



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA/ FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

LETÍCIA BIÃO SANTOS

**MEMÓRIAS, AFETAÇÕES, DESAFIOS E DESCOBERTAS DE UMA
ENFERMEIRA RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CAMAÇARI – BAHIA
2020**

LETÍCIA BIÃO SANTOS

**MEMÓRIAS, AFETAÇÕES, DESAFIOS E DESCOBERTAS DE UMA
ENFERMEIRA RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família da Fundação Estatal de Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz (FESF-SUS-Ba/Fiocruz) como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Elaine Nunes Pacheco

CAMAÇARI – BAHIA
2020

“Tem lugares que me lembram, minha vida, por onde andei, as histórias, os caminhos, o destino que eu mudei...”

(Minha Vida – Rita Lee)

Sumário

1. Eu, Letícia	5
2. A descoberta do ser e do estar enfermeira	8
3. Experiência do trabalho em equipe e seus desafios	14
4. A escuta e o olhar ampliado	19
5. Saúde Mental	23
5.1. Estágio optativo da residência nos CAPS de Camaçari	25
5.2 Estágio eletivo no CAPS Franco Basaglia em Salvador	30
Considerações finais	37

1. Eu, Letícia

*Menina doce. Doce Menina.
De sorriso leve. E olhos cheios de emoções. Intensas emoções.
Da cabeça aos pés. Busca equilíbrio.
Ser. Ter. Ouvir. Falar.
Amante. Da música. Do ritmo. Da verdade. Da liberdade. Da simplicidade.
Ela é luz, sombra pausa, encanto.
Ela é além do que diz ser.
(Letícia Bião)*

Nascida em Alagoinhas, interior da Bahia, sou a filha de Joanielson e Marluce e irmã de Hebert. Tive uma infância, adolescência e parte da vida adulta regada por muitos desafios enquanto filha e irmã mais velha. A responsabilidade, o fazer certo, a expectativa, sempre estavam perto de mim.

Estudei do maternal a alfabetização no colégio João Paulo. Adorava participar das festinhas, de dançar, de me fantasiar nas datas comemorativas, lá estimulavam bastante minha criatividade. Fui flor, coelhinha, baiana, cigana, bailarina, Pedrita, palhaço, rainha da laranja. Tenho lembranças maravilhosas daquela época.

Da primeira série até o ensino médio estudei no Colégio Santíssimo Sacramento, lá aprendi a olhar para mim e para o outro de maneira diferente, eles sempre estimularam a empatia, a troca, o coletivo, o construir juntos, a organização de peças, as feiras de cultura, a rádio escolar, os jogos com diferentes modalidades. Levo muito disso para a minha vida hoje.

Tive o meu primeiro contato com a área de saúde em uma feira de cultura no terceiro ano do Ensino Médio. Foi a primeira vez que estudei sobre pressão arterial, fiz a primeira educação em saúde sobre hipertensão e diabetes, vi de perto um coração humano, conheci o eletrocardiograma, aprendi a fazer tipagem sanguínea. Fiquei encantada e resolvi prestar vestibular para enfermagem. Para meu pai essa decisão foi bastante complicada, pois minha família paterna tem enraizado cultural e socialmente o pensamento de que médico é quem tem um futuro, ganha bem e não precisa se preocupar com a questão financeira. Durante todo meu curso de enfermagem e até quando me formei passei por diversos questionamentos dos outros sobre o meu caminho profissional. Acredito que toda essa pressão e esses

questionamentos da família contribuíram para minha dificuldade de me enxergar enquanto enfermeira. As dúvidas da minha capacidade ficaram no meu inconsciente e se materializavam na vida real.

Meu sonho era fazer faculdade em Feira de Santana, perto de casa, podendo ir e voltar todo final de semana. Porém o universo me colocou em Salvador, na Universidade Católica do Salvador – UCSAL, morando com pessoas que nunca havia visto na vida. Foi um momento de mudança, amadurecimento, novidades, muito aprendizado e resistência. O primeiro desafio desse período foi me adaptar a minha nova realidade em Salvador, ficar longe da família, trabalhar em mim o receio do novo e do que ele traria, morar com quatro mulheres, três estudantes de enfermagem e uma enfermeira formada (através dela vi o quão corrida era a vida de uma enfermeira emergencista). Conviver com as meninas foi uma prova de resistência, pois cheguei querendo mudar algumas coisas e percebi que não seria fácil, pois já havia uma rotina da casa. Então precisei trabalhar minha paciência.

Durante o curso de enfermagem percebo que fiquei muitas vezes como coadjuvante, devido ao meu jeito de ser da época, mais tímida, introspectiva, observadora. Tinha ideias e não as colocava no grupo, por medo da exposição e por não as valorizar. Teve um momento que consegui me expressar, já no meio do curso em uma apresentação da matéria de didática. Nesse dia tinha uma apresentação para ser feita e não segui o script de ler e interpretar os slides, trouxe exemplos e fui fazendo links com o tema. Fui elogiada pela professora da época ela disse que eu tinha super jeito em me colocar e passar o assunto. Fiquei feliz, mas ao mesmo tempo queria achar um buraco para colocar minha cabeça de tanta vergonha por ser notada.

Na faculdade tive pouco contato com a saúde coletiva, já que minha formação era mais voltada para área hospitalar. Não à toa amava a matéria de fisiologia e clínica médica. A maioria dos estágios era em ambiente hospitalar, passei pelo Irmã Dulce, HGE, Roberto Santos. Meu estágio em unidades de saúde da família foi em uma unidade em Amaralina e fiquei basicamente na sala de vacina, mas muito voltado para a técnica de aplicação. Foi através da professora Joana Molesini que tive contato com a saúde pública, pois fui convidada a participar de um grupo de estudos na UFBA e a desenvolver um trabalho sobre cobertura vacinal que terminou sendo

meu trabalho de conclusão de curso. Durante essa experiência percebi o quão minha visão para o SUS era rasa e simplista. Tentei me aproximar, mas não pude me dedicar, pois durante esse processo, meu pai descobriu estar com câncer de próstata, e minha energia se voltou para dar suporte a família. Foi um período onde me senti sobrecarregada, assumi o papel de âncora da família. Muitas vezes precisei ser enfermeira, psicóloga, mediadora de conflitos e, mais uma vez, fui questionada quanto a minha profissão.

Após a formatura fiz algumas especializações. A primeira foi em UTI e Emergência, pois não sabia o que eu queria dentro da enfermagem e as pessoas falavam que nessa área era mais fácil encontrar emprego. Hoje, eu vejo que não tem nada a ver comigo, não tenho perfil para atender uma pessoa de maneira pontual, sem criar vínculo e focado apenas na doença. A segunda foi em Saúde do trabalhador, sempre tive interesse nessa área, pois acredito que é preciso ter um olhar atento ao trabalhador. E por ter essa visão, logo quando entrei na residência, percebi o adoecimento de alguns trabalhadores.

Tentei concursos públicos dentro e fora da área de Enfermagem e sempre “bati na trave”. Então em janeiro de 2018, fiz minha inscrição na residência de saúde da família, de última hora, sem muitas expectativas, por insistência de meu irmão e de uma amiga, vi uma oportunidade de explorar algo novo.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde foi instituído pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. É definido como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltado para a educação em serviço e destinado às categorias profissionais que integram a área de saúde, é desenvolvido em regime de dedicação exclusiva com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos (MOREIRA et al., 2016).

Consegui e fiquei feliz e angustiada ao mesmo tempo, sem saber o que estava me esperando, a final não procurei muitas informações sobre a residência, sabia que tinha um campo de prática em Lauro de Freitas e torci muito para ficar lotada lá, mas não deu certo - “Graças a Deus”. Queria muito ficar na mesma unidade de minha amiga, porque já tínhamos um laço afetivo desde a 3ª série, acreditava que seríamos um suporte uma da outra, que conseguiríamos desenvolver um trabalho mais tranquilo juntas, porém como tudo na vida é experiência e aprendizado fui

lotada para uma unidade diferente da dela. Hoje agradeço, pois não sei se teria me desenvolvido e crescido tanto.

Entrei com a expectativa de descobrir minhas habilidades como enfermeira de saúde da família, de conhecer e compreender como funciona o SUS na prática, de trabalhar em uma equipe multiprofissional, de ampliar meu olhar a cerca da saúde, de compreender o processo de trabalho da unidade, de sair da minha zona de conforto e de estar sempre me desafiando.

2. A descoberta do ser e do estar enfermeira

“Melhor fazer valer a pena, e é bem melhor se conhecer...”

(Fica Tudo Bem – Silva)

A enfermagem é uma profissão central na Atenção Básica, segundo Biff et al. (2020), o enfermeiro integra a equipe mínima como preconizado pelo Ministério da Saúde e sua presença tem papel fundamental para influenciar a qualidade da assistência prestada. Assim como afirma Frota (2020), ao dizer que, com a criação e implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), o profissional enfermeiro firma-se como protagonista na ampliação e garantia de acesso a Atenção Primária à Saúde (APS) à população.

O modelo da residência em saúde da família, proposto pela Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF), prevê que os residentes assumam a linha de frente dos serviços da unidade. Para isso, existia uma agenda padrão, dividida em turnos, com os seguintes serviços: acolhimento, consulta de enfermagem, reunião de equipe, atividades coletivas, visita domiciliar, turnos pedagógicos. No manual de serviço proposto pela FESF, eles especificavam a quantidade de consultas, de acolhimento e de atividades coletivas para equiparar todos os profissionais, porém na prática ficou perceptível que havia uma necessidade de ajuste dessas agendas constantemente devido a fatores externos como capacitações do município, atividades externas propostas pela FESF (grupo diversidade, projeto de intervenção, contagem de carga horária, turnos de formação dos preceptores), atividades do Programa Saúde na Escola entre outros.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz em seu escopo as atribuições da enfermeira na Atenção Básica que são:

Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida; Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas; Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco; Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS; Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS (BRASIL, 2017).

