



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

TAMIRIS RIBEIRO SILVA ANDRADE

**MEMORIAL DE FORMAÇÃO: TRAJETÓRIA DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE**  
**NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DIAS D'ÁVILA**

**2019**

TAMIRIS RIBEIRO SILVA ANDRADE

**MEMORIAL DE FORMAÇÃO: TRAJETÓRIA DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE  
NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Laize Maria Santos Costa

Co-Orientadora: Dhara Santana Teixeira

**DIAS D'ÁVILA**

**2019**

## RESUMO

O presente memorial tem como função mostrar como foi a minha trajetória como enfermeira residente em Saúde da Família no período de 2017 à 2019 no município de Dias d'Ávila. Tem como objetivo relatar experiências vividas, destacando as atividades desenvolvidas dentro do programa. Este trabalho foi dividido em dez seções: Introdução; Aproximação com a saúde da família; Quebrando barreiras de acesso dos usuários; Reunião de equipe; Assistência domiciliar e articulação em rede; Saúde da mulher e a rede cegonha; Iniciação a preceptoria; Sala de vacina; Estágio na gestão; Considerações finais e Referências. A construção deste trabalho possibilitou refletir sobre as vivências e as experiências adquiridas no período da residência.

**Palavras-chave:** Saúde da família, enfermeira residente.

## **ABSTRACT**

The purpose of this memorial is to show how my career as a resident nurse in Family Health lasted from 2017 to 2019 in the municipality of Dias d'Ávila. It aims to report on lived experiences, highlighting the activities developed within the program. This work was divided into ten sections: Introduction; Approach to family health; Breaking user access barriers; Staff meeting; Home care and networking; Women's health and the stork network; Introduction to preceptory; Vaccine room; Internship in management; Final considerations and references. The construction of this work made it possible to reflect on the experiences and experiences acquired during the residence period.

**Keywords:** Family health, resident nurse.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>2. APROXIMAÇÃO COM A SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>08</b>
<b>3. QUEBRANDO BARREIRAS DE ACESSO DOS USUÁRIOS.....</b>	<b>10</b>
<b>4. REUNIÃO DE EQUIPE.....</b>	<b>11</b>
<b>5. ASSISTÊNCIA DOMICILIAR E ARTICULAÇÃO EM REDE.....</b>	<b>12</b>
<b>6. SAÚDE DA MULHER E A REDE CEGONHA.....</b>	<b>15</b>
<b>7. INICIAÇÃO A PRECEPTORIA.....</b>	<b>17</b>
<b>8. SALA DE VACINA.....</b>	<b>18</b>
<b>9. ESTÁGIO NA GESTÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>21</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Durante a minha vida, eu sempre tive a preocupação de querer trabalhar em algo que eu gostasse de verdade, que eu me sentisse a vontade e que eu pudesse levantar todos os dias pra fazer algo que realmente me desse prazer, e não por obrigação. Então, desde a graduação, pude perceber que eu tinha afinidades por algumas áreas específicas e isso sempre me levava a querer saber mais sobre determinados assuntos. Foi aí que descobri, ainda na metade da graduação, que uma das áreas que eu precisava conhecer de perto era a saúde pública. E, durante o meu estágio curricular obrigatório da faculdade, tive uma experiência singular em uma unidade de saúde da família. Tive a oportunidade de vivenciar o SUS como ele é preconizado naquela unidade de saúde. Então decidi: é na atenção básica que eu quero trabalhar!

Foi aí que percebi que a melhor forma de eu me especializar na área, era fazendo a residência. Eu sabia que a formação nessa modalidade era a melhor opção para mim, uma vez que poderia conciliar o estudo com o trabalho (teoria e prática). Era exatamente o que eu buscava, pois o mercado de trabalho exige de você uma experiência que na faculdade não se adquire.

Contudo, não foi fácil chegar até a aprovação. Muitos obstáculos foram ultrapassados. Abdi quei de muita coisa para poder focar nos estudos até alcançar meu objetivo. Concluí a graduação em enfermagem e logo tentei o processo seletivo da residência para testar meus conhecimentos. Não fui bem. Percebi que para alcançar o que eu tanto almejava, teria que me dedicar um pouco mais. Naquele momento eu estava iniciando outra graduação, porém não via um futuro na mesma, porque apesar das dificuldades do mercado de trabalho na minha área, eu me identificava com a enfermagem, então eu decidi interromper. Ainda nesse período pensei também em iniciar uma pós-graduação em enfermagem obstétrica aos finais de semana. A obstetrícia é outra paixão que tenho na enfermagem, mas vou deixar para falar sobre ela mais à frente.

