alguns momentos participei ações planejadas e executadas com pouca técnica, sem aprofundar na teoria baseada em evidência e com pouco apoio pedagógico, como em atividades coletivas e grupos, sala de espera, análise de situação de saúde do território, atendimento compartilhado, causando fragilidade nos resultados.

Em nosso Programa de Residência existe uma particularidade, quanto às atividades práticas, os residentes formam equipes de referência de Saúde da Família e NASF-AB, nos tornamos responsáveis pelo cuidado em saúde do território adscrito, desafio ainda maior, pois não acompanhamos uma equipe de trabalhadores, somos as equipes, contando com o apoio do preceptor de medicina, enfermagem, odontologia e de NASF e apoiadores de cada núcleo profissional.

Esse desenho estimula a responsabilidade sanitária, autonomia, criatividade, mas também coloca em risco experimentar, sem grandes impactos para a população, que não terão outras ações em saúde, além das ofertadas pelo residente, que ainda não vivenciou planejamentos acertivos e encontra-se em fase de criar vínculo, conhecer e atender as necessidades de saúde da população, sendo substituído dentro de aproximadamente um ano, por outros residentes que repetirão o mesmo ciclo.

Além de ficar imersa na unidade de aprendizagem Saúde da Família durante o horário administrativo e campanhas de saúde no território, participei de atividades pedagógicas teóricas como:

Os Seminários integrados que são espaços de encontro com todos os residentes, idealizados para construção de conhecimento em saúde, compartilhamento experiências e atividades relevantes desenvolvidas no campo de prática.

O Grupo Diversidade é uma atividade dialógica entre residentes de diversas categorias profissionais, de unidades e municípios diferentes e entre preceptores, onde há a apresentação de uma situação problema fictício, levantamento de problemas, causas dos problemas, formulação de explicações e busca de soluções através de novas construções de significado.

No Grupo de Ação e Pesquisa, participei especificamente da Rede Cegonha, durante os encontros entre residentes e corpo pedagógico, foram elecados problemas e desafios dessa linha de cuidado nos campos de prática dos municípios conveniados a residência, observados pelos residentes durante os estágios, resolução dos problemas, plano de intervenção na realidade com o objetivo de qualificar a linha de cuidado através de pesquisa-ação.

4. Compreendendo o SUS (Níveis de Atenção), a Estratégia Saúde da Família e o NASF (Núcleo de Ampliado em Saúde da Família).

Apesar de ser usuária do Sistema Único de Saúde, de ter utilizado a saúde pública desde o meu nascimento, pois nasci em hospital público, frequentei o posto de saúde durante a minha infância, adolescência e mesmo após adulta. Para ser vacinada, cuidado em saúde bucal na escola, fazer consulta médica e de enfermagem, exame preventivo do colo do útero, acompanhar familiares em consulta com especialista e internação hospitalar.

E mesmo sendo uma profissional da saúde, ter trabalhado em um hospital público, gerido por uma Organização Social, financiado pelo governo do estado, em parceria com municípios vizinhos, não era claro para mim e acho que para a maioria da população brasileira a organização em níveis de atenção, a composição, muito menos os belíssimos e justos princípios e diretrizes do SUS. No Brasil o cuidado em saúde pública é organizado em três níveis de atenção, Primário, Secundário e Terciário.

Conforme a PNAB, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Devendo ser a principal porta de entrada e articuladora da atenção com outros pontos da rede de saúde e outros setores quando necessário, coordenando e dando continuidade ao cuidado. As Unidades de Saúde devem estar próximas de onde as pessoas vivem ou trabalham, sendo o cuidado dialogado e construído entre profissionais e usuários, considerando sua individualidade e o modo de viver da população do território, buscando a atenção integral (BRASIL, 2012).

Orienta-se pelos princípios que todas as pessoas em território brasileiro têm direito a acessar o Sistema Público de Saúde, se vincular a UBS e aos profissionais do território adscrito, tendo o acompanhamento do cuidado, até que a sua demanda de saúde seja completamente atendida, de forma justa, humanizada e participativa. Planejando e promovendo ações para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de doenças (BRASIL, 2012).

Nos níveis de Atenção Secundária estão as clínicas especializadas e Unidades de Pronto Atendimento e Terciária estão os hospitais de grande porte. Dessa maneira subdividida, espera-se garantir acesso de acordo com a gravidade e urgência as necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2012).

Além disso, não sabia sobre o desafio que é compreender a Estratégia Saúde da Família, fazer parte do Núcleo de Apoio de Saúde da Família na época, atualmente Núcleo Ampliado em Saúde da Família, fazer Apoio Matricial, considerar a importância da Clínica Ampliada, realizar um Complexo Projeto Terapêutico Singular.

Sempre valorizei o trabalho multiprofissional, mas não tinha dimensão da fundamental importância do trabalho interdisciplinar e transdisciplinar, ainda não tinha vivenciado fazer articulação com a rede de cuidado para garantir resolutividade no cuidado. E apesar de também já ter realizado inúmeras atendimentos domiciliares de forma particular, já considerava essencial avaliar questões não apenas biológicas e de funcionalidade, mas também psicológica e social e o quanto é fundamental construir um plano terapêutico em sinergia com o usuário, integrar a participação da família e inserção na comunidade, mas só tive a oportunidade de desenvolver na prática durante a residência.

Conforme a PNAB 2012, são atribuições comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica, participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2012).

Orienta cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações

sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local (BRASIL, 2012).

Sendo assim, começamos a caminhar pelas ruas do território, acompanhados pelos agentes comunitários de saúde para conhecer e mapear o território adscrito, conhecer as áreas de cobertura de responsabilidade sanitária, identificar equipamentos sociais como escolas, igrejas, praças, estabelecimentos comerciais. Iniciar vínculo com a população, ouvir as necessidades de saúde, através das conversas que surgiam.

Dessa forma, aos poucos foram chegando novos ACS para compor as equipes e a necessidade de remapear e reorganizar o território. A reterritorialização se iniciou em nossa nova área adscrita. Um Grupo de Trabalho composto por residentes foi formado para mapear e identificar as UFS existentes no município e as que faziam limite com a nossa área.

Foi iniciada uma mobilização promovida pela residência, com os trabalhadores das USF vizinhas, aconteceram algumas reuniões para discutir sobre a área de cobertura de cada unidade e necessidade de ajustes, mas isso provocaria mudanças. Um clima de insegurança e resistência às mudanças foi gerado nos trabalhadores e sem o apoio suficiente da gestão municipal e efetiva participação, o Grupo de Trabalho de Reterritorialização do Distrito de Itinga não foi dando continuidade, causando-me frustração em interromper o desenvolvimento e organização proposta para o território, depois de ter investido tempo para conhecer as características e peculiaridades da região, por mim e pelos colegas residentes.

Objetivando uma organização da nossa área territorial e melhor distribuição, algumas mudanças para a organização do território por equipe foram necessárias. Foi uma rica e difícil experiência, pois houve resistências à mudança, a ampliação e recontagem dos usuários, por parte, tanto dos antigos, quanto dos novos ACS.

Houve diversas reuniões para dialogar com os trabalhadores e residentes, sobre a formação das equipes e distribuição nas áreas de cobertura. Após a definição das equipes, participei de multirões para recontagem e cadastramento dos usuários das novas áreas. Foi produzido um mapa com o recorte do território, listagem das ruas, organizado por equipe e ACS de referência.

Após a inauguração da USF, ao mesmo tempo em que os usuários procuravam o serviço, eram recebidos através do acolhimento, informados sobre as mudanças e vinculados a equipe de referência, de acordo com o endereço de residência.

Inicialmente também houve resistência de alguns usuários na receitação da mudança de equipe de referência no cuidado, devido ao vínculo formado há anos com as profissionais concursadas. Em contraponto, famílias que estavam dessassistidas se beneficiaram com a ampliação da área de cobertura, com a chegada da residência e a formação de mais quatro Equipes de Saúde da Família e um NASF.

Mas, é necessário entender que o território está em constante mudança e precisamos nos adaptar a ele. Pois o território é vivo, pessoas nascem, morrem, chegam, vão embora, sendo inevitável a mudança. Além disso, uma das metas do Plano Municipal de Saúde é ampliar a cobertura de atendimento da Atenção Básica.