Além dessas atividades, também desenvolvi as de administração da unidade, como consolidado de vacina, consolidado de testes rápidos, consolidado das triagens pré-natais, supervisão das técnicas de enfermagem, realização de curativos, solicitação de segunda via das triagens pré-natais e neonatais, acionamento das áreas técnicas para discussão dos casos de tuberculose, hanseníase, gestantes, crianças, diabéticos, hipertensos, e outros. Ficou cansado ao ler? Pois é, eu também. A enfermeira realmente tem uma sobrecarga de trabalho se comparado aos outros integrantes da equipe.

Como falei anteriormente, estudei em uma universidade onde a saúde pública não era prioridade na matriz curricular e me deparei com colegas vindos de universidades públicas com mais aproximação do SUS alguns já tinham até feito outra residência. Por isso, precisei buscar essas lacunas de aprendizado durante o processo de formação. É sabido que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) junto com as Instituições de Ensino Superior (IES) têm como objetivo nortear a elaboração dos currículos para os cursos de graduação e assegurar uma formação básica sólida dos profissionais. Porém, ainda, não se visualiza materialização das DCN nos currículos da área de saúde e concretas articulações entre teoria e prática, principalmente, nas instituições particulares (FROTA ET AL., 2020).

Durante esse dois anos, grande parte das vezes, busquei o conhecimento teórico sozinha, pois mesmo havendo espaços pedagógicos, como rodas de núcleo, por

categoria profissional, para tratar temas da área, rodas de campo para debater o processo de trabalho, seminários e turnos pedagógicos, muitos eram subutilizados pelos residentes devido ao cansaço do dia, já que as rodas aconteciam durante a semana das 17h às 19h e outros espaços não eram planejados para a realidade que estávamos vivenciando no dia a dia. Trago isso como uma reflexão, pois espaços como esses são fundamentais ao desenvolvimento de um pensamento crítico durante o processo de formação profissional.

Dizem que ser e estar são coisas diferentes, durante os últimos 2 anos utilizei muito a expressão “estar enfermeira”. No dicionário o significado da palavra SER é “ter identidade, característica ou propriedade intrínseca” ou “apresentar-se em determinada condição ou situação” e o da palavra ESTAR é “encontrar-se (em certo momento ou lugar, transitoriamente)”. Por isso, hoje digo que estive enfermeira de saúde da família da USF PHOC III e saio enfermeira especialista em saúde da família. Descobri minha capacidade de liderança, desenvolvi a habilidade: de mediar conflitos e saber colocar limites, de ouvir sem emitir juízo de valor, de me comunicar de forma mais clara e objetiva, de trabalhar em equipe e de controlar as emoções nos momentos necessários.

Descobrir-me no papel de enfermeira de uma unidade de saúde da família foi desafiador, pois precisei me desconstruir por inteiro. Comecei uma pessoa insegura, de poucas palavras, cheia de receio do julgamento do outro, sem acreditar no meu potencial, sem me colocar nos espaços. Os primeiros meses foram intensos: acordar cedo, ir para Camaçari, acolher, atender, fechar serviços por falta de recursos materiais e/ou humanos, estar na linha de frente nos momentos de tensão, viver intensamente aquela realidade. Isso tudo, o medo de assumir uma equipe e o de ainda não me enxergar naquele espaço foram muitas coisas, em um curto espaço de tempo, para elaborar. Todos esses acontecimentos despertaram em mim um misto de sentimento de frustração, medo, angústia, abatimento, agitação, agonia, apatia, esgotamento físico e mental, desânimo e desamparo. No estresse ligado ao trabalho, a primeira reação é a sensação de exaustão, esgotamento, sobrecarga física e mental e dificuldades de relacionamento (MOREIRA ET AL., 2016).

Isso foi relatado no meu portfólio, uma plataforma onde escrevia sobre as vivências da residência, onde trago a descrição de uma rotina desgastante para quem estava tendo sua primeira experiência enquanto enfermeira:

“Acordei, 05:30, não quero ir hoje, respiro fundo, sentimento de ansiedade, tomo banho, ajeito as coisas, como rápido para não atrasar o pessoal, hoje não deu tempo de meditar nem de fazer nadi shodana, saio de casa, 06:30, dou bom dia ao porteiro, “Nunca mais te vi, Leti”, eu respondo: “É a correria”, vou andando até o ponto, aguardo o transporte, dou bom dia ao pessoal, vamos sentido Camaçari, observo o vai e vem dos carros, dos ônibus e das pessoas. Chego à unidade, dou bom dia a vigilante e aos usuários da sala de espera, alguns já abordam para saber sobre alguns serviços, converso, oriento e/ou peço para aguardar. E sigo para fazer as atividades do dia. Estou no acolhimento, alguns colegas estão atrasados, faço sala de espera, o colega chama, o usuário chama, a gerente quer que você resolva uma função que na realidade é dela, (respiro fundo), outro usuário chama, o médico chega pergunta um fluxo, outro usuário chega exigindo ser atendido, (respiro fundo, algumas emoções, raiva, apreensão), termino acolhimento às 12:30, vou ao banheiro, reflito: “não bebi água o dia todo”, lavo as mãos, sigo para almoçar, alguém para e fala sobre um assunto pendente. Vou a recepção pegar os prontuários, não estão separados, peço ao recepcionista que diz “daqui a pouco eu pego”, 13:20 e nada dos prontuários, (respiro fundo) vou e pego todos, atendo os pacientes. 17:00, aguardo transporte, hoje vamos pela BR. 19:00, “ Ufaa cheguei em casa”. Tomo banho, quero comer algo, mas não tenho força para preparar nada, meu irmão chega, converso rapidamente, arrumo as coisas para o dia seguinte, sento um pouco no sofá, tomo um iogurte, começo a cochilar, meu irmão fala: “Vai descansar”, minha mãe liga para saber como foi o dia, respondo “normal”. Durmo, sono agitado, acordo algumas vezes, despertador toca, 05:30, penso: “Já! Não quero ir hoje...e começa tudo de novo”. Essa é minha rotina desde março. E de lá para cá apareceram algumas reflexões: Será que está fazendo sentido acordar às 5:30 e voltar às 19h? Perder 6kg em 5 meses é “normal”? Eu estou feliz? Será que há algo de errado nesse lugar ou é algo de errado comigo? Esses questionamentos estão constantemente tomando conta de mim, principalmente nesse último mês”.

É sabido que os programas de residência são caracterizados por um período de desenvolvimento pessoal e profissional marcado por longas jornadas de trabalho, pouco tempo para descanso, privação do sono, constante cobrança de preceptores e pacientes, aumento da responsabilidade profissional e diminuição do tempo para a vida social, amigos, família e lazer. Pode-se considerar também que esse período é marcado por diversas mudanças no estilo de vida, levando ao prejuízo na saúde física e mental, interferindo na qualidade de vida (MOREIRA ET AL., 2016)

A rotina de tantas demandas de uma enfermeira residente em uma USF estava me prejudicando. Eram muitas coisas para dar conta como: estudar para fazer um atendimento, ler sobre algum assunto para o turno pedagógico, pensar em algo para o grupo, lembrar de enviar - email solicitando segunda via, discutir caso com a

colega, ver o que seria discutido na reunião de equipe, acolher e discutir os casos com os dois médicos que passaram pela equipe em um curto espaço de tempo, dar conta de solicitar visita domiciliar para a agente comunitária de uma gestante que não apareceu na consulta, entre outras coisas.

Então me questionei diversas vezes “Como é possível, em meio a tantas demandas e obrigações, encontrar um ritmo mais ajustado, que me permitisse ver a vida e não viver como se estivesse apostando uma corrida contra ela?”. Depois de passar por vários episódios de estresse e crises de ansiedade que comprometeram a minha saúde mental e física – perdi 6kg, percebi que o modo de vida tão alucinado que eu estava levando, não fazia o menor sentido.

Por vivermos em uma sociedade que reforça, a todo o momento, a habilidade de fazer várias coisas ao mesmo tempo, me colocou em um contexto de excesso de estímulos, de agir no automático e me levou a uma inquietação. Eu quero ser uma enfermeira diferente, fora da caixa, eu quero dar o meu melhor, eu quero fazer diferente, eu não quero viver em uma “rodinha do hamster”, onde os dias passam e as demandas só acumulam.

O trabalho na saúde gera desgaste, “stress” e adoecimento. Os dados mostram que 65,9% dos enfermeiros declararam desgaste profissional. O aumento é crescente e gera depressão, obesidade, extremo cansaço, sentimento de desvalorização (SILVA E MACHADO, 2020). A sintomatologia da Síndrome de Burnout é variada, sendo composta por sintomas somáticos - exaustão, fadiga, tensão muscular, cefaleias, distúrbios gastrointestinais e alterações do sono, psicológicos - humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo, alheamento e desinteresse, e comportamentais - fazer consultas rápidas, evitar pacientes e o contato visual (MOREIRA ET AL, 2016).

Segundo a autora Patrícia Merck (2019) o ritmo, a expectativa e a abundância de informação nos tornam reféns de algo que nem sempre escolhemos. Parar, avaliar e resignificar é preciso. Cuidar do corpo e da alma é fundamental. As demandas aumentaram no mês de novembro devido aos desfalques nas equipes da unidade. Com o final do Programa Mais Médicos para os cubanos, o médico da equipe 18 precisou voltar para Cuba, e com a contratação de médicos brasileiros para o programa, o médico da minha equipe foi para outro município. Então ficamos com

uma demanda reprimida, o serviço do acolhimento a demanda espontânea lotado. Dessa forma houve um acúmulo de funções para os enfermeiros, já que além de exercer as atividades assistenciais, muitas vezes somos referência para o funcionamento da USF. O território superestimado e o déficit de força de trabalho, relacionado a ter que assumir o trabalho de colegas; a complexidade das demandas de saúde da população e as dificuldades em atender as expectativas dos usuários aumentaram a carga de trabalho para os outros profissionais (BIFF ET AL., 2020).

