

Fundação Estatal de Saúde da Família – FESFSUS
Fundação Oswaldo Cruz
Residência Multiprofissional em Saúde da família
Ministério da Saúde

RAILENE PIRES EVANGELISTA

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E A FORMAÇÃO DE
UMA ENFERMEIRA PARA A ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Camaçari
2019

RAILENE PIRES EVANGELISTA

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E A FORMAÇÃO DE
UMA ENFERMEIRA PARA A ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão da Residência
Multiprofissional em Saúde da Família como
pré-requisito para obtenção do título de
especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Preceptora Especialista em
Saúde da Família Edvanda Trindade Gomes

Camaçari
2019

RESUMO

O presente Memorial intitulado: RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E A FORMAÇÃO DE UMA ENFERMEIRA PARA A ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA passar a existir na sequência da minha formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Fundação Estatal Saúde da Família (FESFSUS). A escolha em ser Enfermeira especialista em Saúde da Família deveu-se a necessidade de compreender um pouco mais sobre a Saúde Pública e principalmente a Atenção Básica. A formação aconteceu entre 07 de março de 2017 a 03 de março de 2019. Este Memorial tem como objetivo descrever toda trajetória traçada desde o primeiro dia da residência até o final, com os desafios e aprendizados, dando ênfase as atividades da rotina da Estratégia de Saúde da Família e nos campos de estágio. Esse trabalho pretendeu documentar as atividades e foi constituído em onze partes: Rai, como gosto de ser chamada; Primeiras impressões de uma residente; Acolhimento; Grupo Maternagem; Clínica ampliada; A importância da visita domiciliar; Vacina, atribuição da Enfermagem; Estágio optativo; Estágio eletivo; Iniciação a preceptoría e Estágio de gestão. A construção desse material possibilitou um resgate de algumas das vivências que contribuíram para que me especializasse em Saúde da Família.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde da Família. Saúde Pública.

ABSTRACT

The present Memorial titled: MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE IN FAMILY HEALTH AND THE FORMATION OF A NURSE FOR ACTION IN BASIC CARE to come into existence following my training at the Multiprofessional Residence in Family Health by the State Foundation for Family Health (FESFSUS). The choice to be a Nurse Specialist in Family Health was due to the need to understand a little more about Public Health and especially Primary Care. The training took place between March 7, 2017 and March 3, 2019. This Memorial aims to describe every trajectory traced from the first day of residence to the end, with challenges and learning, emphasizing the routine activities of the Strategy of Family Health and in the fields of internship. This work was intended to document the activities and was constituted in eleven parts: Rai, as I like to be called; First impressions of a resident; Reception; Maternity Group; Expanded clinic; The importance of home visits; Vaccine, Nursing assignment; Optional stage; Elective stage; Initiation to preceptor and Internship. The construction of this material made it possible to rescue some of the experiences that contributed to my specialization in Family Health.

Keywords: Nursing. Family Health. Public health

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	6
2- RAI, COMO GOSTO DE SER CHAMADA.....	7
3- PRIMEIRAS IMPRESSÕES DE UMA RESIDENTE.....	9
4- ACOLHIMENTO.....	10
5- GRUPO MATERNAGEM.....	12
6- CLÍNICA AMPLIADA.....	15
7- A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR.....	18
7.1- As dimensões da visita.....	18
7.2- Visita puerperal: intervenção precoce de promoção a saúde.....	20
8- VACINA, ATRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM.....	22
9- ESTÁGIO OPTATIVO.....	23
9.1- Vigilância epidemiológica: deixando raízes no campo de estágio.....	23
9.2- Descobrindo o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.....	25
10- ESTÁGIO ELETIVO.....	26
11- INICIAÇÃO A PRECPTORIA.....	28
12- ESTÁGIO DE GESTÃO.....	30
13- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
14- REFERÊNCIAS.....	35

1- INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família é a principal estratégia da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1994. Os seus princípios fundamentais são a equidade, integralidade, universalidade e a participação social (BRASIL, 2007). Os usuários são cadastrados e a base dessa oferta pelas Equipes de Saúde da Família é o vínculo, que traz vários benefícios como a corresponsabilização da equipe com os usuários. Na modalidade de pós-graduação *lato sensu*, o Ministério da Saúde apoia a Residência Multiprofissional em Saúde da Família que propõe um novo modelo assistencial para o SUS, centrado na atenção primária e na promoção da saúde. (NASCIMENTO E OLIVEIRA, 2010).

A capacitação profissional através da Residência Multiprofissional em Saúde desenvolve práticas colaborativas entre as diferentes categorias profissionais. Discutir a formação de profissionais da saúde através das Novas Diretrizes Curriculares orientam profissionais para intervir sobre os problemas relevantes no perfil epidemiológico do Brasil, apesar de ainda ser um desafio para Estratégia de Saúde da Família (MIRANDA et al. 2015).

A formação em Saúde da Família tem como prioridade o desenvolvimento de competências e habilidade para realizar diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos de um determinado território, planejar intervenções em saúde para enfrentamento dos determinantes e condicionais da saúde-doença, ofertar assistência de qualidade, promover o autocuidado, ações educativas, escuta qualificada dos processos singulares, o estabelecimento de relações de confiança e aprimoramento profissional (OLIVEIRA, 2007).

A equipe de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, ao desenvolver atividades assistenciais e administrativas contribuindo de forma significativa na ESF. A Residência em Saúde da Família, a equipe de enfermagem é qualificada para atuar na atenção básica com ações de prevenção de agravos, tratamentos e promoção à saúde. Nesse sentido o presente trabalho tem como objetivo descrever as práticas realizadas e trajetória para formação de uma Enfermeira especialista em Saúde da Família.

2- RAI, COMO GOSTO DE SER CHAMADA

Meu nome é Railene Pires Evangelista, sou filha de Railton de Oliveira Evangelista e Marlene de Oliveira Pires, nasci no interior da Bahia em uma cidade chamada Amargosa no dia sete de março de mil novecentos e noventa e dois, nascida de parto normal em um hospital maternidade da cidade. Tive uma infância feliz e cheia de amor. Percebia desde cedo à importância da educação, pois meus pais apesar de não terem condições financeiras faziam questão de me garantir um estudo de qualidade, além de me ensinarem a ter caráter e ser justa.

No período da adolescência, fui diferente de todas as minhas colegas porque não passei por momentos rebeldes, nem discordava das colocações dos meus pais, ser obediente era e ainda é o meu maior orgulho, porém foi nesse período, que pude perceber como o estudo e a qualificação faz toda diferença na vida de uma pessoa, pois meu pai teve que ir morar em uma cidade maior, pois enquanto carpinteiro o dinheiro que recebia não era suficiente para suprir as nossas necessidades, e ficamos eu e minha mãe juntas, até que fui para faculdade.

Lembro que no período pré-vestibular eu ficava muito preocupada, queria mostrar aos meus pais o amor que sentia por eles valorizando cada centavo que investiram nos meus estudos, mas ainda não sabia o que queria ser ao certo. Na infância, cabeleireira e na pré-adolescência professora de história, que era a matéria que eu amava assistir as aulas, sempre fui muito sonhadora e era nessas aulas que poderia mentalmente sair do meu interior. Mas quando se tratava de preferência de matéria, ciências e futuramente biologia eram o meu grande amor.

Sem saber ao certo o que queria, fiz vestibular da Universidade Federal do Recôncavo Baiano no segundo ano do ensino médio, e para minha surpresa, aos 15 anos fui aprovada no vestibular para nutrição, queria ir de qualquer forma, mesmo sem saber ao certo o que era o curso de nutrição. Fiquei arrasada quando minha mãe não me deixou ir, alegando que era muito nova para morar sozinha, e como de costume obedeci.

Que bom, que minha mãe não permitiu que fosse ingressar na faculdade de nutrição, pois graças a ela hoje sou ENFERMEIRA. Minha graduação foi na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, no município de Jequié-BA. O período da faculdade foi um dos mais felizes da minha vida, aprendi, cresci e principalmente amadureci. Eu amava cada semestre, mas foi no sétimo, na matéria saúde da mulher que eu vi o quando eu amava a obstetrícia e comecei a conduzir minha vida acadêmica nessa linha de saúde da mulher, sendo uma das bolsistas do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde, no grupo Saúde da Mulher, no qual ficava na

Unidade de Saúde da Família José Maximiliano, atuando juntamente com a enfermeira nos programas de Saúde da Mulher.

O dia da minha formatura foi o dia mais feliz da minha vida, estava radiante eu tinha conseguido! Parecia que ia explodir de felicidade, e até hoje essa explosão se renova a cada dia. Eu sou apaixonada pela minha profissão e por tudo que a enfermagem representa. O ano seguinte a minha formatura foi muito difícil, me deparei com a cruel realidade de não ter experiência na área, não entendia o fato de amar tanto a minha profissão e não ter um emprego, enquanto via, e até hoje vejo, muitos profissionais que falam mal da enfermagem, que enfraquecem a categoria e pior, fazem o trabalho de forma negligente e abusa do poder sobre a população, tenham um excelente emprego. Mas, nada disso me deixava desanimada muito pelo contrário sempre estudava e me atualizava, sabia que a minha oportunidade chegaria.