Então, após seis meses de estudo com dedicação, consegui a aprovação no processo seletivo da FESF-SUS/FIOCRUZ. A residência sempre foi algo muito desejado. Porém, a conquista dela foi uma das maiores surpresas que pude receber. Foi uma mistura de sentimentos jamais experimentados antes. Só quem já passou

por esse momento, de conquistar aquilo que mais almejava, sabe do que eu estou falando! Foi muito gratificante perceber que todo aquele esforço e as várias renúncias valeram a pena.

Estava cheia de expectativas, ansiosa a cada amanhecer. Queria logo iniciar as atividades para poder praticar na área que sempre desejei. Confesso que a insegurança também me tomava, quando pensava em assumir um território que, por muitos anos, esteve aos cuidados de outra enfermeira. Ainda tinha a equipe, os funcionários da unidade... Isso era novidade para todos, então sabia que iria mexer na "estrutura" daquele lugar.

A chegada em Dias d'Ávila foi maravilhosa. Fomos recepcionados com um café da manhã pela prefeita da cidade, que nos acolheu muito bem. Posteriormente fomos conhecer a rede e os serviços de atenção à saúde, momento que considerei bastante importante por caracterizar como funciona a saúde do município. Tive uma impressão muito boa da cidade. A princípio, fiquei um pouco apreensiva ao saber que iria para Dias d'Ávila por saber que ela tinha fama de perigosa, porém, ao conhecê-la pessoalmente essa má impressão mudou.

Então chegou o grande dia de conhecer a unidade que seria lotada e, para a minha surpresa, foi tudo muito tranquilo. Na comunicação inicial com os profissionais daquela unidade, pude perceber o quanto eu era bem vinda naquele lugar. E posteriormente não foi diferente. O vínculo aumentava cada vez mais, tanto com os profissionais, quanto com os usuários do território. Isso só fazia aumentar o meu amor e o interesse por aquele trabalho que eu estava desenvolvendo.

No decorrer das primeiras semanas, fui percebendo que tinha dificuldade em algumas áreas. E a minha surpresa foi descobrir que aquelas "aulas" sobre determinados assuntos que eu tanto esperava, não existia nessa residência. Foi aí que conheci as metodologias ativas de aprendizagem. Um método de ensino em que o aluno é quem produz seu conhecimento. Berbel<sup>1</sup> fala em seu artigo que "Nesse caminho, o professor atua como facilitador ou orientador para que o estudante faça pesquisas, reflita e decida por ele mesmo, o que fazer para atingir os objetivos estabelecidos". Percebi que eu mesma deveria desenvolver o meu processo de aprendizagem através do que eu estava vivenciando no momento. No início foi bem difícil para mim, pois já estava acostumada com o papel do professor

em passar o conhecimento e agora eu que teria de ir em busca deste. Tive que correr muito contra o tempo para estudar em casa sobre algumas coisas que sentia dificuldades na hora dos atendimentos. Porém, confesso que consegui apreender melhor o estudo. Acredito que essa metodologia de ensino foi um grande potencial na minha formação profissional.

## **2. APROXIMAÇÃO COM A SAÚDE DA FAMÍLIA**

Como já havia mencionado anteriormente, minha aproximação com a saúde da família se deu ainda na graduação, no estágio obrigatório da faculdade. Foi a minha primeira atuação na prática da atenção básica. Diferentemente de outros colegas, tive a oportunidade de realizar atendimentos em todos os programas preconizados pelo ministério da saúde. Aprendi com uma amante da saúde pública, uma profissional exemplar, que atuava com amor e compromisso; a considero como minha profissional de referência e minha inspiração, que ajudou a me apaixonar ainda mais pela saúde da família.