Precisava sair daquele ambiente e respirar. Fiz isso, tirei férias, parei, me observei, me questionei, conversei com minha rede de apoio, voltei a fazer atividades que me faziam bem, como yoga, forró, e busquei ajuda profissional. Ter com quem contar nesse momento foi fundamental para meu crescimento, enquanto pessoa e enfermeira. Como trago em um trecho escrito no portfólio:

“A vida passa rápido demais! É uma constatação minha dos últimos meses. Muitos porquês começaram a ser respondidos a partir do momento que comecei a olhar para dentro. Escutei muito mais a mim do que ao outro. E isso foi essencial para tentar olhar de uma maneira diferente para a minha rotina. Não quero dizer que as dificuldades desapareceram como forma de mágica, de maneira nenhuma, elas continuam lá, vivíssimas.”

A partir disso comecei a buscar o equilíbrio, os meus talentos, a paciência, a me escutar, a acreditar na minha capacidade enquanto enfermeira e as descobertas foram impulsionadoras.

“Isso aconteceu durante um atendimento a uma mulher, jovem, negra, com deficiência visual, acompanhada pelo filho de 10 anos que buscou o serviço para realizar um preventivo. Apresentei-me e pedi a criança para aguardar no corredor. Perguntei se ela precisava de ajuda e ela aceitou. Logo me atentei que aquele era um ambiente novo para ela, acomodei-a no consultório e comecei a consulta. Ela me perguntou se o exame era completo, porque as vizinhas falaram que no posto não fazia, só na Gleba E com Dr. Rodolfo. Expliquei o objetivo, como era realizado, quando eu precisaria encaminhá-la para Gleba E, e pedi a ela para segurar e sentir os materiais de coleta. Ela relatou: “Na última vez me senti invadida, não conversaram comigo, me colocaram na cama, mandaram eu abri as pernas, colocaram aquele negócio, eu tremia dos pés a cabeça. Não me respeitaram. Por isso nunca mais vim fazer”. Levei-a até o banheiro para se trocar e perguntei se precisa de ajuda para se despirm, já que estava em um ambiente diferente, ela disse que não. Ajudei a sumir na maca, fiz o exame das mamas e a orientei como e quando fazer. Pedi para que se deitasse e tentasse relaxar mesmo diante de um exame tão chato e cheio de incômodo, mas necessário. Fui explicando passo a passo, até a coleta. Ao final da consulta quando estava renovando a receita do método contraceptivo, ela agradeceu a atenção e o cuidado. Aquelas palavras me fizeram ver que eu estava no caminho certo. E percebi que isso eu não fazia ou não fiz só com ela, eram com todas as pacientes. Só eu não percebia.”

Atribui-se ao profissional enfermeiro a realização de uma assistência integral, que abrange a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde de indivíduos e famílias. Ele sempre deve estar atento para trabalhar em parceria com usuário, mostrando a sua parcela de responsabilidade sob o cuidado à saúde (BRASIL, 2017). Por isso compreendi que existe um limite entre o que eu quero e o que eu posso fazer naquele momento para ajudar o outro e isso tirou um peso gigantesco das minhas costas, pois diversas vezes ficava com o sentimento de dever não cumprido, de que poderia ter feito algo mais. Isso ficou mais claro no segundo ano de residência quando comecei a iniciação à preceptoría, meu olhar estava diferente, consegui orientar, tranquilizar, pedir calma, trocar, apoiar e construir junto com os residentes do primeiro ano. Tanto que uma das ACS virou para mim e disse “Sabia que você seria uma ótima enfermeira, pela forma como você falou na sua apresentação na unidade, como mostrou seus sentimentos” e uma outra me parou no corredor e disse “Você se tornou uma enfermeira retada. Está mais segura de si, “flutuando” pela unidade. Não sei se o medo e a insegurança desapareceram daí, mas eles não estão transparecendo para os outros. Fico feliz com a sua evolução. Está saindo uma outra pessoa.” Descobri características que nem eu mesma sabia que existiam e esse reencontro trouxe mais energia e força vital para o trabalho e para a vida.

3. Experiência do trabalho em equipe e seus desafios

Em meio a plateia ouvi cuidadosamente cada palavra dita por ela naquele palco.

Esse foi nosso primeiro contato.

Falou um pouco e logo pensei, quanta intensidade.

Identifiquei-me com alguns pontos.

O corpo falou. Arrepiou da cabeça aos pés.

Pensei: sei que cruzaremos nossos caminhos.

E sim, minha intuição não falhou.

O universo te traz algumas pessoas para sua evolução pessoal

(Letícia Bião)

A ESF se propõe a ampliar o acesso aos serviços de saúde, a partir dos princípios que regem o SUS. E para isso requer o trabalho de uma equipe multiprofissional, com habilidades e conhecimento técnico, capaz de identificar e resolver os

problemas de saúde de maior frequência e relevância no território sob sua responsabilidade (MARTINS ET AL., 2012). A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO E ROCHA, 2020). Desde os anos 2000, o trabalho em equipe vem sendo tratado de forma associada à prática colaborativa, visto que não bastam equipes integradas e efetivas, é preciso que equipes de um mesmo serviço colaborem entre si e que profissionais e equipes de um serviço colaborem com profissionais e equipes de outros serviços e outros setores na lógica de redes (PEDUZZI E AGRELI, 2018).

A USF PHOC III foi implantada há 12 anos, no momento de expansão do Programa Estratégia em Saúde da Família e na minha chegada era composta pelos servidores do município - uma gerente, uma reguladora, dois recepcionistas, duas auxiliares de limpeza, duas vigilantes do patrimônio, duas técnicas de enfermagem, uma Auxiliar de saúde bucal (ASB). Era dividida em duas equipes, a equipe 18 formada pelas preceptoras de enfermagem e de odontologia, pelo médico dos Mais Médicos e quatro ACS, e a equipe 40 formada por três residentes (01 enfermeira, 01 médica e 01 dentista) e 05 ACS. A equipe ainda contava com o apoio de uma professora de educação física e 01 nutricionista do NASF. Essa conformação se deu, pois muitos residentes desistiram do programa, o que foi um grande desafio para a equipe, eles precisaram reorganizar todo processo de trabalho para conseguir dar conta das demandas da população. Então chegamos, nós, 04 enfermeiros e 02 dentistas. Nenhum médico residente foi lotado na nossa unidade. Senti que havia uma grande preocupação do corpo pedagógico de preceptores e dos próprios residentes que ali estavam quanto a nossa permanência no programa, devido a desistência em massa no último ano, então conversaram francamente sobre a realidade da unidade.

Lembra quando falei lá no primeiro capítulo que adorava trabalhar com o coletivo? Cheguei à residência achando que seria uma troca maravilhosa com os funcionários da unidade e os colegas residentes, mas logo percebi que não era bem assim. Senti isso quando uma das agentes comunitárias em reunião de equipe falou “Essa Fesf todo dia muda gente, todo dia é uma coisa diferente, era melhor como era antes, a gente conseguia fazer nosso papel...” ou quando o colega falou “Eu não vim aqui para fazer amigos, cada um que faça o seu”. Aquelas palavras me abalaram em um

primeiro momento, a final havia toda uma expectativa criada em cima daquelas pessoas e daquele lugar por mim.

Lembro de uma tarde, onde conversei com os colegas sobre como seria a educação em saúde do grupo de hipertensos e diabéticos, no dia seguinte, mas ninguém se colocou para fazer ou planejar. Questionei uma, duas, três vezes e nada. No outro dia, cheguei à unidade apreensiva, pois tinha estruturado uma atividade, mas não me sentia segura para executar sozinha. A unidade estava cheia e agitada, houve atraso no início dos atendimentos, devido à falta de comunicação da equipe, ninguém sabia sua função no espaço. Diante de tanto caos do lado de fora, não consegui controlar o caos dentro de mim. E desagüei em lágrimas como quem pede “Por favor, vejam o que está acontecendo aqui”. Encontrei apoio em uma das preceptoras, mas não consegui externar tudo que se passava, devido ao meu jeito mais tímido e retraído e também por não sentir confiança, até porque confiar é um processo de construção lenta, por camadas, que acontece com o tempo (BROWN, 2016). Ao final do dia, a maioria dos meus colegas não deu uma palavra de apoio ou de incentivo. Naquele momento percebi o quanto de desafio me esperava pela frente. Pensei que se estivesse com minha amiga, como comentei antes, me sentiria mais segura e teria com quem externar de forma mais fácil tudo que estava sentindo. Nesse mesmo dia teve um momento em que alguém virou para mim e disse que o meu choro era uma forma de me mostrar frágil para os outros e que isso poderia ser usado contra mim. Pode ter sido uma tentativa de me ajudar, mas naquele momento me deixou mais fragilizada. Realmente, muitos colegas passaram a enxergar apenas a Letícia emotiva, sentimental e não enxergaram a Letícia enfermeira. Falaram para eu desistir da residência. Fiquei triste, recuei, ponderei, reavaliei, passei a não me expor, a guardar meus pensamentos e questionamentos. Não me sentia à vontade em me abrir com o grupo. Volta e meia me interrogava: “Por que as pessoas julgam tanto quem mostra suas vulnerabilidades? Por que acham que quem chora é frágil? Por que demonstrar minhas emoções ainda é visto como algo ruim?”. Fui vista e me deixei ser vista durante algum tempo dessa forma. Isso gerou em uma parte da equipe um descrédito quanto ao meu potencial enquanto enfermeira e em outra parte, os mais próximos a mim, um acolhimento, cuidado quanto ao meu processo, mas ao mesmo tempo só viam como alternativa o

meu desligamento da residência. Mas nada acontece nessa vida que não seja aprendido e evolução.

As conversas honestas sobre vulnerabilidade e sobre vergonha podem mudar o mundo, assim como o desejo de nos expor nos transforma nos tornar, um pouco mais, corajosos a cada vez. A vulnerabilidade se baseia na reciprocidade e requer confiança e limites, tem a ver com compartilhar nossos sentimentos e nossas experiências com pessoas que conquistaram o direito de conhecê-los. Estar vulnerável e aberto passa pela reciprocidade e é uma parte integrante do processo de construção de confiança. O resultado disso é um vínculo maior, mais confiança e mais envolvimento (BROWN, 2016).