O meu primeiro emprego foi como professora do curso técnico de enfermagem, no município de Amargosa-BA, mesmo não ganhando o real valor do meu serviço, fazia com tanto amor e dedicação, era gratificante poder formar pessoas para compor a equipe de enfermagem, além de ser uma responsabilidade muito grande, esse emprego me fez amadurecer e entender que independente de onde você estiver, dê sempre o seu melhor. Assim que comecei a receber minha própria renda decidi fazer uma especialização em enfermagem obstétrica, nesse ano queria fazer a residência em obstetrícia, porem antes essa residência só acontecia a cada dois anos, e infelizmente só teria no ano seguinte.

Comecei a fazer a especialização e me encontrei ainda mais, foi uma experiência incrível, principalmente porque voltei a ver o parto como algo natural e fisiológico. Em alguns momentos na graduação esse evento era passado como uma bomba relógio. Essa especialização tinha a parte teórica que ocorria uma vez ao mês durante três dias, e os dois últimos meses foram para estágio na assistência Pré-Natal, parto e puerpério. No momento do estágio na maternidade ocorreu um fato marcante, no qual uma mulher que acabou de parir me perguntou se poderia ver o filho dela, e logo em seguida se eram gêmeos por que ela ainda estava sentindo dores (a mesma estava no período da dequitação).

Esses dois questionamentos me fizeram pensar em tantas coisas, dentre elas: de que forma os profissionais eram vistos pela população? Como uma mulher chegava para o parto, que é o seu grande momento, tão despreparada? Aparentemente sem nenhum tipo de orientação, e pior com dez consultas Pré-Natal. Fazer residência em Saúde da Família não era uma das minhas primeiras escolhas, porém a vontade de entender o porquê de tanto desconhecimento das mulheres no parto, e a necessidade desse título para uma carreira futura, porque sim, decidir também ser professora,

resolvi tentar. A residência a qual faço parte foi à terceira prova que fiz, não esperava a aprovação, e para minha surpresa no dia sete de março de dois mil e dezessete foi o meu primeiro dia enquanto residente de saúde da família. Fiquei muito feliz e grata quando fui aprovada nessa residência.

3- PRIMEIRAS IMPRESSÕES DE UMA RESIDENTE

Os primeiros 15 dias, confesso que foram um pouco cansativos no tão sofrido acolhimento da residência, mas como sou de tentar aproveitar ao máximo tudo que me é ofertado, curti cada momento, mas com a vontade de saber logo para onde iria, porque não tinha olhando no edital que os pólos eram nas regiões metropolitanas. Queria muito ir para Lauro de Freitas, pela comodidade, por ser mais próximo da minha atual cidade. Quando fiquei em Camaçari, com essa minha incansável forma de ver o lado bom de tudo imaginei que trabalharia na orla, vendo a praia todo dia, mas foi melhor do que eu poderia imaginar fui para Unidade de Saúde da Família Piaçaveira.

A nossa chegada foi um momento muito emocionante, a recepção do pessoal da residência e dos servidores da Unidade me fez perceber que seria uma longa jornada de aprendizado. A maior experiência durante as primeiras semanas em que eu e os meus colegas de residência vivemos, foi o dia em passamos na casa de um usuário da unidade, eu fiquei com Dona Inocência, uma senhora separada que criava o neto que a mãe abandonou, por causa do vício em drogas ilícitas, uma casa bastante simples, porém cheia de um aconchego indescritível, conversamos bastante sobre a vida dela e eu como uma típica moça do interior falei sobre a minha vida também, observei que ela em alguns momentos ficava com vergonha da casa, dos talheres e da comida simples que preparou, mas aos poucos ela percebeu que tudo isso era um detalhe perto da imensidão de carinho e afeto que ela me proporcionou. Nesse dia pude compreender as dimensões de ser um profissional na saúde da família.

A Estratégia de Saúde da Família melhora o acesso aos serviços de saúde de uma população, visando à mudança do modelo assistencial através de uma equipe multiprofissional, com base em vínculo no qual a família é o centro e não apenas o indivíduo doente. Tentar executar isso e visualizar isso no dia a dia logo nas primeiras semanas era um desafio que me até hoje me motiva todas as manhãs assim que levando e penso em tudo que posso aprender e contribuir na minha unidade. No decorrer das semanas, fiquei sabendo que dividiria a equipe 2 com a Enfermeira

Tayrine e a médica Lilian formando a equipe mínima, tentar se inserir na unidade foi um dos meus maiores desafios chegar em uma unidade onde existia já um fluxo instalado com rotinas próprias, tentava ao máximo não invadir os espaços e me adaptar aquela realidade sem deixar de fazer o meu trabalho da melhor forma possível.

Nesse momento de inserção na unidade foi muito importante à presença das residentes do segundo ano Érica cirurgiã-dentista e Mariana enfermeira, não tinham residente médico do segundo ano. A equipe do NASF do segundo ano eram Fabrine fisioterapeuta e Kessya Professora de Educação Física. Não posso deixar de destacar a enfermeira Mari (como eu e todos da unidade, inclusive os usuários a chamavam) foi muito importante ter alguém em quem me espelhasse, principalmente por que devido alguns problemas que os preceptores estavam passando, na maioria das vezes era ela quem me segurava praticamente pelas mãos em algumas ações.

Apesar de tudo muito novo e diferente de tudo que eu tinha planejado para minha vida que é trabalhar com obstetrícia, a saúde da família estava me conquistando e cortejando para que eu pudesse me ver apaixonada pelo seu objetivo, não pensava que em tão pouco tempo iria me sentir tão inserida em uma unidade, em um serviço, ir todos os dias para unidade era como se fosse uma nova casa, morando distante da minha cidade e familiares a falta de carinho afetivo era suprida diariamente na USF Piaçaveira.

4- ACOLHIMENTO

Acolhimento uma palavra relativamente simples, mas que engloba vários significados, e no nosso caso, soluções. Nunca tinha vivido o acolhimento e foi algo muito incrível poder fazer parte dele, quando fui apresentada ao acolhimento da unidade só pensava em uma coisa: por que em todas as unidades não existe isso? Hoje, eu não imagino trabalhar em uma unidade que não tenha acolhimento, pois o considero tão importante quanto os programas de atendimento disponíveis na atenção básica é uma ferramenta potente de aproximação com os usuários.

Acolhimento é um serviço mais abrangente do que podemos imaginar, pois ele começa desde a entrada daquele usuário na unidade até o momento de sua saída. Segundo a definição, acolhimento é o ato ou efeito de acolher, de receber e ser recebido, abrigo gratuito e hospitalidade. De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 28 o acolhimento se faz importante na atenção básica porque não é só o profissional que define quando o usuário deve ir à unidade e também porque as várias

demandas que podem aparecer não podem esperar uma consulta, como por exemplo, uma pessoa com dissúria, dor em baixo ventre e febre, essa pessoa não tem condições de esperar uma consulta agendada. Outra justificativa é que através desse serviço de acolhimento os profissionais podem fortalecer e construir vínculos com esses usuários (BRASIL, 2013).

O acolhimento na USF Piaçaveira é um facilitador do acesso, porque garante que todas as pessoas que procuram a unidade por alguma demanda sejam atendidas. Ele é caracterizado como uma tecnologia leve por ser basicamente o profissional e usuário, porém consegue ser bastante resolutivo e efetivo. Através do acolhimento conseguimos perceber algumas peculiaridades da nossa área e perfil dos nossos usuários, é uma grande conquista, e hoje toda a população de Piaçaveira conhece o nosso acolhimento. Nosso acolhimento funciona todos os dias, e se baseia na classificação de risco, cada residente passa pelo acolhimento dois turnos pela durante a semana, no qual esse residente faz a primeira escuta no qual ele avalia aquela queixa, se ele puder solucionar naquele momento, ele faz um acolhimento avançado, caso ele necessite de uma avaliação ou resolução de outra categoria, encaminha para uma segunda escuta.

Com certeza um dos casos no qual mais a equipe se envolveu, foi à prova da importância do acolhimento e como ele consegue atingir espaços que talvez em uma tentativa de marcação de uma consulta não atingiria. Em uma manhã de acolhimento em que era o meu turno, recebo uma agente me falando que tinha uma mulher da área dela que estava na unidade com uma ferida na boca se poderia colocar no acolhimento, logo falei que sim. Quando dona Sônia entrou na sala do acolhimento, me apresentei, pois ainda não a conhecia e fiz uma pergunta que sempre faço: - Dona Sônia, como posso te ajudar hoje? Ela responde: - Oi minha filha, estou com uma ferida na boca, que não fica boa por nada!