Acredito que uma das razões que fez eu me aproximar da atenção primária a saúde foi o papel que o enfermeiro exerce nesse campo. Suas ações não são centradas na doença, como o modelo biomédico define, mas sim num cuidado ampliado, no sentido de promover mudanças em um indivíduo a fim de prevenir as doenças. A portaria<sup>2</sup> nº 2436 traz como atribuições específicas do enfermeiro que atua na atenção básica:

- I.- 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;
- II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III.- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- IV.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- V.- Realizar atividades em grupo e

encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local; VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; VII.- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS; VIII.- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e IX.- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

A Carta de Ottawa<sup>3</sup>, que é o marco do movimento da promoção da saúde em todo o mundo, define promoção da saúde como "o processo que capacita as pessoas para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo". O enfermeiro tem um valor muito importante na promoção e prevenção da saúde, uma vez que ele atua no sentido de melhorar as condições de vida e saúde de uma população, instruindo a mesma. Ele tem uma facilidade maior de mobilizar um grupo para realizar ações destinadas a promover saúde em um território, por se tornar referência para este, ao estabelecer vínculo na sua atuação assistencial individual ou coletiva. Acredito que um fator potencial na construção desses vínculos é o processo de territorialização. Realizamos esta atividade logo quando chegamos na unidade e percebi o quando isso me aproximou mais dos usuários. Estar com a comunidade antes mesmo de começar atuar na assistência, possibilita estreitar os laços para aproximar ainda mais o profissional da comunidade.

Contudo, na unidade em que eu estava lotada, essa tarefa não era só papel do enfermeiro, com se é visto em muitos estabelecimentos. A equipe mínima e o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) também apoiavam estas ações. Peduzzi<sup>4</sup> define o trabalho em equipe multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Isso reflete o quanto uma equipe unida pode cooperar para realizar um trabalho de qualidade.

Outra razão que eu considero cativante é a atenção continuada. A possibilidade de poder acompanhar constantemente um usuário em seus estágios de vida e saúde é que motiva o profissional a querer fazer sempre o melhor, uma vez que ele consegue visualizar que seu trabalho faz parte daquela evolução.

Lembro-me da primeira visita domiciliar que realizei. Era para troca de curativo de uma senhora que havia sofrido uma queda. A usuária tinha uma resistência muito grande na utilização correta das medicações e não seguia as orientações do profissional fisioterapeuta. Porém criamos um vínculo muito bom e pela insistência conseguimos fazer com que ela mudasse seus hábitos. Pude acompanhar ela por um grande período e presenciar sua evolução até melhora do caso.

### **3. QUEBRANDO BARREIRAS DE ACESSO DOS USUÁRIOS**

O acesso aos serviços de saúde está previsto na Constituição Federal do Brasil, antes mesmo de criação da Lei Orgânica da Saúde. Nela está a garantia da assistência à saúde para todos os cidadãos brasileiros<sup>5</sup>. As unidades de saúde são consideradas como porta de entrada para os serviços, portanto deveria ser o lugar em que menos se tenha barreiras de acesso. No entanto, são observados alguns limites referentes ao acesso dos usuários na maioria dos estabelecimentos de saúde dos municípios. Passei por essa experiência na unidade do entroncamento onde atuei como enfermeira e percebi o quanto isso influencia na qualidade de vida e saúde dos usuários.

Logo após a nossa chegada à unidade, uma nova profissional foi contratada para compor o quadro de profissionais, na função de assistente administrativo. Como na unidade não tem um profissional gerente, a mesma acaba assumindo um pouco desse papel. Porém, a pessoa não tinha perfil para trabalhar com o público. Era autoritária e mandona. Estabelecia quantidade de marcação de consultas por família (no máximo 02 pessoas no mês), dia e horário para realização das mesmas, bem como para agendamentos de exames e distribuição de uma quantidade de fichas para atendimento, o que fazia com que os pacientes madrugassem na porta do posto para conseguir uma senha antes que acabasse. Enfim, foram identificadas várias barreiras de acesso. Porém a funcionária não entendia dessa maneira, o que dificultava e muito na resolução dos problemas. Ela gostava de ser detentora do poder. Ficava sempre sobrecarregada das diversas tarefas do serviço, contudo não dava conta. Não conhecia o real significado de se trabalhar em equipe.

Recorremos de várias formas para solucionar os problemas e, a ferramenta principal que ajudou a reorganizar o processo de trabalho na unidade foi a implantação do acolhimento à demanda espontânea. Segundo o Caderno de atenção básica nº 28<sup>6</sup>, “o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas”. O acolhimento vem no sentido de garantir o acesso dos usuários à demanda espontânea ao serviço de saúde. Essa proposta favoreceu bastante para ampliar o olhar da equipe em relação ao indivíduo, uma vez que a escuta qualificada leva a refletir sobre outras áreas de atuação. Favoreceu também para diminuição das grandes filas para marcações de consultas, pois muitas queixas e dúvidas são resolvidas na própria escuta no acolhimento.