Compreendi que trabalhar com pessoas é um desafio, pois há um conjunto de fatores como pensamentos, valores, criação, percepções e posturas, que são totalmente diferentes dos nossos e com o tempo aprendi a respeitar essas diferenças. Junto a isso, trabalhar em um lugar com pessimismo, rigidez e insensibilidade, minha e dos colegas, a pressa dos usuários, a falta de clareza e de orientação do programa de residência, em muitos momentos, gerou ansiedade, individualismo, falta de empatia e falta de diálogo entre nós. Então entendi que constituir-se como uma equipe requer trabalho. É uma construção, um processo dinâmico, no qual os profissionais se conhecem e aprendem a trabalhar juntos para reconhecer o trabalho, conhecimentos e papéis de cada profissão, conhecer as características, demandas e necessidades de saúde dos usuários e população, definir de forma compartilhada os objetivos comuns da equipe e realizar o planejamento das ações e dos cuidados de saúde (PEDUZZI E AGRELI, 2018).

Percebi que muito do que acontecia entre as pessoas era reflexo também da rotina. Porque, na correria diária, abrimos mão do nosso sentir, da conexão com o corpo, com os indivíduos, com as nossas necessidades. Entendi que as nossas escolhas são um ato de coragem, mas é também coletivamente que vamos encontrar um novo caminho. Afinal, não dá para colocar só na nossa conta aquilo que o cenário também impõe. A racionalização, a mecanização e a burocratização excessiva do trabalho, impedem a capacidade crítico-criativa dos trabalhadores e são desumanizantes (CASATE E CORREIA, 2005 APUD FONTANA, 2010).

Quando paro e observo a realidade onde estava e a vida, consigo ver, nitidamente, que todos os problemas e dilemas resumem-se a um único ato: o relacionar-se com as pessoas. E desde muito cedo aprendi que o mais sensato é que essa relação seja boa. E como mulher, esse aprendizado veio em doses cavalares. Há uma solicitação mesmo de forma implícita à mulher em ser uma excelente filha, irmã, amiga, namorada, profissional. E muitas vezes não dizem que, em muitos momentos da vida, você não conseguirá ser excelente 24 horas por dia. Quando percebi isso, olhei para tudo que estava vivendo, resolvi mudar algumas reações e posturas em mim. E foi tão libertador pessoal e profissionalmente. Consegui conversar abertamente com os colegas sobre os meus sentimentos. Consegui assumir a postura de me colocar nos espaços.

Parei para analisar e reparei que tudo que me afetava e afeta, para o bem ou para o mal, tem origem e eco nos outros. Nessa jornada senti complexo de inferioridade de quem julguei saber algo a mais do que eu, alimentei o sentimento de injustiça quando considerei que pessoas que ajudei não corresponderam ao que eu esperava delas, senti-me inadequada quando não fui acolhida como desejava, frustrada quando não fui reconhecida por aquilo que julguei ser minha contribuição máxima. Aos poucos fui percebendo que os conflitos não vêm apenas de ações e sim de como elas são percebidas por mim e pelo outro. Nesse percurso encontrei pessoas que não me entenderam e que não concordaram com algumas das minhas posturas e dos meus pensamentos.

Principalmente quando me tornei R2, em diversos momentos observei colegas levando tudo como ofensa pessoal, vendo inimigos e complôs em toda parte, colocando dificuldade em executar algo simples como ajudar na construção de uma atividade em grupo, ajudar no acolhimento da unidade quando estava muito cheio. Eles nunca estavam em paz e não deixavam os outros em paz, reclamavam da gestão, do programa, do corpo pedagógico.

Então descobri que não há prisão maior do que buscar a aprovação do outro, pois quando criamos laços, afetos e uma relação pessoal, às vezes, fica difícil se expressar, falar, deixar claro que não está bom, chamar atenção. Com o tempo aprendi que isso faz parte do trabalho em equipe e passei a me posicionar mais, a questionar mais, a debater, a querer fazer diferente com os residentes que estavam

chegando. Assumi a postura de desenvolver atividades propostas pela preceptoria que foram acordadas em grupo e alguns dos meus colegas não concordaram com meu posicionamento, mas respeitavam. Tirei várias lições desses quase 2 anos convivendo com diferentes pessoas. Parei de gastar meu tempo questionando o que este ou aquele pensava sobre mim. Encarei e aceitei ser desagradada e de que nem sempre é possível agradar aos outros. Nessa batalha tive vitórias e derrotas, a final o caminho para a liberdade, para a serenidade e para a paz de espírito é regado por altos e baixos como tudo na vida.

Apreendi que libertar-se das expectativas alheias e não sobrevalorizar a apreciação dos outros é uma espécie de escudo que me protege da raiva, da autoestima baixa, da rejeição, do complexo de inferioridade. Mas não é um caminho fácil. Ultrapassar as limitações impostas pelos outros e muitas vezes por mim exige prática e vigilância constantes. E nem sempre sou bem-sucedida. Afinal, há ainda pelo meio as fraquezas e o quanto estou disposta a arriscar. Como dizia Ichiro Kishimi (2018), “A coragem de ser feliz também inclui a coragem de ser detestado. Quando você adquire essa coragem, seus relacionamentos ganham uma nova leveza”.

4. A escuta e o olhar ampliado

“Quando a gente é jovem, a gente fala demais.

É importante também aprender a ouvir”.

(Antônia Terra de Calazans)

Hoje, uma ação cada vez mais difícil de praticar é a escuta. Escutar não é uma tarefa simples e demanda algumas posturas bem específicas. Uma delas é encarar o outro com um olhar curioso, com respeito, empatia e afeto.

Os profissionais da atenção básica devem ter tanto a capacidade ampliada de escuta (e análise), quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais estão constantemente expostos (BRASIL,2013).

Comecei a me observar nos atendimentos, pois muitas vezes acabei subindo em um pedestal e olhando para o usuário como aquele professor antigo: como se tivesse

todo o conhecimento do mundo e aquele a quem me dirigia não tivesse nenhum. Acredito que muito dessa postura de superioridade é um resquício do meu processo de formação que estimula, o tempo todo, uma relação de poder entre profissional-paciente e entre profissionais. Comecei a querer ouvir mais para depois falar. Descobri que para realizar uma escuta efetiva era preciso se abrir para conhecer o outro, para se surpreender com sua história. Com o tempo aprendi e reconheci que podia aprender muito com quem eu achava saber menos. Por isso é essencial ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções (BRASIL, 2013).

Nós profissionais precisamos, realmente, nos dispor a ouvir o que a pessoa traz. E para construir um diálogo, a escuta também precisa ser permeada pela fala. Questionava-me: como depois de ouvir o que o outro tem a me dizer, posso apresentar o que sei? E mais do que isso: como fazer de uma maneira tão significativa que se transforme em aprendizagem para ele? Com o passar do tempo fui descobrindo isso de forma natural. Percebi que com uma escuta qualificada, era e é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde (BRASIL, 2003).

Entre as diversas escutas e consultas que realizei muitas chamaram atenção, mas algumas ficaram marcadas, pois a partir delas pude perceber meu olhar ampliado para o paciente. A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é utilizar recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos, outras variáveis, além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas, e a qualificação do diálogo tanto entre os profissionais de saúde quanto destes com o usuário, de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS (BRASIL,2015).

Um dia tumultuado de acolhimento, chega uma paciente, nervosa, super-resistente ao diálogo, exigindo a troca de uma receita de método contraceptivo, “Se não trocar agora coloco esse posto abaixo”. Ao pegar o prontuário vejo que ela é hipertensa e diabética, a data de aplicação seria em 4 dias, então ofereci a ela uma consulta no dia seguinte em uma vaga extra, mas como estava muito agitada disse que não queria, que só saía da unidade com a receita. Depois de algum tempo tentando

mostrar o porquê da consulta, ela foi embora dizendo que retornaria na data. Na consulta ela chega sem olhar no olho, desconfiada, era jovem, com sobrepeso, tinha duas filhas, ansiosa, utilizava a bebida e a comida como válvula de escape, sem fonte de renda fixa, os pais ajudavam como podiam, tinha uma relação conflituosa com o pai de suas filhas, recebia benefício do Programa Bolsa Família, não havia terminado o ensino médio. No início foi difícil para ela cumprir nossas pactuações, justamente pela questão do vínculo. O vínculo é um dispositivo potente para o cuidado na APS, reconhecido internacionalmente como atributo essencial para modelos de atenção abrangentes e efetivos, que deve estar presente e integrado aos atributos de primeiro contato, integralidade e coordenação do cuidado. Dessa forma, pode-se apreender que há na concepção do vínculo longitudinal duas abordagens: uma temporal e outra interpessoal. A primeira se refere ao acompanhamento que o usuário realiza em uma unidade de saúde ao longo de sua vida, reconhecendo tal espaço como fonte regular para seus cuidados de saúde. A segunda diz respeito à relação entre profissional e usuário, valorizando o componente relacional entre esses (BRASIL, 2003).

Certo dia indo almoçar a encontrei no caminho e incentivei ir à unidade para conversarmos e ela foi. Fiquei muito feliz. Daí por diante começamos a construir um plano de cuidado, como cadastrar-se na aula de zumba, colocar currículos em lojas, estratégias de redução de danos no que diz respeito à alimentação e a bebida alcoólica, incentivei a participar de um dos grupos ofertados na unidade, o Grupo Motivação, que tinha como objetivo incentivar a mudanças de estilo de vida, a socialização e a troca de conhecimento. As práticas grupais de educação em saúde na Atenção Básica são excelentes espaços e oportunidades de promoção à saúde. O vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o suporte e o espaço de reflexão que existem nesses grupos promovem saúde, fortalecendo os sujeitos e prevenindo o adoecimento. São grupos de suporte e de apoio, promovendo novos hábitos, atividades, modificando estilos de vida e relações interpessoais. Além disso, representam intervenções especialmente eficazes em termos de promoção e de prevenção (BRASIL, 2013). Discuti o caso com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família para dar apoio, mas não consegui fazer um atendimento compartilhado. O Nasf é uma equipe com profissionais de diferentes áreas de conhecimento e atua com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando

as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2013).