Nesse momento me veio vários diagnósticos na cabeça, mas como não tinha muita experiência com lesão bucal, solicitei a avaliação da minha preceptora Vanda para me ajudar na identificação, após avaliar a lesão ela percebeu que poderia ser um câncer bucal e solicitou ao residente cirurgião-dentista George, para realizar a segunda escuta do acolhimento, a levou para o consultório odontológico e após avaliação também pela avaliação clínica acreditava ser um câncer bucal, além de a mesma relatar no acolhimento que fumou por muitos anos a adolescência e vida adulta, nos a encaminhamos para biopsia, e veio à confirmação do câncer bucal.

Esse contado com dona Sônia me fez pensar em como o acolhimento é uma ferramenta extremamente potente em um setor de saúde, porque imagine a dificuldade que ela teria para marcar uma consulta com um profissional que poderia

ser da enfermagem ou de medicina, depois dessa consulta tentar marcar uma odontológica. Para qualquer tipo de câncer o tempo é o maior inimigo, nesse meio tempo, entre marcação até a data de fato, poderia ser longa a espera, ela poderia desistir. O acolhimento tem o potencial de criar vínculos, porque é o momento em que a pessoa está fragilizada e mais precisando de apoio, vendo aquele profissional como um suporte, acreditando ainda mais na sua Unidade de Saúde da Família.

Felizmente após o diagnóstico confirmado, ela realizou a cirurgia e iniciou as seções que radioterapia, foi um momento de muito envolvimento não só da equipe 1, que é a equipe dela, mas de toda unidade de saúde. Era sempre gratificante encontrá-la na unidade ou receber o repasse da equipe ao visitá-la. Sônia conseguiu a cura para o câncer de boca, mudando completamente a imagem que muitas pessoas relatam do SUS, de que muitas pessoas não conseguem realizar o atendimento em tempo oportuno, sei que em muitos lugares a realidade é exatamente assim. Mas através de uma diretriz da Política Nacional de Humanização que é o acolhimento, através de uma escuta qualificada, Sônia pode vivenciar um SUS que da certo (BRASIL, 2013).

Durante a minha jornada, o acolhimento é um dos serviços que mais gosto de ofertar, muitos profissionais acham o espaço muito cheio, muito carregado, pois olhando por uma visão ampla é um local onde a população vai falar de problemas. Porém eu não vejo o acolhimento dessa forma, encaro como um local de potente aprendizado, trocas e principalmente de evolução profissional, no acolhimento vivenciei situações que vão além das demandas de enfermagem, era matriciada diariamente pela minha categoria e pelas outras categorias que compõe a unidade, me sentia útil para aquela população e principalmente conhecia minha área de abrangência.

5- GRUPO DE GESTANTE MATERNAGEM

Uma das situações mais gratificantes enquanto residente foi o grupo de gestante maternagem, sempre foi um dos meus desejos profissional e pessoais participar de um grupo de gestante. No dia 31 de agosto começamos na USF Piaçaveira o grupo de gestante, os servidores e a preceptora Vanda me falaram que havia um grupo muito forte anteriormente de gestantes, que a população adorava. Logo quando entrei na residência, queria poder entender a outra ponta da assistência ao parto, por que ela não começa no trabalho de parto, mas muito antes desde a primeira consulta Pré-Natal. Lembro que na minha agonia de começar esse grupo

queria fazer de qualquer forma com um projeto mínimo, sem objetivos, sem justificativas e principalmente sem saber ao certo quantas gestantes iriam participar.

Aqui vale ressaltar a importância de Ramon e Vanda para que eu fizesse algo mais elaborado, algo que eu pudesse saber que caminho percorrer. Comecei vendo quantas gestantes tinham na nossa área, quantas estavam para parir (isso me ajudou também a organizar as visitas puerperais da minha equipe que eu ficava um pouco perdida em relação a isso, dependendo apenas dos ACS) e quantas estavam no primeiro e segundo trimestre da gestação, logo em seguida, fiz um levantamento de quantas mulheres tinham interesse em participar do grupo.

Analisando e observado as consultas de Pré-Natal realizadas na Unidade de Saúde da Família Piaçaveira, percebemos que as consultas individuais não conseguem dar conta das dimensões previstas no pré-natal, principalmente nas discussões sobre o tipo de parto, parto humanizado, autonomia no parto, direitos da gestante, preparação do acompanhante dentre outras ações de educação em saúde que nesse período são tão importante e significativa na vida das gestantes e familiares. Foi um momento único, em que pude ouvir várias falas positivas e me incentivaram ainda mais. Foi árduo elaborar um projeto, pensar de que forma seria esse grupo. Apresentei a proposta para Ramon e Vanda que me ajudaram muito nessa elaboração e na construção desse grupo.

A gestação é processo fisiológico natural, que traz várias modificações no organismo materno, durante todo período gestacional essas alterações necessitam de atenção qualificada para que a mulher saiba o que está acontecendo com seu corpo e que ela se prepare para um dos momentos mais importante de sua vida que é o trabalho de parto e parto (SILVA et al 2015). O processo de gestar é um momento que envolve alterações físicas e emocionais, no qual a mulher expressa crenças e valores, além de expectativas e preocupações sobre esse momento tão único. Sem conhecer o que acontece com o seu corpo e como ela deve se preparar para o parto as mulheres acabam perdendo a sua autonomia e o seu direito de escolha durante a gestação e parto (PIRES et al, 2010).

A estratégia de Saúde da Família tem um papel fundamental no resgate da autonomia, do conhecimento do próprio corpo e do empoderamento, através de ações que possibilitem o protagonismo da mulher com escolhas baseadas em informações, para que isso aconteça é necessária uma assistência voltada de qualidade durante a gestação, criando um vínculo entre a equipe e a mulher, fornecendo subsídios para que a mulher participe ativamente da sua gestação e se empodere do seu parto, com informações baseadas em evidências (PORTO et al, 2010).

A educação em saúde é um conjunto de ideias e práticas que tem como objetivos a prevenção de doenças e promoção da saúde, no qual o conhecimento científico consegue alcançar a vivência dos sujeitos participantes, diante disso a prática da educação em saúde com enfoque na informação baseada em evidências devem formular meios que possam prover a gestantes subsídios de escolha para uma assistência digna, onde ela seja a principal atuante nesse processo (SILVA et al, 2015).

O desenvolvimento desse projeto foi direcionado para as gestantes acompanhadas no Pré-Natal da Unidade de Saúde da Família e familiares, no qual foi realizado trabalho em grupo com essas mulheres utilizando práticas educativas que visavam fortalecer o empoderamento das mesmas, possibilitando a troca de conhecimentos científicos e vivências, permitindo ações que auxiliassem a autonomia dessas mulheres nessa fase tão marcante de sua vida. Tendo como objetivo: ampliar a visão de empoderamento das gestantes para desenvolver a sua autonomia e encorajamento para gestação e parto humanizado e informações sobre procedimentos e direitos.

O projeto foi e através de ações educativas em encontros destinados para estudo, planejamento, atividades e troca de conhecimento entre os profissionais e o público-alvo. O grupo acontece em forma de blocos com 7 temas, no qual ao final de cada manhã de grupo a gestante e o acompanhante que estará com ela já saberá qual será o próximo tema e como devem vim preparados para a manhã no grupo.

Os temas e conteúdos trabalhados no grupo foram direcionados para atingir o objetivo geral desse grupo. Ele é um espaço de socialização e vivências garantindo às mulheres e familiares a oportunidade para expressarem seus medos, ansiedades e sentimentos, como também interagir com outras pessoas e com profissionais, tornando o grupo bem enriquecedor, pois será uma etapa na vida dessas mulheres que serão compartilhadas.

Os encontros acontecerão a cada 15 dias, nas quintas-feiras pela manhã a partir das 08h30minh, a proposta de não ser semanal, é que a gestante possui uma agenda cheia de compromissos associados ao Pré-Natal, além das suas demandas de vida diária, fazendo com que a adesão dessas gestantes fique reduzida caso os encontros sejam semanais.

Os conteúdos abordados nos sete blocos foram:

- 1- Descobrir a gestação/ Alterações anatomo-fisiológicas e sociais e da gestação;
- 2- Direitos da gestante/parceiro;

- 3- Tipos de parto, reconhecendo o trabalho de parto. Qual a hora certa para ir à maternidade?
- 4- Parto Humanizado X Violência Obstétrica;
- 5- Preparando o acompanhante;
- 6- Puerpério imediato;
- 7- Puerpério real.

Essa experiência foi renovadora em minha vida, pois através dela conseguimos visualizar os impactos que esse grupo causou na assistência Pré-Natal na nossa unidade, o número de cesarianas na nossa área diminuiu drasticamente, o número de crianças em aleitamento exclusivo eram altos e a participação dos pais no Pré-Natal e no grupo era significativa, viramos referência em grupo de gestante no município. A minha maior tristeza, foi que enquanto residente do segundo ano não pude participar do grupo de gestante, pois como ele acontece as quintas essa era o único dia que temos que estar no estágio eletivo. Mas valeu a pena tudo que vivenciei e tudo que pude aprender nesse grupo, com certeza levarei em meu coração um pouco de cada encontro, de cada fala e a representatividade que ele teve.