Com isso, conseguimos ir mediando os conflitos e, na micropolítica conseguimos ir moldando o fluxo do processo de trabalho. Hoje, com muito esforço, essas barreiras de acesso foram derrubadas. Conseguimos eliminar as filas e a aglomeração de pessoas na abertura das portas da unidade e ninguém mais sai sem agendar sua consulta ou exame.

#### **4. REUNIÃO DE EQUIPE**

As reuniões de equipe que acontecem nas unidades de saúde são consideradas como um espaço estratégico para que os profissionais organizem o processo de trabalho. É um momento em que os trabalhadores planejam, trocam opiniões, colaboram com novas ideias, traçam metas em comum acordo para alcançar um objetivo. Contudo, existe uma grande dificuldade para por em prática este conceito. As reuniões são vistas por alguns profissionais como perda de tempo ou “lavagem de roupa suja”. Porém acredito que esse julgamento surge de quem não compreende de fato a potencialidade que tem essa ferramenta.

Logo quando chegamos a cidade de Dias d'Ávila, as equipes do entroncamento I e II funcionavam no mesmo espaço físico, portanto não havia reuniões separadas por equipe mas sim uma reunião de unidade. A mesma acontecia sempre as sextas à tarde, o que favorecia para as reuniões terminarem mais cedo e todos irem

embora. Também não tinha um roteiro a ser seguido, o que a tornava bastante desorganizada. Não tinha uma hora estabelecida para iniciar nem para terminar. A maioria dos profissionais utilizava esse espaço para “colocar as coisas em ordem”, o que caracterizava um descomprometimento e desinteresse por parte de todos. Com isso, as reuniões praticamente não aconteciam.

Utilizamos de várias estratégias para qualificar as reuniões e aos poucos ela foi tomando forma. Estudamos muito sobre o espaço e compartilhamos com todos o real sentido e importância dele existir. Hoje consigo fazer um comparativo de como era e de como melhorou sua organização. O ponto de partida foi a inauguração da unidade Entroncamento II. Com um novo espaço físico, as reuniões puderam ser separadas e realizadas em dias diferentes, mantendo o funcionamento normal de uma unidade, enquanto a outra estaria em reunião. Anteriormente, as reuniões eram dirigidas e relatadas apenas pela enfermeira da equipe. Hoje, ao final de cada reunião, é escolhido o coordenador e o relator da próxima. Um roteiro também foi construído para direcionar a reunião, o que favoreceu na organização do espaço, incluindo, além dos informes e pautas, as discussões de casos, programações das visitas domiciliares e educação continuada. Alguns instrumentos foram incorporados para melhor avaliar a situação de saúde do território e traçar metas para que novos objetivos possam ser alcançados. Realizamos também o estudo dos acolhimentos realizados na unidade. Esse estudo contribuiu bastante para a capacitação dos profissionais, pois através dele matriciamentos foram realizados para melhor direcionar o profissional que estiver como referência no dia do acolhimento. O NASF vem contribuindo bastante também ao incluir o “cuidando do cuidador”, onde propicia atividades grupais relaxantes para descontrair antes das reuniões. Enfim, acredito que os profissionais compreendem melhor a organização do trabalho após a reestruturação do espaço.

## **5. ASSISTÊNCIA DOMICILIAR E ARTICULAÇÃO EM REDE**

A assistência domiciliar é o tipo de cuidado prestado ao paciente pelo profissional de saúde na residência do usuário. Ela é muito significativa uma vez que podemos avaliar as condições de vida e saúde do paciente em sua moradia e possibilitar um contato contínuo com as famílias, favorecendo o estabelecimento de vínculo e apoio.

Para ser classificado como paciente de visita domiciliar, o usuário deve se enquadrar em alguns requisitos básicos. Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar<sup>7</sup> do Ministério da Saúde, os critérios de inclusão na atenção domiciliar são:

Ter tido alta da AD2/AD3, mantendo interface entre as equipes de atenção domiciliar e as da atenção básica; Ter, no domicílio, infraestrutura física compatível com a realização da AD; nos casos em que as condições físicas precárias implicam aumento de riscos para a saúde do usuário, elas deverão ser avaliadas pela equipe multidisciplinar; Ter o consentimento informado do usuário (se consciente) e/ou de seu representante legal; Estar impossibilitado de se deslocar até o serviço de saúde; Necessitar de cuidados numa frequência de visitas e atividades de competência da atenção básica; Não se enquadrar nos critérios de inclusão nas modalidades AD2 e AD3. (2012, p. 26).