Através dessa experiência compreendi que para possibilitar a ampliação e realizar a territorialização de forma organizada e eficaz é necessário um estudo detalhado e constante, do número populacional por distrito sanitário, número de USF, quantidade de ACS e número de pessoas cadastradas, área sem cobertura da Atenção Básica, quantidade de pessoas sem acesso a atendimento, assim considerando as necessidades de saúde do território, pela gestão de saúde municipal, apoiando e envolvendo os trabalhadores.

A PNAB, trás que a gestão deve definir o território e a territorialização de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc (BRASIL, 2012).

Está previsto também pela PNAB, que todos os trabalhadores devem participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2012).

Antes da inauguração da USF, começou-se a pensar sobre como os usuários seriam recebidos, após meses sem assistência da Atenção Básica, foi imaginado que haveria um número grande de pessoas buscando cuidados para sua saúde. Foi criado um grupo do qual participei, formando por alguns residentes, para estudar e apresentar as modelagens de acolhimento, para os outros residentes e trabalhadores da USF. O objetivo foi estruturar o tipo de acolhimento mais adequado para nossa realidade, considerando, o perfil dos usuários, as características do território, os serviços ofertados, o número de trabalhadores, a disponibilidade do grupo, o perfil das equipes.

Como fonte de estudo foi utilizado os Cadernos de Atenção Básica nº 28- Acolhimento à demanda espontânea. Para compreensão do conceito de acolhimento, modelagens,

possibilidades de utilização de características dos diferentes tipos de acolhimento e criação o nosso próprio modelo.

Reunimo-nos diversas vezes para discutir a estrutura e criação do acolhimento com classificação de risco. Um texto utilizado em uma das atividades, marcante para mim, foi a história de uma adolescente grávida, de baixa condição econômica, com história de conflitos familiares, baixo nível de escolaridade, sendo negligenciados os cuidados de saúde e acompanhamento do pré-natal nos serviços onde procurou atendimento, levando a morte dela e do bebê, desfecho que poderia ser evitado, se houvesse olhares sensíveis e acolhimento considerando o risco e a vulnerabilidade.

Atentos a construir um formato de acolhimento que fosse sensível às necessidades de saúde da população, identificando as situações de vulnerabilidade, foi utilizado como modelo à classificação de risco, do acolhimento construído pelos residentes de Camaçari, de uma turma anterior a nossa, adaptado a nossa realidade e seguindo as orientações quanto a classificação de risco dos Cadernos de Atenção Básica nº 28- Acolhimento à demanda espontânea, onde o atendimento era realizado no momento, no dia, agendado com brevidade ou mais a longo prazo.

Criamos uma agenda com a participação de todos os residentes, onde a primeira escuta era feita por um profissional independente da categoria e a segunda escuta, quando necessária era direcionada para a categoria profissional que melhor respondesse a demanda de saúde.

Particpei do acolhimento semanalmente da primeira escuta e da segunda escuta quando foi necessário que o usuário fosse ouvido por um fisioterapeuta, durante o primeiro ano de residência. Foi uma experiência muito importante para mim, pois expandiu a minha consciência ao ouvir as histórias de vida das pessoas, as suas necessidades de saúde biológicas, psicológicas e sociais para além do meu núcleo profissional, os vínculos que foram formados, a efetividade da resposta à demanda, proporcionando sensação de dever cumprido.

Os formatos de acolhimento, durante a prática no serviço foi adaptado, reconstruído, readaptado, discutido, reinventado e remodelado inúmeras vezes, de acordo com a demanda, o que tínhamos a oferecer como cuidado as necessidades de saúde dos usuários, a agenda das equipes, a adesão e pactos feitos pelo grupo.

Considero fundamental que exista em uma unidade de saúde, um espaço onde o usuário possa ser ouvido de forma atenta, sensível e comprometida com a atenção de sua necessidade de saúde. Onde seja respeitado a sua privacidade, a sua história, classificado o risco, a vulnerabilidade, respondendo com equidade e integralidade.

A organização das agendas das cinco equipes de referência foi outro desafio, um verdadeiro quebra cabeça, encaixar as atividades previstas por equipe, de cada profissional e com a disponibilidade de salas e o auditório. Um trabalho desenvolvido de forma coletiva e democrática, com o apoio do corpo pedagógico, entre os residentes e trabalhadores.

Foi previsto na agenda das Equipes de Saúde da Família desenvolver ações como: participar do acolhimento dos usuários; praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais; realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências e abrigos; reuniões de equipes; atividades de educação permanente e educação continuada; realizar ações de educação em saúde à população adstrita.

Entre no programa de residência em Saúde da Família para ser fisioterapeuta do NASF, durante os meses iniciais de chegada dos residentes na USF, participei junto com os outros residentes do NASF e os dentistas, que formavam as Equipes de Saúde Bucal, das atividades das Equipes de Saúde da Família, pois estavam em fase de organização das atividades e inauguração da unidade.

Durante esse período, comecei a sentir falta de ter os meus pacientes e realizar os atendimentos de fisioterapia. Mas, comecei a compreender que na Saúde da Família, não seria apenas fisioterapeuta, os conhecimentos técnicos referentes a minha área profissional, não seriam suficientes e a abertura para compreender não somente as competências de cada categoria profissional e a proposta da Estratégia Saúde da Saúde, exigia desenvolver a habilidade de pensar como um profissional de saúde coletiva, independente do núcleo e trabalhar de forma interdisciplinar e intersetorial.

Em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), mediante a Portaria GM nº 154, que têm como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (BRASIL, 2008).

O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes (BRASIL, 2008).

Criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, o NASF deve buscar contribuir para a integralidade do

cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios (BRASIL, 2008).

O NASF trabalha na lógica do apoio matricial. Isso significa, em síntese, uma estratégia de organização da clínica e do cuidado em saúde a partir da integração e cooperação entre as equipes responsáveis pelo cuidado de determinado território (BRASIL, 2008).

A ideia é que os profissionais da equipe do NASF possam compartilhar o seu saber específico com os profissionais da ESF, fazendo com que a equipe Saúde da Família amplie seus conhecimentos e, com isso, aumente a resolutividade da própria atenção básica. Está previsto desenvolver ações de apoio matricial, discussão de casos, atendimentos compartilhados com a ESF vinculada, atendimentos individuais do profissional do NASF precedida ou seguida de discussão com a ESF, construção conjunta de projetos terapêuticos, ações de educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2008).

Os cadernos de Atenção Básica Nº 39 Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Volume 1, Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano e o Nº 27 Diretrizes do NASF, se tornaram fonte de estudo frequente e fundamentais para minha compreensão do que é o NASF, quais tipos de atividade podem ser desenvolvidas, a integração entre NASF e equipes vinculadas.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica Nº 27, o apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos (BRASIL, 2010).

Foram realizadas atividades de Educação Permanente organizadas pelos residentes do NASF, após estudar e discutir os referenciais teóricos aconteceram conversas diárias com os trabalhadores das Equipes de Referência e Saúde Bucal, Técnicos de enfermagem, Técnicos de saúde bucal, Auxiliar de farmácia, Agentes Comunitários de Saúde, Recepcionistas, Agentes de portaria, a fim de orientar a forma de acesso, atribuições do NASF e o processo de trabalho.

Assim, foi necessário desenvolver a compreensão que o NASF não se constitui porta de entrada para os usuários, mas sim de apoio às equipes de Saúde da Família, possibilitando melhorar a qualidade da atenção, ampliando a capacidade de resolutividade clínica das equipes e na produção do cuidado dos casos compartilhados.

Diariamente foi mostrado que a prioridade do atendimento deve ser compartilhado e interdisciplinar, valorizando a troca de saberes e responsabilidades mútuas. Através de estudo e discussão de casos e situações, dando orientações, elaborando projetos terapêuticos singulares (PTS), realizando atendimento compartilhado, apoiando as equipes nas atividades coletivas, educação permanente, projeto saúde na escola, análise da situação de saúde e intervenção no território, visitas domiciliares, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, etc (BRASIL, 2008).

Sendo esclarecido que atendimentos diretos a usuários e famílias estão previstos, quando necessário, ocorre sempre sob encaminhamento das equipes, com discussão e negociação entre os profissionais responsáveis pelo caso. Sempre na tentativa de superação da lógica da fragmentação da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com as equipes de referência, auxiliando na articulação com outros pontos da Rede de Atenção ao Cuidado (RAS), quando necessário, garantindo a continuidade do cuidado dos usuários (BRASIL, 2008).