6- CLÍNICA AMPLIADA

Desde a 1ª consulta Pré-Natal com a gestante Gabe (como ela gosta de ser chamada) pude perceber que a assistência Pré-Natal no SUS, em especial a de enfermagem vai muito além do que às vezes imaginamos. No nosso primeiro contato, ela tinha acabado de perder um primo assassinado, a violência está muito presente e forte na realidade da nossa comunidade, e a sua mãe já chega à consulta falando: ELA É GRAVIDEZ DE RISCO, ELA TEM EPILEPSIA, ELA PRECISA URGENTE IR AO NEUROLOGISTA POR QUE A MEDICAÇÃO QUE ELA USA MATA A CRIANÇA! Naquele momento passa diversas coisas em minha cabeça e a principal delas é: EU NÃO ESTAVA PREPARADA PARA AQUELA SITUAÇÃO.

Mesmo sendo enfermeira obstetra, e sabendo que a epilepsia interfere diretamente na gestação, e que na maioria dos casos a gestação não é recomendada, precisava de mais informações, principalmente sobre as interações medicamentosas. O médico da minha equipe não estava na unidade nesse dia, então eu que teria que tomar todas as medidas, que incluíam: fazer a 1ª consulta Pré-Natal, que é enorme, encaminhar para o Pré-Natal de alto risco para uma avaliação com o obstetra e para o neurologista para reavaliação medicamentosa, sem esquecer que ambas estavam muito abaladas por que o velório e enterro do familiar, seria nessa tarde.

Fiz a referência e contra-referência para o Pré-Natal de alto risco e pedi ajuda a médica Aninha para encaminhar para o neurologista, por decisão das duas não íamos concluir toda consulta Pré-Natal, fiz as coisas que ela não poderia sair sem: esses dois encaminhamentos, solicitei os exames de rotina da 1ª consulta, prescrevi ácido fólico que é superimportante, porque mesmo sem lembrar onde havia lido, sabia que a epilepsia aumenta o risco de espinha bífida, e o uso do ácido fólico é crucial, e as mulheres que possuem epilepsia e que desejam engravidar, façam uso antes da gestação. Prescrevi também sulfato ferroso e só não a cadastrei no SISPRENATAL por que a mesma esqueceu o cartão SUS. Vale salientar essa é a 5ª gestação de Gabe.

Após essa consulta, comecei a estudar mais sobre o assunto e achei artigos incríveis sobre o tema que me fizeram prestar uma assistência Pré-Natal a Gabe e sua família com mais segurança e responsabilidade. A epilepsia é uma das doenças neurológicas mais comuns na gestação, mulheres em idade fértil que desejam engravidar precisam de um acompanhamento antes da concepção, o que faz com que a gestação e parto ocorra sem intercorrência, sendo as crises epiléticas e o uso de anticonvulsivantes causam impactos materno-fetal (AGUILAR et al, 2016). Com o retorno de Gabe para concluimos a 1ª consulta ela já tinha sido avaliada pelo obstetra que de cara já recomendou à cesariana, e pelo neurologista que trocou a medicação que ela usava por oxcarbazepina um antiepilético de 2ª classe.

As maiores preocupações nessa gestação: alterações do tubo neural no feto e redução do QI, para ajudarmos Gabe seu família e seu bebê nesses dois aspectos, atuamos na prevenção primária com a utilização do ácido fólico 0,4 mg/ml 1 x ao dia que contribui para formação do tubo neural, visto que o uso das medicações contribuem para alterações nesse sentido sendo a principal a espinha bífida, as mediações também podem perturbar o metabolismo do folato no início da gravidez reduzindo o QI, com o uso do ácido fólico aumenta 7 x mais, do que crianças com mães epiléticas que não fizeram uso dessa suplementação (RODRIGUES et al, 2005).

Outra preocupação era a frequência dessas crises epiléticas. Que não era só uma preocupação minha, mas da família de Gabe e do companheiro dela, que aliais é um companheiro muito presente em todos os momentos, nas consultas ele faz questão de ir, participa do grupo de gestante da nossa unidade de forma bem ativa e fez duas consultas de Pré-Natal do parceiro. Ouvindo um pouco da sua história pude perceber que a gestação era algo tenebroso na vida dela, por que com a diminuição das doses de medicação e a mudança fazia com que ela tivesse crises com mais frequências nas gestações anteriores. Um ponto muito positivo é que nessa gestação

Gabe só teve duas crises, uma com mais ou menos 16 semanas e a outra com 26 semanas. A primeira foi leve, de poucos minutos e a mesma não apresentou nenhuma alteração ao final da crise, a segunda irei falar um pouco mais a frente.

Uma coisa que tive que aprender com Gabe e com os estudos que fui desenvolvendo ao longo desse Pré-Natal foi como agir diante de um momento de crise:

Tratamento agudo das crises

Medidas iniciais:

- decúbito lateral esquerdo;
- oximetria de pulso (fora da realidade, se a crise for em casa ou na nossa Unidade);
- acesso venoso (se na nossa unidade);
- oxigenoterapia (fora da realidade, se a crise for em casa ou na nossa Unidade);
- soroterapia: medicação anticonvulsivante em todas as crises não autolimitadas; em 1ª linha: benzodiazepinas (diazepam 10mg e.v. bólus, máximo de 5mg/min, pode repetir-se 10 minutos depois; também existe formulação retal: 500microgramas/kg, máximo de 30mg); se crise persistir administrar antiepilético (como fenitoína 18mg/kg, máximo de 50mg/min);
- monitorização cardíaca materno-fetal, se tratamento com benzodiazepinas, manter traçado fetal até pelo menos 1h após administração (fora da realidade se acontecer em casa, monitorização da vitalidade fetal com sonnar, alteração do BCF encaminhar para emergência);
- Se causa metabólica: tratar

Medidas hospitalares:

- Se crise persistir por mais de 30 minutos, contactar anestesia para eventual intubação endotraqueal e fenobarbital e.v.

Investigação etiológica:

- inicial: glicemia, ionograma, calcemia, magnesemia e uremia;
- adicional: ressonância magnética cerebral se primeira crise sem causa metabólica ou crise diferente do habitual com alterações do exame neurológico; punção lombar se suspeita de infecção do sistema nervoso central.

E o que a gente mais temia era que associado ao uso das medicações ou redução delas houvesse um trabalho de parto prematuro. Na quarta 11/04/2018 Gabe liga para Unidade pedindo para falar comigo urgente, me veio mil coisas na cabeça no momento dessa ligação e eu só pensava no trabalho de parto prematuro, no telefone ela me fala que teve uma crise na noite anterior, que foi leve e rápida, porém na madrugada sentiu dores e percebia que a barriga ficava completamente dura e relaxava que esses sintomas se intensificaram e que estava acontecendo o tempo inteiro agora. Precisava avaliar ela, saber se de fato era o que estava pensando, e

perguntei se poderia vim até a unidade, ela me disse que sim e em menos de 10 minutos ela estava na Unidade.

Acolhi, abracei e perguntei como ela queria ficar, ela disse que em pé e em um lugar tranquilo, sinais clássicos de uma mulher que está em trabalho de parto, além da expressão de dor, misturada com o medo e a preocupação, por que ela sabia que não era o momento ainda do bebê nascer, a mãe e o companheiro estavam com ela, apresentando comportamentos bem distintos, o companheiro calmo e acalmando Gabe, a mãe dela extremamente nervosa e falando em cesariana que a filha não poderia ter normal, quis tira-la da sala nesse momento! Mas respirei fundo e olhando nos olhos de Gabe falei: - VOCÊ NÃO VAI TER O BEBÊ HOJE, LEMBRA O QUE FALAMOS NO GRUPO SOBRE AS FASES DO PARTO, PRECISO SABER EM QUAL DELAS VOCÊ ESTÁ! Vou ficar com a mão em sua barriga e sempre que a contração aparecer você vai me informar. Descartei a primeira e comecei a contar em 10 minutos.

Fiquei em silêncio, pois sei que o que ela menos precisava era de barulho, perguntei apenas se ela teve perda de tampão e ela me disse que não, por dentro essa noticia me encheu de alegria! E teve 2 contrações em 10 minutos 36' e 41' estava em trabalho de parto prematuro, chamei Vitor e fui auscultar o BCF e para minha alegria estava de 142 bpm. Mesmo nessa situação me mantive tranquila, pois sabia que ela só precisava ir para o hospital e usar alguma medicação que ajudaria a impedir a continuidade do trabalho de parto. Enquanto ficava com Gabe, fazia massagens de alívio da dor, Vitor e o médico Jair (r1) faziam a referência. Orientamos, ela e o companheiro, e pedimos que nos dessem informações, dei um abraço caloroso e falei que tudo ia da certo, e no fundo eu sentia que tudo ia da certo mesmo, vi que ela olhava em meus olhos e confiava no que eu estava falando.

Felizmente as 22h, Gabe entra em contato comigo falando que está tudo bem, que estava apenas terminando de tomar a medicação que ela não sabia qual, o que acho um absurdo não informarem que tipo de medicação a mulher esta usando, e que ela voltará para casa ao final dela. Senti-me tão feliz em saber que eles estavam bem, que conseguimos intervir de forma rápida e mais feliz ainda pela segurança de Gabe pelo nível de orientação que hoje ela tem em relação ao seu corpo e a epilepsia.