Fiquei sensibilizada com a história de um paciente que comoveu a mim e a médica da nossa equipe. Ali conheci o verdadeiro significado de humanização, de se colocar no lugar do outro, independentemente de quem é ou foi a pessoa, se fez coisas boas ou ruins e os motivos que o levaram para a condição que se encontra hoje. Irei compartilhar um pouco dessa história.

M.L.S. 65 anos, hipertenso e diabético, com sequelas de AVC (Acidente Vascular Cerebral), que o levou a dificuldade motora e na fala. Era divorciado e pai de quatro filhos, porém ele evitava qualquer tipo de vínculo com a família e vice versa. Não fazia uso das medicações anti-hipertensivas e nem diabéticas. Alimentava-se diariamente só de pão e café. O ambiente onde morava apresentava insalubridade, com fezes e urina por toda a casa. Vivia só, porém era “cuidado” por vizinhos, quando ele permitia, para lavar as roupas de cama e limpar a casa esporadicamente.

Tentamos fazer vários contatos com ele, porém sem sucesso. Ele negava receber visita ou qualquer tipo de ajuda das pessoas. Era bastante difícil a construção de vínculo com o usuário, porque o mesmo não aceitava orientações, medicações e nem a visita da equipe multidisciplinar. Quando anunciávamos a nossa chegada à porta, o usuário calava-se e fazia de conta que não tinha ninguém em casa. Outrora permitia nossa entrada, porém não podíamos realizar nenhuma intervenção, nem sequer aferir os sinais vitais porque o mesmo não permitia.

Os vizinhos relataram que quando iam lavar as roupas de cama, por diversas vezes notaram sangue no lençol. Devido à preocupação com o estado clínico do usuário, acionamos o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), porém,

este não conseguiu êxito. Assim, fomos obrigados a levar o caso para o Ministério Público, que acionou o CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social), que conseguiram realizar uma intervenção com ajuda da nossa equipe. O paciente, que estava com a pressão arterial de 220x180 mmHg, foi levado pela ambulância para a UPA. Lá ele foi examinado, cuidado e diagnosticado com prolapso retal. Fomos visitar o paciente na UPA. Quando ele nos viu, abriu os braços para nos abraçar. Foi tão gratificante ver aquele olhar dizer "muito obrigado por não ter desistido de mim"! Ele apertou nossa mão, mostrou que estava se alimentando direito, mostrando o prato com comida, e como estava feliz. Após a alta hospitalar, o usuário foi levado para uma casa de abrigo para idosos, onde recebia os cuidados necessários. Era um lugar humilde, que vivia de doações. Não recebiam nenhuma verba para manter a casa. Vivia da aposentadoria dos idosos que ali estavam abrigados. Eu e a médica fomos lá novamente para uma visita. Parecia ser outra pessoa. Estava entrosado com outros idosos, já havia ganhado um pouco mais de peso e fazia uso regular das medicações. Continuava carrancudo e resmungão, mas agora estava sendo cuidado. Foi gratificante acompanhar todo o processo daquele usuário em sua pior condição de vida e saúde até sua evolução para melhora.

Pinho et al<sup>8</sup> diz que "a integralidade é entendida como uma das diretrizes do SUS que preconiza o acesso da população ao sistema nos diversos níveis de atenção, seja ele primário, secundário ou terciário, preventivo ou curativo, técnico ou político". Considera ainda que "um atendimento integral vai além da formulação de um planejamento terapêutico, mas contempla também a regulação das políticas públicas do setor, (...) e o olhar para o sujeito-usuário dentro de uma lógica de atendimento que considere o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano".

A assistência prestada para esse usuário foi integral, onde suas necessidades foram atendidas. A articulação em rede aliada com a assistência prestada possibilitou a integração de pessoas/serviços/seguimentos sociais para a integralidade do cuidado. A fragmentação deste dificulta muito no processo de uma assistência holística, pois não adianta cuidar dos aspectos biológicos senão atender os sociais e psicológicos. Isto descaracteriza o cuidado integral.