Apresentamos em roda de conversa e uma divertida encenação teatral para os trabalhadores no auditório da USF, as ferramentas, a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, que devem ser desenvolvidas através de apoio matricial, em espaços coletivos de discussão e planejamento e que atua em todos os momentos do ciclo de vida das pessoas. Ao mesmo tempo que ensino, também aprendo, é a teoria sendo colocada em prática, sentindo na pele o desafio em levar essa proposta à frente, através da minha mudança de perspectiva em atuar com o objetivo exclusivo de reabilitar.

Ao longo de quase um ano compondo o NASF na São Judas Tadeu, período de compreensão e desenvolvimento atividades, pois não tive oportunidade ao longo da minha vida profissional de estar nesse lugar. Confesso que não foi fácil compreender, ser NASF e fazer apoio matricial, por um período pareceu utópico, pois fui preparada pela academia a realizar a avaliação fisioterapêutica, elaborar o plano terapêutico e tratar, reabilitar.

No processo de trabalho do NASF é necessário compartilhar os conhecimentos que cabem ao fisioterapeuta para outros núcleos profissionais, para que estes, em outros momentos,

quando se deparar em outras situações similares, possa saber orientar, utilizando os conhecimentos adquiridos em um encontro em que houve matriciamento.

Ao longo desse tempo e principalmente nas atividades de educação permanente, realizadas pela apoiadora pedagógica institucional das linhas de cuidado em Saúde Mental e Rede Cegonha, aprendi que matriciamento não é saber tudo sobre determinada área de conhecimento e nada mais é que se dispor ao encontro, ao outro, a troca de ideias, reflexões, construção, desconstrução.

Saber que em casos de maior complexidade muitas vezes não é possível resolver sozinho e compartilhar com outros profissionais, o sujeito, a família e quando necessários outros setores. Se tornando assim, mais leve e mais eficaz, tendo consciência de que a vida está lá fora e não dentro do consultório, que o projeto terapêutico deve se adequar a vida. Para isso é necessário se mobilizar, conhecer a história de vida e o que levou a situação atual, o que é possível ser feito para dar mais qualidade de vida a quem veio nos pedir ajuda.

Tive oportunidade de fazer apoio matricial tanto em situações mais simples, como em atendimento compartilhado, onde foi realizada troca de saberes, para orientar no cuidado a usuários com dores osteomusculares, orientações posturais e ergonômicas, distúrbios respiratórios, incontinência urinária, etc.

Como em casos mais complexos de saúde mental, com tentativa de suicídio, conflitos familiares, desnutrição grave, vulnerabilidade social e econômica, onde foi acessado junto com os profissionais das equipes com maior vínculo e outros profissionais do Nasf, que apoiaram na resolução do problema, sendo necessário em alguns momentos articular o cuidado com os familiares, amigos, com outros níveis de atenção como CAPS, SAMU, UPA, Hospital Universitário e outros setores como igreja, CRAS, CREAS, Base Comunitária da Polícia Militar.

E ainda, em ações no território envolvendo coletivos, quando iniciamos uma aproximação em umas das praças do nosso território, chamada Largo do Sossego, com um grupo de homens e algumas mulheres, que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, onde passávamos diariamente para acessar a USF.

A aproximação se iniciou com cumprimentos e conversas ao passar pela praça para a formação de vínculo positivo, foi organização pela Equipe de Referência com o apoio do Nasf, uma ação de saúde em comemoração ao Novembro Azul, sendo realização diálogo sobre cuidados em saúde, averiçãõ de pressão, teste rápido de doenças sexualmente transmissíveis, glicemia e o convite para ir a USF. A partir daí, o vínculo de desenvolveu e

passaram a serem frequentadores assíduos, na busca dos serviços oferecidos na unidade, com ênfase na redução de danos.

Outro exemplo similar foi em uma visita feita por mim, a professora de Educação Física do NASF e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) da área, a uma clínica particular para pessoas com dependência química, onde ficavam reclusos e com cuidados limitados de saúde. Informamos aos profissionais sobre a oferta de serviços e o direito ao acesso pelos usuários a USF. Que também formaram vínculo com a equipe de referência, equipe de saúde bucal e profissionais do NASF, onde passaram a acessar a unidade.

Em algumas datas comemorativas e utilizando o calendário temático propostas pelo município para o cuidado em saúde foram realizadas ações de prevenção e promoção de saúde dentro da USF e no território.

No dia da Criança foi construída uma festa linda e alegre por todos os trabalhadores, com doações voluntárias na USF. Vestimos fantasias, os rostos das crianças foram pintados, brincamos de pular corda, corrida de saco, dança das cadeiras, caça ao tesouro, adivinhação, dança, música, pipoca, cachorro-quente, salada de frutas, balas, sorrisos e muita diversão. Permitimo-nos ser crianças novamente, entrar no universo infantil e fortalecer os vínculos. Sendo muito interessante para mim, conhecer o núcleo familiar, sua composição e organização, tive a oportunidade de conhecer o filho, mãe e o pai, primos, tias, avós e vizinhos, possibilitando fazer uma leitura social e um projeto terapêutico para a criança considerando apoio, relacionamentos e ambiente.

No dia Mulher foi proposto o dia da beleza, convidamos trabalhadoras dos salões de beleza do território para desenvolver as suas habilidades profissionais com as usuárias do território na USF. Foi feito maquiagens, cuidados com os cabelos e unhas, massagem relaxante, hidratação na pele, educação em saúde, objetivando socializar, estimular o autocuidado, emponderar e divertir. Percebi que muitas mulheres da comunidade são cheias de vida e muita força, algumas se sentindo cansadas por serem as principais responsáveis pela família, outras preocupadas com a segurança de seus filhos expostos a violência do território. A vivência ampliou a minha leitura para a compreensão do modo de viver dessas mulheres.

Outro momento de cuidado à saúde da mulher foi em um multirão de exames preventivos de câncer do colo do útero e roda de conversa sobre saúde sexual e reprodutiva em um sábado, onde a divulgação e o convite foram feitos na USF pelos trabalhadores e no território pelos os agentes comunitários. Foram trocadas experiências, esclarecido dúvidas, indicações e orientações da faixa etária conforme o manual do Ministério da Saúde para

realização do exame, mostrado a anatomia do aparelho reprodutor feminino, através de figuras e explicado previamente os objetivos e sensações durante a coleta de células do colo do útero.

Foi atraído mulheres de várias faixas etárias, desde adolescentes, em idades reprodutivas e idosas. Estimulando assim, a estar atentas ao cuidado dos seus corpos, vida sexual e reprodutiva.

Quanto ao apoio do NASF as equipes para a realização de atividades coletivas, tive participações no Grupo de Gestantes organizado pela enfermeira de uma das equipes, apoiado equipe de saúde bucal, com o intuito de trocar experiências e dúvidas sobre o pré-natal, parto e puerpério, direitos legais da gestante, cuidados em saúde, higiene da cavidade oral do bebê, banho, alimentação saudável, amamentação, posturas facilitadoras e respiração durante o parto, analgesia não farmacológica, alterações fisiológicas durante a gestação e sintomas comuns, etc.

Em outra atividade coletiva que teve o objetivo de criar de um grupo semanal de práticas corporais e dança circular, idealizado por uma das equipes, participei de encontros orientando exercícios de fácil execução para ganho de força muscular, flexibilidade, coordenação motora, equilíbrio e orientações posturais, através de cinesioterapia e exercícios de Pilates, estimulando o aprendizado, autonomia para o autocuidado, com a realização diária em casa, dentro dos limites individuais.

Acompanhei a construção e o desenvolvimento de um grupo de convivência criado pelo NASF, uma importante vivência para o meu aprendizado na elaboração de atividades coletivas. Refleti sobre a importância em valorizar a autonomia dos usuários, a construção coletiva e democrática das atividades, a construção dialogada e reflexiva sobre cuidados em saúde, evitando a orientação exposita como correta ou errada, valorização do saber popular, respeito a cultura local, a socialização como promotor de saúde mental.

Onde elaboramos esse relato de experiência junto com um preceptor e apoiadora para apresentação em um congresso.

No primeiro momento, foi elaborada uma atividade em grupo com o nome Encontro com a Saúde, a aberta a toda comunidade e divulgada através dos agentes comunitários, convites impressos, sala de espera e em reuniões das equipes de saúde. Essa atividade teve como tema principal, qualidade de vida e foi utilizada como metodologia a dinâmica de construção de uma árvore dos sentidos, em que cada usuário recebeu um papel em branco em formato de frutas, foi questionado e convidado a escrever ou responder verbalmente sua percepção sobre qualidade de vida.