7- A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR

7.1 As dimensões da visita

Antes de ser residente não tinha muita experiência com Visita Domiciliares, era algo que eu só tinha vivenciado na graduação e de uma forma completamente diferente do que tenho experimentado no dia a dia. Reconhecer o potencial de uma visita domiciliar, me fez perceber as dimensões que ela alcança, é você entrar literalmente em uma família. Logo nas primeiras semanas, após saber que meu turno seria na sexta pela manhã, pensei que não teria muita demanda, que seria um turno tranquilo e que eu conseguiria dar conta. Mas na primeira reunião de equipe vi que não seria bem assim, existia uma lista de usuários que eram acamados que precisava conhecer, idosos que não saem mais de casa, visitas puerperais e as demandas espontâneas. Pensei: COMO VOU ORGAIZAR TODAS ESSAS PESSOAS?!

Para piorar o dia de sexta foi terrível, pois coincidia com vários feriados e pontos facultativos, além de paralisações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), me sentia prejudicada, pois não podia alterar o dia da visita que iria mexer em toda agenda dos meus outros colegas residentes. Então me vi não executando de forma correta as minhas vistas domiciliares, porque eu não estava conhecendo meu publico, eu apenas estava atendendo as demandas vindas do ACS e as demandas não tinham uma priorização.

Na Unidade de Saúde da Família, várias ações podem ser realizadas no domicílio dos usuários, como o cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. E o meu maior desafio foi conseguir diferenciar essas ações dos cuidados destinados aos usuários impossibilitados de ir à Unidade. De acordo com a Portaria GM/MS nº 2.527, de 27 de maio de 2013, a modalidade AD1 de atenção domiciliar é aquela no qual o usuário (gravidade e equipamentos de que necessita), deve ser realizada pela atenção básica (equipes de atenção básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF), podendo ter apoio dos demais níveis de atenção como por exemplo a os Serviços de Atenção Domiciliar.

Já na modalidade AD2, são destinados a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, esses usuários precisam de maior frequência de cuidado, recursos de saúde com um acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica. A modalidade AD3 destina-se aos usuários semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos. São pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares.

Após compreender essa diferença e com a ajuda da preceptoria e do apoio de núcleo, que sinalizaram na minha avaliação, compreendi que a visita domiciliar

deveria ser algo que eu teria que focar e me dedicar mais, comecei a organizar as minhas vistas de acordo com as necessidades dos usuários, focando sempre na continuidade daquela visita e no meu objetivo. Um dos exemplos bastante marcante enquanto residente, foi uma usuária, idosa, com diabetes descompensada, tinha como cuidador o esposo, também idoso, que para os cuidados da esposa conta com a ajuda voluntária dos amigos da igreja, e compreendia o cuidado como algo que apenas ele tinha o direito de decidir. Essa mulher estava em tratamento de câncer de mama, com ulcera de pé diabético, cegueira e hipertensão também descompensada.

Trabalhar com essa situação exigiu que eu desenvolvesse várias competências, apesar da minha vista ter sido solicitada para avaliação do pé diabético, no decorrer das semanas, eu e a médica Lilian começamos a intervir em vários componentes do cuidado dessa idosa, e um dos mais importantes foi tentar conseguir a confiança do esposo que era o cuidador, pois o mesmo só usava na idosa o que ele queria, como por exemplo, folhas na ferida do pé. O processo de vinculação permitiu que ele de fato confiasse na nossa assistência, ao ponto dele ir à unidade saber por que não tinha ido à visita sexta.

A saída de Lilian como residente e médica da equipe 2 foi um peso muito grande para todos nós e nesse caso específico, comecei assumi-lo praticamente sozinha, entrar naquela família perceber a melhora da usuária me fazia confirmar ainda mais a visita domiciliar. Hoje essa usuária não apresenta nenhum tipo de ferida, tem usado as medicações de forma correta e organizada, e uma rotina de visita que era semanal, começou a acontecer mensal, depois trimestral para acompanhamento do HIPERDIA..

A visita domiciliar foi com certeza um dos meus maiores aprendizados sobre uma assistência de qualidade na Atenção básica. O trabalho no ambiente domiciliar garante que o profissional conheça a realidade e subjetividade do indivíduo. O domicílio é considerado espaço especial de desenvolvimento das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. Garante também um cenário que permite tornar evidente às relações sociais que podem fortalecer o potencial de saúde ou mesmo contribuir no processo de adoecimento dos indivíduos.

7.2 – Visita Puerperal: intervenção precoce de promoção à saúde

Um dos maiores aprendizados da visita domiciliar que vivenciei, foi à importância das visitas puerperais. A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no

pós-parto imediato é fundamental para a saúde da mãe e do RN. O Ministério da Saúde (MS) recomenda uma visita domiciliar com 7 dias após a alta do bebê e caso o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta (BRASIL, 2013). O puerpério é período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e o parto são intensas, além de ter os cuidados com o bebê. Este período é uma fase de mudança para a família, no qual a mulher é a principal pessoa a vivenciar essas mudanças.

De acordo com o MS, a visita puerperal tem como objetivos fundamentais: avaliar o estado de saúde da mulher e do RN; a interação entre mãe, bebê e família; orientar e apoiar a mulher e família para amamentação e cuidados básicos com o RN; orientar o planejamento sexual e reprodutivo e identificar situações de riscos ou possíveis intercorrências, uma vez que as situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal, em boa parte, acontecem na primeira semana após o parto (BRASIL, 2013).

Quando chegamos o cenário de visita puerperal estava sendo remodelado, pois elas não eram priorizadas e garantidas até o sétimo dia pós-parto. A preceptora foi peça fundamental nessa abordagem, incentivando apoiando e sempre lembrando a necessidade dessa visita. Às vezes pensamos que como essa mulher com o RN vão à unidade para realização da triagem neonatal, o momento que temos com eles é suficiente para abordar as várias dimensões nesse momento. Mas, é na casa deles que podemos observar a rede de apoio que essa mulher recebe, se ela está com tempo para além do cuidado com o RN ter o seu autocuidado, se o aleitamento de fato está sendo exclusivo. Fico muito orgulhosa em saber que das 45 gestantes que acompanhei 39 delas receberam a visita puerperal, as 4 que não tiveram foi porque não moravam na área e estavam cadastradas com o prontuário de algum familiar da área, e 2 foram passar o período do pós-parto na casa de algum familiar.

A assistência domiciliar puerperal foi direcionada com a ajuda da preceptora no cuidado a puérpera e o outro ao RN. As visitas eram desenvolvidas através de avaliação, exame físico e orientações. Essa dinâmica de visita era avaliando as especificidades de cada mulher e RN. Pontos importantes sempre eram levantados, como as condições do atendimento durante e após o parto à mulher e ao RN, coletando-se dados referentes ao parto (data; tipo de parto; se cesárea, relatar a indicação), se houve violência obstétrica nessa assistência, investigado a dor, fluxo vaginal, lóquios e queixas. Além de observar as condições psicológicas e psíquicas da mulher. Exame das por meio da inspeção e palpação para detecção de presença

de ingurgitamento, fissuras, sinais inflamatórios ou infecciosos que dificultassem a amamentação.

Aproveitava a oportunidade para realizar a primeira consulta do RN, verificar se na Caderneta de Saúde da Criança estavam preenchidas com os dados da maternidade, as informações sobre o comprimento, peso, Apgar, a idade gestacional ao nascer, alguma intercorrência durante o parto, administração das vacinas BCG e Hepatite B na maternidade, se essas vacinas não foram aplicadas na maternidade, orientar sobre os locais onde poderia vacinar o RN. É um momento excelente para verificar os estímulos, o padrão respiratório, hidratação, as fontanelas, e se atentar a qualquer alteração que possa ser identificada através no exame físico. A orientação é à base dessa visita principalmente sobre os próximos passos com o RN como limpeza do coto umbilical, o teste do pezinho, da orelhinha, do olhinho e da linguinha e as próximas consultas na puericultura. E uma das ações mais importantes observar a mamada do RN com o objetivo de observar o posicionamento e a pega e se existe alguma dificuldade no aleitamento para realizar as orientações.

As visitas puerperais nesse período tiveram um papel transformador ao longo na residência, além da execução das ações de rotina do Ministério da Saúde na assistência as puérperas e o seu filho recém-nascido, procurou-se identificar os principais problemas relacionados ao puerpério. Dessa maneira, a visita puerperal permite a enfermagem prestar os cuidados para a promoção da saúde, identificar problemas e realizar intervenções imediatas, prevenindo agravos, tanto a puérpera quanto ao RN.