## 6. SAÚDE DA MULHER E A REDE CEGONHA

Uma das áreas que sempre me identifiquei desde o início da graduação, foi saúde da mulher. Gostava muito de estudar sobre saúde sexual e reprodutiva, assim como a parte obstétrica. No último semestre do curso, participei de uma seleção para monitoria na disciplina prática em saúde da mulher na faculdade. Queria me aprofundar melhor nos conteúdos e praticando seria a melhor forma de apreender o conhecimento. Foi daí que surgiu a minha paixão pela obstetrícia. Logo após formar, iniciei a pós em enfermagem obstétrica e, durante o curso percebi que para evitar intercorrências evitáveis em um parto, é fundamental que a gestante tenha realizado um pré-natal adequado. Então percebi que poderia conciliar as duas áreas que eu mais me identificada, a atenção básica e a obstetrícia.

Quando cheguei na residência, no meu campo de atuação, percebi que minha afinidade pela área contribuiu bastante para o meu desenvolvimento. Me sentia bastante preparada nos turnos relacionados a saúde da mulher, como: planejamento familiar, preventivo, pré-natal. Conseguia maior resolutividade nos atendimentos sem muita dificuldade. Os turnos eram tranquilos, conseguia estabelecer vínculos com as pacientes, o que favorecia no acompanhamento integral.

Quando migrei para o segundo ano da residência, tive a opção de escolher em qual linha de cuidado iria atuar e, dentre as sugestões para escolha, estava a rede cegonha. Não foi surpresa para ninguém minha preferência.

A linha de cuidado em rede cegonha tem como proposta avaliar as práticas em saúde desempenhadas nas unidades de saúde do programa de residência e formular uma proposta de intervenção (ações estratégicas) para resolução dos problemas identificados no campo, visando a qualificação do processo de trabalho das equipes, a partir das linhas de cuidado materno-infantil, respeitando as diretrizes estabelecidas pela Rede Cegonha.

No começo, as coisas foram bastante conturbadas. Não tinha um apoiador para nos orientar e a pessoa designada para ser a referência da linha de cuidado, parecia não entender sobre a proposta da residência. Contudo, com o passar dos dias as coisas foram melhorando e, enfim, fomos percebidas pelos gestores e que também

tínhamos muito a contribuir nesse processo de estruturação da rede cegonha no município.

A nossa primeira atividade foi ficar em observação na maternidade para conhecer os fluxos e rotinas de lá. Participamos também das reuniões de vinculação com as gestantes e criamos uma lista de presença padrão para os encontros. As reuniões têm como proposta apresentar a maternidade e os profissionais que trabalham nela para as gestantes e seu acompanhante, bem como esclarecer dúvidas sobre o parto e pós parto. Apesar de se tratar de uma linha de cuidado sobre rede cegonha, o foco não era somente a maternidade e sim a rede como um todo, por isso exploramos também outros espaços.

Vários eventos aconteceram referentes à rede cegonha e fomos inseridas nesses espaços através da gestão, como o Acolhimento Pedagógico, com temática sobre rede cegonha, onde trouxemos uma discussão sobre vinculação para os profissionais de saúde do município; o Fórum Estadual da Rede Cegonha, e Observatório de Maternidades, ambos realizados em Salvador. Alguns espaços foram construídos, como a implantação do Grupo Condutor da Rede Cegonha no município, e outros foram se adequando para melhorar e fortalecer a rede. Falando um pouquinho desses espaços que foram utilizados para trazer discussões sobre a rede cegonha, desenvolvemos algumas atividades para melhor condução das temáticas. No colegiado gestor, nós residentes, trouxemos uma apresentação, solicitada pelo próprio colegiado, sobre a situação de sífilis no município, devido a alta incidência da mesma. Para o Grupo de Trabalho (GT) da sala de situação fizemos um consolidado de todos os indicadores da rede cegonha utilizados por todas as plataformas, para escolhermos posteriormente o que fosse mais relevante para trabalhar no município, de acordo com a realidade que estávamos vivenciando naquele momento e, no grupo condutor que apesar de ter sido criado recentemente, já tinha atividades a serem desenvolvidas naquele espaço.

Enfim, foi bastante proveitoso ter participado dessa linha de cuidado e desses espaços, ricos em informações importantes e experiências, onde pude usar como modelo para atuar no município.