A partir das respostas nesse momento foram escolhidos alguns temas para serem discutidos em encontros posteriores como: atividade corporal, alimentação saudável, qualidade do sono, entre outros, sendo pactuado encontros semanais.

Em um dos encontros trouxemos a temática Envelhecimento, por se tratar de um grupo formado por pessoas, em sua maioria, idosas ou próximas dos 60 anos, foi planejado uma roda de conversa sobre as alterações fisiológicas que ocorrem nessa idade, considerada melhor idade; sobre o envelhecer saudável e o processo de saúde-doença-cuidado; a atividade física como uma aliada nesse processo de envelhecimento saudável e direitos do Idoso.

Nesse último tópico, a discussão e as reações de indignação foram grandes. Segundo os usuários, esses direitos são negligenciados e por vezes, demandam um certo desgaste físico e até emocional para que esses possam ser cumpridos, e por vezes não são. Para finalizar o encontro, com o intuito de ganho de flexibilidade muscular, prevenção de quedas e melhora do estado físico global, foi realizado alongamentos ativos, exercícios para ganho de força, equilíbrio e coordenação motora e incentivo ao empoderamento e corresponsabilização do usuário pela sua saúde e vida ativa.

Em outro encontro trouxemos a Bioenergética, como metodologia utilizou-se a roda de conversa em que os participantes foram questionados sobre estresse, muitos dos usuários referiram conviver diariamente com essa problemática, seja com seus cônjuges ou com parentes que residem em seu domicílio. Reconheceram que em níveis elevados podem ser prejudiciais para a saúde e que tentam na maioria das vezes se afastar da fonte geradora. Diante disso, visando liberar essas emoções e energias presas dentro de cada ser, para que as pessoas tenham mais prazer e alegrias em suas vidas, realizamos exercícios de bioenergética, sincronizados com a respiração, durante aproximadamente 50 minutos.

Outros temas fizeram parte dos nossos encontros, como a alimentação saudável, já que nos dias atuais as pessoas estão mais preocupadas com o que estão se alimentando. Duas características que predominam nos usuários que frequentam o grupo é a hipertensão e a diabetes e, por isso, foi explorado o tema de alimentação saudável no geral, mas com foco especial para estes pacientes. Uma das metodologias utilizadas foi a de mito ou verdade, que teve o objetivo de avaliar o grau de conhecimento das pessoas quando se trata de alimentação, já que é um tema que sofre bastante influência da mídia. Foi observado que as pessoas têm clareza de algumas coisas, mas que outras ainda precisam ser mais esclarecidas. Para finalizar fizemos um lanche coletivo com frutas da época e de baixo custo, para mostrar que podemos sim, ter uma alimentação saudável pagando pouco.

Ao longo dos encontros outras atividades temáticas foram realizadas como biodança, cantiga de roda, samba, anos 60, capoeira, Lian Gong, Dança Circular, meditação e relaxamento oriental.

Sempre há inicialmente uma roda de conversa e normalmente uma atividade corporal, sendo o tema do próximo encontro escolhido pelos usuários participantes ou sugerido pelos trabalhadores.

Percebemos que a convivência em grupo e o diálogo linear entre trabalhadores e usuários aproximam e trás reflexões construtivas para o seu processo saúde e vida.

Ter uma escuta sensível por parte dos profissionais de saúde e incentivar a participação ativa dos usuários na escolha da temática para cada encontro aumentou a adesão e protagonismo dos indivíduos ao grupo. Isso resultou em maior participação e autonomia dos sujeitos no seu cuidado de saúde, emponderando-o e responsabilizando-o. Além disso, fortaleceu a prática de modelos de cuidado em saúde contra-hegemônicos, que não o Modelo Biomédico, a partir de abordagens biopicosociais que entendem a sintomatologia como uma consequência de uma ou mais causas, as quais devem ser identificadas e dadas à devida importância, não sendo mais suficiente apenas medicar, o que torna as abordagens e ações mais eficazes.

O Grupo de Caminhada foi criado pelo NASF após observação de doenças crônicas prevalentes como hipertensão, diabetes, obesidade, sedentarismo que podem está associado à inatividade física e interesse de usuários que sentem o desejo de fazer caminhada, mas não tem disciplina ou motivação sozinhos. Os encontros aconteceram semanalmente na USF, no início da manhã, precedidos de exercícios de alongamento e aquecimento orientados pelo profissional de educação física ou fisioterapeutas. Andávamos pelas ruas do território respeitando a velocidade e distância percorrida de cada componente do grupo. Objetivando estimular uma vida ativa, melhorar o condicionamento físico e incentivar a autonomia do grupo.

Sobre experiências em campanhas de saúde, fizemos um divertido e colorido cortejo nas vésperas do carnaval, usando máscaras, perucas e acessórios, tocando marchinhas, saímos pelas ruas do território, entre conversas, convidamos a população a nos acompanhar na caminhada e realizar testes rápidos de HIV, Hepatite B e C, Sífilis na USF, distribuimos preservativos femininos, masculinos e cartilha do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Outra Campanha de prevenção à saúde extramuros, foi contra a Tuberculose, vestidos com roupas vermelhas e adereços, andamos pelas ruas do território, tocando e cantando

músicas, feitas pelos talentosos e criativos recém-chegados residentes do primeiro ano, que alertavam sobre os sintomas, cuidados e tratamento da doença.

As Campanhas de Vacinação também foram celebradas aos sábados, quando infantis, eram feitas pinturas nos rostos e mãos das crianças, brinquedoteca e distribuído um certificado de coragem. Quando adultos, salas de espera com temas sobre cuidado em saúde.

E para relaxar e integrar, foi sugerido pelos usuários em sua maioria idosos, um passeio no Parque Ecológico de Vilas do Atlântico em Lauro de Freitas. Encontramos-nos no ponto de ônibus próximo da USF e de lá no transporte urbano, partimos para o parque. Próximos da natureza, passamos uma agradável manhã, andando, cantando cirandas de roda, dançando e fizemos um lanche coletivo.

Particpei de importantes programas do governo federal, aderido pelo município como o Bolsa Família e Saúde na Escola no apoio as equipes. O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa federal de transferência direta de renda às famílias em situação de pobreza (renda entre R\$89 a R\$178 por pessoa) ou de extrema pobreza (renda de até R\$89 por pessoa), com a finalidade de promover seu acesso aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza. O PBF é realizado por meio de auxílio financeiro vinculado ao cumprimento de compromissos na Saúde, Educação e Assistência Social.

Mas para isso existem algumas condicionalidades, no que se refere a saúde considera-se que as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza podem ter maior dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde. Por este motivo, o objetivo das condicionalidades do Programa é garantir a oferta das ações básicas, e potencializar a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuir para a sua inclusão social.

A agenda de saúde do PBF no SUS compreende a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e imunização das crianças menores de 7 anos. Assim, as beneficiárias mulheres com idade entre 14 e 44 anos e crianças menores de sete anos de idade deverão ser assistidas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde ou por unidades básicas de saúde, que proverão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família (BRASIL, 2019).

Particpei com um ACS na coleta de medidas antropométricas de peso e altura para avaliação do estado nutricional para preenchimento do Mapa de Acompanhamento dos usuários beneficiados do território pelo programa.

Quanto ao Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da Saúde e Educação, entre a Rede Básica de Saúde e a Escola, voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. Participei apoiando as equipes na articulação entre a USF, creches e escolas públicas de educação básica da área asdcrita e da realização de ações em saúde, indicados pelo Ministério da Saude e repassadas pelo município através de documento orientador (BRASIL, 2017).

Desenvolvendo atividades de educação em saúde para a promoção de ambientes saudáveis e ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e combate à obesidade infantil, promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor, verificação da situação vacinal.

Quanto ao fortalecimento do controle social no SUS, participei de uma pré-conferência distrital de saúde, para a construção de propostas para serem apresentadas na Conferência Municipal de Saúde 2017, para formulação do Plano Municipal de Saúde de 2018 a 2021, onde a comunidade local e profissionais da saúde foram convocados pela gestão municipal e Conselho Municipal de Saúde, a discutir e elaborar propostas dos eixos Vigilância, Proteção e Promoção da Saúde; Atenção Integral à Saúde; Saúde com Inclusão Social, Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; Planejamento, Gestão de Recursos e Instrumentos de Gestão/Intersetorialidade; Rede e Processo Regulatório em Saúde; Assistência Farmacêutica e eleger os delegados para levar, discutir e propor o que ficou definido pelo território.