Um dia ela chegou entre uma consulta e outra falando que precisava falar comigo, perguntei se podia aguardar e ela aguardou, conversou sobre questões emocionais e dificuldades em se manter firme nos objetivos. Estimulei seu autocuidado, pedi para se perguntar o porquê de estar fazendo tudo aquilo, me coloquei disponível, marquei encontros semanais para realizar auriculoterapia. Foi a partir disso que o vínculo se estabeleceu. Tive contato com essa prática integrativa e complementar (PICS) dentro da residência através da R2 de medicina que fez uma capacitação e acabei me apaixonando. Tanto que começamos a ofertá-la aos usuários através do Grupo de auriculoterapia e em atendimentos individuais, pois para alguns usuários era estratégico fazer individualmente para criar o vínculo e para construir o cuidado juntos, como fiz com essa paciente. As PICS são tratamentos que utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para prevenir diversas doenças como depressão, hipertensão, em alguns casos, podem ser usadas como tratamentos paliativos em doenças crônicas. Hoje, o SUS oferece, de forma integral e gratuita, 29 PICS à população. Já existem evidências científicas mostrando os benefícios e há um crescente número de profissionais capacitados e habilitados e uma maior valorização dos conhecimentos tradicionais de onde se originam grande parte dessas práticas (BRASIL, 2006).

Até então eu conhecia alguns tipos de vínculo, o vínculo familiar, com os amigos, com aquela senhora do prédio que sempre procura saber como você está, com aquele colega que você não lembra, mas quando te vê na rua faz aquela festa. Então conheci o vínculo profissional-paciente - por seus resultados positivos na qualidade da atenção, o vínculo está fortemente relacionado a maior efetividade e eficiência das intervenções em saúde, maior adesão às mesmas, aumento da resposta do usuário aos cuidados de saúde e satisfação do usuário – e foi algo sensacional. Saber que aquela pessoa confia e sente-se segura em se abrir e poder despertar nela uma forma diferente de enxergar a saúde é maravilhoso (SANTOS et al., 2018).

5. Saúde Mental

*Aprendi todos os dias
A regar o simples, o possível e o belo
A me observar, a me permitir, a ser nua
Mas tendo cuidado
A minha nudez pode assustar o outro
(Leticia Bião)*

Na minha graduação tive contato com a saúde mental através de uma matéria de psicologia e psiquiatria e de um estágio em Saúde Mental no Hospital Juliano Moreira. Estar naquele ambiente foi desafiador e forte, escutar tantas histórias de pessoas abandonadas pelos familiares e ver a forma desumana como eram tratados me angustiava. Falava-se muito em reforma psiquiátrica nas aulas, porém na prática o tratamento era medicalizador, aprisionador e conservador, totalmente contrário ao discurso antimanicomial pregado na faculdade. Muitos colegas da época sentiam medo, insegurança e é óbvio que isso tomou conta de mim algumas vezes, mas o que mais sentia era compaixão. Somos condicionados na graduação a ter uma visão conservadora, centrada na insegurança e no medo do diferente, acreditando que o melhor caminho é a medicalização e a internação. E não foi isso que descobri na residência. Durante minha formação tive um contato breve com o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) II Rosa Garcia, na Boca do Rio, e lembro-me bem da cena de uma terapeuta ocupacional fazendo um grupo terapêutico de expressão, achei interessante a forma como acontecia o grupo, mas foi rápido demais não deu tempo de aprofundar. Os CAPS constituem dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, responsáveis por prestar atendimento clínico diário, promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental e oferecer suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Podemos dizer que ele é o núcleo de uma nova clínica produtora de autonomia, convidando o usuário à responsabilização e ao protagonismo durante todo o seu tratamento (BRASIL, 2005). Contudo há a necessidade de avaliação dos serviços e qualificação dos profissionais que neles atuam.

O primeiro ano de residência foi de adaptação e reconhecimento do espaço e das pessoas. Comecei a entender como era organizada a unidade, o processo de

trabalho, os perfis da população de cada uma das equipes. Fiquei assustada com a situação da população do território, extremamente vulnerável e em muitos momentos agressiva com os profissionais da equipe por ter seus direitos cerceados por conta do sistema e da burocracia. Comecei a perceber meus avanços no final do primeiro ano, principalmente nos momentos de escuta dos pacientes. Minha preceptora, Samara, já havia dito lá no início que eu tinha um modo diferente de acolher os usuários, mas eu não conseguia enxergar. Até que a “ficha caiu” e me vi explorando as emoções, os sentimentos, as dores dessas pessoas que chegavam a todo instante na unidade.

“Certa manhã uma senhora chegou e falou que estava com dores por todo corpo, questionei há quanto tempo, ela disse 15 dias, perguntei se teve Zika, Dengue ou Chikungunya, ela respondeu que não, disse ser hipertensa, tinha 72 anos, peguei seus dados e pedi para aferir a pressão arterial e aguardar. Quando conversamos perguntei um pouco mais sobre a dor, ela desviava o olhar, perguntei onde e com quem morava, ela disse que sozinha, perguntei se tinha filhos, ela disse que sim e em determinado momento, lágrimas começaram a cair, desabafou que o marido e filho mais novo foram para o interior e a deixaram sozinha e que estava tão sofrido para ela. Depois de contar um pouco sobre sua história de vida, perguntei mais uma vez sobre a dor e ela respondeu “Ela aliviou mais minha filha, só em conversar com você, ela aliviou”.

Era comum esse contato a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico. A realidade da população do PHOC III era a de conviver com a solidão, o abandono, a pobreza, a violência, o desemprego, a fome, a morte. Tudo isso reflexo do cenário político, social, econômico e cultural do nosso país. Sendo assim percebi que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é estratégico, pois ele facilita o acesso da equipe aos usuários. Contudo a realização de práticas em saúde mental traz diversas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais (BRASIL, 2013). E isso era uma constante na unidade. Muitos não sabiam o que e como falar, tratavam de maneira ríspida, achavam que todo caso deveria ser encaminhado ao CAPS, se sentiam inseguros, com medo. Isso era recorrente com uma usuária da unidade.

“Conheci Joana logo na minha chegada à unidade. A R2 de medicina me apresentou, dizendo que eu era uma das novas enfermeiras. Com um olhar desconfiado, ela apertou minha mão e me deu um abraço. E logo percebi sua presença constante na unidade. Certo dia, ela chegou ao acolhimento querendo ser atendida e ao pedi para aguardar ela se jogou no chão, “fingindo estar desmaiada”. Uma das técnicas de enfermagem falou “isso é cena, não precisa dar atenção”, então a R2 de medicina chegou, se abaixou ao lado dela, começou a conversar, verificou a pressão e em poucos instantes ela levantou bem, como se nada tivesse acontecido. Essa abordagem me marcou e utilizei na maioria das vezes que Joana aparecia

procurando atendimento para ela ou para as filhas e utilizava essa cena para chamar nossa atenção. Na maioria das vezes isso não era visto com bons olhos por grande parte dos profissionais da unidade. Seu modo de nos tratar era variável. Às vezes carinhosa, querendo dar chocolates, balas, refrigerante e nos proteger. Às vezes agressiva, solicitando cuidados clínicos naquela hora. Comecei a construir uma relação de cuidado e vínculo, aprendi a acolhê-la e a colocar limites, pedindo para aguardar 5 minutos enquanto terminava uma consulta nos momentos que ela interrompia. Mas essa não era a postura de todos da unidade. E isso precisou ser conversado após um episódio de agressão entre ela e uma técnica de enfermagem, onde foi chamada a polícia e ela foi agredida física e psicologicamente levada para delegacia. Houve uma quebra de vínculo, ela não se sentia protegida naquele ambiente, a técnica de enfermagem não compreendia seu papel enquanto profissional de saúde, a mesma achava que deveria ser proibida a entrada de Joana na unidade. Contradizendo tudo que o SUS prega quanto ao direito à saúde.”

Toda essa dificuldade dos colegas em lidar e compreender as minúcias de um paciente em saúde mental me deixava incomodada e angustiada, pois sabia que mesmo tentando encaminhá-la dentro da rede para um CAPS essa não era a oferta de cuidado de primeira escolha. Acredito que fomos uma das causas de desorganização e desequilíbrio dela. Sabia que poderíamos pensar alternativas de cuidado, mas naquele momento eu era minoria e fui fazendo aquilo que estava ao meu alcance para ofertar o cuidado e a escuta a ela. Fui atendê-la na rua, algumas vezes na casa de um líder da comunidade, pois ela não se sentia segura em entrar na unidade, dizia que iam chamar a polícia novamente. Ouí suas questões e seu relato da agressão e humilhação na delegacia. Percebi que tudo isso só foi possível, pois me dispus e soube me colocar como interlocutora e também porque à medida que ofereci o cuidado em saúde ao longo do tempo, a relação de vínculo foi fortificada e assim pude ouvir dela o que ela tinha a me contar e pude com segurança realizar orientações (BRASIL, 2013). É por meio da percepção e reflexão sobre esses problemas que emergem ricas oportunidades de lidar com valores e sentimentos nem sempre passíveis de expressão no dia-a-dia do trabalho e arriscar caminhos que abrem a possibilidade de uma atenção mais integral e humana. Descobri isso enfrentando problemas decorrentes da presença desses usuários e de nós, seus cuidadores (CYRINO, 2004).

5.1. Estágio optativo da residência nos CAPS de Camaçari

Escolhi fazer meu estágio optativo na saúde mental para conhecer o novo modelo de atenção que ouvia falar, mas que tive pouco contato.