## 7. INICIAÇÃO A PRECEPTORIA

Como eu costumava dizer, todos os dias me deparava com algo novo na residência. Às vezes bom, às vezes não tão bom assim, mas, com certeza, algo que sempre me levava a uma nova experiência que iria ser acrescentada na minha formação.

Durante o meu R2, recebi uma proposta da gestão do município para dar um "apoio" a uma profissional enfermeira (sem experiência) em outra unidade de saúde da família que não era da residência. Fiquei muito lisonjeada com o convite, principalmente por ouvir da gestão que, dentre todos os outros residentes, o meu nome foi o primeiro a ser sugerido pela maioria. É gratificante ver que outras pessoas percebem que eu estou fazendo aquilo que gosto, da melhor forma possível. Logo após o convite, foi acordado, juntamente com a coordenação da FESF que, esse "apoio" poderia ser interpretado como uma iniciação a preceptoria, já que eu estaria ajudando a capacitar um profissional em uma unidade, atuando como preceptora. A preceptoria é uma modalidade de ensino que é utilizada no sentido de descaracterizar a figura do professor, transformando-a em uma figura de facilitador, para melhor orientar o profissional no processo de aprendizagem e ensino no seu cotidiano de trabalho. De acordo com o Manual de Atribuições dos Preceptores, Apoiadores e Coordenação da FESF<sup>9</sup>, é atribuição do preceptor, dentre tantos outros, realizar atendimentos individuais e coletivos, acompanhando e dando feedbacks a aquele profissional. Eu já havia vivenciado um pouco dessa experiência no momento da minha transição de R1 para R2, quando acompanhei as residentes do primeiro ano que estavam chegando ao campo no seu período de adaptação. Então acredito que não houve muita dificuldade da minha parte porque já sabia um pouco das funções que teria que desempenhar.

Eu avalio positivamente esse processo tanto para mim, que aprendo também nessa transmissão de informações e experiências, quanto para o profissional que acompanhei, que teve a oportunidade de aprender e tirar dúvidas enquanto atuava. Foi uma experiência bastante proveitosa e enriquecedora, por poder compartilhar o que aprendi na formação como residente e também por me aprofundar mais na docência.

## 8. SALA DE VACINA

O enfermeiro é responsável pela supervisão e monitoramento do trabalho desenvolvido na sala de vacinação e pelo processo de educação permanente da equipe<sup>10</sup>. Ele monitora aspectos técnicos e operacionais da sala, bem como supervisiona e capacita a equipe de enfermagem.

Os conhecimentos em vacinação estão sempre se modificando devido as constantes atualizações que ocorrem no calendário vacinal. O enfermeiro como responsável técnico tem que dominar a área, pois existe uma grande falha em relação ao conhecimento teórico para a atuação na prática em sala de vacina.

Devido a demanda da agenda padrão semanal na unidade de saúde, eu não conseguia me programar para atuar na sala de vacina. Sempre gostei muito desse campo, porém é muito amplo devido os diversos detalhes que ele têm. Sabia que estudando eu conseguia aprender sobre o assunto, mas para dominar a área, só conseguiria na prática, atuando. Aprendi com as metodologias ativas de ir sempre em busca do conhecimento e senti que tinha a necessidade em vivenciar a prática da sala de vacina. Então, resolvi me debruçar sobre o assunto. No meu segundo ano da residência tinha uma flexibilidade maior nos meus turnos, por não ter mais a obrigatoriedade de assumir uma agenda padrão. Foi aí que consegui colocar sala de vacina nos meus turnos na unidade.

Fiquei um bom período em observação. Acompanhava a técnica de enfermagem em todos os procedimentos que ela realizava. Depois comecei a fazer todo o passo a passo. Anotava a temperatura da geladeira quando chegava e quando saía, arrumava as vacinas nas caixas térmicas e no fim do dia guardava novamente, preparava as vacinas, diluía e aplicava. Depois, quando dei por mim, já estava assumindo a sala. Vale ressaltar que tive um apoio muito grande da técnica Tainá nesse período. Sou muito grata a ela por ter se disponibilizado a me ensinar e por sempre me passar tudo o que estava ao alcance dela. Com algumas orientações e técnicas, em pouco tempo já estava fazendo da administração da vacina BCG ao teste do pezinho.

## 9. ESTÁGIO NA GESTÃO

Eu nunca tive nenhuma experiência com gestão, na verdade eu nunca tive nenhuma experiência profissional, mas pelo menos na faculdade passamos pelos estágios, que nos dão uma noção de como é a assistência. Mas gestão, especificamente, não vimos na faculdade, então essa ideia do novo, do não saber como é ou como fazer me inquietava bastante.