Além de participar da Conferência Municipal de Saúde de Lauro de Freitas, ajudando na relatoria em um dos eixos, algumas reuniões do Conselho Municipal de Saúde como ouvinte, receber a população do território da USF São Judas Tadeu com outros residentes para esclarecer e incetivar a criação de um Conselho Local de Saúde, com o apoio de alguns conselheiros municipais.

Consegui compreender na prática como acontece e a relevância da participação popular na formulação de políticas públicas em defesa do direito a saúde, norteando o Plano Municipal de Saúde conforme as necessidades de saúde da região e o espaço participativo do Conselho Municipal de Saúde na fiscalização e controle das ações da gestão municipal, cumprindo as orientações da Lei 8.142/90 que 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 (BRASIL, 1990).

O trabalho em equipe e compor o NASF de mim exigiu abertura para o diálogo, respeitar o tempo, os interesses e compreender as diferenças de cada um, aceitar a perda de protagonismo profissional, resistir ao modelo tradicional de encaminhamento de usuários e esclarecer diariamente a proposta do apoio matricial.

Acreditar na efetividade do trabalho multiprofissional, interdisciplinar, transdisciplinar e insistir na quebra do modelo tradicional de queixa-conduta. Exige sair do núcleo profissional, abrir-se para o todo, permitir expandir a consciência, despir-se de preconceito, ser gentil, generosa, ter compaixão, praticar e estudar muito, o tempo para, que todas essas conexões sejam possíveis.

5. Papel e experiência em ser fisioterapeuta residente compondo o Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF).

Ao chegar à USF existia uma grande procura por atendimentos de fisioterapia. A comunidade estava há um tempo sem assistência, devido ao fechamento da unidade antiga e pelo fato do Serviço de Reabilitação de Fisioterapia Municipal não conseguir atender a demanda.

Ainda quando estávamos dentro da USF com os portões fechados, sem funcionamento, já havia procura e após a inauguração chegavam à recepção, muitos usuários com fichas de prescrições de fisioterapia e pedidos espontâneos para visitas domiciliares aos seus familiares acamados e domiciliados, onde fui chamada muitas vezes para recebê-los. O meu desejo era atender a todos que estavam necessitando de atendimento fisioterapêutico. Mas, estava aprendendo que o NASF que deve atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família. Segundo, (Bispo Júnior, 2010) há necessidade de romper o isolamento e o individualismo da prática fisioterapêutica reabilitadora, emergindo uma nova lógica de atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar.

A Fisioterapia é uma Ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, fisiológicas, patológicas, bioquímicas, biofísicas, biomecânicas, cinesioterápicas, além das disciplinas sociais e comportamentais (COFFITO, 2019).

A Formação Profissional do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I – Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética e da bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo de acordo com as necessidades individuais e coletivas;

II – Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III – Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV – Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V – Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

VI – Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive,

estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

A formação do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;

II – atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;

III – atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;

IV – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

V – contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;

VI – realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da Fisioterapia, em toda sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica;

VII – elaborar criticamente o diagnóstico cinético funcional e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária;

VIII – exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;

IX – desempenhar atividades de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde públicos ou privados, além de assessorar, prestar consultorias e auditorias no âmbito de sua competência profissional;

X – emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;

XI – prestar esclarecimentos, dirimir dúvidas e orientar o indivíduo e os seus familiares sobre o processo terapêutico;

XII – manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;

XIII – encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais relacionando e estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;

XIV – manter controle sobre a eficácia dos recursos tecnológicos pertinentes à atuação fisioterapêutica garantindo sua qualidade e segurança;

XV – conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;

XVI – conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Fisioterapia;

XVII – seus diferentes modelos de intervenção.

A formação do Fisioterapeuta deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe (COFFITO, 2019).

Durante o primeiro ano como fisioterapeuta residente compondo o NASF, apoiando cinco Equipes de Saúde da Família (eSF) em uma mesma USF, desenvolvi muitas atividades que contribuíram para a minha compreensão do papel do fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família e para o meu processo formativo. Compreendi que o primeiro contato do usuário na Atenção Básica deve ser através da sua equipe de referência, que deverá conhecer suas necessidades de saúde, considerando aspectos biopsicossociais, através da formação de vínculo, garantindo o cuidado de forma longitudinal e integral.

Havendo a necessidade de incluir e compartilhar o cuidado com outros profissionais, realizar articulação com outros pontos da rede de cuidado à saúde e outros setores, visando atender a demanda de saúde, a equipe deverá fazê-lo, responsabilizando-se pela continuidade do cuidado, podendo contar com o apoio do NASF. Seguindo esse fluxo procurei organizar o meu processo de trabalho, quando houve demandas que necessitavam do meu conhecimento específico.

Realizei atendimentos compartilhados, onde houve troca de saberes e orientações dialogadas entre mim, os profissionais que solicitaram o apoio e os usuários. Considerando a capacidade de compreensão, funcionalidade, interesse, necessidade e possibilidade do sujeito assistido em aderir as pactuações.

Acompanhei as equipes de referência em visitas domiciliares, com profissionais de saúde bucal, algumas vezes com outros componentes do NASF, sempre acompanhada pelos ACS, a usuários acamados e domiciliados, onde pude compreender o processo saúde-doença, o contexto familiar, econômico, social, cultural. Realizar avaliação epidemiológica, compreender condicionantes e determinantes de saúde do território. Onde olhares de diferentes profissionais, atuando de maneira interdisciplinar, contribuíram para construir um projeto terapêutico considerando a singularidade do sujeito e o seu contexto de vida.

Realizei atendimentos individuais quando foi necessária atenção fisioterapêutica em diferentes ciclos de vida, visando independência funcional, condicionamento muscular para tratar disfunções osteomusculares, reeducação postural, dores crônicas, possíveis de serem realizados na USF, quando não havia vaga no ambulatório de fisioterapia do município ou prescrito acompanhamento fisioterapêutico na atenção básica encaminhados pelo Serviço de Reabilitação de Fisioterapia Municipal aos usuários no território.

Realizei atendimentos coletivos quando foi identificado um número grande de usuários com sintomas de lombalgia crônica, através do grupo de atividade física, utilizando a técnica de Pilates, após avaliação cinético-funcional. Participei de atividades de educação em saúde em grupo para dialogar sobre a importância de fazer atividade física regular e orientações de exercícios globais, orientação postural e ergonômica nas atividades de vida diária (AVD's).

Durante o segundo ano, o Programa de Residência organiza o desenho de forma diferente do primeiro. Encerra a vivência como trabalhadores exclusivos em Atenção Básica, dentro da Unidade de Saúde da Família. É proposto estágios em linhas de cuidado, gestão e estágio eletivo, os residentes são distribuídos em diferentes pontos da rede, alocados na Rede de Saúde Mental, Vigilância Epidemiológica e Saúde do Trabalhador ou Rede Cegonha. Todos os residentes experenciam um período no Eixo Gestão.

Os campos das Linhas de Cuidado são disponibilizados pela gestão municipal, após avaliar a necessidade de intervenção e qualificação da rede. Através de estudo, análises, educação permanente, fluxos, etc, desenvolvidos pelos residentes durante o estágio, pactuados entre os gestores municipais e apoio pedagógico. Essa distribuição é feita conforme escolha do residente, por afinidade ou disponibilidade de vagas. Seguindo o que diz, (Franco Túlio, 2004) a proposta pensada para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde, começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas outras ações assistenciais.

Iniciei a minha vivência do segundo ano, durante um mês e meio, por um período chamado de transição, aonde chegaram os novos residentes para o primeiro ano. Os residentes do segundo ano devem assumir o papel de apoiar o corpo pedagógico, onde a atividade é chamada de iniciação à preceptoria, acolhendo, situando os novos residentes quanto ao processo de trabalho, apresentando o campo, os usuários e compartilhando o cuidado, utilizando a metodologia da Formação Inicial em Saúde da Família (FISF).

A FISF é uma estratégia que busca apoiar cada residente e toda a equipe de Saúde da Família, na organização e qualificação do seu trabalho. Busca ainda discutir sobre um conteúdo extremamente necessário para o fazer qualificado na Saúde da Família de forma a facilitar o aprendizado e resultando num trabalho que produza mais diálogo, interação e colaboração entre o conjunto dos trabalhadores.