Com o movimento antimanicomial e com a desospitalização surgiram novos serviços de saúde mental, nomeados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs). Norteados pelos projetos da Reforma Psiquiátrica esses serviços representam estruturas intermediárias entre a internação integral e a vida comunitária. As modalidades de atendimento, no CAPS constituem um universo de prática destinado a dar suporte ao paciente em crise, envolvendo não só o tratamento clínico, mas uma compreensão da situação que o circunda, com intervenções cujo objetivo é assegurar sua reinserção no contexto social e familiar. Portanto, propõe-se um cuidado que tem como premissas a integralidade da atenção e a humanização da assistência (PINTO ET AL., 2011).

Queria conhecer e vivenciar as diversas formas de cuidado para além do modelo biomédico e colaborar para que os profissionais da Atenção Básica refletissem sobre a abordagem em saúde mental. A finalidade do estágio era frequentarmos os três CAPS de Camaçari (II – adulto, infantil e adolescente e álcool e outras drogas), participar dos grupos terapêuticos, acolhimento, escolher um usuário junto com a unidade e o CAPS para traçar o cuidado na rede, construir junto com os residentes do SAMU e da UPA um projeto para identificar as dificuldades e compreensões dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na atenção a crise ao usuário de saúde mental, álcool e outras drogas. Além disso, solicitamos da apoiadora um turno semanal para discutirmos temas da saúde mental e tivemos a ideia de chamar profissionais da área para fazer as rodas de conversa, escolhemos os temas e quem de nós faria essa intermediação.

Desenvolver todas as atividades propostas era complicado, pois a articulação junto com os gerentes de cada CAPS ainda era frágil, principalmente, do CAPS II. Isso se deu muito porque a cada ano eram interlocutores diferentes para falar sobre a proposta da residência e não havia clareza do nosso papel naquele espaço. Então fui vivendo um dia após o outro. Senti um acolhimento maior nos CAPS ad e CAPS ia, neles consegui criar vínculos, participar de grupos, acolhimento, já no CAPS II alguns profissionais se mostraram mais resistentes com a residência, mas mesmo assim consegui me aproximar da gerente, das psicólogas, do enfermeiro, principalmente, após uma intervenção que fizemos, em parceria, para uma colega de trabalho que entrou em crise e essa foi uma das experiências que mais me marcou durante o estágio.

“Estava no estágio quando recebi uma ligação da gerente e da preceptora de enfermagem falando sobre como a colega havia chegado à unidade. Com a higiene precária, toda pintada, com o discurso que havia sido promovida de cargo, dizia que estava organizando um evento em Camaçari

para ajudar as pessoas (depois soubemos que ela deu entrevistas em uma rádio e disponibilizou o número do seu telefone para as pessoas doarem). Entrei em contato com o CAPS para saber se ela havia passado por lá, a enfermeira confirmou, mas falou que ela não comparecia há 01 ano. Avisei a gerente e a preceptora que tentaram manejar a situação. No dia seguinte fui à unidade, estava em turno quando a gerente e a preceptora de medicina chegaram me chamando dizendo que ela havia chegado. Fui lá. Quando me viu, falou “Meu amor, como você está? Venha ver essas fotos da minha filha”. Eram diversas fotos que me mostrou a filha, o ex-marido – falou que ele estava querendo tomar a filha dela, me mostrou a mãe, falou sobre o interior que morava, pediu para fazer uma oração e ao finalizar disse que tinha um segredo, mas que não podia contar. A preceptora de medicina precisou sair e foi nesse momento que ela virou para mim e falou que só confiava em mim e em Janete (gerente) e estava com medo dos irmãos internarem ela de novo no São Rafael, mas logo sem querer falou Juliano (referindo-se ao Juliano Moreira, hospital psiquiátrico). Aí perguntei se ela frequentava algum médico em Camaçari, ela disse que sim. Então na tentativa dela se abrir, perguntei o nome porque poderia conhecer, e ela falou, eu disse que conhecia e que poderia ver se conseguíamos falar com ela, ela concordou. Disse que queria beber água, então saímos da sala da gerência para copa e foi nesse momento que vi o medo estampado no olhar dela ao ver o irmão na recepção. Ficou agitada e disse que não ia se ele fosse. Liguei para o CAPS expliquei a situação e a psicóloga Lorena mostrou-se super disponível. Fomos eu, ela, a gerente, o cunhado dela e o irmão foi de moto nos acompanhando. Chegando lá mostrou-se íntima do lugar, fizemos acolhimento dela e dos familiares separados, ao discutirmos o caso percebemos a resistência da família em aceitar a situação e a visão medicalizante. Sabíamos que naquele momento a medicação seria uma das estratégias, assim como vinculá-la novamente ao serviço, pedimos reavaliação da médica, e ao entrar na sala ela percebeu a presença do irmão. Isso foi o estopim para conseguir convencê-la da importância de se cuidar naquele momento, levamos das 09h até as 13h, até ela aceitar tomar uma das medicações. Entramos em contato com a irmã com quem ela morava, para falar sobre os outros medicamentos que ela precisaria usar e da necessidade de levá-la ao CAPS no dia seguinte. Não obtivemos sucesso. Então no outro dia eu, a técnica de referência e o enfermeiro fomos realizar uma visita. Chegamos na casa e percebemos a desorganização através do vidro, segundo a irmã ela havia tirado tudo de todos os cômodos da casa, levou 20 minutos para nos atender, dizendo que estava tomando banho e não nos deixou entrar. Percebemos que estava no

seu limite de tolerância. Convidamos para ir ao CAPS a tarde, ela disse que iria para aprender a fazer flores, mas não apareceu. Demos todas as orientações, ligamos para a irmã e falamos com o irmão. Durante o final de semana recebi um áudio da gerente dizendo que ela havia surtado, ficou despida pela rua e tentou agredir a irmã e a filha, e estava na UPA esperando vaga na regulação para o Juliano Moreira. Senti-me impotente diante daquela situação. “Na semana seguinte, ela foi transferida para o Hospital Universitário Professor Edgar Santos.”

Para mim, vivenciar tudo aquilo foi desafiador, pois em muitos momentos precisei ser criativa na abordagem e dosar o quê e como falar. Mostrei-me segura, consegui articular com ela, os familiares, a equipe da unidade e do CAPS. Contudo quando soube da internação na UPA fiquei me questionando o que eu fiz de errado e o que eu poderia ter feito a mais para ajudá-la. Em algumas situações o profissional se sente improvisando, usando a intuição e o bom senso. Porém, sentir-se sem chão ou sem um saber técnico específico não é indicativo suficiente para definir que uma intervenção em saúde mental possa estar equivocada. Algumas ações são realizadas mesmo sem que os profissionais as percebam em sua prática (BRASIL, 2013).

Aos poucos fui elaborando todo o acontecido e um dos espaços que me ajudou foi um turno pedagógico do estágio, onde o tema era Crise. Aprendi que a crise não é apenas uma experiência individual e nem um privilégio de pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Ela pode advir de uma situação imprevisível (doença, desemprego e morte), ou previsível (adolescência, gravidez, envelhecimento) que, às vezes, ultrapassa a capacidade do indivíduo ou do sistema de manter a sua homeostase (FERIGATO, CAMPOS E BALLARIN, 2007). Poderíamos caracterizar como “situações de crise” aquelas que respondem a pelo menos três dos cinco parâmetros: grave sintomatologia psiquiátrica, grave ruptura no plano familiar e/ou social, recusa do tratamento, recusa obstinada de contato, situações de alarme em seu contexto de vida e incapacidade pessoal de afrontá-las (FERIGATO, CAMPOS E BALLARIN, 2007 APUD DELL’AQUA). No caso dela foi o quadro de euforia, agitação, delírios de grandeza, uma discussão com o ex-marido que ameaçou tirar a guarda da filha e a não adesão ao tratamento no CAPS.

Descobri também que as formas de abordagem destas situações foram sendo transformadas durante os anos. Passou do exorcismo, fogueira, confinamento,

tratamento moral, eletrochoque, contensão física e/ou medicamentosa, até aquilo que oferecemos atualmente como recurso de tratamento. Durante o manejo existe uma linha muito tênue entre consciente e inconsciente, envolvendo tanto o profissional quanto o paciente. Por esta razão, a postura do profissional deve ser baseada na postura de suporte, isso implica em ver como o paciente enxerga a crise. É preciso que o profissional conceda crédito à realidade do evento e ao sofrimento embutido nele, sem necessariamente sustentar e fortalecer o seu delírio (FERIGATO, CAMPOS E BALLARIN, 2007). Portanto aprendi que preciso valorizar o sujeito em crise e para isso devo levar em consideração sua condição de ser humano, respeitando seu tempo, sua individualidade e singularidade que nem sempre vão de encontro com a minha expectativa e a da equipe.

Na experiência junto com os residentes de urgência e emergência, ao questionamos aos profissionais dos CAPS, do SAMU e da UPA sobre o que eles identificavam como dificuldades no atendimento aos pacientes de saúde mental, eles trouxeram justamente as dificuldades no manejo dos casos de crise como: o medo, a insegurança, a falta de conhecimento, dificuldade de dialogar com o usuário, de articular com serviços da rede, o tempo limitado para o cuidado (visão dos profissionais dos CAPS), muito tempo dispensado ao cuidado (visão dos profissionais do SAMU). Todos salientaram a dificuldade tanto de alguns profissionais de saúde como das falhas da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Isso corrobora ao que discutimos sobre o caso anterior que a crise se desenvolve no âmbito coletivo e o usuário deve poder atravessá-la conservando, na medida do possível, sua continuidade existencial e histórica, mantendo os vínculos com seu ambiente, com as pessoas significativas em sua vida e formando novos vínculos nos serviços de saúde. E todo esse trabalho não deve ser feito apenas por um dos pontos da rede. Por isso é imprescindível para o tratamento do sujeito, a criação de uma rede de suporte constituída tanto no aspecto ainda tradicional da saúde como a articulação da assistência ao paciente com os Centros de Saúde (quando fora da crise), UPAS e SAMU, quando necessário; como também no aspecto intersetorial, com a criação e manutenção da articulação de diferentes secretarias: saúde, educação, esportes, cultura, assistência social e ainda o fortalecimento de seus laços afetivos e sociais, incluindo a família, amigos, comunidade e com seu próprio território (FERIGATO, CAMPOS E BALLARIN, 2007).