Minha primeira semana no estágio de gestão só foi desespero! Sair da zona de conforto, que era a linha de cuidado onde eu já estava familiarizada, foi complicado! Eu tinha que me "desligar" das atividades e rotina da rede cegonha para iniciar outro ciclo que eu não conhecia. Querendo ou não, a gente acaba ficando perdida.

Iniciei no novo cenário de práticas, porém minhas inquietações não cessaram. Escolhi ficar na sala de situação, porém nunca tinha ouvido falar da mesma. Tomei conhecimento havia pouco tempo, quando já estava na linha de cuidado da rede cegonha, e tive que me inserir no espaço do Grupo de Trabalho (GT) da sala de situação. Foi elaborado um termo de referência para o GT e nela trazia seu conceito, elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde<sup>11</sup> (OPAS):

A Sala de Situação é um instrumento para a democratização da informação em diversos níveis onde se realiza um "diagnóstico situacional", com orientação ao passado, presente e futuro, que favorece a tomada de decisão na busca de uma nova realidade ou de uma nova situação. Ela possui um espaço físico ou virtual onde as informações de saúde são analisadas periodicamente por uma equipe de trabalho. As tomadas de decisões são baseadas em evidências técnico-científicas, de forma oportuna e eficiente, com incremento na disseminação da informação.

Foi um desafio para mim, principalmente por saber as funções que teria que desempenhar. Foi iniciado um trabalho pelas residentes da turma anterior, onde eu teria que dá continuidade na sua produção. Foi construído um painel com a série histórica de todos os indicadores que seriam usados para avaliar a situação de saúde do município. O trabalho era um pouco complexo, pois exigia muita leitura, análise e interpretação. Confesso que fiquei um pouco receosa de não dar conta, principalmente por ter sido pressionada para entregar o produto antes do prazo. Porém, ao manuseá-lo, percebi que não era tão difícil assim, só precisava de tempo e paciência para preencher os dados.

Contudo não era a única atividade que desenvolvia na sala de situação. Além da continuidade na construção do painel, eu ainda participava das reuniões do Fórum da Rede Cegonha, do GT da Sala de Situação, do Grupo Condutor, do Colegiado Gestor e garantia ainda a funcionalidade do GT da sala de situação (reuniões, atas, relatórios, apresentações, drive...).

Apesar de todo desconforto inicial, percebi o quanto foi importante para a minha formação e para a minha prática na unidade aprofundar meus conhecimentos sobre os indicadores de saúde. A construção do painel com a série histórica do município levou-me a refletir sobre a prática assistencial e percebi o quanto ela influencia nos resultados desses indicadores. Foi gratificante conhecer mais uma área de atuação e sua importância na produção da saúde e qualidade do trabalho.

## **10. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A residência me proporcionou experiências que irei levar durante toda minha vida. Fez-me crescer e amadurecer como pessoa e profissional. Pude perceber minha evolução nesse processo de aprendizado e como me qualifiquei como enfermeira em saúde da família.

O programa de residência nos leva a refletir muito sobre nossas condutas nas práticas assistenciais e de como podemos, através das metodologias ativas, avaliar nosso próprio processo de formação, para cada vez mais ir em busca do conhecimento.

Participar de um processo de formação nesse formato, de fato, é a melhor opção de qualificação. Contudo, quero continuar focando na aprendizagem para aprimorar ainda mais minha prática e meu crescimento profissional.

## REFERÊNCIAS

1. BERBEL, N. A. N. **As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes**. Semin. Ciênc. Soc. Hum., v.16, ed. esp., p.9-19, 1995.
2. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.
3. World Health Organization WHO. **The Ottawa Charter For Health Promotion**. Ottawa; 1986.
4. PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. v.35, n. 1, p.103-109, 2001.
5. BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Art. 196. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
8. PINHO, L.B. et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v.9, n.3, p.835-46, 2007.
9. Fundação estatal saúde da família. **Manual de atribuições da preceptoria, apoio pedagógico e coordenação**, 1ª versão, 2017.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de procedimento para vacinação. 4ª ed. Brasília (DF): MS; 2001.
11. OPAS; Organização Pan-Americana Saúde. **Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil**. José Moya, et al. – Brasília, Ministério da Saúde, 2010.