Divide-se em oito módulos, com as temáticas:

Módulo I: Princípios e Atributos da Atenção Primária em Saúde; Módulo II: Apoio Matricial e Apoio Institucional; Módulo III: Agenda Inicial do Trabalho; Módulo IV: Territorialização; Módulo V: Análise da Situação de Saúde; Módulo VI: Gestão Participativa; Módulo VII: Cartografia do Processo de Trabalho e Módulo VIII Planejamento Local em Saúde (FESF, 2017).

O desenvolvimento da atividade proposta seria leitura da situação problema, leitura dos textos de apoio, planejamento das atividades em serviço, realização da atividade em serviço. Foi apresentada a metodologia em um dos nossos seminários integrados, mas não foi oferecida a atividade na prática como planejada, de forma que possibilitasse a realização, havendo prejuízo de aprendizado de temáticas relevantes, tanto para os residentes do primeiro, quanto do segundo ano. Nesse período de transição continuamos com a responsabilidade em desenvolver as atividades programadas em nossas agendas, inserindo os novos residentes.

Após esse período fui para o estágio Eixo Gestão onde me aproximei da gestão em saúde no município de Lauro de Freitas, através da Coordenação de Planejamento, Auditoria, Controle e Qualidade dos Serviços de Saúde e da Superintendência da Atenção Básica. Para organizar as ações e objetivos do estágio construí com a Residente de Nutrição, o Residente de Fisioterapia e a Apoiadora Institucional Pedagógica um Plano de ação de estágio de gestão contendo ação, motivo, atividades, meta/indicadores, responsáveis, prazo e leitura referenciada para os eixos Gestão Pública, Atenção Básica e Controle Social.

No eixo Gestão Pública foram explorados os assuntos planejamento, financiamento e sistemas de informação em saúde, assim conheci os sistemas de informação em saúde, suas funcionalidades e o acesso para a busca de dados, objetivando a familiarização com os sistemas de informação e assimilação da maneira de buscar das informações acerca dos problemas de saúde da população, através do exercício da busca de dados acessando o

Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM); Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC); Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN); Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), para isso foram acessadas as páginas <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos>, <http://www.ripsa.org.br/#> e leitura da Portaria Nº 3.462, de 11 de novembro de 2010 e Portaria Nº 2.148, de 28 de agosto de 2017.

Conheci e me apropriei dos instrumentos de planejamento em saúde e de suas etapas, me familiarizando com os instrumentos de planejamento e compreensão das etapas do planejamento em saúde através do estudo e reuniões de apresentação do planejamento de atividades e avaliação de metas para o Conselho Municipal de Saúde realizadas pela gestão municipal do Plano Municipal de Saúde – PMS; Programação Anual de Saúde – PAS; Plano Plurianual – PPA; Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA; Relatório Anual de Gestão – RAG.

Construí com os residentes de nutrição, fisioterapia e a Apoiadora Institucional Pedagógica um guia metodológico para auxiliar às equipes de saúde da família a realizarem o PPLS no seu território de abrangência, justificado pela fragilidade na prática de planejamento por parte das equipes de ESF, onde foi apresentado o instrumento de implantação do PPLS para a equipe da COPLAC e gestores da Atenção Básica, para isso realizei leituras como o livro Planejamento em Saúde de Cármen Teixeira; O Planejamento no processo de trabalho das equipes de saúde da família. Módulo 4, Unidade 2-UNA-SUS e a PORTARIA Nº 2.135, DE 25 DE SETEMBRO DE 2013.

Para o eixo Atenção Básica participei da avaliação de produção da USF São Judas Tadeu a partir de junho do ano de 2017 a março de 2018, período em que realizamos atendimentos e atividades na USF, através da avaliação da produtividade das equipes, analisando os dados do e-sus, dialogando com os R2 para compreensão dos dados, onde apresentei o consolidado do e-sus em reunião com residentes, corpo pedagógico, gestores da Atenção Básica e Apoiadores Institucionais na Secretaria de Saúde.

Ainda no eixo Controle Social conheci a execução do controle social em Lauro de Freitas, participando das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde e para compreensão realizei as leituras da Resolução nº 453 de 2012 que aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde e o Regimento do conselho do município.

Realizei o Estágio Eletivo na Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB). A Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência desenvolve ações voltadas para a implementação das políticas de saúde à pessoa com deficiência, em consonância com as diretrizes federais, tem objetivos como: capacitar e apoiar profissionais dos núcleos regionais de saúde do estado quanto ao cuidado à pessoa com deficiência, realizar visitas técnicas e habilitar os serviços da rede especializada em reabilitação, apoiar na construção de portarias e políticas estaduais de saúde.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), instituída pela Portaria GM/ MS nº 793/2013 se apresentam como um novo marco na atenção integral a essa população no Sistema Único de Saúde.

É composta por pontos de atenção situados em três componentes: A Atenção Básica através das Unidades de saúde e equipes implantadas na Atenção Básica; a Atenção Especializada em Reabilitação através dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) que podem atender a duas, três ou quatro modalidades de reabilitação sendo a deficiência física (incluindo ostomia), auditiva, visual e intelectual (inclui Transtorno do Espectro do Autismo), Centros de Reabilitação habilitados previamente em apenas uma modalidade de reabilitação, Oficinas Ortopédicas, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e a Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência através de Unidades de saúde hospitalares e de urgência e emergência, no qual inclui atenção odontológica hospitalar à pessoa com deficiência e os leitos de reabilitação existentes nas unidades hospitalares.

Tive a oportunidade de participar da rotina dos profissionais que compõem a área técnica em reuniões no Ministério Público na Vara da Infância e Juventude para discutir a inclusão e organização da Rede de Cuidado, apoio à Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência para capacitação dos profissionais do polo Bahia na pesquisa do Índice de Funcionalidade Brasileiro, organizar o instrumento de avaliação dos Centros Especializados em Reabilitação, reunião para construção da portaria estadual de Estratégia de fortalecimento das ações de cuidado das crianças com Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika e da organização e relatoria do I Fórum Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), que teve como objetivo reunir coordenadores e profissionais da assistência dos serviços especializados que compõem a RCPD, coordenadores dos Núcleos Regionais de Saúde e da Atenção Básica, além de profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), no intuito de fomentar a discussão de fluxos assistenciais, articulações entre os pontos de atenção e estratégias para resolução das dificuldades da rede.

A vivência me possibilitou a imersão, sensibilização, compreensão e aquisição de conhecimentos sobre a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, ainda com pouca articulação entre os diferentes níveis de atenção e entre outros setores, sendo necessário aumentar o diálogo entre os profissionais para fortalecer e integrar a rede, tendo a Atenção Básica como coordenadora do cuidado.

Durante os últimos seis meses, fiquei no estágio Rede Cegonha, que é constituída pela coordenação de Saúde da Mulher e da Criança, instuída pela Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS,V de 2010, a partir das seguintes diretrizes:

I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;

II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;

III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;

IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e

V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Em 2011, o Ministério da Saúde, considerando que a saúde da mulher é uma prioridade do seu governo, elaborou o documento "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Princípios e Diretrizes", em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Nesse sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2011).

E com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). A política abrange os cuidados com a criança da gestação aos 9 anos de idade, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal nasceram de um esforço do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde da Mulher do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGSM/DAPES/ SAS/MS), em conjunto com diversas áreas do Ministério e outras instituições, sociedades e associações de profissionais (médicos e de enfermagem) e das mulheres, no intuito de qualificar o modo de nascer no Brasil (BRASIL, 2017).

Durante algum tempo foi necessário me apropriar da temática, realizando leituras dessas políticas para compreensão da Rede Cegonha, pois ainda não tinha tido oportunidade de conhecer e vivenciar essa linha de cuidado. Apesar da relevância e interesse pela temática, inicialmente demorei em me situar e encontrei algumas dificuldades para inserir-me no campo, pois o acesso foi apenas na gestão, composta por uma Coordenação Municipal de Saúde da Mulher e uma Coordenação de Saúde da Criança, representado por duas coordenadoras, havendo pouco espaço para troca de conhecimentos.