5.2 Estágio eletivo no CAPS Franco Basaglia em Salvador

A minha primeira opção do estágio eletivo era o Ambulatório de Práticas Integrativas no Hospital Universitário Professor Edgar Santos, pois gostaria de me aprofundar no universo das práticas integrativas, mas por questões burocráticas não deu certo. Então optei por me aproximar mais uma vez da saúde mental e fui para o CAPS II Franco Basaglia, pois em Camaçari não consegui me aproximar tanto como gostaria. E foi a melhor escolha que fiz.

Fundado em 2006, foi habilitado em 2008 pelo Ministério da Saúde, constituído na modalidade CAPS II, conforme Portaria MS-GM 336 de 19 de fevereiro de 2002. Trata-se de uma casa de dois pavimentos, dividida em blocos, com área externa e espaços/cômodos divididos da seguinte forma: 01 recepção, 02 salas para atendimento multiprofissional/cuidado em enfermagem, 01 sala para gerência/atividades administrativas, 01 farmácia, 01 refeitório, 01 cozinha, 01 despensa, 01 sala/ateliê de artes, 01 sala de grupos/oficinas, 01 sala de bazar, 05 banheiros. No quadro atualizado em 2018, o CAPS totalizou o quantitativo de 2500 usuários cadastrados, com 1142 ativos. O funcionamento acontece de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00h.

Ele tem como objetivo central, oferecer atenção psicossocial especializada às pessoas com sofrimento psíquico e outros transtornos mentais, cuja severidade e/ou persistência implique, prejuízos na autonomia, laços socioafetivos e restrições ocupacionais, primando pela reabilitação psicossocial, pela melhora emocional e clínica e pela qualidade de vida. Atende pessoas e seus familiares, com idade a partir dos 18 anos, por demanda espontânea ou por encaminhamentos de outros serviços ou instituições. Equipe técnica é composta por: 01 Gerente, 01 Psiquiatra, 04 Psicólogas, 02 Assistentes Sociais, 02 Técnicas de Enfermagem, 02 Cuidadoras, 02 Professores de Educação Física, 03 Enfermeiras, 01 Farmacêutica, 02 Higienizadoras, 01 Médico Clínico, 01 Oficineira, 01 Técnico Administrativo, 01 Recepcionista, 03 Terapeutas Ocupacionais, 02 Agentes de Portaria.

Para minha formação enquanto enfermeira especialista em saúde da família é e foi fundamental conhecer mais a fundo a estrutura de um CAPS, os profissionais que nele atuam, quais atividades são promovidas, qual o perfil do usuário, como é

realizado o manejo em situações de crise, pois tendo esse conhecimento consigo dentro da atenção básica ampliar meu olhar para o cuidado a esses usuários que muitas vezes são negligenciados pela falta de conhecimento dos profissionais. Minha expectativa inicial era conhecer a realidade do CAPS II no município de Salvador, já que a minha vivência em Camaçari foi muito reduzida por precisar me dividir nos três CAPS. Além disso, queria me aproximar das atividades desenvolvidas por minha categoria profissional, pois percebi na minha vivência em Camaçari uma visão biomédica, onde a medicalização era o principal tipo de cuidado dispensado e poucas ações eram centradas no usuário como a reinserção social e a criação de laços afetivos.

Desde o primeiro dia me senti super acolhida pela maioria dos profissionais, principalmente, pela profissional de referência, Dinúbia, uma psicóloga sensacional, me deixou livre para criar espaços dentro da unidade, para discutir junto à equipe, e pela gerente da unidade, Katarina, que explicou todo o processo de trabalho do CAPS Franco Basaglia, sempre estava disponível para trocar experiências e a todo instante mostrava a minha importância dentro do serviço, por instigar os profissionais a ampliar o olhar através dos questionamentos no momento do acolhimento ou durante a discussão de caso nas reuniões técnicas.

Realizei atividades diversas se comparado a minha vivência em Camaçari, como: visitas domiciliares à usuários em crise e Manejo à crise dentro da unidade, participei das reuniões técnicas realizando discussão de caso e construindo espaços dentro da unidade; acolhimento à demanda espontânea e encaminhamento na rede; participação em oficinas e grupos.

Percebi muitos profissionais trazendo questões de ansiedade, esgotamento físico, dificuldades para dormir, conversei com a gerente e a minha referência para saber se havia a possibilidade de abrir espaços na agenda para fazer auriculoterapia, elas gostaram da ideia. Nesses momentos pude me aproximar dos profissionais, fazer escuta e criar vínculos para além do estágio.

Segundo Ferigato, Campos e Ballarin (2007):

Espaços de interlocução também são essenciais, pois qualquer instituição que lide com sofrimento psíquico de alta complexidade exige a disponibilidade institucional de espaços de interlocução entre os membros da equipe, espaços onde os profissionais podem se comunicar, trocar

experiências e saberes, discutir casos, serem cuidados e cuidar uns dos outros.

Outra experiência foi a participação no Curso de extensão “Qualificação da assistência em CAPS tipo II a partir da avaliação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)” dentro da pesquisa de mestrado da enfermeira apoiadora do CAPS II Franco Basaglia e foi de extrema importância e relevância durante o estágio eletivo. Nos reuníamos às terças-feiras na Escola de Enfermagem da UFBA, a partir desses encontros conheci a realidade dos diversos CAPS de Salvador e as dificuldades de cada um em operacionalizar o PTS no dia a dia. Construímos um instrumento de avaliação de PTS, discutimos em reunião técnica nos CAPS, estabelecemos indicadores para a avaliação e prazos para entrega das quantidades. A equipe do CAPS Fraco Basaglia se mostrou disponível para avaliar os prontuários e construir os indicadores, para isso contribuí na compilação de um arquivo com todos os usuários das áreas de uma das equipes, verificando os indicadores do curso. E como resultado percebi que não usavam o instrumento para construção do PTS, as alterações eram feitas no prontuário, o que dificultava encontrar as mudanças propostas pelo técnico de referência de forma rápida, poucos usuários eram reavaliados no espaço de 01 ano, muitos abandonavam o serviço e não era realizado o contato por telefone ou visita domiciliar (pelo menos não estava escrito) e o que me chamou mais atenção foi a quantidade de usuários com um PTS, exclusivamente, medicamentoso. Essa realidade também era vista nos CAPS de Camaçari. Então me questionei, será que estamos reproduzindo o modelo hospitalocêntrico dentro dos CAPS? Será que os profissionais, realmente, compreendem o que é o PTS?

O projeto terapêutico se dá com base nas necessidades de saúde de cada usuário, mediante um esforço mútuo entre trabalhador/usuário/família com o intuito de promover saúde mental. Isso só acontece devido ao modelo de atenção psicossocial que tem como característica a valorização do saber e das opiniões dos usuários/famílias na construção do projeto terapêutico. Então, a terapêutica não se restringirá somente a fármacos, há mais recursos terapêuticos do que esses, como valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial (PINTO ET AL., 2007). Percebi que ambos os CAPS têm dificuldade de elaborar PTS estruturado com o usuário e familiares e de fazer compartilhado com a atenção básica, mesmo alguns profissionais tentando de forma

esporádica. Para mim ficou claro que a maioria não percebe o PTS como uma ferramenta de cogestão e compartilhamento do cuidado, na medida que, possibilita a definição de objetivos e o estabelecimento de tarefas correlacionadas e pactuadas em equipe e com o usuário.

Partindo desse princípio de levar conhecimento para o outro, trago a minha experiência em participar do I Encontro Municipal de Vigilância em Saúde de Salvador e IV Mostra de Experiência em Vigilância da Saúde, onde foram apresentadas as experiências exitosas do Grupo de Trabalho de Saúde Mental do Distrito de Itapuã e do Matriciamento na USF Parque São Cristovão.

Foi uma experiência interessante, onde pude traçar um paralelo entre a realidade de Camaçari e de Salvador. Em Salvador percebi uma vontade de fazer dos profissionais que participam do GT, eles têm um cronograma de pautas, temas a serem debatidos, promovem eventos de saúde mental, no dia que participei construíram o planejamento para o ano de 2020 do grupo. A psicóloga que ficou como minha referência fazia matriciamento uma vez por mês na USF Parque São Cristovão.

Em Camaçari não existe GT em Saúde Mental, além de não haver uma comunicação clara entre os três CAPS sobre o espaço do matriciamento, 02 faziam - o CAPS Ia de forma mais organizada, mas ainda sem uma articulação com os outros pontos da rede para ver a real necessidade e o CAPS II fazia discussão de caso de maneira bem básica sem aprofundar na teoria e na prática do serviço, já o CAPS ad não fazia, mas se mostrava disposto a planejar o espaço para realizá-lo, tanto que no período de estágio em Camaçari consegui fazer um momento de Matriciamento para os profissionais da unidade PHOC III, na tentativa de aproximá-los do tema saúde mental e de desmistificar alguns conceitos. Construí o planejamento do espaço junto com os técnicos do CAPS e isso foi bastante positivo, pois conseguimos ajustar os pensamentos e a forma de abordar o tema. Decidimos perguntar a eles quais os sentimentos surgiam quando eles acolhiam um usuário de saúde mental - compaixão, confiança, disponibilidade, paciência, vontade de construir vínculo, vontade de acolher de maneira adequada, proteção, ansiedade, medo, receio, impaciência, despreparo, impotência, impaciência - e a partir disso, fomos trazendo pontos sobre manejo, limitações e vivências. Depois discuti com as

preceptoras e levei como proposta o Projeto Terapêutico Institucional no sentido de levantarmos os problemas enxergados pelos profissionais e criarmos soluções junto com eles, seja através de matriciamentos internos ou com os CAPS. Contudo não consegui dar continuidade, pois saí para o eletivo e na volta, as agendas dificultavam a operacionalização.