8- VACINA, ATRIBUIÇÃO E RESPONSABILIDADE DA ENFERMAGEM

A enfermagem é responsável técnico e administrativo pelas atividades em sala de vacina a sua supervisão é uma importante ferramenta para a melhoria na qualidade do serviço e para o desenvolvimento de habilidades e competências da equipe de saúde, visando à qualidade da assistência prestada. Hoje tenho uma afinidade para sala de vacina, mas nem sempre foi assim. No período da graduação apesar de compreender que a vacina é uma das principais ações de promoção a saúde, considerava algo difícil de aprender, porém o incentivo de uma professora me fez não só aprender vacina, como ser apaixonada.

Logo que cheguei à USF Piaçaveira, a nossa sala de vacina estava fechada para algumas reformas e também estávamos sem a câmara fria, após mais ou menos dois meses a nossa sala de vacina seria reaberta, porém com alguns processos da

residência estávamos sem a presença física do preceptor todos os dias, mas recebemos todas as orientações. A enfermeira Mariana enquanto residente do segundo ano era a responsável pela supervisão da sala de vacina, com a saída dela para o estágio eletivo fiquei responsável pela sala de vacina.

No primeiro momento achei que não daria conta, afinal lidar com sala de vacina enquanto estudante é totalmente diferente quando se é profissional. Mas aos poucos começava a entender a dinâmica, mas precisei estudar muito, vacina é uma demanda extremamente dinâmica e que está em constante atualização, dentre as coisas que precisei me atualizar se destacou: calendário vacinal e suas especificidades; estudar cada componente de cada vacina; reações adversas; organização da sala de vacina; e principalmente entender o fluxo de imunização de Camaçari, como pedido de vacina, boletins e solicitação de imunobiológicos especiais.

Porém de todo o processo de aprendizado e desenvolvimento que vivenciei como enfermeira responsável pela sala de vacina, se destaca a campanha de multivacinação de 2017. Para que essa campanha acontecesse, teve uma capacitação no município, no qual esclareci várias dúvidas e reafirmou a importância que a vacina tem na saúde pública. Na campanha de multivacinação, a comunicação e mobilização da população são fundamentais para que se obtenha uma maior adesão a esta estratégia.

O dia D da campanha foi em um sábado, pois é fundamental que os pais tenham disponibilidade para levar seus filhos para atualizar a caderneta de vacinação. Na campanha multivacinal todas as vacinas são ofertadas e o objetivo principal é ampliar a cobertura vacinal. Nesse dia não parei um segundo, realizei atividades educativas, triagem, aplicação vacinal, aprazamentos e no final do dia a contagem das doses aplicadas para enviar para vigilância epidemiológica.

O período que fiquei na sala de vacina foi um divisor de águas na minha decisão futuramente sobre para qual lugar iria ao meu estágio eletivo, queria compreender mais sobre esse mundo vasto da vacinação, como funcionava a rede de frios de Camaçari, investigação de eventos adversos e principalmente os impactos da vacina em toda saúde do município.

9- ESTÁGIO OPTATIVO

9.1 vigilância Epidemiológica: deixando raízes no campo de estágio

Foi muito gratificante estar em outro serviço e poder aprender e entender um pouco mais do que é saúde, e de como tudo está diretamente ligado para uma assistência de qualidade. A minha rotina mudou bastante e as coisas que antes eu fazia apenas por que era obrigatório comecei a fazer porque entendo a dimensão e a importância de tal atividade, como por exemplo, as notificações. Enquanto residente de primeiro ano, acompanhei uma investigação de óbito fetal e uma de óbito infantil, sabia da importância, mas confesso eram feitas de forma automática e sem destrinchar cada tópico daquele com um olhar crítico.

A vigilância da mortalidade fetal e infantil é uma prioridade do Ministério da Saúde, além do quantitativo é através dessas investigações que se chega à causa dessa morte, podendo identificar e se ela seria evitável, e com esses dados planejar ações e avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Óbito fetal é definido como a morte de um feto com mais de 550 gramas ou acima de 22 semanas de gestação, essa definição tem sido de grande importância para análise da assistência obstétrica, como um indicador, pois esses óbitos são historicamente negligenciados nos serviços de saúde (MENEZZI et al., 2016).

Óbitos infantis são mortes precoces, que na maioria das vezes são evitáveis, que possui uma magnitude muito alta na qualidade da atenção básica a saúde. Em 2000 a Organização das Nações Unidas desenvolveu o compromisso de reduzir 2/3 até 2015 o coeficiente da mortalidade infantil que são menores de 5 anos, essa meta não foi alcançada sendo pactuada novamente para 2030 (OLIVEIRA et al., 2017).

A redução desses óbitos envolve vários fatores e possui vários componentes, e volta àquela constante frase de que "saúde não se define apenas pela ausência de doença". No estágio na Vigilância percebia o quanto isso não acontece de forma eficiente, não apenas pelo setor da vigilância epidemiológica, mas por todos os atores. Um dos casos que fiz a investigação me fez refletir várias coisas, a primeira delas é que não conscientizamos os usuários do que é má assistência, o que são seus direitos, em vários momentos na fala da entrevistada (a mãe do bebê que foi a óbito), percebi que ela não sabia que ela havia sofrido violência, que ela foi mal tratada e principalmente que a sua assistência foi negligenciada.

Enquanto profissionais de saúde da família, às vezes voltamos para aquele modelo biomédico e ficamos trancafiados em nossos consultórios, nesse exemplo citado de óbito fetal, que aconteceu em novembro de 2017, fizemos visita, realizamos consultas, mas esquecemos de como ela estava psicologicamente, esquecemos-nos de cobrar o que realmente aconteceu, esquecemos-nos do que significa a palavra rede para poder entender melhor esse desfecho negativo, e simplesmente esperamos a notificação chegar.

No estágio da vigilância, diversas vezes me sentia impotente em saber que várias investigações, não apenas de óbito fetal, mas de todos os agravos existentes não são concluídas. O ponto mais potente desse estágio para minha formação como Enfermeira especialista em Saúde da Família foi compreender a dimensão e a resolutividade que os dados podem alcançar. Tentar fazer essa rede e levar toda essa informação para USF Piaçaveira foi desafiador, através de matriciamentos vi que várias pessoas na unidade se sensibilizaram com a importância da vigilância epidemiológica em saúde, que as ações e medidas são mais efetivas quando se temos dados palpáveis.

Dentre vários momentos em que tive que me controlar para não chorar, nessa entrevista de investigação de óbito fetal, destaco o vazio, o meu vazio, o vazio da mãe, do pai e do irmão da menina. No momento da entrevista o primeiro filho da usuária estava muito agitado, o que é muito normal para uma criança de 5 anos, que esta em um ambiente fechado ouvindo conversa de adulto. Sempre levo canetas coloridas para essas situações, pois compreendo que a criança precisa de atenção também. Entreguei um papel e as canetas e deixei com ele, não solicitei que desenhasse nada, no final da entrevista quis saber o que ele tinha feito, até como valorização, crianças gostas e precisam ser valorizadas. Ele havia desenhado a sua família: ele, seu pai, sua mãe e sua irmã na barriga da mãe. Fique bastante abalada e pensando, essa estatística e esse dado faz toda diferença, e como temos o poder de mudar a realidade de saúde no lugar que atuamos.

9.2 Descobrimo o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

Quando soube que o estágio da vigilância teria que passar pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) fiquei me perguntando o que eu iria fazer, e pior na minha cabeça o CEREST não tinha nada a ver com vigilância, as primeiras semanas da minha chegada, eu me sentia um peixe fora d'água, e a sensação de que não sabia nada do setor. Durante a graduação tive apenas uma matéria de saúde do trabalhador, onde abordava apenas as doenças associadas ao trabalho, o que me fazia imaginar que no CEREST as ações eram voltadas exclusivamente para reabilitação.

Logo na transição dos setores com as meninas que estavam anteriormente pude perceber a grandeza do CEREST, e que as ações iam além do que eu imaginava. É um local de referência para a saúde do trabalhador, prestando assistência especializada aos trabalhadores por doenças ou agravos relacionados ao trabalho, realiza promoção, proteção e recuperação além do caráter investigativo.

O CEREST atua junto com a Rede de Atenção a Saúde, que surge para intervir de forma integrada todos os níveis como gestão, educação permanente, atenção básica, ambulatorial, hospitalar e a vigilância em saúde e ambiental. Estar no setor foi como acender uma vela da curiosidade principalmente qual é a minha função enquanto enfermeira na USF Piaçaveira. E por incrível que pareça no auditório da unidade temos o Caderno de Atenção Básica nº 5 de Saúde do Trabalhador.

São atribuições da enfermagem, programar e realizar ações de vigilância em saúde do trabalhador, realizar investigações em ambientes de trabalho e junto ao trabalhador no seu município, REALIZAR ENTREVISTA COM ÊNFASE EM SAÚDE DO TRABALHADOR (algo que não fazia, apenas perguntava a profissão segundo a ficha de evolução do município, mas não fazia nenhum tipo de relação com a queixa ou qualquer outra demanda dita ou percebida na consulta), realizar notificação de acidente de trabalho, planejar, realizar e participar de ações de educação em saúde voltada ao trabalhador (BRASIL, 2002).