Foi idealizado dar continuidade aos projetos de intervenção e qualificação da triagem pré-natal e triagem neonatal e do mapeamento da rede materno infantil no município de Lauro de Freitas, desenvolvidos pelas residentes Carla Patrícia e Leticia Rangel, no ciclo de estágio anterior, mas diante das dificuldades encontradas por elas, para abertura do campo para desenvolvimento dos projetos, foi proposto pela referência a priorização de execução apenas de um dos projetos, o matriciamento e avaliação do frênulo lingual, que foi executado na USF São Judas Tadeu.

Por dificuldades semelhantes não consegui desenvolver os projetos e então com a saída do apoiador pedagógico institucional e a chegada da nova apoiadora, o produto foi repactuado, onde me propus a identificar como se dá o acesso e o funcionamento da rede de cuidado materna e infantil à gestante com transtorno mental e em situação de rua no município de Lauro de Freitas, analisando o contexto de organização, funcionamento da rede de cuidado materna e infantil, observando como acontece a comunicação e os encaminhamentos entre os profissionais dentro dos serviços e entre diferentes os níveis de atenção.

A justificativa do trabalho é a importância em melhorar cada vez mais o atendimento às gestantes, fomentando a articulação de ações de Saúde Mental e Rede Cegonha entre as equipes da Estratégia Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial e Centros Especializados, pelo processo de matriciamento com ênfase na integralidade do cuidado e resolubilidade assistencial. Reconhecendo que a gestação e o puerpério são momentos de maior risco para o desenvolvimento e exacerbação de sofrimento mental; considerando o desafio para profissionais de saúde, especialmente da atenção básica, no cuidado a essas gestantes e a necessidade de dedicar atenção especial a essas mulheres.

De acordo com a classificação do Manual Técnico do Ministério da Saúde em Gestação de Alto Risco, entre outros, estão os transtornos psiquiátricos e uso de álcool e drogas, a partir dos protocolos assistenciais do Pré-natal de Alto Risco, elaborados pelo Ministério da Saúde, construímos fluxos de atendimento à gestante com transtorno mental, com a participação dos profissionais da gestão da Atenção Básica e propomos que sejam compartilhados com os trabalhadores de diferentes níveis de atenção que compõem a rede, para discussão e implantação nos serviços, através de Grupo de Trabalho (BRASIL, 2012).

Os encontros se deram através de participação em reuniões de equipes, entrevistas individuais agendadas nas USF's, CAPS II, CAPS AD, CAPS IA, ambulatório especializado em atendimento de pré-natal de Alto Risco, CEO, CREAS, conversas com agentes comunitários de saúde e contato telefônico com profissional do Consultório na Rua.

Utilizou-se a entrevista semiestruturada e observação sistemática, onde foram questionados aos entrevistados sobre a identificação, condução do cuidado, encaminhamentos, dificuldades e papel do serviço no cuidado às gestantes em sofrimento mental.

Os sujeitos participantes foram seis profissionais de saúde do Centro de Atenção Psicossocial, quinze profissionais da Estratégia Saúde da Família, um profissional do Pré-natal de Alto Risco, um profissional do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um profissional do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e um profissional do Consultório na Rua.

Como fonte auxiliar na busca de dados de informação foram consultados profissionais da Superintendência da Atenção Básica, contida a Rede Cegonha, Saúde Bucal e apoiadoras institucionais. Entre os profissionais que responderam ao questionário foram, quatro médicas, seis enfermeiras, um professor de educação física, quatro psicólogos, duas assistentes sociais, um dentista e sete agentes comunitários de saúde. No total participaram vinte e cinco profissionais.

Observa-se através dos dados coletados:

- Sofrimentos mentais graves;
- Risco de suicídio;
- Tentativa de abortamento;
- Indiferença e rejeição a gestação;
- Violência doméstica;
- Vulnerabilidade social e econômica;
- Isolamento social;
- Hipertensão
- Rejeição a criança
- Déficit cognitivo;
- Baixa escolaridade;
- História familiar de transtorno mental;
- Gravidez na adolescência;
- Uso abusivo de substâncias psicoativas;
- Transtorno mental desenvolvido durante a gravidez e
- Depressão pós-parto.

Os fluxos internos observados nos serviços são:

Nas USF's:

- Porta de entrada para acolher a gestante;
- Realizado o pré-natal de risco habitual, compartilhado entre consultas médicas e de enfermagem;
- Prescreve os exames necessários ao pré-natal;
- Referência para o CAPS e Pré-natal de alto risco quando necessário;
- Forma de comunicação através de ficha de referência;
- Acompanha o acolhimento em outros serviços através de relatos pelas usuárias.

Nos CAPS:

- O cuidado é realizado por equipe multidisciplinar, composta por médico psiquiatra, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, terapeuta ocupacional, professor de educação física, assistente social, arteterapeuta, farmacêutico e técnico de farmácia;

- Há oficinas, grupos terapêuticos, atendimentos individuais, práticas esportivas, dispensação de medicação e orientação para o uso;
- Referenciar para outros pontos da rede de cuidado quando necessário;
- Forma de comunicação através de ficha de referência.

No Pré-Natal de Alto Risco:

- Triagem pela enfermagem;
- Pré-natal e consulta puerperal com médico obstetra.
- Atendimento com psicóloga;
- Grupo de gestante;
- Referência para a maternidade.

Observa-se em todos os níveis de atenção:

- Pouca articulação entre as equipes e entre profissionais de diferentes pontos da rede de cuidado de saúde.
- Os encaminhamentos são realizados através de ficha de referência e contrarreferência, mas muitas vezes sem resposta formal ou certeza do acolhimento e chegada do usuário no serviço referenciado.

Observa-se na Atenção Básica:

- Fragilidade de visitas domiciliares às gestantes, devido a falta de ACS;
- Fragilidade na vinculação da gestante para o pré-natal de alto risco e CAPS, realizado apenas através de encaminhamento por escrito;
- Fragilidade na coordenação e continuidade do cuidado, com desconhecimento da vinculação e plano terapêutico da rede especializada, ausência de retorno da gestante às consultas, sem busca ativa.
- Falta de compartilhamento dos casos com as equipes de NASF;
- Fragilidade na garantia de encaminhamento à consulta odontológica;
- Atenção focada na demanda do pré-natal.

Observa-se nos CAPS:

- Desconhecimento dos profissionais sobre o itinerário terapêutico do usuário, como Unidade de Saúde da Família de referência ou realização do Pré-natal de Alto Risco no centro especializado;

- A classificação de gestação de alto risco é desconhecida por alguns profissionais;
- Atenção focada apenas na demanda de saúde mental.
- Observa-se no atendimento especializado em pré-natal de alto risco:
- Pouca ou nenhuma articulação entre os profissionais do serviço e entre profissionais de diferentes pontos da rede de cuidado de saúde;
- Falta de planejamento prévio do parto pelos profissionais do Pré-natal de Alto Risco.

As dificuldades encontradas nas USF`s são:

- Falta de recebimento da contrarreferência;
- Falta de comunicação entre outros níveis de atenção;
- Falta de planejamento prévio do parto, dialogado com o alto risco;
- Longo tempo de espera para agendamento no pré-natal de alto risco (aproximadamente sete semanas);
- Grande número de demandas a serem cumpridas;
- Falta caderneta da gestante;
- Dificuldade de agendamento de ultrassonografia obstétrica;
- Insuficiência na quantidade de dentistas (apenas um profissional para três equipes);
- Insuficiência de vagas para atendimento com psicólogo do NASF;
- Falta telefone para realizar contato com as gestantes e outros serviços;
- Dificuldade com transporte para realizar visita domiciliar.
- Distância entre outros pontos da rede;
- Baixa condição financeira das gestantes para transporte;
- Violência urbana promovendo sofrimento mental;
- Falta de medicamentos imprescindíveis, como Sulfato ferroso e Ácido fólico;
- Ausência de dados da conduta terapêutica por outros serviços na caderneta da gestante;
- Falta de informatização com prontuário eletrônico.

Nos CAPS:

- Absenteísmo das usuárias;
- Falta do transporte para realizar visitas domiciliares e buscas ativas;
- Acesso aos familiares para inclusão no cuidado;
- Aceitação de encaminhamento para especialista por profissional não médico;
- Desconhecimento do cuidado pela Atenção Básica e Pré-natal de alto risco;
- Falta de comunicação com outros pontos da rede.

No Pré-natal de Alto Risco:

- Falta de comunicação entre os profissionais sobre o cuidado das usuárias dentro do serviço e entre outros serviços;
- Ausência de dados da conduta terapêutica por outros serviços na caderneta da gestante;
- Falta de informatização.