Notei que para desenvolver esse tipo de atividade depende, em primeiro lugar, da disponibilidade e do entendimento da importância daquele espaço pelos profissionais, já que o matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (BRASIL, 2011). Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. Além de estabelecer uma comunicação, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, que não oferecem uma boa resolubilidade. A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrareferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais (BRASIL, 2011).

Particpei de dois matriciamentos durante o estágio no CAPS, em Salvador, o primeiro foi realizado na USF Parque São Cristóvão. Cheguei à unidade super curiosa para saber como era realizado, já que como falei as experiências de matriciamento em Camaçari, principalmente, no CAPS II, não fizeram muito sentido para mim. Começamos a reunião com a leitura da ata anterior, definição de pauta e uma rodada de apresentação. Fiquei surpresa com a receptividade das colegas, pois eram em sua maioria agentes comunitárias de saúde e mostraram-se super implicadas no espaço, o que não acontecia em Camaçari. Acredito que isso se deu muito pelo vínculo criado com a psicóloga do CAPS e a apoiadora. Fiz questão de conversar com as ACS para fazer um paralelo entre a realidade de Camaçari, e a de Salvador. Elas se mostraram super abertas para falar sobre o processo de trabalho. Uma, em especial, parou para explicar como aconteceu a informatização do serviço, fiquei encantada a cada explicação. Através do tablet a equipe tem acesso ao

número de famílias, de pessoas cadastradas, de visitas domiciliares realizadas, de gestantes, de pacientes hipertensos, diabéticos, com hanseníase, tuberculose, Chagas, e diversas outras informações em saúde que facilita a consolidação de dados e ações em saúde para o território. Não me contive e falei “Como isso seria maravilhoso lá na unidade, ajudaria tanto nas reuniões de equipe, nas ofertas para a comunidade do Phoc”. Seguimos para segunda pauta, discussão de 5 casos, fiquei feliz com o olhar e a disponibilidade dos profissionais para pensar possíveis ações e por isso intervi trazendo a experiência sobre PTS e o quanto é potente ser construído de forma compartilhada com os outros serviços, ficou pactuado para estruturarmos isso no próximo matriciamento. Ao final uma das ACS trouxe uma reflexão “Como a família impacta a vida de uma pessoa né? Percebi que muitas pessoas procuram a gente aqui trazendo problemas emocionais. E a gente fica preocupada, nos envolvemos. Muitas vezes trabalhamos em dupla para uma dar apoio à outra, porque as histórias são difíceis. Se não trabalhássemos assim não sei se suportaríamos ver tanta coisa. Tem dias que saímos esgotadas”. Então trago como possibilidade realizarmos no próximo encontro um momento de cuidado com elas e começarmos a estudar o caderno de atenção básica em saúde mental, e elas topam, mas falam a importância de profissionais de nível superior participarem desse espaço de discussão de forma contínua para facilitar o diálogo após as pactuações realizadas. Esse foi um dos dias de estágio eletivo que voltei para casa super satisfeita por ter contribuído nesse processo de articulação de rede.

No segundo matriciamento, combinei com a psicóloga um momento de integração, relaxamento, meditação e um lanche. Confesso que deu aquele friozinho na barriga, uma mistura de medo, mas logo pensei “vai com isso tudo mesmo”. Preparei o ambiente com difusores e óleo essencial de lavanda. Para mim foi um momento ímpar, onde consegui fazer algo que faz sentido, que é cuidar de quem cuida. Nesses anos de residência percebi poucos espaços para isso e quando aconteciam já era em um momento onde as coisas estavam no limite. Acredito que espaços preventivos para a saúde do trabalhador são fundamentais e ajudam a minimizar a rotina agitada e a integrar a equipe. Ouvei palavras como “Não esperava receber esse cuidado hoje, fez toda diferença”, “podia ter sempre espaços como esse para gente desacelerar”, “ainda bem que minha reunião foi desmarcada e vim para cá, estou me sentindo muito mais leve”, “esse cheirinho, a voz tranquila, trouxe uma paz”,

me fez acreditar na potência do olhar diferenciado ao outro e o quanto as práticas integrativas precisam chegar nesses espaços de promoção de cuidado ao trabalhador.

Experiências como essas vem sendo difundidas em diversos espaços como em Botucatu, um estudo Cyrino, 2004 Apud Costa (2003) diz que através da consolidação do projeto "Cuidando do cuidador" foi possível trocar saberes, ao partilhar espaços em que foi sendo admissível uma certa horizontalização das relações e a percepção de que "todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo". Em Londrina, um estudo de Oliveira et al.(2009) traz que a criação de espaços de cuidado para os profissionais cuidadores se mostrou produtiva, e trouxe elementos para a construção de estratégias em educação permanente que considerem vicissitudes do trabalho que acabam por criar. E ainda reafirmou a importância do investimento na equipe interdisciplinar e no cuidado com os profissionais que a compõem. É através desses espaços que se consegue criar momentos de verdadeira reflexão sobre suas práticas e o trabalho em equipe, ampliando horizontes ao pensar sobre si como sujeitos que sentem, se relacionam e têm projetos, cuidam e podem ser cuidados.

Considerações finais

Foram dois anos. Eu me sentia tão pequena quando cheguei aqui (aí). Não sabia se ia dar conta. Encaixei-me em espaços. Tentei ser quem não sou para agradar e não chatear. Mas, com o passar do tempo e amadurecimento tudo mudou, transformou, despertou, mostrou quem sou. Menina, Mulher, de sorriso fácil e que acredita que o amor é a mola propulsora do querer bem, do amar sem olhar a quem. Saio mais madura, consciente, persistente, confidente. Apaixonada pela vida, pela saúde da família com suas dores e delícias. Aquela que ilumina, arrisca, fascina e desatina na vida para viver a sua melhor versão.

Nesse período, pessoas entraram e aos poucos um ou outro saiu. E eu ficava. Ficava porque aprendi a amar a saúde da família, a conhecer a Letícia enfermeira. Chorei. Sorri. Acho que é isso: eu consegui me doar. Vivi tão intensamente que, um dia, percebi que não sabia mais onde começava a Letícia e a enfermeira Letícia. Uma simbiose estranha e tamanha. Teve dias que pensei em desisti, mas resisti. E agora preciso igual aqueles filhos crescidos, seguir em frente. Contente. Vivente. Sei que esse não é o fim. Quem sabe, um dia ainda, volto aí.

Perceber que um ciclo se finda para outro começar, cheio de possibilidades, faz parte da jornada. Então, finalizo esse registro da minha travessia com uma alegria imensa de ter me encontrado como enfermeira, e mais ainda enfermeira de saúde da família. Sei que o percurso será longo e as lutas, também. E que a todo instante estive e estarei absorvendo e transferindo aprendizados, conhecimento e lições de vida. Consegui tocar e ser tocada pelas pessoas para além dos olhos e das palavras.

Referências

ARAUJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 455-464, Abril. 2007.

BIFF, Daiane et al . Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 147-158, Jan. 2020.

Brasil. Lei nº 5.905, de 12 julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 1973.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. 22 Set 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Brasília 1. ed., n. 28, v.1, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Atenção Básica. Brasília, n. 39, 2014.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**.1986.

BROWN, Brené. **A coragem de ser imperfeito**. Editora Sextante: Rio de Janeiro. 2013.

CASADORE, Marcos Mariani; HASHIMOTO, Francisco. Reflexões sobre o estabelecimento de vínculos afetivos interpessoais na atualidade. **Rev. Mal-Estar Subj**, Fortaleza, v. 12, n. 1-2, p.177-204, jun. 2012.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 195, de 18 de fevereiro de 1997. Autoriza a solicitação de exames de rotina e complementares pelos enfermeiros quando no exercício de suas atividades profissionais. **Diário Oficial da União**. 1997.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 2009.

CYRINO, Antonio Pithon et al . O projeto "Cuidando do Cuidador": a experiência de educação permanente em saúde do Centro de Saúde Escola de Botucatu. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 2, n. 2, p. 367-380, Sept. 2004.

Ferigato, S. H., Campos, R. T. O., & Ballarin, M. L. G. S. (2007). O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 31-44.

FONTANA, ROSANE TERESINHA HUMANIZAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO. *Rev Rene*. 2010;11(1):200-207.

FROTA, Mirna Albuquerque et al . Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 25-35, Jan. 2020.

Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.;

KISHIMI, Ichiro. **A coragem de não agradar**. Editora Sextante. Edição 1. 2018.

MACHADO, Maria Helena et al . Mercado de trabalho e processos regulatórios – a Enfermagem no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 101-112, Jan. 2020.

MARTINS, Alexandra da Rosa et al . Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, supl. 2, p. 6-12, Mar. 2012.

MERCK, Patrícia. **Maybe a Book – Meu caminho de volta para casa**. E-book. Edição 1. 2019.

MOREIRA, A. P.; PATRIZZI, L.; ACCIOLY, M.; SHIMANO, S.; WALSH, I. Avaliação da qualidade de vida, sono e Síndrome de Burnout dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 49, n. 5, p. 393-402, 30 nov. 2016.

OLIVEIRA, Thaís Thomé Seni S. e; LEME, Fernanda Ribeiro da Gama; GODOY, Kathia Regina Galdino. O cuidado começa na escuta:: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. **Mental**, Barbacena , v. 7, n. 12, p. 119-138, jun. 2009.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018.

PINTO, Diego Muniz et al . Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 3, p. 493-502, Sept. 2011.

SANTOS, Renata Oliveira Maciel dos; ROMANO, Valéria Ferreira; ENGSTROM, Elyne Montenegro. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 2, 2018.

SILVA, Manoel Carlos Neri da; MACHADO, Maria Helena. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 7-13, Jan. 2020.