Tem sido muito importante poder conhecer de fato o que é saúde do trabalhador, o que é CEREST e principalmente o que uma enfermeira na estratégia da família pode fazer para atuar nessa temática, sei que ainda tenho muito que aprender, mas a cada dia percebo como a Atenção Primária é cheia de riqueza e detalhes que ela interfere diretamente na saúde e qualidade de vida da população.

10- ESTÁGIO ELETIVO

A Maternidade Tsylla Balbino (MTB) localizada em Salvador-BA é classificada segundo a política estadual de atenção hospitalar, em maternidade de referência microrregional. Atende mulheres de todo o estado da Bahia. Está inserida no projeto da rede cegonha para prestar assistência humanizada ao parto e nascimento, garantindo o direito ao acompanhante em todas as fases do parto, e utiliza métodos não farmacológicos para alívio da dor. Na MTB, fiquei no Ambulatório onde se realiza o Pré-Natal de Alto Risco tipo I (Anexo I). Diferente da minha experiência vivenciada em Camaçari, no qual havia apenas um local de encaminhamento para o Pré-Natal de Alto risco, no município de Salvador as comorbidades na gestação são classificadas e divididas nas maternidades.

Lá encontramos a consulta de enfermagem com enfermeira obstetra, consulta médica com médica obstetra, consulta ginecológica para planejamento sexual e reprodutivo, consulta pediátrica (para até 30 dias do RN), consulta de fisioterapia, consulta com a fonoaudióloga, atendimento odontológico (ações de promoção e

prevenção) e consulta com assistente social. Além de ofertar: teste do pezinho, linguinha, olhinho, realização de curativos, aplicação de medicações. O ambulatório da MTB funciona todos os dias de segunda a sexta das 7 horas da manhã até às 19 horas da noite, para procedimentos, porém atendimentos e consultas marcadas funcionam de 8 horas da manhã até 17 horas da tarde.

Para qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil e reduzir as taxas de morbimortalidade no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu em todo o País a Rede Cegonha, estratégia que visa estruturar e organizar a atenção à saúde materno infantil. A assistência pré-natal deve ser organizada para atender às necessidades das gestantes, assegurando a assistência integral às mulheres. Apesar de a gestação ser um processo fisiológico há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe, essas gestantes constitui o grupo denominado “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2011).

Na MTB, os critérios para encaminhamento para MTB são:

- Hipertensão acima de 140x90mmHg ou controle medicamentoso (gestantes hipertensas descondensadas irão para as maternidade de Pré-Natal de Alto Risco tipo II);
- Diabetes gestacional controlada e Diabetes pré-gestacional (seguindo a mesma linha da hipertensão);
- Tireoidopatias descompensadas;
- Anemias na gestação: anemia ferroprivas < 8 g/dl, anemia megaloblástica;
- Hemoglobinopatias: talassemia, anemia microangiopática;
- Abortamento habitual;
- Morte perinatal;
- Pneumopatias (DPOC, asma descompensada e fibrose cística);
- Epilepsia;
- Gemelaridade;
- Obesidade mórbida;
- Miomatose uterina > 7 cm no 1^a trimestre;
- Placenta prévia;
- Toxoplasmose;
- Gestantes a partir de 40 anos;
- Adolescentes menores que 19 anos.

A justificativa da escolha do ambulatório da MTB, para desenvolvimento de ações no Pré-Natal de Alto Risco tipo I, é que no cenário atual de assistência ao Pré-Natal como residente em Saúde da Família nessa modalidade de assistência poderia contribuir positivamente, pois cada mulher vivencia a gestação e parto de uma forma diferente, o acompanhamento, apoio e o diálogo para expressão de sentimentos são ações que favorecem a promoção à saúde dessas mulheres. A preparação da mulher e seus familiares para uma vivência plena da gravidez, parto e nascimento requer além das consultas de Pré-Natal, necessita também de ações de educação em saúde.

E teve como objetivo geral contribuir da melhor forma possível com o processo de trabalho e aprender muito com a rotina do ambulatório da MTB. E como objetivos específicos: 1- desenvolver ações de educação em saúde; 2- atuar e realizar matriciamentos sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs).

Realizar o estágio eletivo e mais especificamente no ambulatório da MTB contribuiu positivamente no meu processo de formação enquanto residente de Enfermagem em Saúde da Família, no qual pude desenvolver ações de promoção à saúde atingindo competências que só potencializaram o meu segundo ano de residência. Receber o apoio da preceptoria que respeitava a minha agenda e cronograma foi fundamental para que eu tivesse um desempenho mais efetivo e de qualidade.

Apreendi muito, principalmente sobre articulação de rede e encaminhamentos do Pré-Natal de alto risco. Acho válido que a maternidade continue recebendo residentes do estágio eletivo em saúde da família, pois é uma maternidade bastante receptiva e que reconhece o potencial da atenção básica no ciclo gravídico-puerperal e na assistência a saúde da mulher. Não encontrei dificuldades e só tenho críticas positivas sobre as minhas semanas de estágio eletivo.

11- INICIAÇÃO A PRECEPTORIA: DESAFIOS E AVANÇOS

A iniciação a preceptoria no segundo ano de residência aconteceu de forma tardia, como os dias que eu ficava na unidade tinha uma agenda própria de atendimento, acolhimento, visita domiciliar, gestão da unidade e reunião de equipe, não conseguia vivenciar os mesmos espaços que as residentes do primeiro ano para desempenhar essa competência. Porém indiretamente já acontecia essa troca, que foi mais evidente logo nas primeiras semanas com as residentes do primeiro ano, quando havia alguma dúvida, ou alguma necessidade de trabalho em conjunto.

Minha agenda enquanto residente do segundo ano, só ficou flexível me possibilitando estar com os residentes de enfermagem depois que voltei do meu estágio eletivo. Foi quando juntamente com o apoio pedagógico e minha colega enfermeira residente do segundo ano, pensamos em como articular essa iniciação a preceptoria. Porém logo na primeira semana de iniciação a preceptoria tivemos a nossa primeira dificuldade, as residentes do primeiro ano não concordavam com a nossa presença, nas consultas.

Como justificativa, alegavam que isso era para ter acontecido antes e não agora que elas já estavam inseridas no serviço. E de fato, faz todo sentido. A ausência dessa iniciação a preceptoria causou uma barreira muito gigante entre as residentes do segundo e primeiro ano. E mais uma vez precisamos junto com o apoio pedagógico pensar e estratégias para reverter essa situação, o apoio de núcleo foi fundamental para esse momento. E depois de algumas conversas, conseguimos compreender que a iniciação a preceptoria viria para potencializar a assistência de enfermagem, principalmente nesse período em que estávamos recebendo a presença de um enfermeiro na unidade, que vinha de Lauro de Freitas, pois o município não receberia mais a residência.

Os conhecimentos desenvolvidos na Atenção Básica estão sempre em construção e transformação, no qual a dúvida de alguma conduta é sempre o ponto de partida para aprender e desenvolver potencialidades, a integração entre serviço e aprendizado é à base de uma residência, pois a assistência de qualidade, a formação profissional e a satisfação dos usuários compõe um campo de prática muito rico. A aprendizagem quando ela acontece por meio de troca de informações entre enfermeiras favorece a socialização profissional, trás um pouco da formação inicial de cada uma e a prática contínua dessa atividade favorecem a evolução dos saberes, das competências e do hábito profissional (BARRETO et al. 2011).

Acompanhando uma residente em uma consulta de puericultura, pude perceber como ela valorizou ter outra profissional com ela naquele momento. Primeiro que essa troca positiva ajuda nas demandas da consulta de enfermagem, como anotações, evolução, exame físico, dentre outras tarefas que fazem parte dessa consulta importante na Atenção Básica quando se pensa em saúde. Uma criança com dois anos veio para consulta de puericultura, com queixa de uma lesão na mão. Lesões de pele são algo extremamente difícil de ser identificado, pois são bem parecidas e na maioria das vezes, uma segunda opinião ajuda a reafirmar um diagnóstico.

Logo que olhamos a residente do primeiro ano ficou um pouco insegura, perguntei se ela já tinha visto alguma lesão parecida, ela disse que não, mas que poderíamos solicitar uma segunda escuta médica. Mas lembrei no nosso protocolo de

enfermagem e falei com ela para podemos analisar primeiro a lesão, se pelas características ainda sim não conseguimos identificar, poderíamos solicitar a avaliação médica. As características da lesão eram: em alguns locais pústulas eritematosas, que evoluem para vesículas e pústulas, e se rompem deixando crostas melicéricas. Lesão bem característica de impetigo, e podemos observar todas às fases dessa lesão. Prescrevemos a medicação tópica e orientamos sobre essa infecção de pele. Participar dessa consulta foi muito importante, pois além de ajudar a residente sobre algo novo que ela nunca tinha visto, podemos aprender juntas e ver de forma palpável a resolutividade da consulta de enfermagem.