No Hospital Menandro de Faria:

- Dificuldade de abertura da gestão para diálogo com coordenadores da Atenção Básica;
- Ausência de equipe médica completa;
- Fragilidade no processo de vinculação com as gestantes;
- Encaminhamento inseguro para maternidades fora do município.

Dificuldades comuns encontradas nas USF's, CAPS E Pré-Natal de Alto Risco:

- Falta de comunicação entre outros níveis de atenção;
- Falta de informatização com prontuário eletrônico;
- Ausência de descrição de dados por outros serviços na caderneta da gestante.

Observa-se:

- A falta de veículo impossibilita ou dificulta as visitas domiciliares e busca ativa.
- A falta sistema informatizado dificulta a organização dos prontuários e busca de dados cadastrais.

Apresentamos o percurso e o resultado do trabalho em reuniões com a gestão da Superintendência da Atenção Básica, apoiadores institucionais, NASF, coordenação e trabalhadores da Saúde Mental e coordenação da Atenção Especializada.

Foram realizadas atividades de Educação Permanente sobre Matriciamento para as equipes dos CAPS II, AD e IA, pela apoiadora pedagógica institucional do estágio das linhas de cuidado Rede Cegonha e Saúde Mental.

Criados fluxos da rede de cuidado às gestantes com transtorno mental e/ou puérperas com diagnósticos prováveis de transtorno mental e em situação de rua, com a residente Tayane Freitas, do estágio da linha de cuidado em Saúde Mental, com a colaboração da gestão da Atenção Básica e a apoiadora pedagógica institucional.

Consideramos que para instituir as orientações propostas pelo Ministério da Saúde para o pré-natal de alto risco, poderão ser construídas pelos gestores, trabalhadores e usuários, propostas de intervenção, fluxos, organização e qualificação da rede de atenção com olhar:

- estratificação de risco;
- acolhimento e encaminhamento responsável ao estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco, por meio da regulação;
- coordenação e continuidade do cuidado;
- vinculação da gestante ao pré-natal de alto risco;
- acompanhamento do plano de cuidados elaborado pela equipe multiprofissional do estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco;
- elaboração e atualização, por meio de equipe multiprofissional, o Projeto Terapêutico Singular e o Plano de Parto, segundo protocolo específico a ser instituído por cada estabelecimento.
- E enfim, o que for preciso para atender as necessidades de saúde da mulher grávida ou puerpéra em sofrimento mental e em situação de rua, considerando sua singularidade e os aspectos biopsicossóciais.

A vivência me possibilitou compreender através do diálogo com os profissionais responsáveis pelo cuidado das gestantes identificadas em diferentes níveis de atenção e tive a impressão durante os relatos sobre o cuidado, que falamos sobre pessoas diferentes, quando se tratava da mesma pessoa. Em alguns momentos com equipes de atenção básica, em outros atenção especializada. Pois o cuidado parecia ser da demanda, dos procedimentos, da queixa e não da pessoa, vista de forma integral, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

A atenção básica focada apenas na demanda do pré-natal, exames físicos, bioquímicos e de imagem, desenvolvimento do bebê, medicação utilizada durante a gestação e encaminhada para o CAPS para tratar o sofrimento mental. Novamente encaminhada para o ambulatório especializado em pré-natal de alto risco para consulta com médico obstetra, para cuidar do desenvolvimento do feto e dar assistência à mulher nesse período da gravidez, através dos exames pré-natal.

Assim, de forma fragmentada, sem articulação da rede para elaborar um plano de cuidado, levando em consideração a mulher, sua história e organização de vida.

6. O que foi aprendido (Considerações finais e reflexões sobre a vivência).

Durante esses últimos dois anos no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família avalio que a experiência contribuiu em meu processo de aprendizagem, permitindo desenvolver um cuidado integrado entre diferentes categorias profissionais, através da construção coletiva de projetos terapêuticos e cuidados em saúde.

A partir dessa experiência reconheço a importância da Atenção Primária para a Saúde Pública no Brasil e a necessidade em desenvolver um cuidado articulado com os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde e outros setores que possam contribuir para a integralidade da atenção.

É fundamental que durante o processo da residência seja fornecido apoio necessário para que sejam desenvolvidas e cumpridas às atividades propostas, os direitos e deveres dos residentes, do corpo pedagógico, dos coordenadores e do programa de residência.

O planejamento e apoio para o desenvolvimento das ações é fundamental, para que os instrumentos orientadores não se tornem apenas palavras escritas e que os residentes e corpo pedagógico não sejam avaliados, sem antes conhecer suas atribuições e receber suporte para isso. Sugiro que o programa de residência se auto avalie, reconheça as suas fragilidades, construa atividades pedagógicas melhor elaboradas, com aprofundamento científico, se coloque no lugar e tenha mais cuidado com os residentes. E Pondere quanto ao número e suficiência de profissionais responsáveis para desenvolver as atividades pedagógicas previstas.

Fica em mim, o sentimento ao longo desses dois anos, de uma formação com fragilidade no embasamento teórico científico e uma prática empírica, sendo necessário definir prioridades e planejar ações de forma estruturada e com uma visão mais sistemática, potencializando o momento da execução, foi necessário uma atitude ativa pela busca de conhecimento para compensar a falta desses espaços. Sinto o quanto teria sido útil e rico o aprendizado, se as atividades práticas tivessem sido desenvolvidas de forma articulada com a teoria e baseada em evidência.

A incompreensão e resistência por parte de alguns servidores com o objetivo da residência de fortalecer e possibilitar o avanço da Atenção Primária à Saúde, a partir da formação e qualificação dos seus profissionais, do oferecimento à população de um cuidado mais qualificado e integral, através da busca pelo conhecimento e transformação da realidade, dificultou o desenvolvimento das atividades propostas, causando prejuízo na aprendizagem e sofrimento psicológico aos residentes. Sendo necessário um estudo mais aprofundado das razões que levaram a esse cenário de oposição ao programa de residência, culminando em sua saída antes do tempo previsto. Para evitar tal situação é necessário conhecer as

intenções, abertura do campo de prática e organização da Rede de Atenção à Saúde, antes da inserção do programa de residência.

E mesmo sabendo que a dor é pedagógica, acho que o processo de construção de conhecimento poderá ser desenvolvido com mais amor e menos dor, com maior apoio pedagógico, com um desenho do programa de residência bem definido e possível de ser executado, com uma avaliação prévia da unidade de aprendizado de saúde e da organização da Rede de Atenção à Saúde do município proposto para ser o campo de prática.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde- 2011-2015. Resultados e Perspectivas*. Brasília-DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea- N.28- Volume I*. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica. N.28, volume II*. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Cegonha*. Brasília-DF, 2011. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: Dezembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual Técnico. Gestaçao de Alto Risco- Manual Técnico, 5ª edição*. Brasília, 2010. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em Dezembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília – DF, 2004. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em Dezembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília-DF, 2004. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm. Acesso em Dezembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestaçao de Alto Risco*. Brasília-DF, 2003. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em: Dezembro de 2018.

Franco, Túlio Batista; *Integralidade na Assistência à Saúde: A organização à Linhas de Cuidado*. IN: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo, SP: HUCITEC, 2004-2ª. edição.

FESF-SUS/FIOCRUZ. *Projeto Político Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, 1ª Versão*, Salvador, 2017. Disponível em: < <http://ava.fesfsus.ba.gov.br>> Manual dos serviços. Acesso em: Janeiro de 2018.

FESF-SUS/FIOCRUZ. *Manual de atribuições da preceptoría, apoio pedagógico e coordenação, 1ª Versão*, Salvador, 2017. Disponível em: < <http://ava.fesfsus.ba.gov.br>> Manual dos serviços. Acesso em: Fevereiro de 2019.

FESF-SUS/FIOCRUZ. *Manual para organização de serviço, 1ª Versão*, Salvador, 2017. Disponível em: < <http://ava.fesfsus.ba.gov.br>> Manual dos serviços. Acesso em: Fevereiro de 2019.

JÚNIOR, José Patrício Bispo; *Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais*. Mangueiras, RJ: Ciência & Saúde Coletiva: Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 15(Supl. 1): 1627-1636, 2010.

PMC/SMS - PREFEITURA MUNICIPAL DE LAURO DE FREITAS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. LAURO DE FREITAS: SMS.