O que ficou mais marcante, foi observar como as residentes do segundo ano evoluíram, me fez lembrar tudo que havia passado assumindo a equipe. E em todo momento houve uma troca de conhecimentos e experiência. A relação entre os residentes é um importante instrumento de descoberta e trabalho coletivo. O fato de ter dois residentes torna a relação horizontal, fugindo da situação de que um dos dois atores sabem mais do que o outro, pois ambos são residentes de uma mesma instituição e USF.

12- ESTÁGIO GESTÃO

Concluir a residência foi um aprendizado diário, a vontade de aproveitar cada dia para aprender e potencializar várias competências. O estágio de gestão sempre foi algo que quis passar, entender como a saúde funciona do outro lado me deixava ansiosa para esse estágio. Sempre que ocorriam as conversas com os outros residentes do segundo ano, me despertou a vontade ir para Educação Permanente que hoje se chama Coordenação de Gestão do Trabalho, Educação Permanente e Humanização. É um setor extremamente complexo e cheio de demandas, tem sido fantástico entender um pouco da rotina do local e aprender com os funcionários que trabalham nele, a ambiência e os profissionais facilitam a rotina pesada desse setor.

Logo na nossa chegada, minha companheira de estágio é Andrezza uma pessoa incrível e que me ajuda muito, para organizar as nossas ações buscamos quais eram as demandas mais urgentes do setor para ser programado o que faríamos nesse período de estágio. A demanda mais urgente é o curso de gerentes que vai acontecer no município para algumas mudanças que ocorrera nas Unidades de Saúde. Eu e Andrezza ficamos com o eixo de humanização, e para poder desenvolver esse módulo nos baseamos nas Diretrizes do Município de Camaçari.

Achei incrível essa responsabilidade da construção de módulo, poder contribuir com o desenvolvimento da saúde de uma forma mais ampla me impulsiona sempre que chego ao estágio. A humanização, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. A comunicação entre gestores, profissionais e usuários constitui um processo de enfrentamento de práticas desumanizadas. Baseamos-nos também na Política Nacional de Humanização, que tem como princípios (BRASIL, 2013):

- **Transversalidade:** a Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas.
- **Indissociabilidade:** entre atenção e gestão: as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sócio familiar devem também se co-responsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros.
- **Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos:** qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

O estágio da gestão trouxe várias reflexões sobre o que de fato é saúde e assistência de qualidade. Pois, na unidade a maior parte do dia, estamos trabalhando com doenças, como da conta das demandas, como cobrir as pessoas que faltaram, dentre outras atividades e quando terminamos de fazer tudo isso, e mais um pouco, achamos que fizemos a melhor coisa do mundo para esse usuário. Sei que na maioria dos casos fazemos, porém quando pensamos que assistência de qualidade vai desde a entrada desse usuário, até ele ter a suas

demandas atendidas, precisamos ir além e rever de fato como estamos atendendo essas pessoas.

Na construção do módulo sobre humanização e acesso para o curso de gerentes, a todo o momento da construção com minha colega residente Andrezza, conversávamos o quando a assistência a saúde depende de vários fatores, e para saber se de fato a saúde está acontecendo nesse local, um dos elementos mais importantes é a pesquisa de satisfação. A orientação do nosso apoiador Gerson e do preceptor Cristiano foram fundamentais para o desenvolvimento desse material, explicando o que seria essa pesquisa, que o ideal é que ela fosse bastante resumida para que os usuários tivessem mais vontade de realizá-la e principalmente que tivesse uma linguagem acessível.

A pesquisa de satisfação do usuário é um componente das diretrizes que foram validadas no município de Camaçari no eixo da Humanização. Avaliar os serviços de saúde contribui através de algo palpável para tomadas de decisões para aperfeiçoamento dos serviços e assistência, além de representar aspectos da realidade. Estudos de satisfação do usuário só ganharam destaque em 1970 nos Estados Unidos e Inglaterra, essa satisfação considerava uma meta a ser alcançada pelos serviços de saúde, no Brasil as pesquisas de satisfação ganharam visibilidade a partir de 1990, através do controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde, por intermédio da participação da população no processo de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006).

Estudos mostram que usuários satisfeitos tendem a aderir mais aos tratamentos, fornecem melhores informações pois se vinculam mais aos servidores de saúde e eles possuem uma maior qualidade de vida. A avaliação da qualidade do serviço ela assume dimensões como o desempenho técnico, relacionamento com o usuário, além de estrutura, processos e resultados. Para que essa pesquisa seja de fato concretizada a avaliação de resultados é um ponto chave, pois essa análise está diretamente relacionada com a efetividade dessa pesquisa, pois ganha-se um determinado tipo de intervenção para as fragilidades ou aprovação de um serviço de saúde por parte da população.

Sei que talvez eu não consiga alcançar o período onde essa pesquisa de satisfação do usuário estará em todos os serviços públicos de saúde do município, porém saber que fiz parte dessa construção me deixa com a sensação de dever cumprido, de que o SUS que eu luto e acredito está sendo construído aos poucos, e nessa reta final (nem acredito que termina semana que vem) me sinto muito grata por fazer residência em saúde da família e principalmente por

saber que minhas ações e as ações dos meus colegas de residente e dos outros que virão mudam cotidianamente a realidade do município de Camaçari.

13- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste Memorial foi bastante desafiadora e gratificante, devido relação de proximidade entre a pesquisadora e o objeto de pesquisa, além da oportunidade da imersão nas vivências que me permitiram a especialização em Saúde da Família e desenvolvimento da concepção de saúde e políticas públicas. Fazer parte da Residência Multiprofissional em Saúde da Família foi uma experiência rica e cheia de surpresas e emoções, cada dia um novo aprendizado e também a criação de vínculo que tive com os profissionais da unidade e a equipe da residência.

Olhar para todo caminho que percorri e tudo que conseguir atingir no período de dois anos mostram que não saio dessa residência da mesma forma que entrei e isso é reafirmado nesse Memorial. Desenvolvi alguns elementos na prática profissional, como integralidade do sujeito, vigilância em saúde, promoção da saúde, participação e controle social, que jamais imaginei que isso existiria de fato na prática, apenas na teoria. Sei que a minha área de atuação profissional é a obstetrícia, mas hoje posso dizer que ter feito essa residência só veio complementar a minha formação anterior e trouxe uma visão mais holística e de respeito ao usuário.

O processo de formação promove constante educação permanente em saúde através de espaços compartilhados, que ocorrem no ambiente de trabalho e de ensino utilizando de metodologias ativas para a construção do processo ensino e aprendizagem. Em resumo, o modelo pedagógico do Programa, o processo formativo contribui para a construção e qualificação da prática profissional na assistência ou docência e principalmente na militância para o fortalecimento do SUS.

Por fim, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família FESFSUS atende o seu objetivo de formação, desenvolvimento e qualificação de profissionais para Estratégia de Saúde da Família. Os seus aspectos multiprofissionais são ressaltados em vários momentos e potencializam essa formação.

14- REFERÊNCIAS

AGUILAR, Sofia; ALVES, Maria José; SERRANO Fátima. Gravidez e epilepsia. **Acta obstet ginecol port**, Coimbra, v. 10, n.2, p. 120-129, jun 2016.

BARRETO, Vitor Hugo Lima et al. Papel do Precpetor na Atenção Primária em Saúde na Formação da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco- Um termo de referência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Recife, v. 35, n. 4, p.578-583, jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 32: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília:, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde **Caderno de Atenção Básica nº 28: Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28_v1.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde **Caderno de Atenção Básica n. 5, Saúde do trabalhador**. Brasília 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 [internet]. 2011 [cited 2015 June 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhet_o.pdf

BRASIL. **Redefine A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (sus)**.. Brasília, Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde:*

unidade de aprendizagem: práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde. Rio de Janeiro.2005. 62 p.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/16.pdf>

MENEZZI, América Maria Eleutério Dell et al. Vigilância do óbito fetal: estudo das principais causas. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 40, n. 2, p.208-212, jan. 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/vigilancia_obito_fetal.pdf

MIRANDA Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. **Rev Bras Enferm.** 2015;68(4):586-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680403i>

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p.814-827, jan. 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2010.v19n4/814-827/pt>

OLIVEIRA, Conceição Maria de et al. **Mortalidade infantil e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos das ações da vigilância do óbito.** Reuol, Pernambuco, v. 11, n. 2, p.1078-1085, fev. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13479/16188>

PIRES, Denise, et al. **A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, [s.l.], v. 10, n. 2, p.191-197, jun. 2010

PORTO, Ana Maria Feitosa; AMORIM, Melania Maria Ramos e SOUZA, Alex Sandro Rolland. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **Feminina**, Recife, v. 38, n. 10, p.527-537, out. 2010.

RODRIGUES, CT et al. Epilepsia e gravidez: que conduta? A propósito de um caso clínico. **Arq med**, v. 19, n. 11, p. 39-41, jan 2005.

SILVA, Stefani Gomes; SILVA, Elisa Lima; SOUZA, Kleyde Ventura; OLIVEIRA, Débora Cecília Chaves. Perfil das gestantes participantes das rodas de conversas sobre o plano de parto. **Revista Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 9-14, jan/abr 2015.